

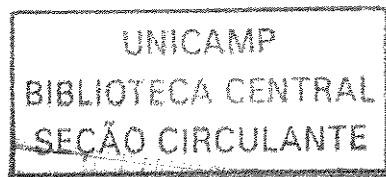
KARINA CAMILLO CARRASCOZA

***FATORES DETERMINANTES DO DESMAME PRECOCE  
E DO ALEITAMENTO MATERNO PROLONGADO***

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia – Área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica.

**PIRACICABA**

**- 2004 -**



KARINA CAMILLO CARRASCOZA

Cirurgiã -Dentista

***FATORES DETERMINANTES DO DESMAME PRECOCE  
E DO ALEITAMENTO MATERNO PROLONGADO***

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia – Área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica.

Feste exemplar foi devidamente corrigido,  
de acordo com a Resolução CCPQ-036/83  
CPQ. 25/08/01  
Assinatura do Orientador

**Orientador:**

**Prof. Dr. Antônio Bento Alves de Moraes**

**Banca Examinadora:**

**Prof. Dr. Antônio Bento Alves de Moraes**

**Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Júnior**

**Profª. Drª. Gláucia Maria Bovi Ambrosano**

**PIRACICABA**

**- 2004 -**

|            |                                     |
|------------|-------------------------------------|
| UNIDADE    | BC                                  |
| Nº CHAMADA | Unicamp                             |
|            | C231f                               |
| V          | EA                                  |
| TOMADA DE  | 58236                               |
| PROC.      | 16-117-04                           |
| C          | <input type="checkbox"/>            |
| D          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| REÇO       | 11.00                               |
| DATA       | 04/06/04                            |
| CPD        |                                     |

CM00197715-4

Bib id: 316846

### Ficha Catalográfica

C231f Carrascoza, Karina Camillo.  
Fatores determinantes do desmame precoce e do aleitamento materno prolongado. / Karina Camillo Carrascoza. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2004.  
xxiv, 146p. : il.

Orientador : Prof. Dr. Antônio Bento Alves de Moraes.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Amamentação. 2. Lactentes. I. Moraes, Antônio Bento Alves de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de MESTRADO, em sessão pública realizada em 16 de Fevereiro de 2004, considerou o candidato KARINA CAMILLO CARRASCOZA aprovado.

1. Prof. Dr. ANTONIO BENTO ALVES DE MORAES

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Antonio Bento Alves de Moraes", written over a horizontal line.

2. Prof. Dr. ÁDERSON LUIZ COSTA JÚNIOR

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Áderson Luiz Costa Júnior", written over a horizontal line.

3. Profa. Dra. GLAUCIA MARIA BOVI AMBROSANO

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Gláucia Maria Bovi Ambrosano", written over a horizontal line.

*Agradeço em primeiro lugar...*

*À Deus,  
por estar presente em minha vida,  
guiando meus passos  
e iluminando meu caminho.*

*Dedico este trabalho...*

*À minha mãe Fátima,  
porque nos momentos mais difíceis colocou  
meu estudo acima de tudo,...*

*... ao meu pai Edson,  
porque sempre lutou  
para que eu pudesse estudar...*

*... e ao meu esposo Amílcar,  
que com sua compreensão e carinho me deu  
forças para chegar até aqui.*

*Este trabalho foi realizado graças...*

*Ao Prof. Dr. Antônio Bento Alves de Moraes,  
porque mais do que um orientador  
revelou-se um grande amigo,  
que confiou em mim e  
acreditou que eu seria capaz de vencer.*

*Agradeço, com muito carinho...*

*Aos meus irmãos Danilo e Vinícius,  
por saber que sempre poderei contar com vocês.*

*Ao meu sogro Israel e à minha sogra Teresa por terem  
me aceitado em sua família  
com tanto carinho e amor.*

*Aos meus cunhados e cunhadas  
Edilaine, Ticiane, João Fernando, Solange Anelise,  
Marilise, Wallace, Silvieise e Jelder: pelos  
momentos de descontração e alegria.*

*Aos meus sobrinhos Sarah e Fernando  
por tornarem minha vida muito mais divertida.*



## *Agradeço especialmente...*

*Ao Prof. Dr. Aderson Luiz Costa Júnior,  
pela imensa dedicação e colaboração  
durante o desenvolvimento deste trabalho.*

*À Cátia e à Dolores, amigas de todas as horas,  
pela paciência e compreensão.*

*À Rosana Possobon e à Laura Tomita,  
pela amizade e companheirismo.*

## *Agradeço:*

*À Universidade Estadual de Campinas, na pessoa do senhor Reitor, Prof. Dr. Carlos Henrique de Brito Cruz.*

*À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do senhor Diretor, Prof. Dr. Rocha de Mattos Filho.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, na pessoa do Coordenador, Prof. Dr. Lourenço Correr Sobrinho.*

*Ao Departamento de Ciências Fisiológicas, na pessoa do Chefe de Departamento, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Volpato.*

*A todos os professores e funcionários da área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica.*

*Aos colegas do Curso de Pós-graduação em Odontologia, área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica.*

*Ao Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae – FOP – UNICAMP.*

*À Profª. Drª. Gláucia Maria Bovi Ambrosano, da Disciplina de Bioestatística do Departamento de Odontologia Social da FOP – UNICAMP, pelas orientações.*

*À dentista do Cepae Carina Toda que atuou como auxiliar durante a revisão de literatura e coleta dos dados.*

*Ao psicólogo Gustavo Sáttolo Rolim, pela colaboração na elaboração dos gráficos.*

*À Bibliotecária Marilene Girello, pela correção das Referências Bibliográficas e confecção da ficha catalográfica.*

*À Érica Alessandra Pinho, secretária da Coordenadoria de Pós-Graduação, pela sua atenção.*

*Às Professoras Doutoras Cecília Guarnieri Baptista, Fernanda Klein Marcondes e Maria Beatriz D. Gavião, pela participação na banca de qualificação.*

*Aos participantes deste estudo e seus familiares, pela seriedade com que participaram da realização deste trabalho.*

*A todos que, direta ou indiretamente, auxiliaram na execução deste trabalho.*

# SUMÁRIO

|                                                                      | Página |
|----------------------------------------------------------------------|--------|
| LISTAS (Quadros, Figuras e Definições).....                          | 001    |
| RESUMO.....                                                          | 009    |
| ABSTRACT.....                                                        | 011    |
| 1. INTRODUÇÃO.....                                                   | 013    |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA.....                                        | 017    |
| 3. PROPOSIÇÃO.....                                                   | 043    |
| 4. METODOLOGIA.....                                                  | 045    |
| 4.1. Aprovação do projeto de pesquisa.....                           | 045    |
| 4.2. Participantes.....                                              | 045    |
| 4.2.a) Critérios de inclusão.....                                    | 045    |
| 4.2.b) Caracterização do local da pesquisa.....                      | 046    |
| 4.3. Instrumentos para a coleta de dados.....                        | 047    |
| 4.3.a) Questionário socioeconômico.....                              | 047    |
| 4.3.b) Questionário desmame precoce.....                             | 051    |
| 4.3.c) Questionário aleitamento materno prolongado.....              | 051    |
| 4.3.d) Inventário de sintomas de stress (ISS).....                   | 052    |
| 4.4. Procedimento.....                                               | 058    |
| 4.5. Tratamento dos dados.....                                       | 058    |
| 5. RESULTADOS e DISCUSSÃO.....                                       | 061    |
| 5.1. Análise do grupo de desmame precoce.....                        | 061    |
| 5.2. Análise do grupo de aleitamento materno prolongado.....         | 076    |
| 5.3. Comparação: desmame precoce x aleitamento materno prolongado... | 083    |
| 6. CONCLUSÕES.....                                                   | 107    |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                                      | 109    |
| ANEXOS.....                                                          | 123    |

## LISTA DE QUADROS

| Quadros                                                                                                                                                                                                                                                             | Páginas |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Quadro 1:</b> Representação do peso de cada fator avaliado no questionário socioeconômico e dos valores mínimos e máximos possíveis para cada um deles.                                                                                                          | 48      |
| <b>Quadro 2:</b> Comparação entre o número de pessoas (fator 2) com a renda familiar (fator 1), para obter a condição econômica de vida da família.                                                                                                                 | 49      |
| <b>Quadro 3:</b> Representação dos códigos e valores mínimos e máximos referentes às 6 (seis) classes sociais possíveis de acordo com o instrumento utilizado (questionário socioeconômico).                                                                        | 51      |
| <b>Quadro 4:</b> Quadro utilizado para o registro dos valores finais, somatória dos resultados no plano horizontal (total de pontos obtidos nas fases de alerta, resistência e exaustão) e vertical (total de pontos obtidos para sintomas físicos e psicológicos). | 54      |
| <b>Quadro 5:</b> Representação das porcentagens referentes ao número de pontos obtidos na somatória dos valores no plano horizontal, em cada fase do estresse.                                                                                                      | 55      |
| <b>Quadro 6:</b> Representação das porcentagens referentes ao número de pontos obtidos na somatória dos valores no plano vertical para os sintomas físicos, em cada fase do estresse.                                                                               | 56      |

|                                                                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Quadro 7:</b> Representação das porcentagens referentes ao número de pontos obtidos na somatória dos valores no plano vertical para os sintomas cognitivos, em cada fase do estresse. | 57 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## LISTA DE FIGURAS

| <b>Figuras</b>                                                                                                                                                                            | <b>Páginas</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Figura 1:</b> Distribuição de frequência da época de interrupção da amamentação natural antes dos seis meses de vida da criança (desmame precoce).                                     | 61             |
| <b>Figura 2:</b> Distribuição de frequência do motivo alegado pela mãe para a ocorrência do desmame precoce.                                                                              | 63             |
| <b>Figura 3:</b> Associação entre o motivo referido pela mãe para a ocorrência do desmame precoce e a idade do desmame (Teste Qui-Quadrado $p < 0,05$ ).                                  | 67             |
| <b>Figura 4:</b> Apresentação de sintomas de estresse pela mãe em função da idade de desmame precoce da criança (Teste Exato de Fischer $p < 0,05$ ).                                     | 70             |
| <b>Figura 5:</b> Associação entre a apresentação de sintomas de estresse pela mãe e o motivo referido por elas para a ocorrência do desmame precoce (Teste Exato de Fischer $p < 0,05$ ). | 71             |
| <b>Figura 6:</b> Mães que encontraram dificuldade durante o início da amamentação natural em função do número total de filhos (Teste Exato de Fischer $p < 0,05$ ).                       | 72             |
| <b>Figura 7:</b> Motivo referido pela mãe para a ocorrência do desmame precoce em função do número total de filhos (Teste Exato de Fischer $p < 0,05$ ).                                  | 73             |



| <b>Figuras</b>                                                                                                                                                               | <b>Páginas</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Figura 8:</b> Distribuição de frequência do sentimento vivenciado pela mãe após a ocorrência do desmame precoce.                                                          | 74             |
| <b>Figura 9:</b> Distribuição de frequência do motivo referido pelas mães para extensão da amamentação natural além do primeiro ano de vida da criança.                      | 76             |
| <b>Figura 10:</b> Vontade de interromper a amamentação natural em função do motivo referido pelas mães para a extensão do aleitamento (Teste Exato de Fischer $p<0,05$ ).    | 78             |
| <b>Figura 11:</b> Distribuição de frequência da consistência dos alimentos que predominam na dieta da criança.                                                               | 79             |
| <b>Figura 12:</b> Distribuição de frequência do número de vezes que a criança ingere leite materno no período de um dia.                                                     | 80             |
| <b>Figura 13:</b> Crianças que dormem com suas mães em função do número de vezes que a criança ingere leite materno no período de um dia (Teste Exato de Fischer $p<0,05$ ). | 81             |
| <b>Figura 14:</b> Crianças que dormem com suas mães durante a noite em relação à faixa etária materna (Teste Exato de Fischer $p<0,05$ ).                                    | 82             |
| <b>Figura 15:</b> Associação entre o sentimento vivenciado pela mãe durante o ato do aleitamento e a duração da amamentação (Teste Exato de Fischer $p>0,05$ ).              | 83             |

| <b>Figuras</b>                                                                                                                                                                                                | <b>Páginas</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Figura 16:</b> Associação entre a duração da amamentação e a expectativa das mães, durante a gestação, sobre a duração do aleitamento (Teste Exato de Fisher $p>0,05$ ).                                   | 84             |
| <b>Figura 17:</b> Associação entre a orientação recebida pela mãe, sobre amamentação, durante a gestação e a duração do aleitamento (Teste Qui-Quadrado $p>0,05$ ).                                           | 85             |
| <b>Figura 18:</b> Associação entre o hospital em que a criança nasceu e a duração da amamentação (Teste Exato de Fischer $p<0,05$ ).                                                                          | 87             |
| <b>Figura 19:</b> Tipo de parto em função da duração da amamentação (Teste Exato de Fisher $p>0,05$ ).                                                                                                        | 88             |
| <b>Figura 20:</b> Permanência em alojamento conjunto em função da duração da amamentação (Teste Exato de Fisher $p<0,05$ ).                                                                                   | 89             |
| <b>Figura 21:</b> Associação entre a permanência em alojamento conjunto após o parto e nome do hospital em que a criança nasceu – Grupo de desmame precoce (Teste Exato de Fischer $p>0,05$ ).                | 91             |
| <b>Figura 22:</b> Associação entre a permanência em alojamento conjunto após o parto e nome do hospital em que a criança nasceu – Grupo de aleitamento materno prolongado (Teste Exato de Fischer $p<0,05$ ). | 92             |

| <b>Figuras</b>                                                                                                                                                                                                    | <b>Páginas</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Figura 23:</b> Associação entre a duração da amamentação e o tempo para o início da amamentação após o parto (Teste Exato de Fisher $p<0,05$ ).                                                                | 93             |
| <b>Figura 24:</b> Associação entre a permanência em alojamento conjunto e o tempo de início da amamentação natural após o parto – Grupo de desmame precoce (Teste Exato de Fischer $p<0,05$ ).                    | 94             |
| <b>Figura 25:</b> Associação entre a permanência em alojamento conjunto e o tempo para o início da amamentação natural após o parto – Grupo de aleitamento materno prolongado (Teste Exato de Fischer $p<0,05$ ). | 94             |
| <b>Figura 26:</b> Associação entre o tipo de parto e o tempo para o início da amamentação natural após o parto – Grupo de desmame precoce (Teste Exato de Fischer $p<0,05$ ).                                     | 95             |
| <b>Figura 27:</b> Tipo de parto em função do tempo para o início da amamentação natural após o parto – Grupo de aleitamento materno prolongado (Teste Exato de Fischer $p<0,05$ ).                                | 96             |
| <b>Figura 28:</b> Auxílio recebido pela mãe, dentro do hospital, para o início da amamentação em função da duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado $p<0,05$ ).                                                 | 97             |
| <b>Figura 29:</b> Associação entre o número total de filhos e a duração da amamentação (Teste Exato de Fischer $p<0,05$ ).                                                                                        | 98             |

| <b>Figuras</b>                                                                                                                                                                                  | <b>Páginas</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Figura 30:</b> Associação entre a experiência prévia em amamentação (ter amamentado pelo menos um filho até seis meses de vida) e a duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado $p < 0,05$ ). | 99             |
| <b>Figura 31:</b> Duração da amamentação em função do estado civil da mãe (Teste Exato de Fischer $p < 0,05$ ).                                                                                 | 100            |
| <b>Figura 32:</b> Associação entre a duração da amamentação e a idade da mãe quando o filho nasceu (Teste Exato de Fischer $p < 0,05$ ).                                                        | 101            |
| <b>Figura 33:</b> Associação entre a duração da amamentação e a condição socioeconômica dos pais (Teste Exato de Fischer $p < 0,05$ ).                                                          | 102            |
| <b>Figura 34:</b> Associação entre a apresentação de estresse pelas mães e a duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado $p > 0,05$ ).                                                           | 103            |
| <b>Figura 35:</b> Utilização de medicamentos pela mãe e criança em função da duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado $p > 0,05$ ).                                                           | 104            |

## DEFINIÇÕES

A terminologia empregada neste trabalho é baseada nas determinações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995).

- Aleitamento materno: Crianças que se alimentam com leite humano;
- Aleitamento materno exclusivo: Uso de leite humano como única fonte de alimento para a criança, sem introdução de qualquer outro líquido ou sólido.
- Aleitamento materno predominante: Uso do leite humano como principal fonte de alimentação, entretanto estas crianças já recebem água, chás, suco de frutas, mas nenhum outro líquido ou sólido.
- Alimentação complementar: Uso do leite humano associado à outros alimentos, lácteos ou não, sólidos ou líquidos.
- Presença de alojamento conjunto: Quando o recém-nascido permanece ao lado de sua mãe, num mesmo ambiente, tanto no caso de parto normal quanto cesáreo, durante o dia e a noite.
- Ausência de alojamento conjunto: Quando o recém-nascido sadio e sua mãe permanecem em ambientes distintos durante toda a estadia na maternidade; ou quando ficam juntos durante o dia e o bebê é recolhido ao berçário à noite.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi caracterizar sociodemograficamente e comparar, em termos de estresse, o binômio mãe-bebê que realiza desmame precoce com aquele que prolonga o aleitamento materno. A metodologia envolveu o estudo de dois grupos de 40 mães cujos filhos são atendidos no Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae – FOP / UNICAMP. O Grupo I era constituído de mães que desmamaram seus filhos antes dos 6 meses de vida e o Grupo II de mães que estenderam a amamentação além do primeiro ano de vida da criança. As participantes foram submetidas a entrevistas individuais através de um questionário específico e, posteriormente foram aplicados o Questionário Socioeconômico e o Inventário de Sintomas de Stress (ISS). A entrevista foi gravada em fita de áudio para evitar a perda de informações. Os resultados mostraram que o motivo mais referido pelas mães para a ocorrência do desmame precoce foi a hipogalactia e para a manutenção da amamentação após o primeiro ano de vida do bebê, o prazer materno. Variáveis demográficas (idade materna, presença paterna na estrutura familiar, números de filhos, experiência prévia em amamentação) mostraram-se como importantes preditores para o sucesso ou não da amamentação natural, possibilitando a identificação de mulheres com alto risco para a ocorrência do desmame precoce.

Palavras-chave: Amamentação natural; Desmame precoce; Aleitamento materno prolongado.

## ABSTRACT

The aim of this study was to describe and compare early weaning mothers with those who extended the breastfeeding beyond the baby's first year of life. The present study involved two groups of 40 mothers each, whose children were treated in the Preventive Program of Research and Dental Treatment Center for Special Patients – FOP – UNICAMP. Group I consists of mothers who weaned before their children completed six months of age and Group II consists of mothers who extended the breastfeeding beyond the baby's first year of life. All mothers surveyed by a researcher using a specific questionnaire. In order to avoid information loss, the interviews were taped, then transcribed. Following, mothers answered to the Socioeconomic Questionnaire and the Inventory of Stress Symptom. Results showed that the main cause for the child early weaning was the "lack of milk", while the main reason for the extended breastfeeding was "maternal pleasure". Demographic variables (mother's age, father's presence, children's number, mother's previous experience with breastfeeding) were important predictors for the breastfeeding success, making it possible to identify high-risk mother's early weaning.

Key words: Breastfeeding; Early weaning; Prolonged breastfeeding.

## 1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno constitui um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo, oferecendo benefícios não só para o bebê, como também para sua mãe. A amamentação natural auxilia a redução dos índices de mortalidade infantil, diminui a ocorrência de processos alérgicos e problemas gastrointestinais, proporciona melhores índices de desenvolvimento cognitivo e motor, favorece o adequado desenvolvimento de estruturas da face, entre outros efeitos para o bebê (Nascimento & Issler, 2003). Para a mãe, proporciona uma menor probabilidade de ocorrência de câncer de mama, maior espaçamento entre os partos e rápida involução uterina, com conseqüente diminuição do sangramento pós-parto (Giugliane, 2000).

A superioridade do leite humano como fonte de alimento e de proteção contra doenças e do ato de amamentar como fonte de desenvolvimento afetivo fazem com os pesquisadores recomendem a amamentação natural exclusiva por seis meses de vida do bebê (Rea, 1998). Mas, infelizmente, tem sido observado um alto índice de desmame precoce (anterior ao sexto mês de vida) em diversas populações (Vieira *et al.*, 1998).

A ausência de amamentação ou sua interrupção precoce e a introdução de outros tipos de alimentos na dieta da criança são freqüentes, com conseqüências potencialmente danosas para a saúde do bebê, tais como a exposição a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas e prejuízo à digestão (César *et al.*, 1996).

A partir da década de 80, foram propostas diversas estratégias e levadas a efeito várias campanhas para aumentar a prevalência da amamentação no Brasil. Dados de pesquisas nacionais apontam para um incremento nos índices de aleitamento materno nas duas últimas décadas do século XX (Susin *et al.* 1998). No entanto, esse incremento inclui ampla variabilidade, conforme a região geográfica e as características da população. Assim, um maior conhecimento sobre padrões populacionais de amamentação é fundamental para permitir uma avaliação mais sistemática dos serviços desenvolvidos, bem como subsidiar mudanças e ajustes nas práticas de promoção e incentivo à amamentação natural (Javorski *et al.*, 1999).



Por outro lado, o vínculo mãe-bebê, reforçado durante a prática da amamentação natural, pode tornar-se tão intenso a ponto de dificultar o desmame, caracterizado nestes casos como um ato de separação, afastamento e abandono e sendo, muitas vezes, percebido como mais doloroso para a mãe do que para a própria criança. A amamentação natural é considerada prolongada quando ultrapassa os doze meses de idade, uma vez que a extensão do hábito além de um ano de vida da criança pode trazer conseqüências negativas como a recusa de alimentos sólidos (Brakohiapa *et al.* 1988), subnutrição (Victora *et al.* 1984) e ocorrência de cáries (Li *et al.* 2000). Deve-se considerar que após os seis meses de vida da criança o período de aleitamento materno exclusivo é interrompido e inicia-se a introdução de outros tipos de alimentos, fazendo com que esta diminua gradualmente a ingestão de leite materno. Portanto, por volta dos sete meses de idade, a criança é amamentada ao peito apenas três vezes ao dia, intercalando com as frutas e papas salgadas.

Apesar disso, alguns pesquisadores, baseados em estudos com populações expostas a precárias condições socioeconômicas, consideram adequada a amamentação até os dois anos de vida da criança. Nestes contextos, além da chance do leite materno constituir a única fonte de alimento para as crianças, ainda deve-se considerar a existência de um risco significativo de contaminação durante a preparação de outros alimentos (Rao & Kanade, 1992).

A experiência clínica demonstra que enquanto uma parcela das mães desmama seus filhos precocemente, deixando de beneficiá-los de todas as vantagens da amamentação natural, outra parte realiza o aleitamento materno com tanto sucesso, que muitas vezes apresenta uma certa dificuldade na realização do desmame, levando à extensão da amamentação natural.

Segundo Caldeira & Goulart (2000), as variáveis determinantes do desmame precoce ou da extensão da amamentação, podem ser divididas em cinco categorias: (a) variáveis demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, números de filhos, experiência com amamentação; (b) variáveis socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe de família; (c) variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação, desejo de amamentar; (d) variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata: alojamento conjunto, auxílio de

profissionais da saúde, dificuldade iniciais; e (e) variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar): estresse e ansiedade materna, uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê, introdução precoce de alimentos, falta de apoio familiar, condutas inadequadas de alguns profissionais da saúde.

A seguir, serão apresentados trabalhos de pesquisadores que investigaram a questão da amamentação natural sob dois aspectos: desmame precoce e aleitamento materno prolongado, buscando identificar as variáveis relacionadas com o insucesso ou a extensão da amamentação natural.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### *A importância do aleitamento materno*

#### *A importância do aleitamento materno para a saúde geral do bebê*

Atualmente, inúmeras evidências epidemiológicas têm reafirmado a importância do leite humano como promotor da saúde, sendo que o efeito mais dramático da amamentação se dá sobre a redução da taxa de mortalidade infantil, principalmente em contextos ambientais sob condições socioeconômica, de higiene e saneamento básico mais precárias. Essa diminuição da mortalidade infantil ocorre em função de fatores anti-infecciosos encontrados no leite materno e pelo fato de se evitar a contaminação durante a preparação de outros alimentos (Novak *et al.*, 2001).

Além disso, ao nascimento, o bebê apresenta-se totalmente livre de microbiota associada ao trato digestivo, sendo fundamental que suas superfícies e mucosas sejam rapidamente cobertas por microorganismos que resistam à colonização por bactérias patogênicas e que participem da regulação de sua fisiologia digestiva, como as *Bifidobacterias*. Os fatores *bifidi* são uma família de oligossacarídeos presentes em quantidade elevada somente nas secreções lácteas humanas e pelas características de ligações das suas unidades, só podem ser utilizados pelas *Bifidobacterias*. Portanto, são considerados fatores de crescimento que favorecem a implantação específica destas bactérias no trato digestivo do recém-nascido (Penna & Nicoli, 2001).

Costa-Macedo & Rey (2000) estudaram a prevalência de enteroparasitoses e o aleitamento materno em 208 crianças menores de dois anos de idade e suas mães, atendidas em uma instituição pública de saúde do Rio de Janeiro. Os autores encontraram correlação positiva entre aleitamento materno e diminuição do parasitismo infantil, sendo que crianças amamentadas ao peito mostraram taxas menores de parasitismo por *A. lumbricóides* e *G. lamblia* e nenhuma criança em aleitamento materno exclusivo apresentou parasitose. Frente aos dados coletados, foi sugerido que medidas de incentivo ao aleitamento natural fossem instituídas como contribuição ao controle de enteroparasitoses em lactentes.

O trabalho realizado por Molback *et al.* (1994) em Guiné-Bissau, analisou o impacto da amamentação sobre a ocorrência de diarreia e sobrevivência em crianças de 0 a 2 anos. A incidência de diarreia nas 849 crianças estudadas foi três vezes maior dentre aquelas que não estavam sendo amamentadas, quando comparada à ocorrência da doença em crianças amamentadas exclusivamente e parcialmente. A duração média dos episódios de diarreia foi de 5 dias para as crianças em aleitamento e 7 dias para aquelas que haviam vivenciado o desmame.

Benício & Monteiro (2000) avaliaram a prevalência e a distribuição social da doença diarreica na infância, incluindo os fatores determinantes para sua ocorrência, através dos dados coletados em dois inquéritos domiciliares efetuados na cidade de São Paulo em 1984/85 e 1995/96. Os inquéritos estudaram amostras probabilísticas da população residente na cidade com idades entre 0 e 59 meses. Nos dois inquéritos foram estimadas a prevalência instantânea da diarreia (proporção de crianças com três ou mais evacuações líquidas no dia da entrevista domiciliar) e a incidência anual de internações hospitalares pela doença. Constataram-se reduções expressivas na prevalência instantânea da diarreia (de 1,70% para 0,90%) e na incidência anual de hospitalizações pela doença (de 2,21 para 0,79 internações por 100 crianças/ano). Esse declínio parece ter sido favorecido pelo aumento na frequência de crianças amamentadas: 23,9% no primeiro inquérito e 32,6% no segundo. Foi observado também que a diarreia era três vezes mais frequente em crianças não amamentadas.

O impacto da amamentação na redução de óbitos não neonatais precoces também foi estudado por Escuder *et al.* (2003). O estudo foi realizado em 14 municípios da Grande São Paulo onde foram coletadas informações relativas à amamentação por entrevista, em uma amostra por conglomerados em dias nacionais de vacinação. Com base em parâmetros da literatura sobre o risco de óbito por infecção respiratória e diarreia para crianças não amamentadas, calculou-se a fração de mortalidade evitável por cada doença. Os valores aplicados ao número de óbitos, registrados em cada município, permitiram o cálculo do impacto da amamentação sobre o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI). A fração de mortalidade evitável por infecção respiratória variou, segundo o município e a faixa etária, de 33% a 72%. Para a diarreia, a variação ficou entre 35% e 86%. Os resultados mostraram

que a amamentação no primeiro ano de vida pode ser a estratégia mais eficaz de redução da mortalidade pós-neonatal para além dos níveis já alcançados em municípios do Estado de São Paulo.

A amamentação natural possui outros benefícios para a saúde geral do bebê, como mostra o trabalho desenvolvido por Raisler *et al.* (1999). Os autores estudaram a relação entre o aleitamento materno e a ocorrência de doenças nos primeiros seis meses de vida de 7.092 crianças. Observou-se menor ocorrência de problemas respiratórios e gastrointestinais em crianças amamentadas exclusivamente quando comparadas com aquelas em aleitamento parcial e artificial, sendo que neste último grupo, ocorreram os maiores índices de problemas de saúde. Segundo HANSON (1998), a proteção proporcionada pelo leite materno ocorre devido à alta concentração de IgA (Imunoglobulina A) e lactoferrina encontradas neste alimento.

Aguirre *et al.* (2002) avaliaram a associação entre tipo de aleitamento materno e a ocorrência de constipação em 275 lactentes. Neste trabalho, o tipo de aleitamento foi classificado como predominante, misto e artificial. Constipação foi definida pela eliminação de fezes duras, associadas à dor ou dificuldade ao evacuar, fezes com rachaduras e intervalo entre as evacuações maior ou igual a três dias. Observou-se que os lactentes em aleitamento artificial apresentaram 4,5 vezes mais episódios de constipação do que aqueles em aleitamento predominante, mostrando que o aleitamento materno predominante constitui um fator de proteção natural contra constipação no primeiro semestre de vida.

Bloch *et al.* (2002) abordaram o efeito da amamentação natural na prevenção do desenvolvimento de rinite alérgica. A análise mostrou que o aleitamento materno exclusivo durante os três primeiros meses de vida protege as crianças contra o desenvolvimento de quadros clínicos de rinite alérgica, tanto em famílias com ou sem histórico da doença.

O trabalho de Monteiro *et al.* (2000) avaliou a prevalência e a distribuição social da anemia na infância e estabeleceu os fatores determinantes para sua ocorrência. O estudo foi realizado na cidade de São Paulo, incluindo crianças com idade entre 0 e 5 anos. Amostras de sangue capilar obtidas por punção digital foram coletadas para análise da concentração de hemoglobina. O diagnóstico da anemia correspondeu a concentrações inferiores a

11g/dL. Os autores encontraram que o risco de anemia é três vezes maior em crianças em aleitamento artificial e duas vezes maior entre crianças em aleitamento misto do que entre crianças que recebiam exclusivamente leite materno.

Von Kries *et al.* (2000) avaliaram o impacto da amamentação sobre a obesidade infantil em 9.206 crianças alemãs com idade entre 5 e 6 anos. A prevalência de obesidade em crianças que não foram amamentadas foi de 4,5% contra 2,8% entre as crianças que receberam o aleitamento materno. Segundo os autores, a redução no risco para a obesidade está mais relacionada às propriedades do leite humano do que aos fatores associados com o processo de amamentação natural.

A associação entre aleitamento materno e melhores níveis de desenvolvimento foi demonstrada numa meta-análise. As crianças amamentadas tinham índices de desenvolvimento cognitivo significativamente maiores do que as crianças (em especial os prematuros) alimentadas com fórmulas. Essa diferença foi observada desde os seis meses até os 15 anos de idade, apontando-se uma correlação direta com a duração do aleitamento materno (Anderson *et al.*, 1999).

Quinn *et al.* (2001) investigaram o efeito da duração da amamentação natural sobre o desenvolvimento cognitivo de 3.880 crianças. A duração da amamentação foi medida por meio de um questionário aos 6 meses de vida da criança e o índice de desenvolvimento cognitivo foi avaliado pelo *Peabody Picture Vocabulary Test Revised* (PPVT-R) aos 5 anos de idade. Foi encontrada uma significativa correlação positiva entre o aleitamento materno e a pontuação obtida no PPVT-R, ou seja, quanto maior a duração da amamentação, maior os índices encontrados no PPVT-R. A média de pontos no teste para as crianças amamentadas até os 6 meses foi de 8,2, e de 5,8 para aquelas que não foram amamentadas. Estes dados sugerem que a amamentação natural pode ser considerada um dos fatores de grande importância para um adequado desenvolvimento cognitivo na infância.

Resultados semelhantes foram obtidos pelo trabalho de Rao *et al.* (2002), mostrando a importância da amamentação para o desenvolvimento cognitivo não somente de crianças saudáveis, mas também de crianças prematuras. Os autores estudaram 299 prematuros. O desenvolvimento cognitivo foi avaliado pela *Bayley Scale of Infant Development* aos 13 meses de vida e pelo *Wechsler Preschool e Primary Scales of Intelligence* aos 5 anos de

idade. As crianças que foram amamentadas exclusivamente por 24 semanas, fizeram 11 pontos a mais no teste, quando comparadas àquelas que foram amamentadas por 12 semanas. Os autores concluíram que a duração do aleitamento materno tem um impacto significativo sobre o desenvolvimento cognitivo de prematuros.

O trabalho de Bier *et al.* (2002) comprova os achados dos autores acima citados. A pesquisa envolveu o estudo de 39 crianças prematuras, sendo que 29 receberam leite materno e 10 fórmulas lácteas. O objetivo era estimar o efeito do leite materno no desenvolvimento cognitivo e motor de prematuros. As crianças foram avaliadas aos 3, 7 e 12 meses de vida, por meio do *Peabody Picture Vocabulary Test*. Foram observados índices de desenvolvimento cognitivo e motor maiores entre as crianças que foram alimentadas com leite materno em relação àquelas que receberam fórmulas lácteas, aos 3 e 12 meses de vida.

### ***A importância do aleitamento materno para a saúde oral do bebê***

A amamentação natural, além de apresentar vantagens para a manutenção da saúde geral, é imprescindível para um correto desenvolvimento da articulação têmporo mandibular (ATM), maxilares e oclusão (Pierotti, 2001).

Após o nascimento, o bebê apresenta uma desproporção entre crânio cefálico e crânio facial, uma pequena altura de face e uma disto-relação da mandíbula em relação à maxila (retrognatismo mandibular). Essas desproporções fisiológicas desaparecem se, durante o período de crescimento, o sistema estomatognático sofrer estimulações funcionais adequadas, tais como amamentação, respiração, mastigação e deglutição (Baldrighi *et al.*, 2001).

Segundo o trabalho de Bittencourt *et al.* (1997), a amamentação supre a necessidade de sucção do bebê, prevenindo a introdução de hábitos de sucção como a mamadeira, sucção de dedo e chupeta, que são responsáveis pela maioria dos casos de mordida aberta anterior, seguida, geralmente, de deglutição atípica e respiração oral.

É importante lembrar que, ao ser alimentado naturalmente (seio materno), o bebê executa de 2000 a 3500 movimentos de mandíbula, enquanto que na alimentação artificial

(mamadeira) estes movimentos são apenas de 1500 a 2000. Assim, durante o aleitamento materno, o bebê terá melhores condições de estimulação do sistema sensório-motor-oral, uma vez que a força muscular necessária para que seja mantido um fluxo de leite satisfatório será bem maior (Köhler, 2000).

Os hábitos de sucção podem tanto levar ao desmame precoce como ser consequência deste ato. A primeira situação ocorre devido à confusão de bicos provocada pelo modo diferente de sucção entre o peito (movimento de ordenha) e a mamadeira (sucção negativa). Devido à facilidade de sucção da mamadeira, o bebê passa gradualmente a recusar o peito, culminando no desmame precoce (Neiva *et al.*, 2003). Por outro lado, o desmame pode ocorrer devido a outros fatores e levar à introdução dos hábitos de sucção. Neste caso, o primeiro hábito a ser introduzido é a mamadeira, e devido ao fato de suprir apenas a fome fisiológica do bebê e não a necessidade de sucção, é geralmente seguida pela introdução da chupeta (Ferreira & Toledo, 1997).

O trabalho de Serra Negra *et al.* (1997) encontrou uma relação significativa entre aleitamento materno, hábito de sucção e maloclusão. Os resultados indicaram que 86,1% das crianças que não apresentaram hábitos orais deletérios receberam aleitamento natural por seis meses ou mais, e as crianças que nunca receberam aleitamento materno ou, se o fizeram, foi por um período de até um mês, apresentaram um risco de desenvolver hábitos deletérios sete vezes maior.

Robles *et al.* (1999) encontraram maior prevalência de hábitos de sucção persistente (após os dois anos de idade) no grupo que não foi amamentado (60%), bem como naqueles que foram amamentados até os 3 meses de idade (71,74%). Em contrapartida, 55,55% das crianças que receberam amamentação natural, além dos 9 meses de idade, apresentaram ausência de hábitos de sucção. De todas as crianças que apresentaram hábitos persistentes de sucção, 94,4% apresentavam maloclusão.

A partir de 1990, a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes foi desenvolvida com o objetivo de contribuir à adequada nutrição dos lactentes e para defendê-los dos riscos associados à não-amamentação ou desmame precoce. No artigo 13º, no primeiro parágrafo referente aos rótulos de produtos de mamadeiras, bicos ou chupetas, devem constar, obrigatoriamente, as inscrições “a criança amamentada ao seio



não necessita de mamadeira e de bico” (Código de Defesa do Consumidor, 1990). Mesmo assim, a chupeta é introduzida à maioria das crianças nos primeiros dias de vida, fazendo parte do “enxoval do bebê”, reforçando o primitivismo do simbolismo do uso da chupeta no espectro sociocultural (Leite *et al.*, 1999).

### ***A importância do aleitamento materno para a saúde da mulher***

O aleitamento materno também contribui para a saúde da mulher, promovendo uma rápida involução do útero ao seu tamanho normal, com conseqüente diminuição do sangramento pós-parto e de anemia. O ato de sucção dos mamilos, realizado pelo bebê, libera um estímulo neuroendócrino para a hipófise posterior determinando a produção e conseqüente liberação do hormônio ocitocina, responsável não só pela maior produção de leite, por atuar nos alvéolos mamários, mas também pela contração dos músculos uterinos (Uvnas, 1998).

A literatura aponta a importância do aleitamento materno para a prevenção do câncer de mama. Enger *et al.* (1998), por exemplo, comparou 974 mulheres com diagnóstico de câncer de mama com 973 sem histórico da doença. O risco de desenvolver câncer de mama decresce com o aumento do número de crianças amamentadas, sendo que este valor é 30% menor em mães que amamentaram pelo menos um filho quando comparadas com aquelas que nunca vivenciaram a amamentação.

O trabalho realizado por Beral (2002) também investigou o papel protetor da amamentação natural sobre a ocorrência do câncer de mama comparando 50.302 mulheres que apresentavam câncer de mama invasivo e 96.973 mulheres sem qualquer alteração na mama. A autora encontrou que o risco relativo de desenvolver câncer de mama diminui 4,3% para cada 12 meses de amamentação vivenciada em adição a 7,0% a cada parto. Conclui-se, portanto, que quanto mais tempo a mulher amamentar, maior será a proteção contra o desenvolvimento de câncer de mama; e a falta ou a interrupção precoce do aleitamento materno, típico em países desenvolvidos, contribui para a alta incidência de câncer de mama nestes países.

O aleitamento materno exerce um papel contraceptivo muito importante, promovendo um espaçamento entre os partos, principalmente em populações com condições socioeconômicas e culturais precárias. A eficácia da lactação como anticoncepcional é de 98% nos primeiros seis meses após o parto, desde que a amamentação seja exclusiva ou predominante e que a mãe se mantenha amenorréica. (Lana, 2001).

### *Desmame precoce*

Após a Segunda Guerra Mundial, uma forte tendência ao desmame precoce foi observada, principalmente nos países não desenvolvidos, devido ao rápido crescimento econômico e tecnológico, associado às estratégias de promoção comercial das campanhas produtoras de fórmulas lácteas. A prática do aleitamento artificial começa, porém, a ser revertida, a partir dos anos 70, por um movimento de retomada da amamentação, principalmente em países e extratos populacionais de melhor nível sócioeconômico (Oliveira & Spring, 1984).

Apesar da tendência ao resgate da amamentação natural, os índices de desmame precoce ainda são altos e a amamentação natural exclusiva está longe de atingir a meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que deveria ser de 100% em crianças de 0 a 4 meses de vida (Rea, 1998). Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, este índice no Brasil era de 40,3% em 1996 (BEMFAM, 1997).

Com o objetivo de diagnosticar a situação do aleitamento materno no município de Botucatu (SP), Carvalhaes *et al.* (1998) utilizou um questionário simplificado (3 questões tipo sim / não) para estudar a alimentação atual de 1.550 crianças menores de um ano que compareceram na Campanha Nacional de Multivacinação no ano de 1995. Observou-se que a proporção de crianças amamentadas era elevada aos 30 dias (91,8%), caindo para 60,6% aos 120 dias e para 47,6% aos 180 dias. Ao contrário, a frequência de aleitamento materno exclusivo já era baixa aos 30 dias (29,0%), passando a valores muito baixos aos 120 dias (4,6%) e quase insignificantes aos 180 dias (2,2%). Os resultados do estudo confirmaram a necessidade de promoção e apoio ao aleitamento materno no município em questão, não só

para aumentar a duração da amamentação mas, também, para retardar a introdução de complementos alimentares.

Kummer *et al.* (2000) acompanharam a evolução da prática do aleitamento materno na clientela de maternidade e avaliaram as ações para a sua promoção. Foram comparadas duas coortes nascidas em épocas diferentes em hospital de Porto Alegre (RS), quanto à prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida das crianças bem como as taxas de interrupção precoce da amamentação. Os dois estudos foram prospectivos, envolvendo 202 crianças na coorte de 1987 e 187 na de 1994, todas saudáveis, com peso de nascimento igual ou superior a 2500g, tendo iniciado o aleitamento materno e cujos pais morassem juntos. O acompanhamento foi realizado através de correspondência por correio, no estudo de 1987, e de visitas domiciliares, no estudo de 1994. As curvas de sobrevivência do aleitamento materno revelaram que o percentual de crianças amamentadas ao longo dos primeiros seis meses foi semelhante nas duas coortes. Em 1987, 48,5% das crianças estudadas estavam sendo amamentadas ao completarem seis meses de vida, enquanto que em 1994 o percentual era de apenas 48,2%. A relação de aleitamento materno exclusivo é ainda mais frustrante, pois em 1987, 5,4% das crianças recebiam leite materno como alimento exclusivo ao final do quarto mês de vida e em 1994 apenas 5,8%. Os autores apontam para uma apatia do serviço com relação à promoção do aleitamento materno no período estudado, justificando plenamente o investimento na promoção da amamentação natural.

Passos *et al.* (2000), ao avaliar a duração das práticas de amamentação natural no município de Ouro Preto (MG), encontraram que 60% das crianças com seis meses estavam sendo amamentadas ao peito, e a média de aleitamento materno exclusivo foi de 12% no quarto mês de vida do bebê. O maior problema detectado pelos pesquisadores consistiu na introdução extremamente precoce de outros alimentos, principalmente a suplementação de água e chás, reduzindo drasticamente os índices de amamentação exclusiva. Apenas 58,2% das crianças estudadas iniciaram a amamentação de forma exclusiva. Aos três meses de idade, somente 16,6% das crianças recebiam apenas leite materno e, aos seis meses, restou uma fração insignificante de crianças (1,8%). A duração mediana de amamentação

exclusiva foi de 17 dias. Os autores chamam a atenção para a necessidade de intervenções sistemáticas para prevenir o desmame parcial e/ou total precoce.

Um estudo realizado na cidade de São Carlos (SP) mostra resultados semelhantes ao verificar a prevalência do aleitamento materno. Foram entrevistados 3.326 responsáveis pelas crianças menores de 2 anos no Dia Nacional da Vacinação em 1998. Verificou-se que 52,4% das crianças menores de 1 mês estavam em amamentação exclusiva. Das 532 crianças menores de 4 meses, 73,3% estavam sendo amamentadas, sendo que 37,8% com aleitamento materno exclusivo e 17,3% com amamentação predominante. Observou-se que 31,7% das crianças menores de 4 meses recebiam algum outro tipo de alimento, tal como fruta e papa, e, no quinto mês, esta porcentagem passou para 62,3%. Os autores ressaltam que há uma introdução muito precoce de água e chá na alimentação dos bebês. Esta prática é considerada inadequada, já que interfere no processo de lactação e eleva os riscos de morbi-mortalidade, pois cria condições para que o desmame precoce ocorra (Montrone & Arantes, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os alimentos complementares sejam introduzidos entre 4 e 6 meses de vida (OMS, 1995). A literatura atual sustenta que a suplementação alimentar deve ser implementada por volta dos seis meses. Muitos países já adotam esta recomendação, inclusive o Brasil, baseados em evidências de que a introdução dos alimentos complementares antes do sexto mês de vida do bebê (salvo em alguns casos individuais), além de não oferecer vantagens, pode ser prejudicial à saúde da criança (Giugliane & Victora, 2000).

Segundo César *et al.* (1996) as mães empregam o chá para combater cólicas e hidratar o bebê, pois elas têm dificuldades para compreender que o leite materno é suficiente para satisfazer as necessidades da criança. Os autores enfatizam que as principais consequências desta introdução precoce são a ocorrência do desmame precoce, desnutrição e diarreia nos primeiros meses devida. A suplementação alimentar com água e chás resulta apenas em uma maior ingestão de ingredientes reconhecidamente desprovidos de qualquer conteúdo calórico, resultando no consumo de uma menor quantidade de leite materno com conseqüente perda do suprimento calórico e da imunidade adquirida através dessa fonte.

### *Causas do desmame precoce*

O trabalho de Costa *et al.* (1993) avaliou a prática do aleitamento materno por meio de entrevista com 100 mães de lactentes em consultórios particulares e ambulatorios de pediatria do Serviço de Saúde do Estado, na cidade de Belém, cuja faixa etária dos filhos se situava entre a fase neonatal e 3 anos de idade. Os resultados da pesquisa demonstraram que as principais causas do desmame parcial foi a diminuição do volume de leite (40,0%) e o retorno às atividades profissionais (21,2%), enquanto que as causas do desmame completo referiram-se à recusa do lactente (36,7%) e à diminuição do volume de leite (28,2%).

Com o objetivo de verificar a época do desmame parcial e total, bem como as causas alegadas para o desmame precoce, Moura (1997) entrevistou 259 mães de crianças de 12 a 24 meses de idade, no Ambulatório de Pediatria da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Constatou-se que apenas 3,9% das crianças receberam leite de vaca (fórmula láctea) ainda no período neonatal. Entretanto, para 62,9% dos bebês foi ofertado chá e/ou água no primeiro mês de vida. As justificativas mais frequentes para a administração de chás foram: “cólicas, gases e sede da criança”. Somente 18,5% dos lactentes foram desmamados completamente dentro dos 6 primeiros meses de vida, sendo que 62,6% foram amamentados por 12 ou mais meses. As mães explicaram o desmame total no primeiro semestre de vida de seus filhos, dizendo com mais frequência: “a criança não quis mais” (62,5%) e “o seio secou” (12,5%).

Issler *et al.* (1994) estudou 137 mães com crianças em idade entre 0 e 35,9 meses em creches nas cidades de Parobé e Três Coroas (RS), analisando o tempo de amamentação e sua associação com creches junto ao local de trabalho (creches internas) e com creches conveniadas, distantes do local de trabalho (creches externas). A prevalência de amamentação aos 3, 6 e 12 meses foi de 60%, 26% e 7%, respectivamente. Os autores encontraram uma associação estatística significativa entre presença das crianças em creches internas e amamentação superior a 3 meses. A proximidade das creches internas com o local de trabalho proporciona maior tranquilidade e segurança às mães. Observou-se que a pouca quantidade de leite materno (41,7%) e a rejeição ao peito (25,0%) foram as principais razões alegadas para o desmame completo das crianças. Pouco mais de 10% das

mães pararam de amamentar por motivos relacionados com o trabalho (volta ao trabalho e grande intervalo entre as mamadas).

O trabalho de Dearden *et al.* (2002) analisou os fatores que afetam a duração da amamentação em quatro comunidades da Guatemala, utilizando os dados do censo de 1999. Os resultados mostraram que mulheres que não trabalham fora de casa têm 3,2 vezes mais chance de amamentar exclusivamente em relação às mães que saem de casa para trabalhar. Os autores concluíram que mulheres que trabalham fora de casa precisam de opções para manter a amamentação exclusiva, já que estão separadas de seus bebês devido ao exercício da profissão.

Schwartz *et al.* (2002) entrevistaram 946 lactentes em Michigan e Nebraska, Estados Unidos da América, por telefone na 3ª, 6ª, 9ª e 12ª semana após o parto ou até a interrupção da amamentação. A principal justificativa para o desmame entre a primeira e a terceira semanas foi “leite insuficiente” (37%), e o “retorno ao trabalho” foi o motivo predominante para o desmame entre a décima e a décima segunda semanas (58%).

McLeod *et al.* (2002) investigaram a prática do aleitamento materno em 490 mulheres que, durante o período de gestação, alegaram o desejo de amamentar seus filhos. As 192 mulheres que interromperam a amamentação natural foram questionadas sobre a principal causa do desmame. Os motivos alegados foram: “bebê faminto” (25%), “bebê agitado” (18%), “pouco leite” (18%), “retorno ao trabalho” (5%). A maioria das mães que desmamou seus filhos precocemente relatou o desejo de amamentá-los por um período maior (77%). Por outro lado, 21% acreditavam que a duração do aleitamento materno foi adequada, e 2% teriam preferido amamentar seus filhos por um período de tempo menor, ou seja, desejariam ter realizado o desmame mais cedo.

Cooke *et al.* (2003) realizaram um estudo longitudinal com objetivo de avaliar a amamentação durante os primeiros 3 meses de vida. A coleta de dados envolveu 365 mulheres recrutadas de 3 hospitais públicos da Austrália, sendo realizada em três períodos do pós-parto: 2, 6 e 12 semanas. A percepção de quantidade insuficiente de leite foi um fator predisponente para o desmame entre 2 e 6 semanas. Os autores levantam a questão de que apenas uma pequena proporção de mulheres indicou que seus bebês tiveram pequeno

ganho de peso. As outras mães acreditam que o leite é insuficiente pela permanência, por muito ou por pouco tempo, do bebê no peito e pelo choro do bebê.

### *Programas de incentivo ao aleitamento materno*

Diversos trabalhos apontam para a necessidade de grupos de incentivo ao aleitamento materno, sendo que, “encaminhar as mães, por ocasião da alta hospitalar, para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde” (Toma & Monteiro, 2001) é o 10º requisito para que um hospital adquira o título “Hospital Amigo da Criança”.

É um erro pensar que a amamentação constitui uma atividade inata, ou seja, todas as mulheres estão preparadas para amamentar. É necessário a disponibilização de apoio psicossocial, suporte emocional e orientação didática para que as mães consigam oferecer o leite materno a seus filhos, mostrando a importância de programas de incentivo ao aleitamento materno (Issler *et al.*, 2001).

Com o objetivo de avaliar o Programa de Estímulo ao Aleitamento Materno do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, funcionando desde 1976, Favoreto & Thomson (1991) analisaram, através de estudo retrospectivo, os índices de aleitamento materno no sexto mês de vida, de 302 crianças atendidas no Ambulatório de Puericultura nos anos de 1986 e 1989, comparando os resultados anteriores. Os autores encontraram altos índices de aleitamento materno (65,7%) mostrando a eficácia do acompanhamento realizado pelo programa, apesar de observar que as principais justificativas, relatadas pelas mães, para a introdução de outros leites na rotina alimentar da criança, estavam relacionadas à crença de que o “leite é fraco” ou ao fato de que o “leite secou”.

Siqueira *et al.* (1994) analisou 71 grupos de mães, com um total de 4.987 entrevistas individuais feitas pelo Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno (GIAMA), por ocasião da primeira consulta pós-natal a um Centro de Saúde de Nova Friburgo – RJ (CSSHB/NF), no período de janeiro de 1989 a dezembro de 1990, estudando a incidência e as causas de desmame nesta população. O índice de aleitamento materno no primeiro mês de vida foi de 49,6% e a causa de desmame mais observada foi a alegação de que “o leite não sustenta”. O

choro do bebê mostrou-se uma importante causa de desmame, porque 68,6% das mães inferiram que “o leite não sustenta” a partir do choro do bebê.

A avaliação da eficácia do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno em um bairro da periferia de Belo Horizonte, MG, foi realizada por meio de três inquéritos que documentaram a prática da amamentação nesta comunidade, nos anos de 1980, 1986 e 1992. Figueiredo & Goulart (1995) evidenciaram uma melhora significativa na prática do aleitamento materno de 1980 para 1986 e uma estabilização de 1986 a 1992. Enquanto 39% das crianças eram amamentadas por 6 meses ou mais em 1980, 54,3% o eram em 1986 e 52,4%, em 1992. Em 1980, 80,6% das crianças fizeram uso de leite de vaca antes dos 3 meses de idade, 56,5% em 1986 e 56,3% em 1992.

Garcia-Montrone & Rose (1996) avaliaram a eficácia de um programa educacional de incentivo ao aleitamento materno, que incluiu a introdução simultânea de técnicas de estimulação do bebê. Tal programa foi avaliado através de sessões de observação direta da interação mãe-criança e entrevistas com as mães até seis meses após o nascimento do bebê, comparando-se os resultados com os de um grupo-controle com as características similares de idade, nível educacional e experiência prévia em amamentação. Cada grupo continha inicialmente dez díades, tendo ocorrido um abandono em cada grupo durante o estudo. Os resultados mostraram que 55% das mães do grupo experimental ainda amamentavam seus filhos aos seis meses, contra apenas 22% daquelas do grupo-controle. Os autores concluem que é factível incluir simultaneamente aleitamento materno e estimulação do bebê num programa educacional e que a aplicação deste programa pode contribuir para reduzir o risco de desnutrição e retardo do desenvolvimento do bebê.

O trabalho de Barros *et al.* (2000), realizado no Guarujá (SP), mostrou que 55% das mulheres que freqüentaram um grupo que abordava problemas relativos ao aleitamento materno, estavam amamentando exclusivamente ao final do primeiro mês de vida de seus bebês, enquanto entre as mães que não freqüentaram o grupo, o índice de aleitamento materno exclusivo era de 31%. Aos 4 meses, 43% das mulheres freqüentadoras do grupo amamentavam exclusivamente, ao passo que entre as não-freqüentadoras esse índice foi de apenas 18%.



Os resultados de Susin *et al.* (1998) confirmam os achados do trabalho descrito anteriormente, ao realizar um ensaio clínico com 405 mães de crianças normais nascidas no Hospital das Clínicas de Porto Alegre entre julho e dezembro de 1994. O procedimento de intervenção consistiu de um vídeo abordando tópicos básicos sobre aleitamento materno, de um folheto explicativo e da livre discussão após o vídeo. As primeiras 208 mães constituíram o Grupo Controle, e as restantes 197, o Grupo Experimental. Todas as mães responderam a um questionário de identificação e a um teste de conhecimentos prévios sobre aleitamento materno. As mães dos dois grupos foram acompanhadas por intermédio de visitas domiciliares ao final do 1º, 2º, 4º e 6º mês ou até a interrupção da amamentação, se fosse o caso. Ao final do 1º mês, as mães foram submetidas ao mesmo teste de conhecimentos aplicado logo após o parto. Os resultados mostraram que as mães do Grupo Experimental tiveram um escore significativamente maior no teste de conhecimentos em aleitamento materno ao final do primeiro mês quando comparadas com as mães do Grupo Controle. A intervenção aumentou as chances das mães em 1,7 vezes de obterem um escore acima da média. Por sua vez, as mães cujos escores ficaram acima da média tiveram uma chance 8,2 vezes maior de estar amamentando exclusivamente no final do 3º mês e duas vezes maior de estarem amamentando no final do 6º mês. Os autores concluíram que a orientação das mães sobre aleitamento materno no período pós-natal, aumenta seus conhecimentos sobre o assunto e, conseqüentemente, a prevalência desta prática nos seis primeiros meses.

Segundo Javorski *et al.* (1999), apesar das ações de incentivo à amamentação, o incremento do aleitamento natural vem fazendo-se de forma lenta. Muitas mulheres ainda continuam não amamentando ou amamentam por pouco tempo, desconsiderando as prescrições técnicas do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. É provável que, como interlocutores do aleitamento, os profissionais de saúde estejam reproduzindo para a mulher um padrão de amamentação ideal, negando a faceta das dificuldades que o ato envolve e enfatizando somente os seus aspectos positivos.

## *Aleitamento Materno Prolongado*

Não existe um consenso na literatura sobre a época adequada (1 ou 2 anos de vida da criança) para a interrupção do aleitamento materno. Segundo Grummer-Strawn (1993) a divergência em relação a uma normatividade para a realização do desmame se deve às diferenças socioeconômicas e culturais presentes nas populações estudadas.

Prentice (1991) acredita que as evidências encontradas em países industrializados sugerem que a extensão do aleitamento materno tem pouca influência sobre a saúde e o crescimento destas crianças, mas, em áreas pobres de países em desenvolvimento, a amamentação após o primeiro ano de vida parece exercer um benefício muito grande na vida das crianças que ali vivem.

Os autores que defendem o aleitamento materno até o segundo ano de vida da criança se baseiam em estudos com populações carentes, como mostra o trabalho de Briend & Bari (1989) ao avaliar o impacto da amamentação sobre o estado nutricional e a sobrevivência de 1.087 crianças com idade entre 12 e 35 meses numa zona rural de Bangladesh. A coleta de dados foi realizada por meio de um acompanhamento mensal durante dois anos. Os resultados mostraram que existe um maior número de crianças desnutridas entre as que estão em aleitamento do que entre aquelas que interromperam a amamentação antes do primeiro ano de vida. Entretanto, o risco de morte é seis vezes maior entre as crianças não amamentadas do que entre aquelas que estão em aleitamento e apresentam desnutrição. Frente a estes dados, os autores concluem que o aleitamento materno deve ser incentivado além do primeiro ano de vida da criança, especialmente em comunidades com condições socioeconômicas precárias, a fim de combater os índices de mortalidade infantil.

Rao & Kanade (1992) também defendem a extensão da amamentação em comunidades pobres. Os autores estudaram os efeitos do aleitamento materno prolongado (após 1 ano) sobre a prevalência de desnutrição e morbidade em 395 crianças da zona rural da Índia. Foi observado que a amamentação natural tem um efeito benéfico na redução da morbidade em crianças após um ano de vida. Os autores sugerem que este resultado se deve ao fato de que, para muitas destas crianças, o único tipo de alimento disponível era o leite

materno e que existia um risco muito grande de contaminação durante a preparação de outros alimentos devido às inadequadas condições de higiene e saneamento básico.

Em populações sob condição socioeconômica mais favorável, a preocupação com a prevenção da mortalidade é menor, pois esta já está bem controlada, portanto, surge um espaço para a discussão de outros problemas relacionados à extensão da amamentação natural, como má-nutrição, recusa de alimentos sólidos e ocorrência de cárie.

A associação entre duração da amamentação e estado nutricional foi estudada por Victora *et al.* (1984) com o envolvimento de 802 crianças. Observou-se que a prevalência de má-nutrição foi menor em crianças amamentadas de 3 a 12 meses, mas após esta idade, o estado nutricional piora com a extensão da amamentação. As crianças que ainda estavam sendo amamentadas após o primeiro ano de vida no momento da coleta de dados tinham uma prevalência significativamente maior de baixo peso por altura do que aquelas que tinham sido totalmente desmamadas.

Brakohiapa *et al.* (1988) estudou 202 crianças em um hospital da cidade de Accra, Ghana, observando que aquelas que estavam sendo amamentadas no peito após o primeiro ano de vida (15 crianças), apresentavam-se desnutridas. Os resultados mostraram que antes do desmame (interrupção completa da amamentação), a ingestão de nutrientes para todas as crianças desnutridas estava abaixo da metade do normal. Dez crianças realizaram o desmame e a ingestão de nutrientes foi elevada para níveis acima dos considerados normais. As cinco crianças que continuaram recebendo o leite materno, mantiveram os níveis de nutrientes abaixo do esperado. Frente aos dados obtidos por este estudo, os autores sugerem que quando a criança está em aleitamento materno após os doze meses de idade e mostra-se relutante em receber alimentos sólidos o desmame deve ser realizado.

Li *et al.* (2000) investigaram fatores que podem estar relacionados à transmissão do *Streptococos mutans* (SM) em 48 famílias com crianças em idade entre 2 e 3 anos. A coleta de dados foi realizada através de questionário específico sobre as práticas alimentares e hábitos de higiene, exame clínico da cavidade oral e coleta de amostras bacterianas a cada 2 meses (para determinar a similaridade do SM entre os membros de cada família). Os resultados mostraram que as crianças amamentadas ao peito por um período maior que 12 meses de vida, tiveram mais chance de possuir SM semelhantes aos de sua mãe e

apresentaram mais cáries aos 3 anos de idade, quando comparadas com aquelas que interromperam a amamentação antes deste período. Os autores concluíram que o aleitamento materno prolongado, após o primeiro ano de vida da criança, pode estar relacionado à fidelidade de transmissão do SM e contribuir para a maior ocorrência de cáries.

Com a finalidade de determinar a prevalência de cárie em crianças de 0 a 36 meses de idade residentes no município da Serra (ES), Paula & Dadalto (2000) realizaram um levantamento epidemiológico com 311 crianças no dia da Campanha Nacional de Multivacinação. Observou-se que nas crianças da faixa etária de 31 a 36 meses, o maior índice de cárie foi encontrado naquelas que foram amamentadas por mais de 12 meses, evidenciando a gravidade da doença cárie quando a amamentação é prolongada.

### *Fatores determinantes do desmame precoce e da extensão da amamentação*

Muitos estudos procuram definir as variáveis determinantes do êxito ou insucesso da amamentação, o que poderia facilitar estratégias de promoção do aleitamento materno. Todavia, é prudente levar em consideração que, como hábito alimentar, a amamentação está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento e a padrões culturais de uma determinada população. Esse fato justifica a necessidade de estudos regionais que permitam, a partir do conhecimento da realidade local, uma atuação mais eficaz com relação a medidas de intervenção (Losch *et al.*, 1995).

Segundo Caldeira & Goulart (2000), as variáveis estudadas pela literatura, determinantes do desmame precoce ou a extensão da amamentação, podem ser divididas em cinco categorias:

(1) Variáveis demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, números de filhos, experiência prévia em amamentação.

(2) Variáveis socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe de família.

(3) Variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação, desejo de amamentar.

(4) Variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata: alojamento conjunto, auxílio de profissionais da saúde, dificuldade iniciais.

(5) Variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar): estresse e ansiedade materna, uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê, introdução precoce de alimentos.

### ***Variáveis demográficas e socioeconômicas***

A prática de amamentar entre mulheres com um emprego formal no Brasil foi estudada por Rea *et al.* (1997). O trabalho foi realizado em 13 indústrias de São Paulo em 1994, onde todas as mulheres no terceiro trimestre da gestação foram entrevistadas (76) e reentrevistadas (69) na volta ao trabalho (em torno de 5,4 meses pós-parto). As mulheres com mais de oito anos de escolaridade tendem a amamentar exclusivamente 3 vezes mais do que aquelas que têm até oito anos de escola. As mulheres de melhor nível socioeconômico e as que tinham creche no local de trabalho ou sala de coleta e estocagem de leite materno, foram as que amamentaram por mais tempo.

Gigante *et al.* (2000) avaliaram a influência do perfil materno sobre a duração da amamentação. Foram estudadas 977 mulheres que tiveram filhos no ano de 1993, em Pelotas (RS). Em relação à duração da amamentação, observou-se que cerca de 25% das crianças foram desmamadas antes de completar o primeiro mês de vida. As prevalências de amamentação foram significativamente maiores conforme aumentava a idade materna. Em relação à paridade, observou-se que as primíparas amamentaram por menos tempo. Neste estudo, não foram encontradas associações entre renda familiar e escolaridade materna com a prevalência de amamentação.

Venâncio *et al.* (2002) investigaram a situação da amamentação e identificaram fatores associados ao desmame em 84 municípios do Estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada no Dia Nacional de Vacinação, em 1998. Para cada município foi desenhada uma amostra compatível com o tamanho de sua população infantil. Foram

analisados, pela regressão logística, fatores de risco para a interrupção da amamentação exclusiva em menores de quatro meses e para o desmame em menores de um ano. Os autores concluíram que quanto maior a escolaridade materna, maior a probabilidade de a criança estar em amamentação exclusiva, sendo que as mulheres com até quatro anos de escolaridade têm 2,2 vezes mais chances de introduzir outro alimento na dieta de seus filhos nos primeiros meses de vida quando comparadas às mulheres com 13 anos ou mais de escolaridade. As mulheres primíparas e com menos de 20 anos têm 1,2 vezes mais chance de abandonar o aleitamento materno exclusivo antes de a criança completar quatro meses. Os resultados não mostraram relação entre a duração da amamentação natural e a idade e escolaridade materna.

Cernadas *et al.* (2003) avaliaram a influência de determinados fatores na duração da amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida. As mães (539) foram questionadas por telefone no primeiro, quarto e sexto meses de vida do bebê, e as durações do aleitamento materno exclusivo foram de 83%, 56% e 19% respectivamente. Nenhuma associação foi encontrada entre a duração da amamentação exclusiva e a idade materna, número de filhos e tipo de parto. Por outro lado, o nível de educação materna e a duração da amamentação dos outros filhos estavam fortemente relacionados com a duração do aleitamento materno exclusivo. Mulheres que tinham amamentado previamente por um período maior que 6 meses tiveram uma frequência de aleitamento, aos seis meses, 14 vezes maior que as mulheres que tinham amamentado previamente por um período menor que um mês ou que não haviam vivenciado a amamentação.

### ***Variáveis associadas à assistência pré-natal***

Granzoto *et al.* (1992) avaliaram a importância do incentivo pré-natal sobre a amamentação através de palestra entre o oitavo e nono mês de gestação entre 348 primíparas de parto normal, sendo que 174 mães receberam incentivo pré-natal e as demais não, servindo estas como grupo de controle. Todas receberam alta hospitalar antes de 48 horas após o parto sem complicações, amamentando exclusivamente ao seio. As visitas domiciliares iniciaram-se na primeira semana após o parto e foram realizadas mensalmente

até o sexto mês de vida do bebê. Em todas as visitas domiciliares, os autores encontraram uma diferença significativa, a favor da amamentação, no grupo que recebeu incentivo pré-natal, concluindo que o incentivo pré-natal é eficiente na prevenção da ocorrência do desmame precoce.

O trabalho de Gomes *et al.* (1992) encontrou resultados diferentes ao avaliar o conhecimento de puérperas sobre aleitamento materno e algumas de suas condutas importantes ao sucesso da lactação. Os autores entrevistaram 300 puérperas internadas na Maternidade do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Os resultados mostraram que o tipo de parto e a assistência pré-natal não tiveram influência significativa sobre os conhecimentos e práticas maternas.

Com o mesmo objetivo de trabalhos acima descritos, Giugliane *et al.* (1995) realizaram um estudo transversal envolvendo 100 mães de primogênitos entre 6 e 12 meses que compareceram aos serviços de assistência pediátrica do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. As mães foram entrevistadas utilizando questionário padronizado que incluía 14 perguntas para testar o conhecimento em aleitamento materno. O conhecimento das mães sobre vários aspectos do aleitamento materno foi baixo. O fato das mães terem recebido orientações nas maternidades e durante o seguimento das crianças não ampliaram estes conhecimentos. Por outro lado, há indícios de que as orientações recebidas no pré-natal tiveram impacto positivo nos níveis de conhecimento das mães sobre aleitamento materno. Este pequeno acréscimo de conhecimento, no entanto, não foi suficiente para interferir na prevalência de interrupção precoce da amamentação.

### ***Variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata***

Em 1990, o Brasil foi um dos países participantes de um encontro realizado em Florença, Itália (*Spedale degli Innocenti*) promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), buscando mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. No referido encontro, foi idealizada a “*Iniciativa Hospital Amigo da Criança*” com a finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, consistindo na

mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce. Ao conjunto de medidas para atingir as metas contidas na “*Declaração de Innocenti*” denominou-se “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*”, basicamente consistindo de um elenco de medidas visando informar às gestantes os benefícios da amamentação e o manejo correto do aleitamento materno (Lamounier, 1998).

Segundo Lamounier (1996), para que um hospital consiga o título de Hospital Amigo da Criança, deve seguir os dez passos para o sucesso do aleitamento materno:

- (1) Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.
- (2) Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
- (3) Informar as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
- (4) Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira hora após o parto.
- (5) Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- (6) Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.
- (7) Praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
- (8) Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
- (9) Não dar bicos artificiais ou chupetas à crianças amamentadas ao seio.
- (10) Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório.

Digirolamo *et al.* (2001) realizou um estudo longitudinal a fim de avaliar o impacto do tipo e número de práticas, preconizadas pelo Hospital Amigo da Criança (HAC), vivenciada pelo binômio mãe-bebê sobre a amamentação natural. O estudo envolveu 1085 mães que tinham a intenção, durante o pré-natal, de amamentar seus filhos por um período maior que 2 meses e que tinham iniciado a amamentação após o parto. Foram avaliados os seguintes indicadores de ausência das práticas preconizadas pelo HAC: início tardio da



amamentação, introdução de suplementos, ausência de alojamento conjunto, não realização da amamentação à livre demanda e uso de mamadeiras ou chupetas. Os resultados mostraram que os fatores de maior risco para a ocorrência do desmame precoce foram o início tardio da amamentação e introdução de suplementos. As mães que vivenciaram, pelo menos, cinco práticas preconizadas pelo HAC tiveram uma chance 8 vezes maior de manter a amamentação do que aquelas que não vivenciaram qualquer uma das práticas.

Ungerer & Miranda (1999) ressaltam que dentre as várias medidas preconizadas para estimular o aleitamento materno, pode-se destacar como sendo de grande importância a adoção do sistema de Alojamento Conjunto (*rooming-in*) ao invés do comum berçário, pois como o vínculo mãe-filho se inicia no momento da concepção e surge de uma complexa inter-relação de vários fatores de ordens genética, psicológica, social e cultural, as primeiras horas de vida do bebê consistem em um período muito importante para o fortalecimento desse vínculo, essencial para o sucesso da amamentação natural.

Com o objetivo de avaliar as influências dos diferentes tipos de alojamento sobre recém-nascidos na prática do aleitamento materno, Del Ciampo *et al.* (1994) realizaram um estudo no Centro Médico Social de Vila Lobato (serviço ambulatorial primário para crianças e gestantes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP) abrangendo 132 crianças. O estudo foi longitudinal e retrospectivo, envolvendo dois grupos distintos de crianças, diferindo de acordo com a sua permanência hospitalar no período pós-parto, em alojamento conjunto e berçário tradicional. O tempo mediano de desmame encontrado para aquelas crianças que utilizaram o alojamento conjunto foi de 10 meses e para as que ficaram no berçário tradicional, 8 meses. Os autores concluíram que embora tenha ocorrido uma tendência a maior duração da amamentação no grupo que utilizou o alojamento conjunto, a análise estatística mostrou que essa diferença não era significativa.

### ***Variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar)***

#### **Estresse materno**

Segundo Dewey (2001), uma determinada quantidade de estresse é normal quando se considera os eventos que envolvem o nascimento de uma criança, e nestes casos o início

da lactação não é afetado. Entretanto, mães e bebês que vivenciam altos níveis de estresse, possuem grandes chances de sofrer efeitos adversos. O estresse pode ser caracterizado como um estado físico ou fisiológico (dor, cansaço, exaustão) ou emocional (ansiedade, frustração, ambivalência), e, pelo menos, dois mecanismos podem explicar a relação entre estresse e lactação:

(1) Em condições de estresse, o organismo da mãe aumenta a liberação de adrenalina e noradrenalina (hormônios produzidos pela glândula supra renal) que provocam uma vasoconstrição generalizada. Quando a vasoconstrição é muito intensa, a prolactina e ocitocina (hormônios envolvidos na produção do leite) não conseguem chegar às células lactóforas e mioepiteliais da mama, respectivamente, comprometendo ou interrompendo a produção de leite. Assim, o desmame precoce pode ser um efeito adverso do enfrentamento, pela mãe, de situações estressantes ou potencialmente aversivas

(2) Bebês que vivenciaram situações de estresse durante o trabalho de parto podem apresentar-se tão fracos e/ou tão sonolentos dificultando a pega e sucção eficiente da mama. A falta de sucção não gera estímulo neuroendócrino responsável pela liberação dos hormônios envolvidos na produção do leite, comprometendo a lactação.

Após o parto, a nova mãe pode enfrentar diversas situações geradoras de estresse, que segundo Martins Filho (1987), ocorrem principalmente em três ocasiões: (a) dificuldade para iniciar a amamentação dentro do próprio hospital (Taddei *et al.*, 2000); (b) confrontação com problemas na volta à casa (Ichisato & Shimo, 2002); e (c) retorno ao trabalho por volta do segundo ou terceiro mês de vida do bebê (Rea *et al.*, 1997).

Em relação ao ambiente hospitalar, um dos fatores mais relacionados ao estresse materno consiste na falta de alojamento conjunto, dificultando a introdução e a manutenção da amamentação, culminando na redução ou mesmo inibição da produção de leite. Quando esta situação está associada à falta de preparo dos profissionais de saúde para amparar e orientar estas mães, provavelmente ocorrerá um desmame precoce (Oliveira & Leal, 1997).

A volta à vida normal com suas atribuições e problemas diversos, contribui para o aumento da ansiedade da mãe, elevando os níveis de catecolaminas no sangue. A ansiedade e o medo aumentam quando aparecem os chamados “Inimigos do Aleitamento Materno”, com sugestões de complementação com mamadeira de água, chás na chuquinha, e outras,

que freqüentemente só dificultam a relação mãe-filho, resultando na interrupção da sucção do bebê ao seio (o bico de borracha altera o reflexo da sucção).

No retorno ao trabalho, muitas mães aderem à mamadeira devido a sua facilidade e comodidade, rejeitando muitas vezes o uso de copo ou xícaras, uma vez que é mais trabalhoso e exige maior dedicação. Apesar da influência destas variáveis, o aleitamento materno não é impossível, exige apenas treino e um pouco de dedicação, lembrando que é muito mais saudável para o bebê (Dowling *et al.*, 2002).

### Medicamentos

Dentre os fatores relacionados com a suspensão do aleitamento materno, a exposição dos lactentes à medicação materna é de extrema importância (Bagatin *et al.*, 2000). A nutriz pode usar medicamentos por diversas razões e sob várias formas. Segundo Anderson (1991), a presença e a concentração dos medicamentos no leite humano dependem principalmente de três fatores: os ligados à mãe (metabolismo da droga, forma de prescrição, interação com outros medicamentos); os ligados à droga em si (características bioquímicas, meia-vida, biodisponibilidade, forma de prescrição, excreção, etc); e aqueles ligados ao recém-nascido (imaturidade de alguns sistemas dificultando a metabolização e excreção da droga).

O Comitê de Drogas da Academia Americana de Pediatria (1994) agrupa as drogas nas seguintes categorias, de acordo com os riscos para a criança:

(1) Drogas contra-indicadas na lactação - poucas são as drogas cuja toxicidade para o lactente durante o aleitamento materno é bem documentada. São elas a anfetamina, a bromocriptina, a ciclofosfamida, a ciclosporina, a doxorubicina, a ergotamina, a feniclidina, a fenindiona, o lítio e o metrotexato, além dos psicotrópicos ditos recreacionais (cocaína, heroína e maconha). O uso de compostos radioativos requer suspensão da amamentação por um período equivalente a 4 a 5 meias-vidas do composto.

(2) Drogas que devem ser prescritas à nutriz com cautela por estarem associadas com efeitos adversos importantes em algumas crianças - ácido 5-aminossalicílico, ácido acetilsalicílico, clemastina, fenobarbital, primidona e sulfazaladina.

(3) Drogas cujos efeitos são desconhecidos em crianças amamentadas, mas que requerem cautela pelos efeitos adversos em potencial - ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos.

(4) Drogas compatíveis com a amamentação.

O trabalho de Lamounier *et al.* (2002) mostrou que 96,2% das mães faziam uso de medicamentos no pós-parto imediato: analgésicos (75,5%), antiinflamatórios (77,8%), antibióticos (17,8%) e outros (58,8%). Pôde-se observar que mais de um medicamento foi prescrito simultaneamente. Apesar disso, 98,5% das drogas eram compatíveis com a amamentação.

O uso de medicamentos pela criança, durante o período de amamentação, também pode comprometer o aleitamento materno. Medicamentos que de alguma forma diminuem a capacidade de sucção do bebê podem levar a uma redução da produção de leite e conseqüentemente ao desmame precoce (Silva, 1997).

Weiderpass (1998), ao avaliar o consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida, encontrou que 60% das crianças avaliadas consumiam medicamentos neste período, sendo que 17% consumiam três ou mais medicamentos diferentes na quinzena anterior à coleta de dados. Os médicos foram os principais responsáveis pela indicação (67%) e os principais problemas que levaram ao consumo de medicamentos foram “cólica” e “resfriado”. Crianças não amamentadas ao final do primeiro mês apresentaram um risco 75% maior de haver consumido medicamentos, e para as crianças não amamentadas exclusivamente o consumo foi mais de duas vezes maior se comparado com as amamentadas exclusivamente. Estes números podem refletir uma maior incidência de problemas de saúde entre as crianças não amamentadas.

### **3. PROPOSIÇÃO**

#### **Geral**

Caracterizar e comparar o binômio mãe-bebê que realiza desmame precoce com aquele que prolonga o aleitamento materno.

#### **Específicas**

1. Determinar os fatores que predisõem à ocorrência do desmame precoce e do aleitamento materno prolongado.
2. Investigar as possíveis causas do desmame precoce e do aleitamento materno prolongado.
3. Identificar as relações possivelmente existentes entre níveis de estresse das mães e o desmame precoce ou tardio;
4. Identificar as relações possivelmente existentes entre o nível socioeconômico das mães e o desmame precoce ou tardio;
5. Identificar o perfil das mães que realizam desmame precoce ou aleitamento materno prolongado buscando encontrar possíveis indicadores psicossociais que as distinguem.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA**

Para a execução do presente estudo, foi idealizado um projeto de pesquisa e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, tendo sido o mesmo devidamente aprovado pelo protocolo nº 014/2002, conforme cópia em ANEXO 1.

### **4.2. PARTICIPANTES**

Participaram desta pesquisa 80 (oitenta) mães que acompanham seus filhos ao Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP/UNICAMP. Dois grupos de 40 (quarenta) mães foram selecionados:

- Grupo I: composto por 40 (quarenta) mães que desmamaram seus filhos precocemente, isto é, antes do sexto mês de vida da criança.
- Grupo II: composto por 40 (quarenta) mães que estavam realizando o aleitamento materno além do primeiro ano de vida da criança.

#### **4.2.a) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

As mães pertencentes ao Grupo I (desmame precoce), deveriam ter interrompido a amamentação antes da criança completar o sexto mês de vida, mas o período entre o desmame e a coleta de dados não poderia ultrapassar um mês, correspondente ao tempo permitido para a utilização do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). A inclusão das mães no Grupo II (aleitamento materno prolongado) foi realizada pela presença de aleitamento materno além do primeiro ano de vida da criança. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2), com pleno conhecimento da

natureza dos procedimentos a que seriam submetidas, com capacidade de livre escolha e sem qualquer coação.

#### **4.2.b) CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA**

O Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) - UNICAMP, local de coleta dos dados, procura integrar trabalhos de extensão à comunidade, ensino e pesquisa, atendendo a crianças de zero a cinco anos. As inscrições são realizadas durante a gestação, sendo que a gestante participa de uma palestra (Palestra de Orientação à Gestante - POG) antes do nascimento do bebê, na qual recebe informações sobre sua saúde oral e sistêmica, importância da amamentação, saúde oral e sistêmica de seu filho, entre outras informações.

Após o nascimento, o bebê inicia o atendimento odontológico preventivo. Na primeira consulta, realiza-se anamnese da criança através de informações fornecidas pela mãe, preenchimento do prontuário clínico e orientações sobre aspectos nutricionais. Em seguida, examina-se clinicamente o bebê, orientando-se a mãe sobre como efetuar a limpeza dos roletes gengivais com gaze.

Ao erupcionar os primeiros dentes, a mãe recebe orientação quanto à realização da escovação e uso do fio dental. Em geral, o intervalo de tempo entre as consultas é de dois meses. Quando a criança apresenta alto risco à ocorrência de cárie, com presença de mancha branca ou dieta inadequada, o período de retorno é reduzido. A criança é acompanhada gradualmente até os cinco anos de idade.

Durante o período de permanência no Cepae, a criança também participa de outros atendimentos, como o Programa Orto-Fono, Grupo de Remoção de Hábitos e Grupo de Respiradores Bucais. O Programa Orto-Fono avalia todas as crianças do Cepae nas idades de 3, 4 e 5 anos. Caso alguma anormalidade seja diagnosticada, o tratamento é realizado de forma integrada pelas duas áreas. O Grupo de Remoção de Hábitos e de Respiradores Bucais trabalha de forma separada com pais e crianças, realizando dinâmicas de grupo com as crianças e palestras para os pais. O primeiro tem por objetivo a remoção de hábitos de

sucção instalados como chupeta, dedo e mamadeira; e o segundo pretende restabelecer a respiração nasal. Ambos são conduzidos por uma equipe multidisciplinar.

#### **4.3) INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS**

##### **4.3.a) Questionário socioeconômico - ANEXO 3**

Este questionário foi aplicado tanto às mães pertencentes ao Grupo I (desmame precoce) quanto às do Grupo II (aleitamento materno prolongado). Teve por objetivo investigar a condição socioeconômica de cada participante a fim de avaliar a influência deste fator na ocorrência do desmame precoce e na extensão da amamentação (Kozłowski, 2001).

É importante salientar que quando os dados foram coletados, o valor do salário mínimo vigente era de R\$ 200,00 (duzentos reais), e por este motivo, na questão 1 do presente questionário, foram definidos valores correspondentes a 2 salários mínimos (A), de 2 a 4 (B), de 4 a 6 (C), de 6 a 10 (D), de 10 a 15 (E), de 15 a 20 (F) e acima de 20 (G).

As quatro primeiras perguntas eram objetivas, solicitando-se à participante que assinalasse uma das alternativas. A quinta questão era subjetiva, sendo a única, portanto, na qual a resposta era cursiva para posterior classificação dentro de uma listagem de profissões.

Para a classificação socioeconômica dos participantes, os cinco fatores analisados, correspondentes às cinco primeiras perguntas do questionário, receberam um sistema de pontuação das respostas, cujo somatório possibilitou a determinação de um escore individual e conseqüentemente a hierarquização das participantes dentro de uma das seis classes sociais propostas.

Cada um dos fatores apresentava um objetivo específico e uma ponderação, tanto em termos de peso proporcional na avaliação geral, como em número mínimo e número máximo de pontos possíveis, como se segue:



- *Objetivo dos fatores*

**Fator 1:** Identificar o nível de renda familiar.

**Fator 2:** Identificar as condições econômicas de vida, quando comparado o número de pessoas (fator 2) com a renda familiar (fator1).

**Fator 3:** Identificar o grau de instrução das pessoas do meio em que a criança vive ou foi criada.

**Fator 4:** Identificar a situação de posse da moradia da família.

**Fator 5:** Identificar, por meio da profissão, o nível social, cultural e econômico do chefe de família.

- *Ponderação dos fatores*

**Quadro 1:** Representação do peso de cada fator avaliado no questionário socioeconômico e dos valores mínimos e máximos possíveis para cada um deles.

| <b>Fatores</b> | <b>Peso</b> | <b>Pontos mínimos</b> | <b>Pontos máximos</b> |
|----------------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Fator 1</b> | 30%         | 3,0                   | 30,0                  |
| <b>Fator 2</b> | 20%         | 2,0                   | 20,0                  |
| <b>Fator 3</b> | 25%         | 2,5                   | 25,0                  |
| <b>Fator 4</b> | 10%         | 1,0                   | 10,0                  |
| <b>Fator 5</b> | 15%         | 1,5                   | 15,0                  |

• **Ponderação dos graus**

**Fator 1:** Cada item deste fator apresenta um valor de pontuação referente às classes pré-determinadas para a renda familiar (número de salários mínimos).

A) 3,0      B) 7,5      C) 12,0      D) 16,5      E) 21,0      F) 25,5      G) 30,0

**Fator 2:** O valor é obtido pela transposição entre o fator 2 (número de pessoas) e o fator 1 (renda familiar).

**Quadro 2:** Comparação entre o número de pessoas (fator 2) com a renda familiar (fator 1), para obter a condição econômica de vida da família.

| F1 \ F2 | A   | B   | C   | D    | E    | F    | G    |
|---------|-----|-----|-----|------|------|------|------|
| A       | 5,0 | 7,4 | 9,8 | 12,2 | 14,6 | 17,0 | 20,0 |
| B       | 4,0 | 6,4 | 8,8 | 11,2 | 13,6 | 16,0 | 19,0 |
| C       | 4,0 | 6,2 | 8,4 | 10,6 | 12,8 | 15,0 | 18,0 |
| D       | 3,0 | 5,2 | 7,4 | 9,6  | 11,8 | 14,0 | 17,0 |
| E       | 3,0 | 5,0 | 7,0 | 9,0  | 11,0 | 13,0 | 16,0 |
| F       | 2,0 | 4,0 | 6,0 | 8,0  | 10,0 | 12,0 | 15,0 |

**Fator 3:** O valor corresponde à média obtida entre os valores referentes ao nível de escolaridade atribuída pelo pai e pela mãe (Soma-se o valor referente à escolaridade do pai ao valor da escolaridade da mãe e divide-se o valor final por dois). Na ausência de uma das respostas considera-se existente. A seguir, estão expostos os valores referentes aos níveis de escolaridades possíveis de acordo com o instrumento de coleta de dados utilizado.

A) 2,5   B) 5,0   C) 7,5   D) 10,0   E) 12,5   F) 15,0   G) 17,5   H) 20,0   I) 22,5   J) 25,0

**Fator 4:** Cada item deste fator representa um valor de pontuação referente à posse de moradia da família.

A) 10,0      B) 8,2      C) 6,4      D) 4,6      E) 2,8      F) 1,0

**Fator 5:** Cada item deste fator representa um valor de pontuação referente à profissão do chefe de família.

A) 15,0   B) 13,5   C) 12,0   D) 10,5   E) 9,0   F) 7,5   G) 6,0   H) 4,5   I) 3,0   J) 1,5

Enquadra-se a profissão referida dentro desta lista, ou em seu correspondente:

- A. ☐ Empresário de grande porte
- B. ☐ Profissional liberal e empresário de médio porte
- C. ☐ Funcionário em ocupação de nível superior
- D. ☐ Empresário de pequeno porte
- E. ☐ Funcionário em ocupação de nível médio
- F. ☐ Profissional autônomo (vendedor, corretor e outros)
- G. ☐ Funcionário em ocupação de nível intermediário
- H. ☐ Profissional autônomo operacional (marceneiro, pedreiro e outros)
- I. ☐ Funcionário em ocupação auxiliar (ajudante, trabalhador rural)
- J. ☐ Ambulante, safrista, trabalho eventual (bicos)

• ***Classe social***

Obtido o escore individual que pode variar de 10,0 (dez) a 100,0 (cem) pontos, dentro da pontuação determinada no item B (ponderação dos fatores), classifica-se a participante dentro de uma das 6 (seis) classes sociais seguintes, como mostra o quadro abaixo:

**Quadro 3:** Representação dos códigos e valores mínimos e máximos referentes às 6 (seis) classes sociais possíveis de acordo com o instrumento utilizado.

| Pontos       | Classe socioeconômica | Código |
|--------------|-----------------------|--------|
| 10,0 a 25,0  | Classe baixa inferior | F      |
| 25,1 a 40,0  | Classe baixa          | E      |
| 40,1 a 55,0  | Classe média inferior | D      |
| 55,1 a 70,0  | Classe média          | C      |
| 70,1 a 85,0  | Classe média superior | B      |
| 85,1 a 100,0 | Classe alta           | A      |

#### **4.3.b) Questionário desmame precoce - ANEXO 4:**

Este questionário foi aplicado às mães pertencentes ao Grupo I, ou seja, àquelas que desmamaram seus filhos antes dos seis meses de vida. A elaboração deste questionário baseou-se em informações da literatura, com o objetivo de coletar dados referentes a variáveis demográficas, condições em que ocorreram o pré-natal (Gomes *et al.*, 1992) e o pós-natal (Digirolamo *et al.*, 2001), características familiares (Gigante *et al.*, 2000), uso de medicamentos pela mãe e pela criança (Bagatin *et al.*, 2000) e sentimentos da mãe em relação à amamentação e ao desmame (Ichisato & Shimo, 2002).

#### **4.3.c) Questionário aleitamento materno prolongado - ANEXO 5:**

Este questionário foi aplicado apenas às mães pertencentes ao Grupo II, ou seja, aquelas que estavam amamentando além do primeiro ano de vida da criança. A elaboração deste questionário foi baseada na literatura, com o objetivo de coletar informações referentes a variáveis demográficas, condições em que ocorreram o pré-natal (Giugliane *et al.*, 1995) e o pós-natal (Lamounier, 1996), características familiares (Venâncio *et al.*,

2002), uso de medicamentos pela mãe e pela criança (Anderson, 1991) e sentimentos da mãe em relação à amamentação (Dewey, 2001).

#### **4.3.d) Inventário de sintomas de estresse (ISS) - ANEXO 6**

O ISS foi aplicado às mães pertencentes aos dois grupos com o intuito de identificar, de modo objetivo, se a sintomatologia referida pelas respondentes incluía sinais clínicos e/ou comportamentais indicadores de estresse, bem como o tipo de sintoma existente (somático ou psicológico) e a fase do estresse em que se encontrava (Lipp & Guevara, 1994).

O ISS baseia-se nos conceitos pioneiros de Selye, revistos historicamente pelo próprio autor, em 1984, referentes à hipótese de que os efeitos do estresse podem se manifestar tanto na área somática quanto cognitiva e que aparecem em seqüência e hierarquia de gravidade na medida em que o processo do estresse se desenvolve. De acordo com Selye, o organismo tenta se adaptar ao evento estressor e neste processo utiliza grande quantidade de energia adaptativa. Na primeira fase, de alerta, o organismo se prepara para a reação de luta ou fuga, que é essencial para a preservação da vida. Se o estressor continua presente por tempo indeterminado, a fase de resistência se inicia. Nesta, as reações são opostas àquelas que surgem da primeira fase e muitos dos sintomas iniciais desaparecem dando lugar a uma sensação de desgaste. Se o estressor é contínuo e a pessoa não desenvolve estratégias para lidar com o estresse, o organismo exaure sua reserva de energia adaptativa e a fase de exaustão se manifesta, podendo levar ao aparecimento de transtornos somáticos e de gravidade significativa.

O ISS leva cerca de 10 minutos para ser administrado. É composto de 3 partes que se referem respectivamente às 3 fases do estresse propostas por Selye. Os sintomas listados são os típicos de cada fase. Na primeira parte, o respondente assinala com um F1 ou P1 os sintomas físicos ou psicológicos que tenha experimentado nas últimas 24 horas. Na parte 2, marca-se com F2 ou P2 os sintomas experimentados na última semana. Finalmente na parte 3, assinala-se com F3 ou P3 os sintomas experimentados no último mês. É importante observar que alguns sintomas que aparecem na parte 1 voltam a aparecer na parte 3, mas

com intensidade diferente. Por exemplo, enquanto na parte 1, o item 11 se refere à “hipertensão arterial súbita e passageira”, na parte 3, o item 6 se refere a “hipertensão arterial continuada”. A razão desta gradação é que a fase de exaustão, coberta pela parte 3, em geral, demonstra a volta de alguns sintomas da fase 1, com um maior grau de comprometimento.

- *Avaliação dos dados coletados*

### **Parte I**

A) Soma-se 01 (um) ponto para cada F1 assinalado..... (    ) F1

B) Soma-se 01 (um) ponto para cada P1 assinalado .....(    ) P1

### **Parte II**

A) Soma-se 01 (um) ponto para cada F2 assinalado..... (    ) F2

B) Soma-se 01 (um) ponto para cada P2 assinalado..... (    ) P2

### **Parte III**

A) Soma-se 01 (um) ponto para cada F3 assinalado..... (    ) F3

B) Soma-se 01 (um) ponto para cada P3 assinalado..... (    ) P3

Os valores obtidos são transferidos para um diagrama semelhante ao apresentado abaixo:

**Quadro 4:** Quadro utilizado para o registro dos valores finais, somatória dos resultados no plano horizontal (total de pontos obtidos nas fases de alerta, resistência e exaustão) e vertical (total de pontos obtidos para sintomas físicos e psicológicos).

| Fases                   | Sintomas físicos | Sintomas psicológicos | Totais horizontal |
|-------------------------|------------------|-----------------------|-------------------|
| Fase de alerta (A)      | F1 (    )        | P1 (    )             | F1 + P1 (    )    |
| Fase de resistência (B) | F2 (    )        | P2 (    )             | F2 + P2 (    )    |
| Fase de exaustão (C)    | F3 (    )        | P3 (    )             | F3 + P3 (    )    |
| Total vertical          | F (    )         | P (    )              |                   |

O ISS foi elaborado para responder a 3 questões: (1) A pessoa tem estresse?; (2) Em que fase do estresse a pessoa está?; (3) Há prevalência de sintomas físicos ou psicológicos?

1. Para saber se o indivíduo apresenta ou não estresse, deve-se avaliar o total de valores dispostos no plano horizontal do quadro número 4, sendo que para cada fase existe um limite mínimo para o diagnóstico da presença de estresse. Para a somatória  $P1 + F1$ : o limite é 6; para  $P2 + F2$ : o limite é 3; para  $P3 + F3$ : o limite é 8. Se o escore obtido estiver abaixo destes números em todos os casos, a pessoa não apresenta estresse, mas se for maior que o valor do limite em qualquer dos 3 casos, deve-se prosseguir a aplicação do inventário para responder as outras duas questões.
2. Para identificar a fase do estresse em que a pessoa se encontra, deve-se procurar a porcentagem referente a cada valor do total obtido quando se soma os valores no plano horizontal, como mostra o quadro número 5:

**Quadro 5:** Representação das porcentagens referentes ao número de pontos obtidos na somatória dos valores no plano horizontal, em cada fase do estresse.

| Alerta (A)       |       | Resistência (B)  |       | Exaustão (C)     |       |
|------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|
| Fase 1 (F1 + P1) |       | Fase 2 (F2 + P2) |       | Fase 3 (F3 + P3) |       |
| Valor            | %     | Valor            | %     | Valor            | %     |
| 07               | 11,11 | 04               | 08,33 | 09               | 06,66 |
| 08               | 22,22 | 05               | 16,66 | 10               | 13,33 |
| 09               | 33,33 | 06               | 25,00 | 11               | 20,00 |
| 10               | 44,44 | 07               | 33,33 | 12               | 26,66 |
| 11               | 55,55 | 08               | 41,66 | 13               | 33,33 |
| 12               | 66,66 | 09               | 50,00 | 14               | 40,00 |
| 13               | 77,77 | 10               | 58,33 | 15               | 46,66 |
| 14               | 88,88 | 11               | 66,66 | 16               | 53,33 |
| 15               | 100   | 12               | 75,00 | 17               | 60,00 |
|                  |       | 13               | 83,33 | 18               | 66,66 |
|                  |       | 14               | 91,66 | 19               | 73,33 |
|                  |       | 15               | 100   | 20               | 80,00 |
|                  |       |                  |       | 21               | 86,66 |
|                  |       |                  |       | 22               | 93,33 |
|                  |       |                  |       | 23               | 100   |

A maior porcentagem indica a fase do estresse em que a pessoa se encontra, enfatizando-se que não é a nota do valor total do plano horizontal que determina a fase, mas o maior percentual obtido.

3. Para determinar se a manifestação de estresse é mais acentuada na área cognitiva ou somática, deve-se utilizar o valor obtido na somatória do plano vertical para sintomas físicos e psicológicos. Nos quadros número 6 e 7, representados abaixo, observa-se a porcentagem referente a estes valores, de acordo com a fase de estresse que o paciente



se encontra. A maior porcentagem indica a área predominante de manifestação dos sintomas de estresse.

**Quadro 6:** Representação das porcentagens referentes ao número de pontos obtidos na somatória dos valores no plano vertical para os sintomas físicos, em cada fase do estresse.

| Sintomas Físicos - Somáticos (F) |      |                  |      |               |      |
|----------------------------------|------|------------------|------|---------------|------|
| Alerta (F1)                      |      | Resistência (F2) |      | Exaustão (F3) |      |
| Valor                            | %    | Valor            | %    | Valor         | %    |
| 01                               | 0,08 | 01               | 0,10 | 01            | 0,08 |
| 02                               | 0,16 | 02               | 0,20 | 02            | 0,16 |
| 03                               | 0,25 | 03               | 0,30 | 03            | 0,25 |
| 04                               | 0,33 | 04               | 0,40 | 04            | 0,33 |
| 05                               | 0,41 | 05               | 0,50 | 05            | 0,41 |
| 06                               | 0,50 | 06               | 0,60 | 06            | 0,50 |
| 07                               | 0,58 | 07               | 0,70 | 07            | 0,58 |
| 08                               | 0,66 | 08               | 0,80 | 08            | 0,66 |
| 09                               | 0,75 | 09               | 0,90 | 09            | 0,75 |
| 10                               | 0,83 | 10               | 1,00 | 10            | 0,83 |
| 11                               | 0,91 |                  |      | 11            | 0,91 |
| 12                               | 1,00 |                  |      | 12            | 1,00 |

**Quadro 7:** Representação das porcentagens referentes ao número de pontos obtidos na somatória dos valores no plano vertical para os sintomas cognitivos, em cada fase do estresse.

| Sintomas Psicológicos - Cognitivos (P) |      |                  |      |               |      |
|----------------------------------------|------|------------------|------|---------------|------|
| Alerta (P1)                            |      | Resistência (P2) |      | Exaustão (P3) |      |
| Valor                                  | %    | Valor            | %    | Valor         | %    |
| 01                                     | 0,33 | 01               | 0,20 | 01            | 0,09 |
| 02                                     | 0,66 | 02               | 0,40 | 02            | 0,18 |
| 03                                     | 1,00 | 03               | 0,60 | 03            | 0,27 |
|                                        |      | 04               | 0,80 | 04            | 0,36 |
|                                        |      | 05               | 1,00 | 05            | 0,45 |
|                                        |      |                  |      | 06            | 0,54 |
|                                        |      |                  |      | 07            | 0,63 |
|                                        |      |                  |      | 08            | 0,72 |
|                                        |      |                  |      | 09            | 0,81 |
|                                        |      |                  |      | 10            | 0,90 |
|                                        |      |                  |      | 11            | 1,00 |

#### 4.4. PROCEDIMENTO

As mães foram entrevistadas e avaliadas individualmente, em situação de entrevista face-a-face, em uma única sessão de aproximadamente 40 minutos. A entrevista foi gravada em fitas de áudio (K-7) para obtenção de maior número de dados possíveis e posteriormente transcrita “*ipsis literis*”. Inicialmente foram obtidas informações a respeito do desmame precoce para as mães do primeiro grupo e sobre o aleitamento materno prolongado para as mães do segundo grupo, por meio dos Questionários Específicos. Em seguida, foram aplicados o Questionário Socioeconômico e o Inventário de Sintomas de Stress, os quais foram respondidos por escrito e individualmente a fim de se garantir privacidade, evitando-se constrangimentos durante a escolha das respostas dos questionários.

#### 4.5. TRATAMENTO DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada em cinco partes:

1. Frequência de respostas às perguntas do questionário referente ao grupo de desmame precoce;
2. Frequência de respostas às perguntas do questionário referente ao grupo de aleitamento materno prolongado;
3. Comparação de respostas entre as perguntas semelhantes presentes nos questionários referentes aos grupos de desmame precoce e aleitamento materno prolongado;
4. Inter-relação entre as perguntas presentes no questionário aplicado ao grupo de desmame precoce;
5. Inter-relação entre as perguntas presentes no questionário aplicado ao grupo de aleitamento materno prolongado.

As frequências relativas foram inseridas em planilhas, no programa de computador *MICROSOFT EXCEL* (versão 7.0), e deram origem às figuras apresentadas no capítulo “Resultados e Discussão”.

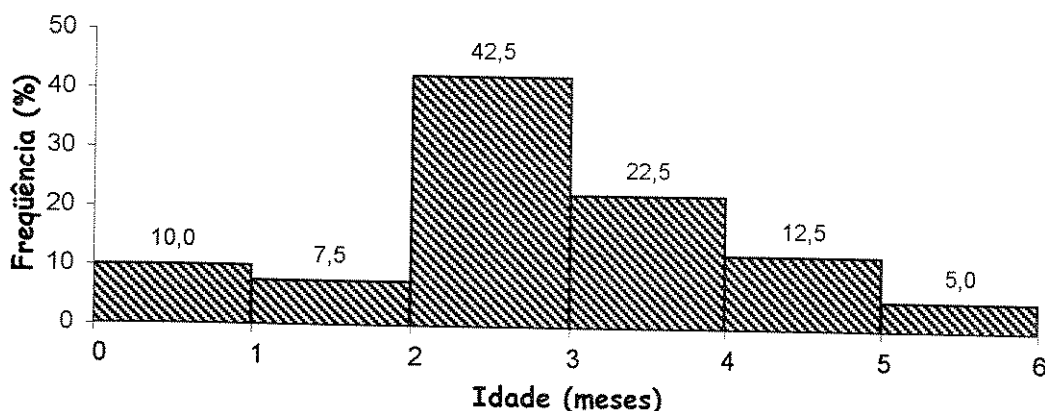
As planilhas possibilitaram também o cálculo das frequências para os grupos de desmame precoce e aleitamento materno prolongado, a comparação entre as questões semelhantes presentes nos questionários dos dois grupos, além da inter-relação entre as questões dentro de cada grupo.

As análises estatísticas foram realizadas para detectar possíveis diferenças significativas entre as questões semelhantes, presentes nos questionários dos dois grupos, e para avaliar a possibilidade de inter-relação entre as questões dentro de cada grupo. O tratamento estatístico foi efetuado por meio de dois testes: Teste Qui Quadrado e Teste Exato de Fischer (nível de significância igual à 0,05).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. ANÁLISE DO GRUPO DE DESMAME PRECOCE

A seguir serão apresentados os dados referentes às questões específicas do questionário aplicado ao grupo de desmame precoce.



**Figura 1:** Distribuição de frequência da época de interrupção da amamentação natural antes dos seis meses de vida da criança (desmame precoce).

Avaliando o período de ocorrência do desmame precoce (antes do sexto mês de vida da criança), observou-se que 42,5% dos casos ocorreram entre o segundo e o terceiro mês após o parto e 22,5% entre o terceiro e quarto mês. Estes resultados são confirmados pelos trabalhos de diversos autores, tais como Souza *et al.* (1991), Carvalhaes *et al.* (1998) e Gigante *et al.* (2000), que relacionam esta alta incidência de desmame por volta do terceiro mês de vida da criança ao fim da licença-maternidade e volta da mãe à sua rotina de trabalho. Esta situação pode levar à introdução de outras formas de alimentação, além do aleitamento materno (chá, suco de fruta, papa salgada), fazendo com que o bebê diminua gradualmente a amamentação natural. Outra explicação, seria o estresse gerado pelo retorno ao trabalho, levando a uma diminuição da produção de leite. Rea (1997) mostra que a licença-maternidade tem sido útil e usada pela maioria das trabalhadoras para amamentar,

mas existem outros fatores que são fundamentais para que a manutenção da lactação seja facilitada, tais como aqueles que permitem a proximidade mãe-criança e/ou retirada periódica de leite materno durante a jornada de trabalho. Segundo Fein & Roe (1998), o trabalho em tempo integral após o período de licença-maternidade diminui a duração da amamentação de forma significativa, enquanto que o trabalho em tempo parcial (quatro horas ou menos por dia) não afeta a duração da amamentação.

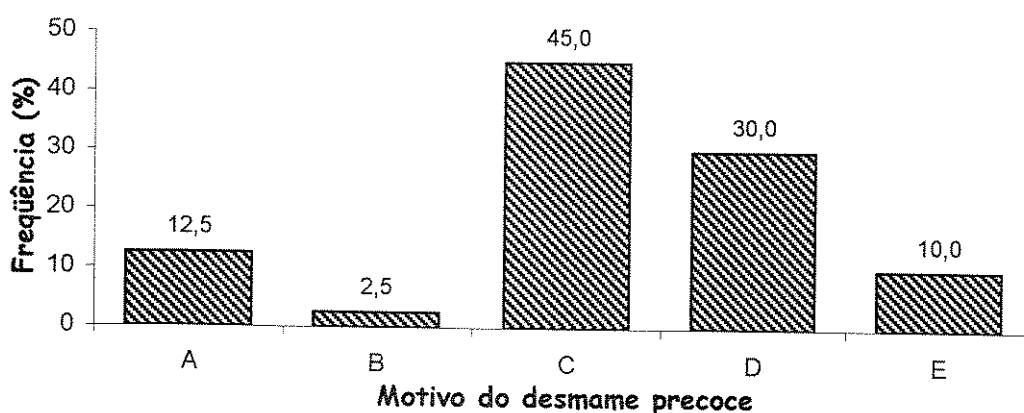
A figura ainda mostra que 17,5% das crianças não chegaram ao segundo mês de vida em aleitamento, vivenciando um desmame extremamente precoce. A interrupção da amamentação neste período do pós-parto se deve, na maioria das vezes, às dificuldades encontradas durante a prática do aleitamento materno.

Os dois primeiros meses após o parto são considerados períodos de adaptação tanto para a mãe quanto para a criança em relação a uma nova experiência de vida, representada pela amamentação natural (principalmente para as primíparas). Portanto, é um erro acreditar que a amamentação é um processo natural, que qualquer mulher é capaz de vivenciá-lo, sem nenhum problema ou dificuldade. É essencial que nas primeiras semanas, a mãe receba auxílio, apoio e orientação, a fim de amenizar a insegurança e ansiedade vivenciadas neste momento, favorecendo a manutenção do aleitamento materno.

Nesta fase, o organismo da mãe passa por uma série de alterações, com o intuito de se adequar, a cada dia, às necessidades do bebê. Uma das dificuldades encontradas neste período é a produção excessiva de leite durante as primeiras semanas após o parto. Esta síntese de leite em abundância ocorre para garantir à mulher leite suficiente para amamentar, em certas ocasiões, mais de um filho. Com o passar dos dias, a quantidade de leite produzida pela mãe vai se adequando ao volume de leite ingerido pela criança, culminando na redução da produção de leite e no tamanho das mamas. Mas, enquanto esta adaptação não ocorre, pode haver um acúmulo de leite nas mamas, especificamente nas ampolas lactóforas (local onde o leite é armazenado), levando a um processo de ingurgitamento. O relato mais freqüente das mães é que as mamas estão “empedradas” ou “com caroços”. Nestes casos o leite não escoar, há sensação de dor intensa, a pele do peito fica esticada tornando o mamilo plano, dificultando ou mesmo impossibilitando a

amamentação natural. Quando o processo de ingurgitamento não é tratado, pode evoluir para quadros de mastite (acúmulo de leite associado a processo inflamatório) e abscesso.

Outro problema relatado com frequência pelas mães é o aparecimento de fissura nos mamilos. A ocorrência de fissura está associada, na maioria dos casos, à técnica incorreta de pega do mamilo durante a sucção (criança pega somente o mamilo e não mamilo e aréola), forma inadequada de retirada da criança do peito e falta de exposição das mamas ao sol. A fissura é a principal causa da sensação dolorosa referida pelas mães durante o ato da amamentação natural, levando à introdução de outra forma de alimentação como a mamadeira, a fim de evitar a sensação de dor.



**Legenda:** A)Trabalho materno B)Conselho médico C)Falta de leite  
D)Dificuldade durante a amamentação E)Doença da mãe ou criança.

**Figura 2:** Distribuição de frequência do motivo alegado pela mãe para a ocorrência do desmame precoce.

O motivo mais referido pelas mães para a ocorrência do desmame precoce foi a “falta de leite” (45%), confirmando os trabalhos de Park & Berlin (1981), Costa *et al.* (1993), Del Ciampo *et al.* (1994) e Caldeira & Goulart (2000), os quais encontraram que o principal motivo alegado pelas mães para a ocorrência do desmame precoce é a hipogalactia. As mulheres que relataram produzir uma quantidade insuficiente de leite

materno usaram como critérios o volume diminuído das mamas, a pouca drenagem espontânea de leite e o choro da criança após a mamada.

Segundo Arantes (1995), as hipogalactias primárias são raríssimas, mas constata que é muito difícil obter das mães respostas completas, confiáveis, quando a entrevista é parte de um estudo transversal, pois elas tendem a dar respostas socialmente mais convenientes e que não agridam a sua auto-estima. A autora concluiu em seu trabalho que o fato de o bebê não querer mais mamar e o leite se tornar insuficiente são razões finais do processo. Observa-se que no momento de desmamar completamente, ao rever o que passou, a mãe passa a mencionar honestamente que desmamou porque ela própria não queria amamentar e, também, porque o leite secou. A autora ainda relaciona a hipogalactia ao fim da licença-maternidade, pois quando a mãe retorna ao trabalho inicia-se um processo de diminuição da frequência de mamadas e do período de sucção, além da introdução de outros alimentos que geralmente estão associados ao uso da mamadeira. Tudo isso, provoca o desestímulo da glândula mamária, levando à diminuição do volume de produção láctea. Em alguns casos, o retorno ao trabalho também é responsável pelo aumento do estresse materno, o qual agrava ainda mais a redução da produção de leite. Caracteriza-se assim, o quadro de hipogalactia. Dessa forma, a diminuição do volume de leite e a maior facilidade de extrair o leite da mamadeira levam à recusa do peito materno pela criança, concretizando o final do processo de desmame.

O segundo motivo mais referido pelas mães para a ocorrência do desmame foi a dificuldade encontrada por elas durante a amamentação natural (30%). Scott *et al.* (2001) apontam para as dificuldades encontradas pela mãe no início da amamentação, como principal causa para a ocorrência do desmame antes do sexto mês de vida da criança.

Como discutido anteriormente, a ocorrência de fissuras no mamilo, o ingurgitamento mamário, quadros de mastite e presença de mamilo plano ou invertido representam condições que dificultam e até mesmo levam à interrupção do aleitamento materno. As fissuras, o ingurgitamento e a mastite, segundo o relato das mães, estão acompanhados de sensação dolorosa intensa, fazendo com que elas procurem outra forma de alimentar seu bebê, evitando assim, a sensação de dor. Os casos de mamilo plano ou invertido dificultam a pega da mama pelo bebê, comprometendo a sucção e



conseqüentemente o reflexo neuroendócrino que determina a produção do leite. Todos estes problemas podem ser facilmente resolvidos se diagnosticados e tratados logo após seu surgimento. Na maioria dos casos, a mãe não sabe a quem recorrer logo após a alta hospitalar (período no qual estes problemas são mais freqüentes), já que o retorno ao pediatra é marcado, geralmente, quando a criança completa o primeiro mês de vida.

O “trabalho materno” foi o terceiro motivo mais alegado pelas mães para a ocorrência do desmame precoce, representando apenas 12,5%. Frente a este dado, pode-se sugerir duas hipóteses: (1) Outros fatores estão relacionados à alta incidência de desmame precoce por volta do terceiro mês de vida da criança além do retorno ao trabalho; (2) O retorno ao trabalho leva a uma redução da produção de leite devido à diminuição do número de mamadas, introdução de outros tipos de alimentos na dieta da criança e o estresse vivenciado pela mãe neste período, refletindo, portanto, no motivo mais referido pelas mães que foi a “falta de leite”.

O trabalho de Mahgoub *et al.* (2002) aponta o trabalho da mãe fora do lar como principal causa para a ocorrência do desmame antes do sexto mês de vida da criança. Para Silva (1990), a diminuição da amamentação não é determinada diretamente pelo trabalho da mulher, mas pelas condições sociais concretas em que ele se realiza, por exemplo, o trabalho fora do lar a grandes distâncias, com horários policiados, sem creches, sem intervalo para amamentação e outras complicações.

A crescente presença da mulher no mercado de trabalho, associada a mudanças estruturais na sociedade e na família, forçou o surgimento de dispositivos legais de proteção à amamentação da mulher trabalhadora. A Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, no seu artigo 7º, parágrafo XVIII, versa: “Licença maternidade, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias”. A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) também possui diversos artigos que protegem a mulher trabalhadora gestante e nutriz: afastamento de ambientes de trabalho com equipamentos radiológicos e produtos químicos, descansos especiais durante a jornada de trabalho, criação de creches e convênios com creches para empresas com mais de 30 funcionárias em período fértil e descrição de locais adequados para os cuidados com os lactentes, por exemplo.

As leis que garantem a manutenção da amamentação existem, mas na maioria dos casos, as mulheres desconhecem seu conteúdo ou não sabem como usufruir dos benefícios disponíveis.

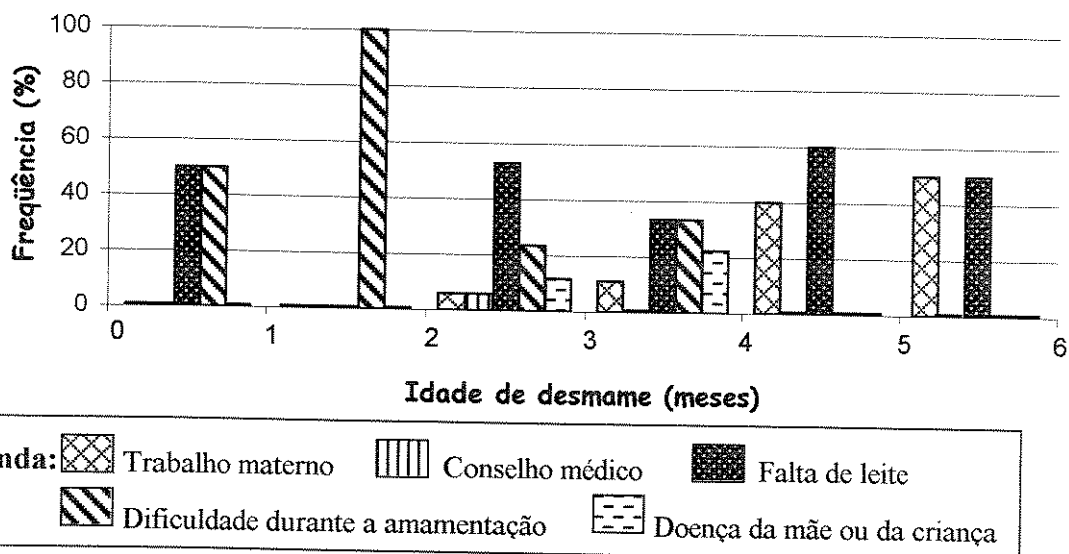
O trabalho de Rea *et al.* (1997) mostrou que mulheres com creche no local de trabalho tendem a manter a amamentação natural por mais tempo. Trata-se de uma facilidade importante, mesmo em áreas metropolitanas, ressalvadas as dificuldades quanto ao transporte. A lei é pobre ou ambígua quanto à sua regulamentação. Pela CLT, a criança usaria a creche até o sexto mês de vida apenas, portanto, com os 4 meses de licença em casa, a creche só seria utilizada por 2 meses. Felizmente, as empresas que contam com este benefício, permitem que a criança permaneça na creche até 12 meses ou mais, a fim de maximizar o uso deste recurso.

A presença de posto de coleta ou extração de leite parece ser uma iniciativa favorável à amamentação em locais sem creche, ou seja, onde o número de mulheres não compensa sua instalação. Por ser uma iniciativa nova, deve ser acompanhada de intensa divulgação, do contrário, as mulheres não a utilizam. Por outro lado, se as mulheres não souberem (não forem orientadas a) extrair ou ordenhar seu leite (e isto, nota-se, quase nunca acontece nas maternidades), a criação deste espaço pode ser inútil.

Quanto às creches fora do local de trabalho, embora populares, trazem a dificuldade pela distância para a manutenção da amamentação nos pequenos períodos para pausas e almoço, mesmo quando a empresa cumpre a lei. Os trabalhos mostram que esse benefício na empresa não influi no tempo de duração da amamentação se comparado com o encontrado naquelas trabalhadoras sem creche.

É de extrema importância a criação de uma estrutura de apoio à gestante e nutriz trabalhadora, para que a volta ao trabalho após a licença maternidade não signifique a interrupção precoce da amamentação e suas drásticas consequências para a saúde infantil. Os direitos da mulher trabalhadora estão garantidos tanto na Constituição Federal quanto em leis trabalhistas específicas, mas é preciso que estes direitos sejam cumpridos, o que certamente repercutirá na promoção da saúde dos filhos das mulheres que trabalham fora do lar.

De uma maneira geral, os autores acima citados referem-se a estes três fatores (hipogalactia, dificuldade durante o início da amamentação e retorno ao trabalho) como determinantes para a interrupção do aleitamento, embora o grau de importância seja diferente em cada um deles.



**Figura 3:** Associação entre o motivo referido pela mãe para a ocorrência do desmame precoce e a idade do desmame (Teste Qui-Quadrado  $p < 0,05$ ).

Durante os primeiros seis meses, o motivo referido pelas mães para a interrupção da amamentação natural “falta de leite” apareceu de forma estável, não se limitando a determinada faixa do desmame. Este motivo só não foi justificativa para o desmame entre o primeiro e segundo mês de vida da criança. Esta distribuição homogênea pode ser explicada pelo fato de a hipogalactia ser o resultado final do processo de desmame e não a causa deste, como mostra o trabalho de Arantes (1995). Segundo a autora, existem muitos fatores que podem estar relacionados à redução da produção de leite, isto é, os verdadeiros responsáveis pelo desmame, como o estresse e ansiedade da mãe, e retorno ao trabalho, situação em que há redução do número de mamadas e introdução de outros tipos de alimentos na dieta da criança. A variedade de fatores relacionada a hipogalactia pode

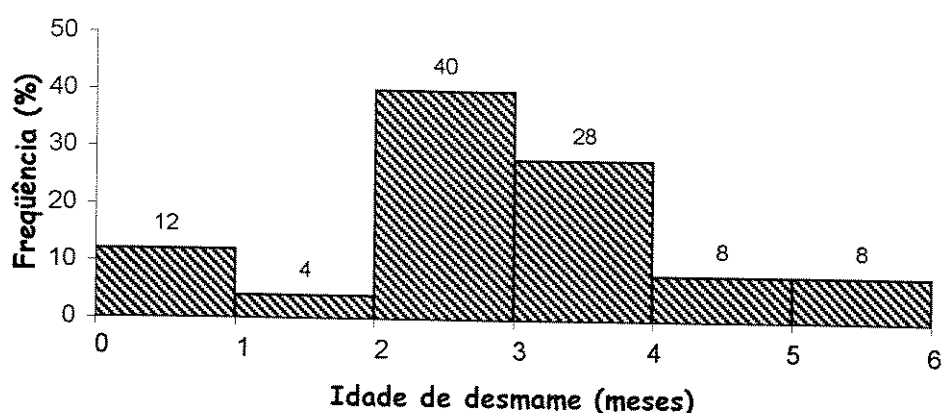
justificar a ocorrência de forma constante do motivo alegado pelas mães “falta de leite” durante o decorrer dos primeiros seis meses de vida do bebê.

As mães que desmamaram seus filhos no primeiro mês de vida, tiveram como motivo “falta de leite” e “dificuldade durante a amamentação”, sendo que todas as mães que desmamaram seus filhos entre o primeiro e segundo mês de vida alegaram “dificuldade durante a amamentação” para a ocorrência do desmame. Considerando que o motivo “falta de leite” consiste na razão final do processo de desmame e não a causa dele, os dados sugerem que o principal motivo para o desmame nos primeiros dois meses de vida foi a dificuldade encontrada pela mãe durante a amamentação natural, reforçando os dados discutidos anteriormente. Os problemas de mama, muito comuns neste período do pós-parto, quando não tratados adequadamente, levam à redução do número de mamadas, seja pela sensação dolorosa vivenciada pela mãe (fissura, ingurgitamento, mastite) ou pela dificuldade de sucção da mama (mamilo plano ou invertido). Frente à diminuição do estímulo neuroendócrino proporcionado pela sucção do peito, há, conseqüentemente, uma queda na produção de leite, justificando o motivo “falta de leite” alegado pelas mães para a ocorrência do desmame no primeiro mês de vida da criança.

O motivo de desmame “trabalho materno” aparece pela primeira vez por volta do segundo mês de vida do bebê e tem uma porcentagem crescente até o sexto mês. Os motivos alegados para a realização do desmame entre o quarto e o sexto mês de vida da criança foram o “trabalho materno” e a “falta de leite”. De forma semelhante à análise dos motivos de desmame nos dois primeiros meses de vida da criança, pode-se sugerir que o principal motivo para o desmame neste período foi o trabalho materno, já que a falta de leite referida pelas mães, geralmente, consiste na razão final do desmame e não a sua real causa.

O motivo de desmame “doença da mãe ou da criança” aparece apenas durante o segundo e terceiro mês após o parto. Segundo o relato das mães, o desmame ocorreu devido ao afastamento de mãe e bebê, sendo que em três casos houve a necessidade de hospitalização da mãe e em um caso, da criança. Na ausência de contato mãe-filho, ocorreu a introdução de outras formas de alimentação e interrupção da sucção, levando a uma redução da produção de leite e conseqüente desmame.

Apenas uma mãe alegou o motivo “conselho médico” para a realização do desmame, durante o segundo mês de vida da criança. Apesar de não ser um número representativo, parece ser uma questão preocupante, já que, segundo a mãe, o pediatra orientou a interrupção da amamentação, pois esta não possuía leite suficiente para alimentar seu filho. A mãe foi orientada a introduzir fórmula láctea na mamadeira, ao invés de ser incentivada a restabelecer a amamentação por meio de técnicas de realeitamento e estímulo à sucção. Infelizmente, não existe um consenso em relação às orientações referentes à amamentação natural dentre os profissionais da área de saúde, podendo-se observar até mesmo uma certa contradição. Apesar da variedade de pesquisas e estudos realizados envolvendo a amamentação, existe uma certa resistência (ou falta de conhecimento) por parte de determinados profissionais de saúde, representados na sua maioria por alguns pediatras e obstetras. De um lado, estão nutricionistas, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos e dentistas, incentivando a amamentação natural exclusiva até o sexto mês de vida da criança, orientando sobre o manejo da amamentação e ensinando condutas clínicas para a solução de problemas de mama (mamilo plano, fissura, ingurgitamento, mastite). Por outro lado, certos pediatras orientam a substituição ou complemento das mamadas por mamadeira com fórmula infantil, ou pior ainda, com leite de vaca puro, além da introdução extremamente precoce de outros tipos de alimentos além do leite materno na dieta da criança. Frente a problemas de mama, alguns pediatras e obstetras preferem interromper a lactação e introduzir outra forma de alimentação na dieta da criança, ao invés de adotar condutas clínicas compatíveis com a amamentação natural. A situação torna-se ainda mais preocupante ao considerar que os médicos são agentes que produzem fortes modificações nos comportamentos das mães e que têm o maior poder potencial de influência dentre os profissionais de saúde.

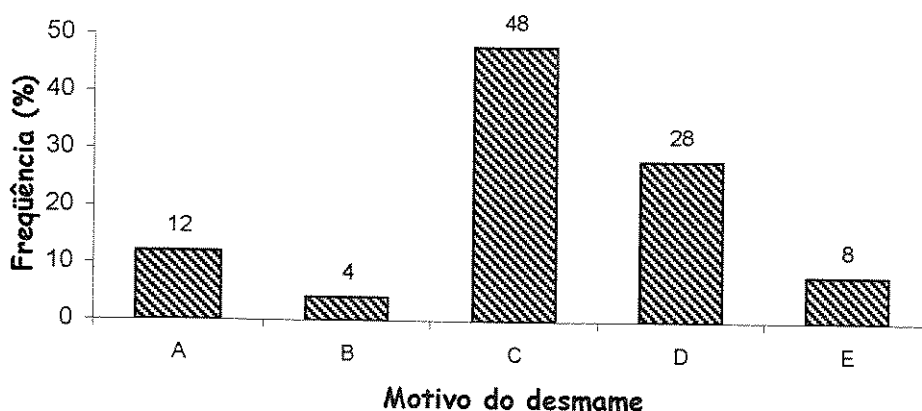


**Figura 4:** Apresentação de sintomas de estresse pela mãe em função da idade de desmame precoce da criança (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

Entre as 40 mães pertencentes ao grupo de desmame precoce, 25 (62,5%) apresentaram sintomas de estresse ao responder ao Inventário de Sintomas de Stress (ISS). A figura, acima citado, mostra a distribuição destas 25 mães que apresentaram estresse segundo a idade de desmame da criança.

Observa-se uma ocorrência de estresse significante entre as mães que realizaram o desmame por volta do segundo e terceiro mês de vida do bebê, provavelmente relacionada ao retorno da mãe ao trabalho, sendo que 10 mães apresentaram estresse durante o segundo mês de vida da criança e 7 mães durante o terceiro mês. O retorno da mãe ao trabalho consiste em uma situação geradora de muita ansiedade e insegurança, já que este momento é marcado por várias decisões, tais como a escolha do local ou do acompanhante para deixar a criança e da forma de alimentação nos momentos de ausência. A mãe vivencia, pela primeira vez após o parto, a experiência da separação.

Entre os casos de desmame ocorridos no decorrer do primeiro mês de vida do bebê, observa-se o terceiro pico de maior ocorrência de estresse materno (3 mães), possivelmente associado à dificuldade durante a amamentação. A maioria dos problemas de mama são acompanhados de sensação dolorosa intensa, a qual pode ser responsável pelos sintomas de estresse vivenciados pelas mães.



**Legenda:** A)Trabalho materno B)Conselho médico C)Falta de leite D)Dificuldade durante a amamentação E)Doença da mãe ou criança

**Figura 5:** Associação entre a apresentação de sintomas de estresse pela mãe e o motivo referido por elas para a ocorrência do desmame precoce (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

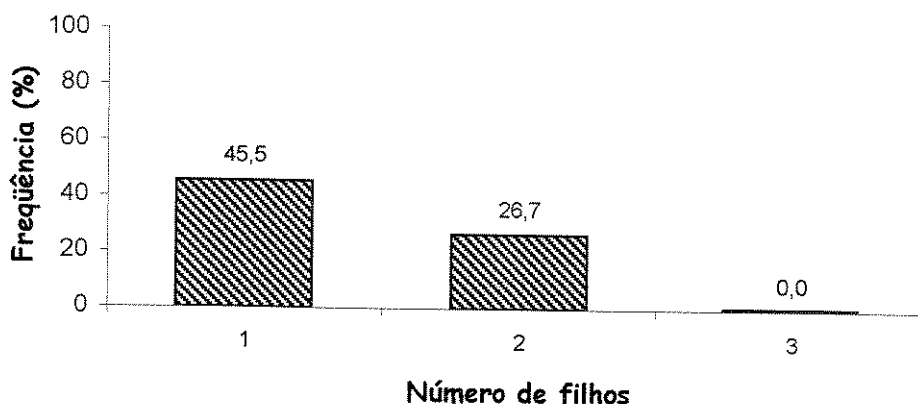
A figura acima mostra a distribuição das mães pertencentes ao grupo de desmame precoce ( $N = 40$ ) que apresentaram estresse (25 mães) segundo o motivo referido por elas para a ocorrência do desmame antes do sexto mês de vida da criança.

O maior índice de estresse é observado entre as mães que alegaram a “falta de leite” para a realização do desmame, isto é, entre as 25 mães, pertencentes ao grupo de desmame precoce, que apresentaram estresse, 12 realizaram o desmame por “falta de leite”. O segundo motivo mais relacionado à ocorrência de estresse é a “dificuldade durante a amamentação”, sendo que 7 mães que apresentaram estresse alegaram este fator para o desmame; e o “trabalho materno” representou a terceira maior ocorrência de estresse (3 mães).

Estes dados mostram a possível interferência do estresse materno sobre o processo de lactação e conseqüente redução da produção de leite, como mostra o trabalho de Dewey (2001), já que a maior parte das mães que apresentou estresse (48% /  $N = 25$ ) ao responder

o Inventário de Sintomas de Stress (ISS) alegou a “falta de leite” para a realização do desmame.

Os dados das figuras 4 e 5 sugerem que dentre as mães que realizaram o desmame por volta do terceiro mês de vida da criança, foi encontrada maior ocorrência de estresse, provavelmente relacionado ao fim da licença maternidade e retorno da mãe à sua rotina de trabalho. O estresse gerado por esta situação, acarreta uma redução da produção de leite, representada pela alta ocorrência de estresse entre as mães que alegaram o motivo “falta de leite” para a realização do desmame. Considerando que as mães têm, na maioria das vezes, dificuldade em identificar a causa real do desmame, levanta-se a hipótese de que muitas mães que relataram a redução da produção de leite como causa do desmame, tiveram como motivo real o retorno ao trabalho. Portanto, ao avaliar os eventos em ordem seqüencial, pode-se dizer que o retorno ao trabalho gera um aumento nos níveis de estresse da mãe, responsáveis pela redução na produção láctea e conseqüente interrupção da lactação.



**Figura 6:** Mães que encontraram dificuldade durante o início da amamentação natural em função do número total de filhos (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

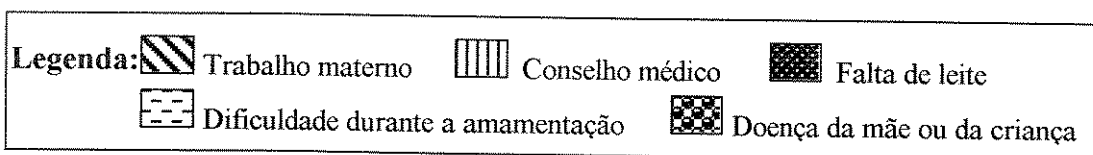
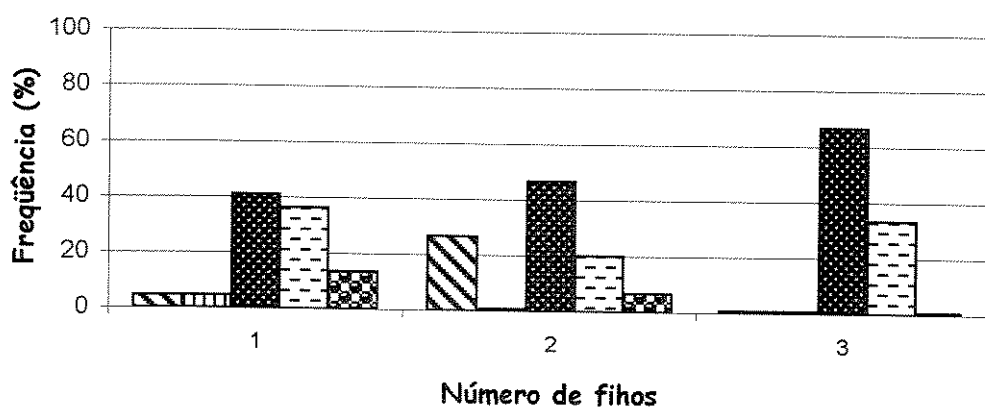
Ao comparar o número de filhos que as mães tiveram com a dificuldade encontrada pela mãe para iniciar a amamentação dentro do hospital, foram obtidos dados com forte relação estatística (figura 6). As mães, pertencentes ao grupo de desmame precoce, que encontraram dificuldade durante o início da amamentação natural representam 35% das 40



mães que compõem este grupo, portanto o número total de sujeitos para esta figura consiste em 14 mães.

Mães que possuíam apenas um filho encontraram mais dificuldade (45% / 10 mães) do que as que possuíam dois filhos (26% / 4 mães), que, por sua vez, tiveram mais dificuldade do que as mães com três filhos (as quais não relataram qualquer dificuldade para o início da amamentação dentro do hospital – 0%).

A figura mostra uma tendência descendente, ou seja, a experiência adquirida pela mãe facilita o início da amamentação natural. Quanto maior o número de filhos, maior a experiência materna em relação à amamentação. Estes achados são confirmados pelo trabalho de Meyerink & Marquis (2002), que encontraram uma relação positiva entre falta de experiência e dificuldade para implementar (iniciar) a amamentação natural.



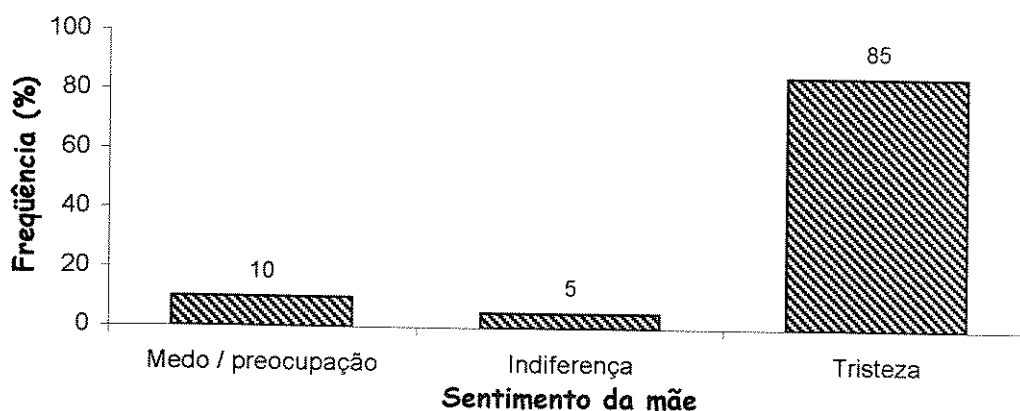
**Figura 7:** Motivo referido pela mãe para a ocorrência do desmame precoce em função do número total de filhos (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

O motivo “conselho médico” foi alegado para a ocorrência do desmame apenas por uma mãe que possuía somente um filho, enquanto que o “trabalho materno” e “doença da mãe ou da criança” foram referidos pelas mães que possuíam um e pelas que possuíam dois filhos. Estas três justificativas não foram referidas pelas mães que possuíam três filhos, as

quais relataram ter realizado o desmame por “falta de leite” e “dificuldade durante a amamentação”.

A “falta de leite” foi o motivo mais referido por todas as mães, independente do número total de filhos, mas, observa-se que há um aumento da ocorrência desta justificativa à medida que aumenta o número de filhos.

Pode-se sugerir que as mães que tiveram três filhos, adquiriram uma certa experiência em oferecer respostas mais convenientes, ou seja, aumentou o número de respostas “falta de leite”, a qual, na maioria dos casos, não representa a causa real da interrupção da amamentação, mas a razão final do processo de desmame. Os dados revelam que quanto maior o número de filhos, menor é a variedade de motivos alegados pelas mães para a realização do desmame, aumentando a frequência de respostas “falta de leite”, que, provavelmente, “escondem” a causa real do desmame.



**Figura 8:** Distribuição de frequência do sentimento vivenciado pela mãe após a ocorrência do desmame precoce.

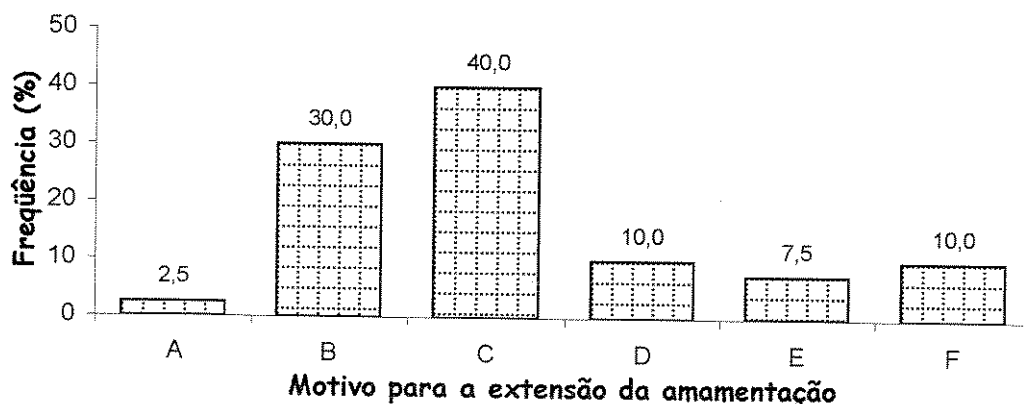
Após o desmame, 85% das mães disseram que sentiram tristeza devido ao término da amamentação, o que pode estar relacionado ao sentimento relatado pela maioria das mães durante a amamentação (alegria, prazer e realização pessoal) e ao fato do desmame não ter sido planejado na maioria dos casos (92%). Frente a isso, pode-se sugerir que a maioria das mães não pretendia interromper a amamentação natural. Por outro lado, o

sentimento de tristeza vivenciado pelas mães após o desmame pode ter ocorrido pela sensação de culpa. Quando a prática da amamentação é imposta como a melhor forma de nutrir a criança nos primeiros meses de vida, sem qualquer forma de apoio, orientação e acompanhamento, a mãe pode sentir-se fracassada pelo fato de não ter conseguido oferecer para seu filho o que a sociedade e os profissionais de saúde preconizam como ideal.

Segundo Nakano & Mamede (1999), o aleitamento materno é percebido socialmente como a primeira prova de amor da mãe pelo filho, entretanto, este valor social faz com que a mulher se sinta pressionada a amamentar seus filhos como forma de demonstrar seu amor por eles. Nessa perspectiva, a mulher passa a vivenciar conflitos, pois se, de um lado, a sociedade relaciona o aleitamento ao amor materno, de outro, a mulher se depara com os seus reais sentimentos na amamentação e na realização do desmame que não condizem necessariamente com os pré-estabelecidos pela sociedade. Não tendo a compreensão destes conflitos, a mulher passa a expressá-los sob a forma de ansiedade, tristeza e culpa.

## 5.2. ANÁLISE DO GRUPO DE ALEITAMENTO MATERNO PROLONGADO

A seguir serão apresentados os dados referentes às questões específicas do questionário aplicado ao grupo de aleitamento materno prolongado.



**Legenda:** A) Conselho médico B) Não aceita mamadeira, outro tipo de leite  
C) Prazer D) Praticidade E) Excesso de leite F) Dó.

**Figura 9:** Distribuição de frequência do motivo referido pelas mães para extensão da amamentação natural além do primeiro ano de vida da criança.

Quando as mães foram questionadas sobre o motivo da manutenção da amamentação após o primeiro ano de vida da criança, 40% delas responderam que seria por “prazer” e 30% disseram que seria pelo fato do filho “não aceitar mamadeira e/ou outro tipo de leite”. Ao observar as duas respostas mais frequentes, pode-se perceber que quando a mãe diz que continua amamentando por prazer, está assumindo a responsabilidade pela extensão do aleitamento natural além dos 12 meses de vida da criança; quando alega que o filho não aceita mamadeira e/ou outro tipo de leite, passa a responsabilidade para o filho pela ocorrência da amamentação prolongada.

Os dados também sugerem uma questão preocupante, pois 30% das mães, apesar das orientações fornecidas pela equipe multidisciplinar, já tentaram introduzir a mamadeira,

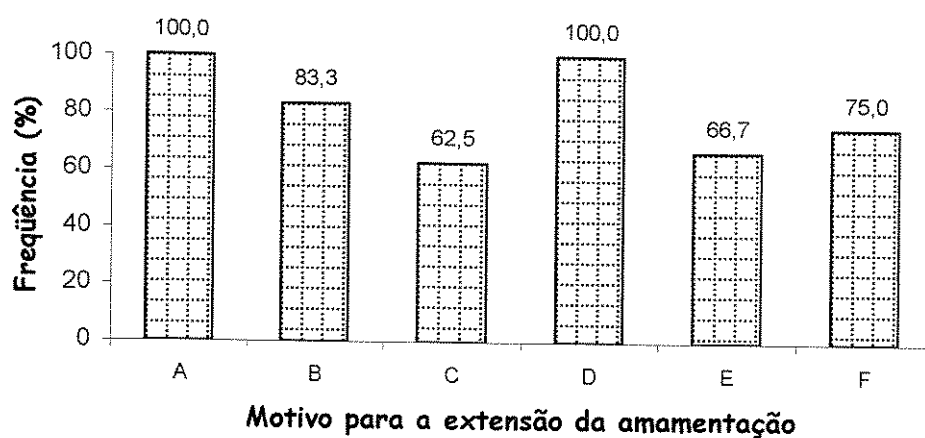
mas os filhos não aceitaram, mostrando que o hábito poderia ter se instalado e o desmame ocorrido.

As mães que justificaram a extensão da amamentação natural pela “praticidade” (4 mães), relataram que quando saem de casa com a criança, é mais fácil oferecer o leite materno à criança do que levar mamadeira ou copo com válvula para oferecer leite nos momentos em que mãe e filho estão fora de casa.

O motivo para a extensão da amamentação “excesso de leite” parece ser uma resposta oferecida pelas mães (3 mães) por ser mais conveniente, não refletindo a causa real da manutenção do aleitamento. Esta suposição pode ser justificada pelo fato da redução da produção de leite ser uma consequência da interrupção da amamentação, ou seja, sem o estímulo neuroendócrino proporcionado pelo ato de sucção dos mamilos, não há estímulo para a hipófise liberar prolactina e ocitocina, responsáveis pela produção do leite. Portanto, se a mãe for esperar o leite acabar para interromper a amamentação, o desmame dificilmente ocorrerá, pois o processo fisiológico é inverso, isto é, a interrupção da amamentação leva à redução da produção láctea.

As mães que relataram a sensação de “dó” para a manutenção da amamentação, disseram que têm medo de que a criança sofra com este afastamento, encarando o desmame como um momento de separação e abandono. Nestes casos (4 mães), ficou nítida a sensação de sofrimento por parte da mãe, mostrando que o desmame, em algumas situações, é mais doloroso para a mãe do que para a própria criança.

Apenas uma mãe referiu a “orientação médica” como motivo para a manutenção da amamentação além do primeiro ano de vida da criança. Como a coleta de dados desta pesquisa se baseou em relatos de mães, não se pode afirmar, com certeza, que o médico realmente fez esta orientação, ou que a mãe a utilizou para que não fosse questionada sobre sua decisão, já que o médico representa uma figura de respeito e consideração dentro da sociedade.

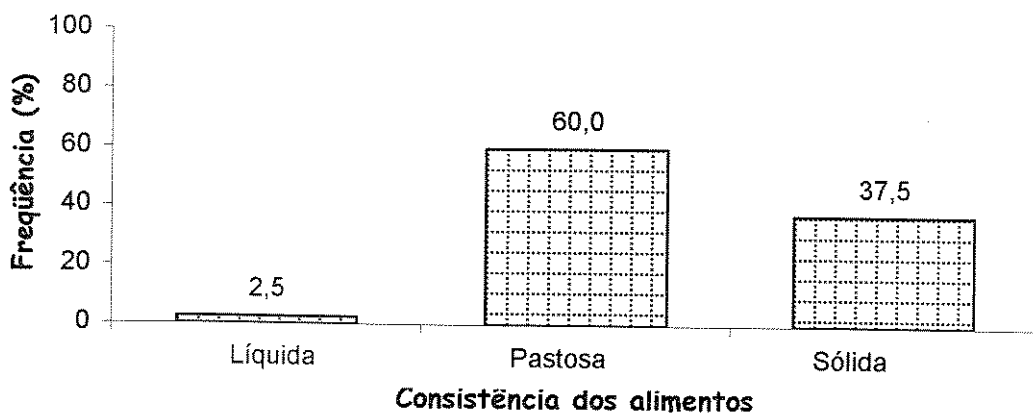


**Legenda:** A) Conselho médico B) Não aceita mamadeira, outro tipo de leite C) Prazer D) Praticidade E) Excesso de leite F) Dó

**Figura 10:** Vontade de interromper a amamentação natural em função do motivo referido pelas mães para a extensão do aleitamento (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

Dentre as mães questionadas, 75% relataram que tem vontade de parar de amamentar (30 mães), mas este dado se torna contraditório quando foi identificado que 40% das mães amamentam além dos 12 meses por prazer. Esta contradição pode ser explicada pelo fato da amostra ter sido selecionada de um centro onde as mães recebem a orientação de que deveriam iniciar o desmame por volta do primeiro ano de vida do bebê, daí a alta porcentagem de mães que relatam a vontade de parar de amamentar, mas não dizem como nem quando vão realizar o desmame.

Todas as mães que continuaram a amamentar pelos motivos “conselho médico” (uma mãe) e “praticidade” (quatro mães) tinham vontade de interromper a amamentação. Os motivos para continuar a amamentação, que apresentaram menor índice de mães com intenção de realizar o desmame, foram “excesso de leite” (66,7%) e “prazer” (62,5%). Entretanto, mais da metade das mães que alegaram qualquer um dos motivos para continuar amamentando desejavam interromper a amamentação.

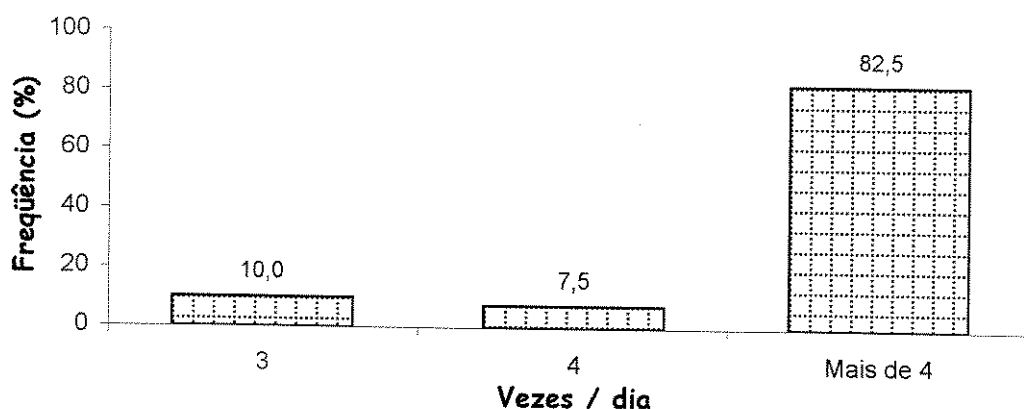


**Figura 11:** Distribuição de frequência da consistência dos alimentos que predominam na dieta da criança.

Para obter informações sobre a consistência dos alimentos que predominam na dieta da criança, a mãe não foi questionada diretamente sobre este assunto. Foi pedido para que a mãe relatasse quais alimentos a criança tinha preferência, quais ela comia com mais frequência e como estes alimentos eram oferecidos a ela (cru, cozido, inteiro, em pedaços, amassado, liquidificado). Com base nas respostas oferecidas pelas mães, foi determinada, então, a consistência dos alimentos que a criança ingere com mais frequência.

Quando a mãe foi questionada sobre a consistência dos alimentos que predominam na dieta de seu filho, 60% disseram que seus filhos preferem alimentos pastosos. Algumas destas mães ainda relataram que seus filhos chegam a recusar alimentos mais consistentes.

Estes dados mostram uma situação preocupante, já que estas crianças se encontram numa idade em que deveriam estar se alimentando predominantemente com alimentos sólidos. Isto pode ser explicado pela facilidade que tais crianças encontram na obtenção do leite materno, que é líquido, tendo dificuldade em mastigar alimentos mais consistentes, como mostra o trabalho de Giugliane (2000).



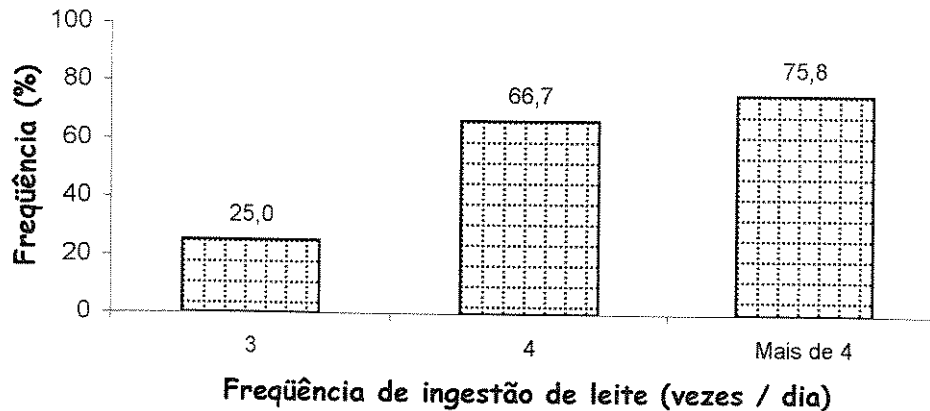
**Figura 12:** Distribuição de frequência do número de vezes que a criança ingere leite materno no período de um dia.

A maior parte das mães (82,5%) disse que seus filhos são amamentados no peito mais de quatro vezes ao dia, incluindo o período da madrugada. Esta informação mostra a dificuldade da mãe em restringir a frequência das mamadas, pois a literatura aponta que a partir do 7º mês após o parto, o bebê deve ser amamentado no peito apenas três vezes ao dia e nenhuma vez durante a madrugada (Ramos & Stein, 2000).

A maioria das mães (82%) relata que seus filhos não possuem horários fixos para receber o leite materno, ou seja, são amamentados no peito sempre que desejam. Pode ser sugerido que este dado está relacionado ao prazer que as mães sentem em amamentar, dificultando a imposição de limites para a ocorrência da amamentação. Estes dados confirmam os resultados do trabalho de Dini *et al.* (2000), pois os autores encontraram alta frequência de ingestão de leite materno em crianças com aleitamento materno prolongado.

Das mães que amamentam seus filhos além dos 12 meses, 70% das crianças dormem com suas mães, 92% das crianças não freqüentam creche ou escolinha e 97,5% passam a maior parte do dia com a mãe. Pode-se observar que esta proximidade entre mãe e filho favorece a ocorrência do aleitamento materno prolongado. O trabalho de Weerheijm *et al.* (1998) mostrou que 60% das crianças que estenderam a amamentação natural dormiam com suas mães durante a noite, possuindo fácil acesso ao leite materno.

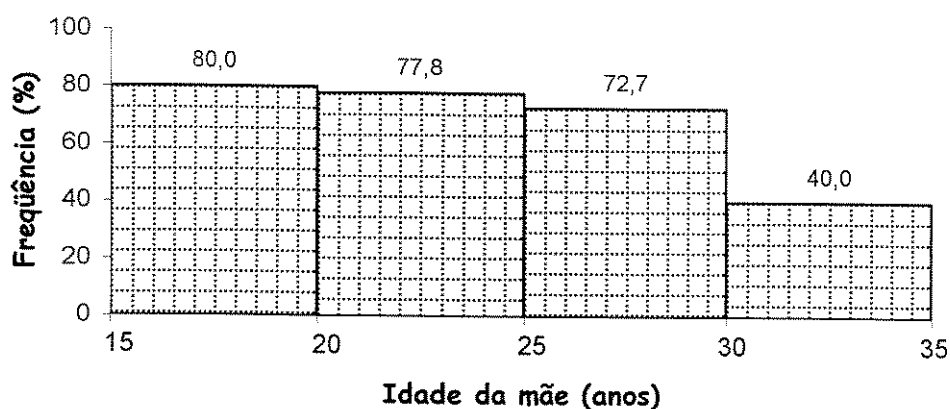




**Figura 13:** Crianças que dormem com suas mães em função do número de vezes que a criança ingere leite materno no período de um dia (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

As crianças que dormiam com suas mães durante a noite representavam 70% (28 crianças) da amostra do grupo de aleitamento materno prolongado ( $N = 40$ ). Observou-se uma relação direta entre a frequência de ingestão de leite pela criança e o fato da criança dormir com a mãe durante a noite, pois quanto maior a frequência de ingestão de leite, maior o número de crianças que dormem com suas mães. Dentre as crianças que fazem a ingestão de leite mais de quatro vezes ao dia, 75,8% delas dormem com suas mães. Das crianças que recebiam o leite materno quatro vezes ao dia, 66,7% delas dormiam com a mãe e entre as crianças que mamavam no peito três vezes ao dia, 25% dormiam com suas mães.

Por meio dos relatos das mães, pôde-se observar que, em alguns casos, o fato da criança dormir com a mãe durante a noite era uma forma de manter o companheiro mais afastado, sugerindo a existência de problemas conjugais. Algumas delas relataram que o companheiro dormia em outra cama ou até mesmo em outro cômodo.



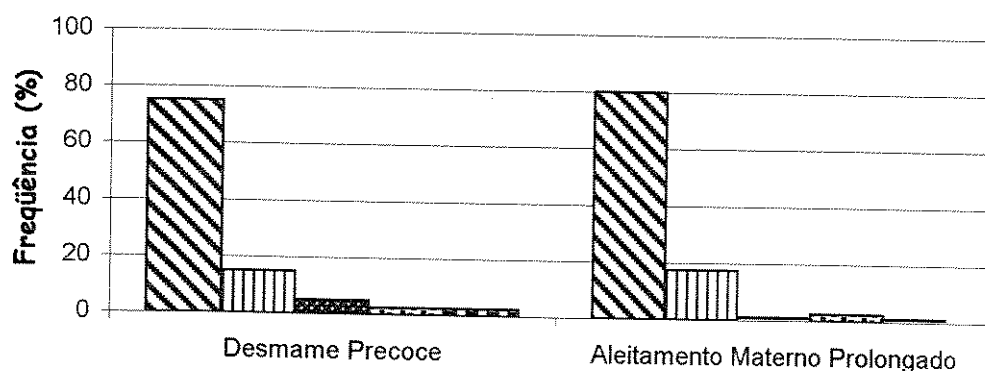
**Figura 14:** Crianças que dormem com suas mães durante a noite em relação à faixa etária materna (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

Dentre as 28 crianças que dormiam com suas mães durante a noite, apenas duas eram filhas de mães com idade superior a 35 anos, assim as faixas etárias de 35 a 40 e mais de 40 anos foram retiradas da figura, a fim de facilitar a análise do mesmo.

Existe uma tendência à redução no percentual de crianças que dormem com suas mães à medida que aumenta a idade materna até os 35 anos, isto é, o fato da criança dormir com a mãe é inversamente proporcional ao aumento da idade da mesma.

### 5.3. COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS DE DESMAME PRECOCE E ALEITAMENTO MATERNO PROLONGADO

A seguir serão apresentados os dados referentes às questões semelhantes, presentes nos questionários aplicados aos grupos de desmame precoce e aleitamento materno prolongado.



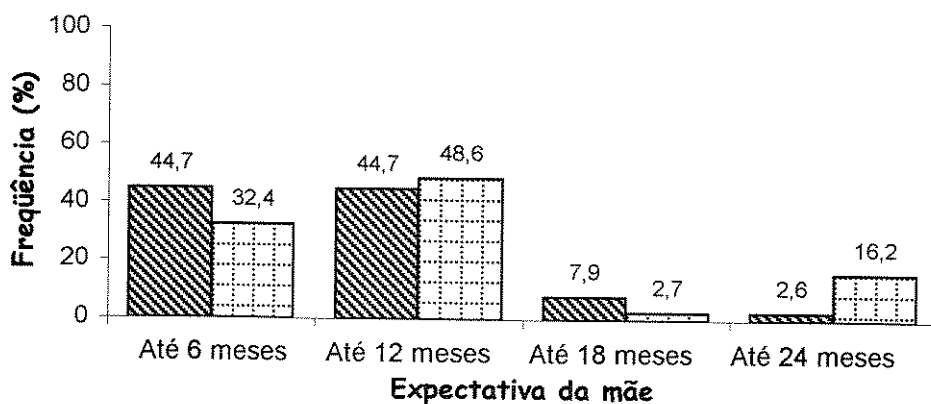
**Legenda:** Alegria, prazer, realização pessoal Medo, preocupação Indiferença Raiva Tristeza.

**Figura 15:** Associação entre o sentimento vivenciado pela mãe durante o ato do aleitamento e a duração da amamentação (Teste Exato de Fischer  $p > 0,05$ ).

Ao serem questionadas sobre o sentimento durante o ato de amamentar, antes da ocorrência do desmame, 75% das mães pertencentes ao grupo de desmame precoce relataram que sentiam alegria, prazer ou realização pessoal, e 15% delas sentiam medo ou preocupação durante a amamentação, pois acreditavam que o leite não estava sendo suficiente ou não sustentava o bebê. Estes dados demonstram que a maioria das mães sentia prazer em amamentar, não realizando o desmame por vontade própria, ao contrário dos resultados encontrados por Ichisato & Shimo (2002), os quais mostram que o desmame constitui uma decisão tomada pela mulher, de forma consciente, embora essa conscientização seja negada. O desmame não foi planejado na maioria dos casos (92%), o

que está fortemente relacionado ao sentimento da maioria das mães durante a amamentação (alegria, prazer e realização pessoal), e ocorreu de forma gradativa em 77% dos casos.

A maioria das mães pertencentes ao grupo de aleitamento materno prolongado (80%) declarou que sente alegria, prazer ou realização pessoal durante a amamentação de seus filhos. Quando foi realizada a comparação entre o sentimento das mães do grupo de desmame precoce com as mães do grupo de aleitamento materno prolongado, durante a amamentação, observou-se que em ambos os grupos a maior parte das mães relatou que sentia alegria, prazer ou realização pessoal. Este dado revela que o sentimento da mãe durante o ato da amamentação não parece ser um fator relacionado com a extensão ou não do aleitamento materno, pois as mães do grupo de desmame precoce, apesar de sentirem prazer em amamentar seus filhos, realizaram o desmame.



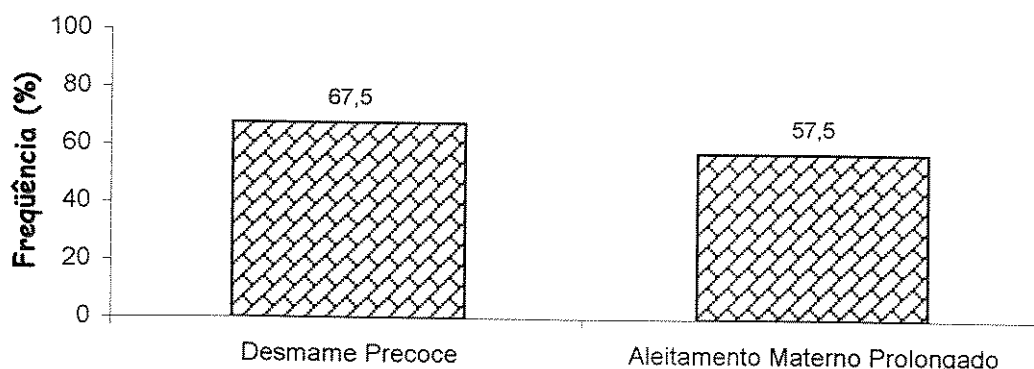
**Legenda:**  Desmame precoce  Aleitamento materno prolongado

**Figura 16:** Associação entre a duração da amamentação e a expectativa das mães, durante a gestação, sobre a duração do aleitamento (Teste Exato de Fisher  $p > 0,05$ ).

Ao analisar a vontade da mãe, durante a gestação, em amamentar seu filho, não foi encontrada diferença estatística ( $p > 0,05$ ) entre os dois grupos estudados (95% - desmame precoce / 92,5% - aleitamento materno prolongado). Esta informação pode ser interpretada de duas formas, a primeira seria que a intenção da mãe de amamentar seu filho, não é um fator que influencia o desmame precoce ou a extensão da amamentação natural, e a outra de

que a mãe tende a dar respostas mais convenientes. Neste último caso, a mãe pode até não ter intenção de amamentar, mas como existe um conceito divulgado e reforçado pela sociedade e pelos profissionais de saúde de que a mulher deve amamentar devido a todos os seus benefícios que esta prática oferece para o bebê, ela sente-se muitas vezes na obrigação de dar respostas que estejam de acordo com esta linha de pensamento. Portanto, pode-se sugerir que muitas das mães que relataram ter a intenção de amamentar seus filhos não foram sinceras, apenas ofereceram a resposta que consideraram mais adequada.

Todas as mães pertencentes ao grupo de desmame precoce pensavam durante a gestação que iriam amamentar seus filhos além do sexto mês de vida, portanto, observou-se que estas mães não tiveram suas expectativas atingidas. Dentre as mães do grupo de aleitamento materno prolongado, 18,9% relataram que pretendiam (durante a gestação) amamentar seus filhos além dos doze meses de vida, assim estas mães atingiram suas expectativas. Apesar das orientações fornecidas sobre a realização do desmame por volta do primeiro ano de vida da criança, estas 7 mães mantiveram suas opiniões sobre a época adequada para o desmame. O restante das mães deste grupo (81,1%), disseram que pretendiam realizar o desmame antes do primeiro ano de vida da criança, todavia, não tiveram suas expectativas atingidas, como todas as mães do grupo de desmame precoce.

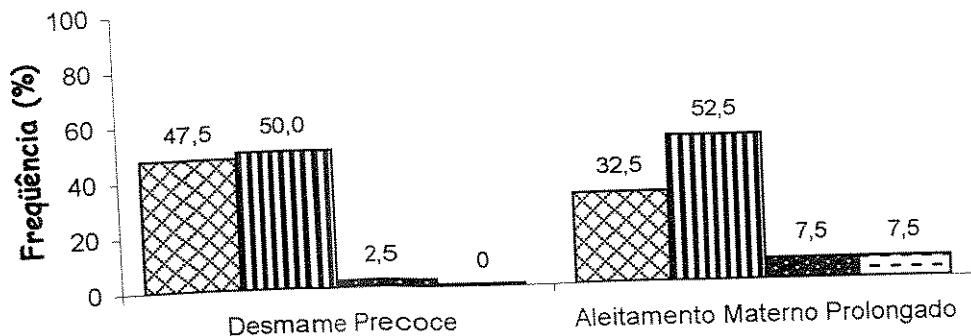


**Figura 17:** Associação entre a orientação recebida pela mãe, sobre amamentação, durante a gestação e a duração do aleitamento (Teste Qui-Quadrado  $p > 0,05$ ).

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa (Teste Qui-quadrado  $p > 0,05$ ) entre os dois grupos ao avaliar se a mãe havia recebido informação sobre amamentação durante a gestação. Frente a isso, pode-se sugerir que o fato da mãe ter informação sobre amamentação não interfere na interrupção ou na extensão da mesma, pois 67,5% das mães do grupo de desmame precoce e 57,5% das mães do grupo de aleitamento materno prolongado receberam informação sobre amamentação durante a gestação.

A literatura mostra-se divergente em relação a este assunto, sendo que o trabalho de Granzoto *et al.* (1992) considerou o incentivo pré-natal eficiente na prevenção da ocorrência do desmame precoce, enquanto que os resultados dos trabalhos de Gomes *et al.* (1992) e Giugliane *et al.* (1995) encontraram que o grau de conhecimento adquirido pela mãe durante a gestação não está relacionado ao sucesso da amamentação e à duração do aleitamento materno.

Analizando os trabalhos dos autores acima citados, pode-se sugerir que a orientação durante o pré-natal é importante para familiarizar e conscientizar as mulheres em relação à importância do aleitamento materno, tanto para sua saúde quanto para a saúde de seu bebê, orientar sobre o preparo da mama, necessidade de permanência em alojamento conjunto após o parto e efeitos deletérios do uso de mamadeira e chupeta; entretanto, é extremamente necessária a atuação de grupos de incentivo ao aleitamento materno, no sentido de reforçar tudo que foi explicado durante o pré-natal, apoiar as mães e solucionar os inúmeros problemas que surgem durante os primeiros dias e meses após o parto. Sugere-se, que o incentivo realizado durante o pré-natal só é válido quando seguido de um acompanhamento periódico após o nascimento do bebê.

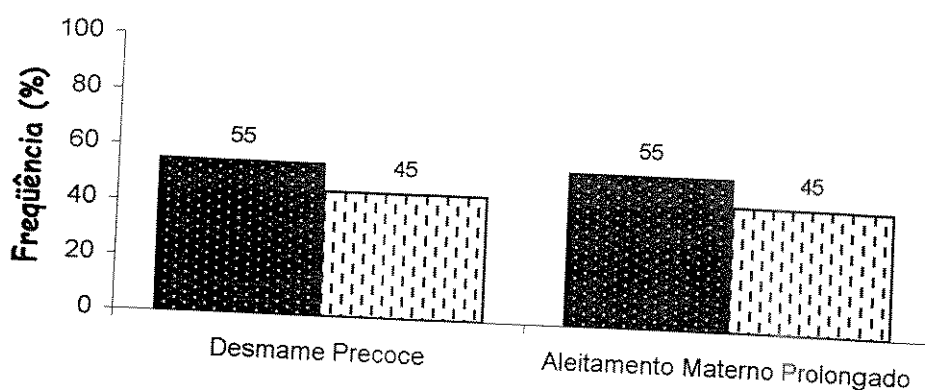


**Legenda:** Fornecedores de Cana Santa Casa Unimed Outros.

**Figura 18:** Associação entre o hospital em que a criança nasceu e a duração da amamentação (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

A maioria das mães da amostra (92%) teve seus filhos em dois hospitais: Hospital dos Fornecedores de Cana e Hospital da Santa Casa. Ao avaliar a ocorrência de desmame precoce e aleitamento materno prolongado nos dois hospitais, encontrou-se maior ocorrência de aleitamento materno prolongado dentre as crianças nascidas no Hospital da Santa Casa, com significativa diferença estatística, mas o desmame precoce ocorreu de forma semelhante nos dois hospitais.

Este dado deve ser interpretado com cautela, já que a interrupção da amamentação natural nos primeiros meses de vida pode estar relacionada às rotinas hospitalares. No entanto, existem muitos fatores associados à extensão do aleitamento materno, além das práticas realizadas dentro do hospital. É impossível afirmar que determinadas condutas praticadas no hospital podem predispor ou determinar a extensão da amamentação natural, já que o intervalo de tempo entre a permanência da mãe e do bebê no hospital, após o parto, e a ocorrência do aleitamento materno além do primeiro ano de vida da criança é muito grande.



**Legenda:** ■ Cesárea □ Normal

**Figura 19:** Tipo de parto em função da duração da amamentação (Teste Exato de Fisher  $p > 0,05$ ).

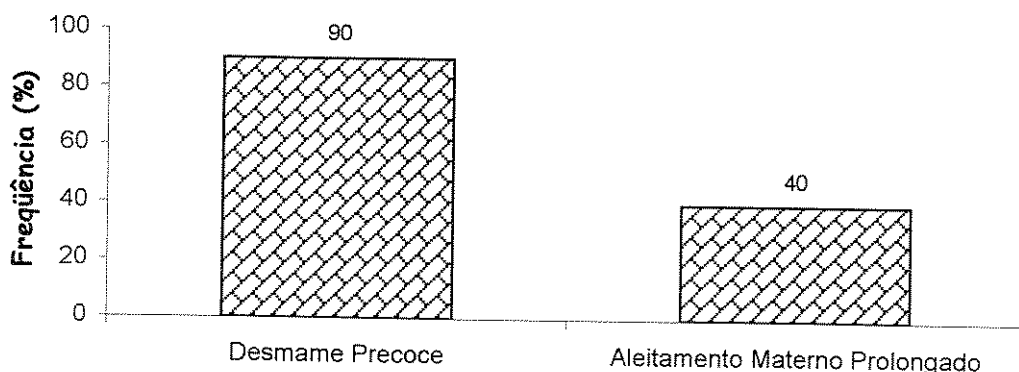
Neste trabalho, o tipo de parto é mais uma variável provavelmente não relacionada ao desmame precoce ou ao aleitamento materno prolongado, já que não foi detectada diferença estatística entre o tipo de parto nos dois grupos estudados. Os resultados estão de acordo com o trabalho de Weiderpass *et al.* (1998), o qual não encontrou diferença nas incidências de amamentação natural conforme o tipo de parto.

Os dados deste estudo e do autor acima citado contrastam com os resultados de estudos que descreveram as cesarianas como fator de risco para não iniciar a lactação ou interrompê-la nos primeiros dias de vida, pois este tipo de parto implicaria no aumento do uso de anestesia / analgesia, retardando o primeiro contato mãe-filho e o início da amamentação, além de acarretar uma recuperação mais difícil, gerando um desconforto físico da mãe ao lidar com o bebê (Procianny, 1982).

Segundo Oliveira & Leal (1997), é possível que variações das práticas hospitalares expliquem estas diferenças. Assim, hospitais cujo padrão de atendimento pós-operatório dificulte o alojamento conjunto e o aleitamento à livre-demanda, ou ainda, permitam a introdução precoce de outros alimentos na dieta infantil, poderiam levar a um maior insucesso do aleitamento.



Ao avaliar a dificuldade encontrada pela mãe durante o início da amamentação, não foi observada diferença estatística, 35% das mães do grupo de desmame precoce e 25% das mães do grupo de aleitamento materno prolongado encontraram dificuldade no início da amamentação natural.



**Figura 20:** Permanência em alojamento conjunto em função da duração da amamentação (Teste Exato de Fisher  $p < 0,05$ ).

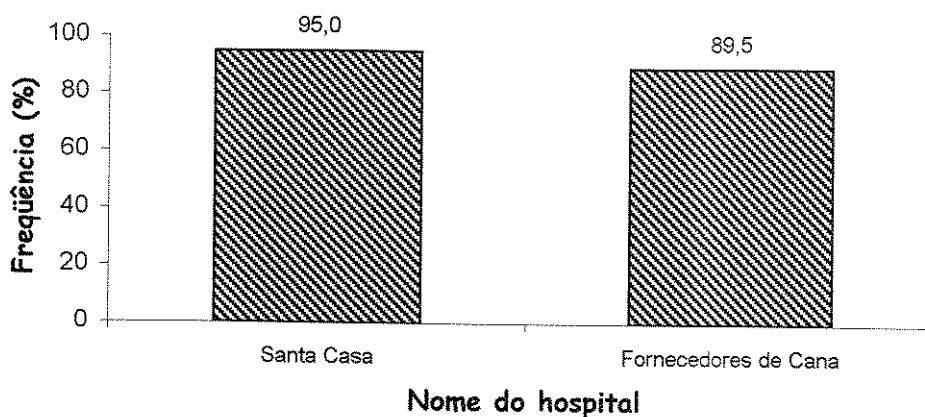
Foi encontrada diferença estatística ao comparar a permanência em alojamento conjunto entre os dois grupos, mas o resultado final foi contrário ao esperado, pois 90% das mães que realizaram desmame precoce ficaram em alojamento conjunto com seus filhos, e apenas 40% das mães do grupo de aleitamento materno prolongado permaneceram em alojamento conjunto. Este dado revela que a questão da permanência ou não em alojamento conjunto não interferiu na extensão da amamentação como é mostrado na literatura, ou melhor, a permanência em alojamento conjunto pode ter sido um fator predisponente para a ocorrência do desmame precoce.

Uma análise minuciosa destes resultados desperta a atenção para o fato de que no momento da coleta de dados, as crianças pertencentes ao grupo de desmame precoce possuíam no máximo seis meses de vida, enquanto que as crianças que faziam parte do grupo de aleitamento materno prolongado tinham mais de um ano de idade. Frente a isso, as crianças que vivenciaram o desmame precoce permaneceram no hospital em um período

em que o incentivo ao aleitamento materno estava crescendo a cada dia, justificando os altos índices de alojamento conjunto (prática considerada essencial para o início da amamentação natural). Por outro lado, quando as crianças que estenderam a amamentação natural nasceram, as práticas de incentivo à amamentação natural ainda estavam sendo introduzidas dentro dos hospitais, explicando o pequeno número de permanência em alojamento conjunto para este grupo.

O trabalho de Ungerer & Miranda (1999) mostra uma relação positiva entre a duração do aleitamento materno e a permanência em alojamento conjunto após o parto, ou seja, os autores sugerem que este tipo de internação favorece a amamentação natural. Entretanto, Del Ciampo *et al.* (1994) não encontraram diferença estatística entre a frequência de aleitamento materno (no primeiro ano de vida) em crianças que ficaram em berçário ou alojamento conjunto.

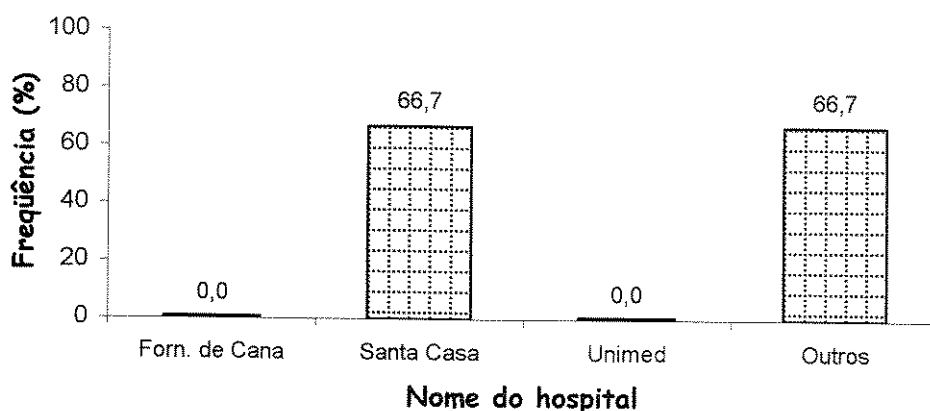
Também deve ser levado em consideração que em muitos hospitais, a transição do berçário para as práticas do alojamento conjunto é feita sem qualquer planejamento. O sistema de alojamento conjunto requer um número maior de profissionais em relação ao berçário, mas quando este acréscimo no número de funcionários não acontece, a assistência à díade mãe-bebê fica comprometida, trazendo sérias conseqüências para ambos. Segundo o relato das mães, o sistema de alojamento conjunto pode se tornar uma fonte geradora de estresse quando a mãe sente-se sozinha, sem apoio, tendo que cuidar (muitas vezes pela primeira vez) de um recém-nascido logo após ter passado pela experiência do parto. Algumas destas mães disseram que a experiência do berçário, vivenciada em gestações anteriores, tinha sido mais positiva em relação ao sistema de alojamento conjunto. Estes relatos refletem a implementação inadequada do sistema de alojamento conjunto, já que seu objetivo é estabelecer um vínculo mãe-bebê o mais cedo possível, incentivar, apoiar e orientar sobre a prática da amamentação natural, e não ser um dos fatores responsáveis por aumentar a ansiedade e insegurança da mãe no momento do pós-parto imediato.



**Figura 21:** Associação entre a permanência em alojamento conjunto após o parto e nome do hospital em que a criança nasceu – Grupo de desmame precoce (Teste Exato de Fischer  $p>0,05$ ).

Não foi encontrada relação entre a permanência em alojamento conjunto e o hospital em que a criança nasceu, pois 95% das crianças que nasceram no Hospital da Santa Casa e 89,5% das crianças que nasceram no Hospital dos Fornecedores de Cana ficaram em alojamento conjunto.

Estes resultados revelam um dado interessante em relação às condutas hospitalares adotadas, já que estes são os dois hospitais responsáveis pelo maior número de nascimentos realizados na cidade do presente estudo. Observa-se um alto índice de permanência em alojamento conjunto nos dois hospitais, prática necessária para a obtenção do título “Hospital Amigo da Criança” e de extrema importância para o início e sucesso do aleitamento materno, além de favorecer a instalação do vínculo mãe-bebê.



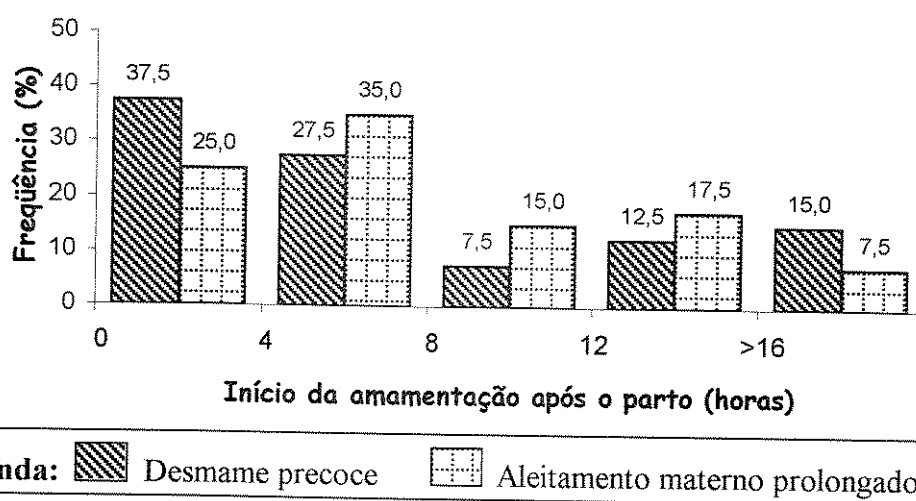
**Figura 22:** Associação entre a permanência em alojamento conjunto após o parto e nome do hospital em que a criança nasceu – Grupo de aleitamento materno prolongado (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

Os dados revelam que nenhuma das crianças que nasceu nos hospitais dos Fornecedores de Cana e da Unimed permaneceram em alojamento conjunto após o parto. Entretanto, a maioria (66,7%) que nasceu no hospital da Santa Casa e em outros hospitais, fora da cidade do presente estudo, permaneceu em alojamento conjunto.

Ao comparar os resultados das figuras 22 e 23, pode-se sugerir, por meio da diferença entre as datas de nascimentos das crianças pertencentes aos dois grupos, que houve uma evolução em relação às práticas de incentivo ao aleitamento materno. As crianças que vivenciaram o desmame antes do sexto mês de vida, nasceram em um período posterior, em relação às crianças pertencentes ao grupo de aleitamento materno prolongado, apresentando maiores índices de permanência em alojamento conjunto.

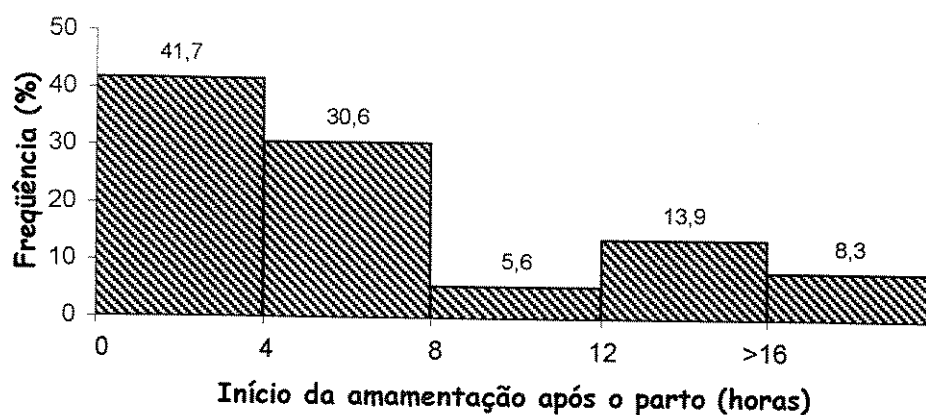
A permanência em alojamento conjunto, dentre as crianças que nasceram no hospital dos Fornecedores de Cana, evoluiu de 0,0% para 89,5%, considerando que a diferença entre as datas de nascimentos nos dois grupos é cerca de um ano. Na época em que as crianças do grupo de aleitamento prolongado nasceram, 66,7% das que nasceram no hospital da Santa Casa permaneceram em alojamento conjunto, evoluindo para 95,0% na época em que as crianças do grupo de desmame precoce nasceram.

Considerando que os hospitais da Santa Casa e dos Fornecedores de Cana são os de maior abrangência da cidade onde o estudo foi realizado, pode-se inferir que o hospital da Santa Casa iniciou as práticas de incentivo ao aleitamento materno (representada pela permanência em alojamento conjunto) antes do hospital dos Fornecedores de Cana, atingindo índices semelhantes no período em que as crianças do grupo de desmame precoce nasceram.

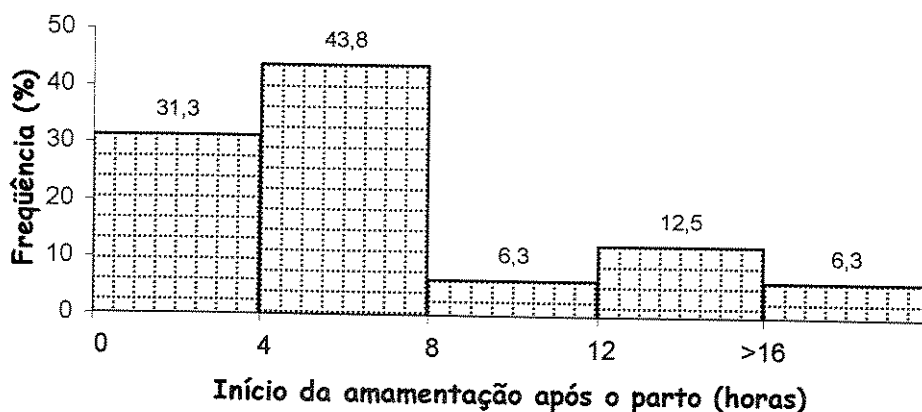


**Figura 23:** Associação entre a duração da amamentação e o tempo para o início da amamentação após o parto (Teste Exato de Fisher  $p < 0,05$ ).

A relação do tempo de início da amamentação após o parto entre os grupos de desmame precoce e aleitamento materno prolongado não revelou diferenças com importância clínica, já que os dados de início da amamentação mostrados pelos dois grupos ocorrem de forma semelhante, ou seja, uma curva decrescente, embora tenha sido observada diferença estatística significativa como mostra o valor de “p”.



**Figura 24:** Associação entre a permanência em alojamento conjunto e o tempo de início da amamentação natural após o parto – Grupo de desmame precoce (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

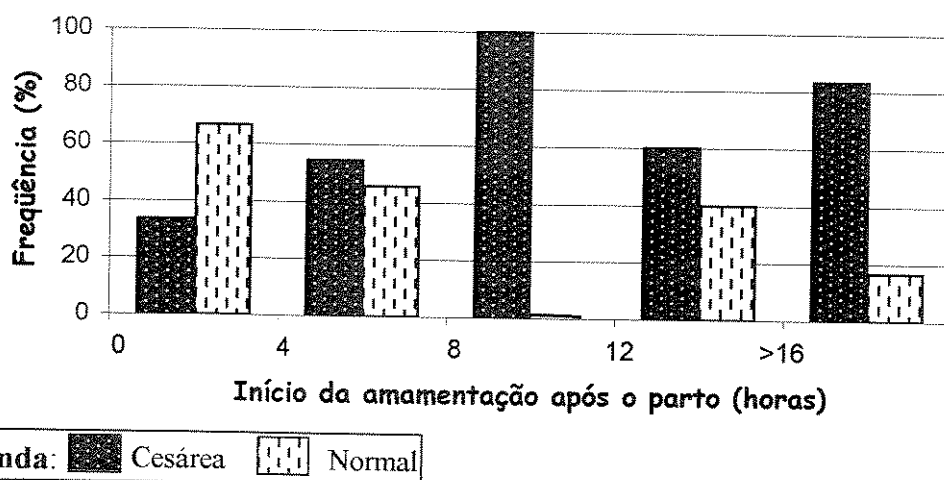


**Figura 25:** Associação entre a permanência em alojamento conjunto e o tempo para o início da amamentação natural após o parto – Grupo de aleitamento materno prolongado (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

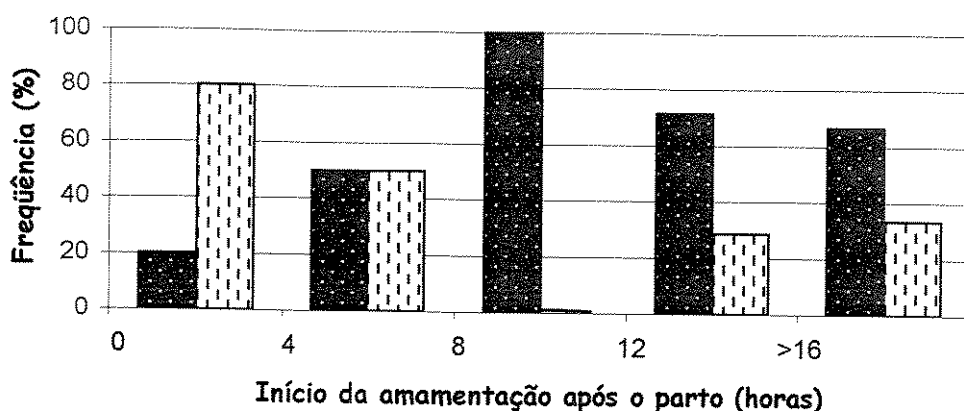
Nas figuras 24 e 25 encontrou-se relação estatística entre a permanência de mãe e filho em alojamento conjunto e o tempo de início da amamentação após o parto.

Dentre as crianças que vivenciaram o desmame precoce, 90% (N = 40) permaneceram em alojamento com suas mães após o parto (Figura 20). Portanto, o número total de sujeitos para a figura 24 consiste em 35 mães. Dentre as crianças que vivenciaram o aleitamento materno prolongado, 40% (N = 40) permaneceram em alojamento com suas mães após o parto (Figura 20). Desta forma, o número total de sujeitos para a figura 25 consiste em 16 mães.

Observa-se, nitidamente, uma tendência decrescente, mostrando que o início precoce da amamentação natural após o parto é favorecido pela prática de alojamento conjunto. Estes dados sugerem que a prática de alojamento conjunto adotada pelos hospitais tem sido útil e importante para a implementação (início) da amamentação natural.



**Figura 26:** Associação entre o tipo de parto e o tempo para o início da amamentação natural após o parto – Grupo de desmame precoce (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).



**Legenda:** ■ Cesárea ■ Normal

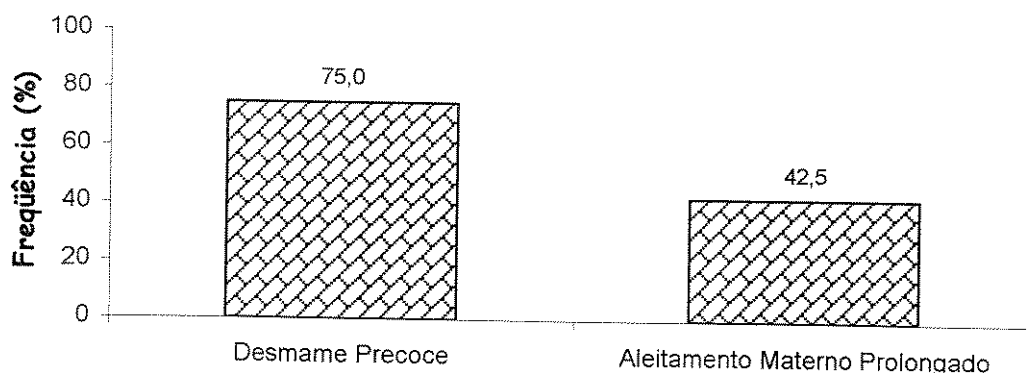
**Figura 27:** Tipo de parto em função do tempo para o início da amamentação natural após o parto – Grupo de aleitamento materno prolongado (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

Apesar dos dados da Figura 19 não terem mostrado diferença estatística ao comparar o tipo de parto predominante entre os dois grupos, os resultados das figuras 26 e 27 revelam que o tipo de parto pode não estar relacionado à extensão da amamentação, mas influencia no tempo de início da amamentação após o parto, isto é, na implementação do aleitamento materno. Observa-se, nitidamente, uma tendência decrescente para as crianças que nasceram por parto normal, ou seja, quanto maior o tempo para o início da amamentação natural após o nascimento do bebê, menor é a probabilidade das crianças terem nascido por parto normal, pois este tipo de parto permite um contato mais rápido da mãe com seu filho após o parto, facilitando a implementação da amamentação natural. O contrário é observado para as crianças que nasceram por cesárea, já que este tipo de parto envolve procedimentos de anestesia, analgesia e recuperação que, na maioria das vezes, retarda o contato mãe-bebê, atrasando o início do aleitamento materno.

Encontrou-se relação estatística entre a existência de auxílio no hospital para o início da amamentação e a dificuldade para o início da mesma, apesar de serem ao contrário do esperado. Dentre as mães que encontraram dificuldade para iniciar a amamentação, 80%



recebeu auxílio no hospital, e dentre as mães que não encontraram dificuldade para iniciar a amamentação, apenas 30% receberam auxílio. Essa diferença nas práticas hospitalares adotadas pelos hospitais pode ser explicada pelo fato de que as crianças pertencentes ao grupo de desmame precoce nasceram num momento em que as práticas hospitalares estão voltadas para incentivo do aleitamento materno, justificando o alto número de mães que receberam auxílio dentro do hospital durante o início da amamentação natural, enquanto que as crianças pertencentes ao grupo de aleitamento materno prolongado nasceram em um período anterior, em que as práticas de incentivo à amamentação natural ainda estavam sendo assimiladas pelos profissionais de saúde, refletindo no baixo índice de ajuda fornecida às mães pertencentes a este grupo.

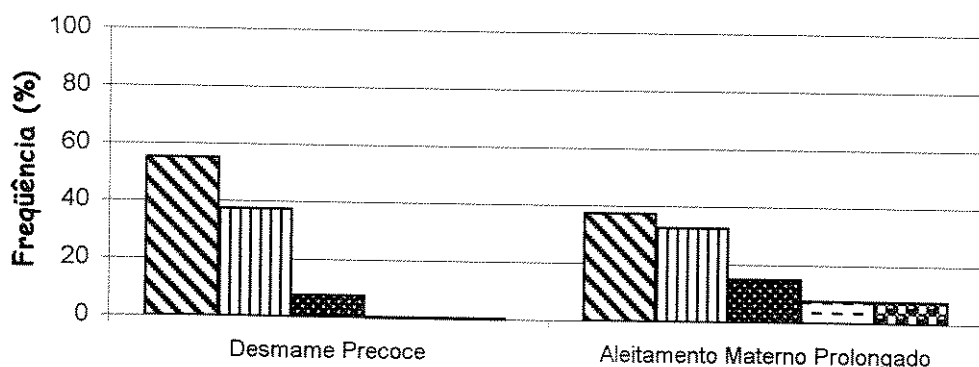


**Figura 28:** Auxílio recebido pela mãe, dentro do hospital, para o início da amamentação em função da duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado  $p < 0,05$ ).

Mães que desmamaram seus filhos precocemente receberam mais auxílio no hospital durante o início da amamentação (75%) do que as mães que amamentam seus filhos além dos 12 meses de vida (42,5%). Esta informação nos indica que o fato da mãe ter recebido ajuda, ou não, dentro do hospital não é um fator relacionado ao desmame precoce ou aleitamento materno prolongado.

Semelhantermente à análise realizada para os dados de permanência em alojamento conjunto (Figura 20), a época em que a criança nasceu está relacionada às práticas

hospitalares adotadas. As crianças que vivenciaram o desmame precoce nasceram num período posterior às crianças que estenderam a amamentação natural, ou seja, as crianças pertencentes ao grupo de desmame precoce nasceram num momento em que as práticas hospitalares estão voltadas para a obtenção do título “Hospital Amigo da Criança”, justificando o alto número de mães que receberam auxílio dentro do hospital durante o início da amamentação natural. Já as crianças pertencentes ao grupo de aleitamento materno prolongado nasceram em um período anterior, em que as práticas de incentivo à amamentação natural ainda estavam sendo assimiladas pelos profissionais de saúde, refletindo no baixo índice de ajuda fornecida às mães pertencentes á este grupo.

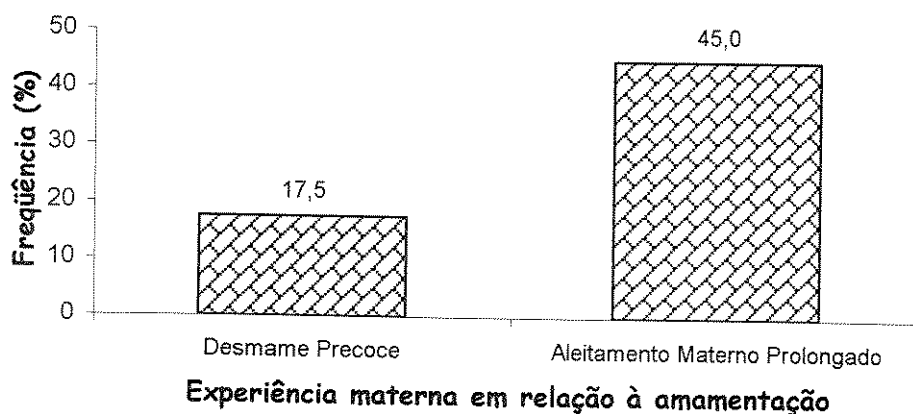


**Legenda:** ▨ 1 Filho ▤ 2 Filhos ■ 3 Filhos ▤ 4 Filhos ▤ 5 Filhos

**Figura 29:** Associação entre o número total de filhos e a duração da amamentação (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

Foi observada diferença estatística entre o número total de filhos das mães pertencentes aos dois grupos. O trabalho mostra que mães que desmamam seus filhos antes dos seis meses possuem menos filhos do que as mães que amamentam além dos doze meses de vida do bebê. Confirmando os resultados desta pesquisa e da literatura, o trabalho de Barros *et al.* (2000) encontrou uma maior prevalência de amamentação em mães que possuíam mais de um filho. Lawoyin *et al.* (2001) e Venâncio *et al.* (2002) concluíram que mulheres primíparas têm maiores chances de abandonar o aleitamento materno antes da

criança completar quatro meses de vida e estão mais propensas a introduzir outro tipo de alimento na dieta de seus filhos antes do sexto mês de vida. Por outro lado, Ekström *et al.* (2003) não encontraram diferença na extensão da amamentação quando compararam um grupo de primíparas com outro de múltíparas até as crianças completarem 3 meses de vida.



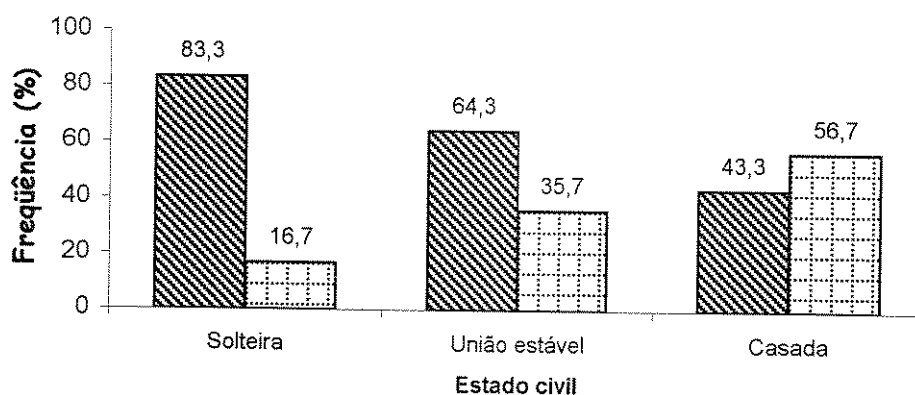
**Figura 30:** Associação entre a experiência prévia em amamentação (ter amamentado pelo menos um filho até seis meses de vida) e a duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado  $p < 0,05$ ).

Este trabalho encontrou uma diferença estatisticamente significativa ao comparar o número de mães que amamentaram previamente, pelo menos, um filho até o sexto mês de vida entre os dois grupos estudados. No grupo de desmame precoce, havia um menor número de mães que realizou a amamentação natural com sucesso, enquanto que no grupo de aleitamento materno prolongado, existia um maior número de mães com experiência prévia em aleitamento materno. Os dados sugerem que, mães que já amamentaram pelo menos um filho com sucesso, têm maiores chances de estender a amamentação, enquanto que aquelas que nunca tiveram esta experiência, têm maior probabilidade de realizar o desmame devido à dificuldade no enfrentamento dos problemas relacionados à lactação.

O trabalho de Meyerink & Marquis (2002) confirma os resultados desta pesquisa, pois os autores concluíram que a implementação (início) e o sucesso da amamentação natural estão fortemente relacionados ao fato da mãe ter amamentado, pelo menos, uma

criança previamente. A chance de sucesso no aleitamento materno é 10 vezes maior entre as mães com experiência quando comparadas àquelas que não amamentaram um filho anteriormente.

Contrastando com os dados acima descritos, Arantes (1995) sugere que a mulher não deve ser rotulada de experiente ou inexperiente, pelo fato de ter ou não vivenciado a amamentação, pois esse vivenciar se mostra de forma única a cada filho amamentado. Ressalta que é necessário trabalhar com a mulher, independente do número de filhos, no sentido de se refletir com ela a respeito do vivenciar a amamentação nos diferentes momentos de sua existência.

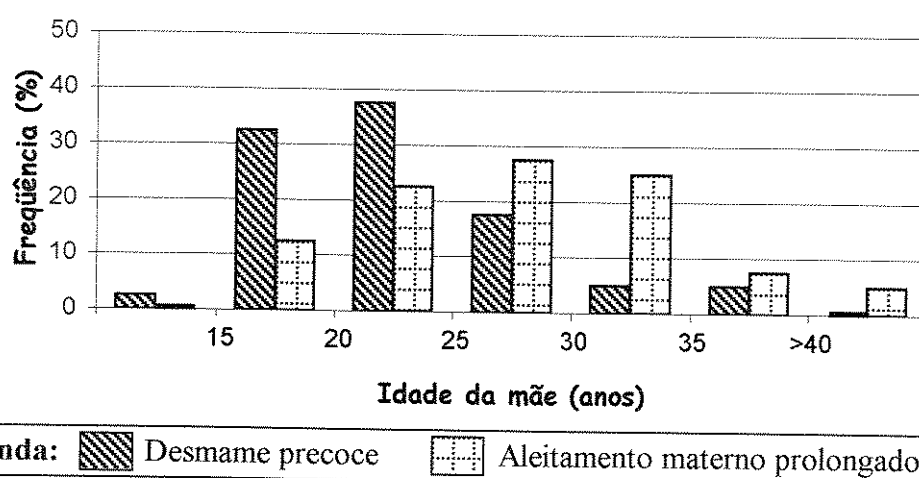


**Legenda:** Desmame precoce Aleitamento materno prolongado

**Figura 31:** Duração da amamentação em função do estado civil da mãe (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

Os dados mostraram uma diferença estatisticamente significativa entre o estado civil dos pais pertencentes aos dois grupos. Ao analisar a figura pode-se observar duas curvas distintas, apresentando-se crescente a curva referente ao grupo de desmame precoce e decrescente a curva referente ao grupo de aleitamento materno prolongado, considerando-se que o estado civil está em ordem decrescente de estabilidade conjugal. Frente a estes dados, pode-se sugerir que quanto maior a estabilidade conjugal, maior é a chance da mãe estender a amamentação natural, diminuindo os riscos da ocorrência de desmame precoce.

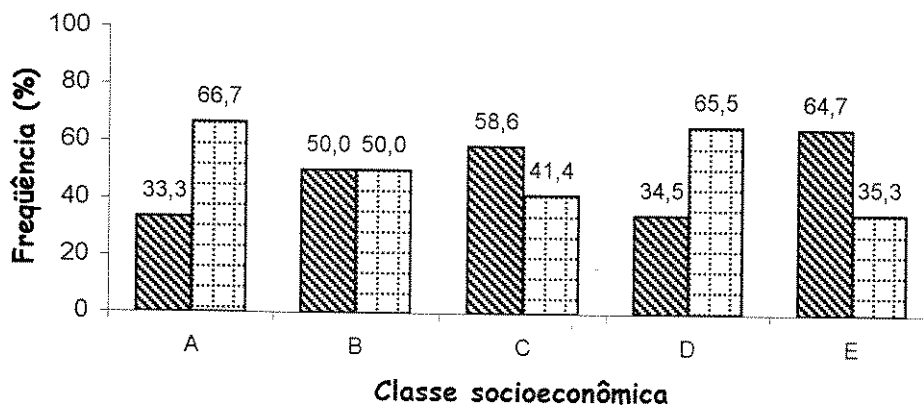
De modo semelhante, Zimmerman & Guttman (2001) encontraram em seu trabalho que o sucesso nas práticas de aleitamento materno está relacionado à estabilidade conjugal dos pais, isto é, mães casadas têm maiores chances de iniciar e estender a amamentação natural. Cernadas *et al.* (2003) acreditam que o suporte familiar é um aspecto extremamente relevante na prática do aleitamento natural, sendo que o principal envolvido é o companheiro. Os autores concluíram que mães que são encorajadas e recebem um adequado apoio familiar, apresentam altíssimas chances de realizar a amamentação natural com sucesso, pelo menos, até o sexto mês de vida da criança.



**Figura 32:** Associação entre a duração da amamentação e a idade da mãe quando o filho nasceu (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

Neste estudo, encontrou-se uma diferença estatística significativa ao comparar a idade das mães dos dois grupos. As mães pertencentes ao grupo de desmame precoce possuem idade inferior (média - 22,6 anos) às mães que pertencem ao grupo de aleitamento materno prolongado (média - 27,2 anos). O pico para a idade das mães que desmamaram seus filhos precocemente foi entre 20 e 25 anos. E para as mães que amamentaram seus filhos além do primeiro ano de vida da criança, foi entre 25 e 30 anos. A literatura é relativamente contraditória em relação a este assunto, sendo que os trabalhos de Gigante *et al.* (2000), Lawoyin *et al.* (2001) e Zimmerman & Guttman (2001) confirmam os dados

desta pesquisa, pois encontraram que a prevalência de amamentação natural é maior com o aumento da idade materna. Já os trabalhos de Venâncio *et al.* (2002) e Cernadas *et al.* (2003) não encontraram relação entre aleitamento materno e idade da mãe.



**Legenda:** A) Classe alta B) Classe média superior C) Classe média

D) Classe média inferior E) Classe baixa.

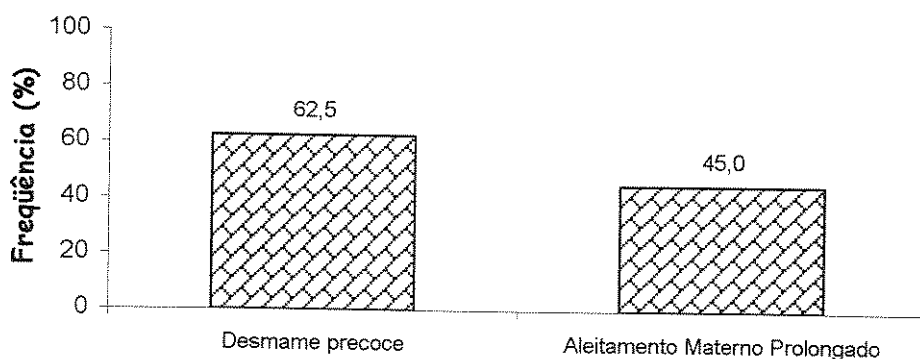
 Desmame precoce  Aleitamento materno prolongado

**Figura 33:** Associação entre a duração da amamentação e a condição socioeconômica dos pais (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

A significativa diferença estatística encontrada ao comparar a condição socioeconômica dos pais entre os dois grupos se deve, provavelmente, ao número reduzido de famílias nas classes sociais A e B. Pode-se dizer que esta é uma amostra tipificada, pois os participantes da pesquisa são atendidos por um serviço público que abrange principalmente as classes sociais C, D e E.

Ao comparar a condição sócio-econômica entre os dois grupos, observou-se que a maioria das famílias do grupo de desmame precoce pertence à classe média, enquanto que a maioria das famílias do grupo de aleitamento materno prolongado pertence à classe média inferior. Pode-se observar uma tendência decrescente para o aleitamento materno prolongado e crescente para o desmame precoce, sugerindo que a duração da amamentação natural aumenta à medida que melhora a condição socioeconômica.

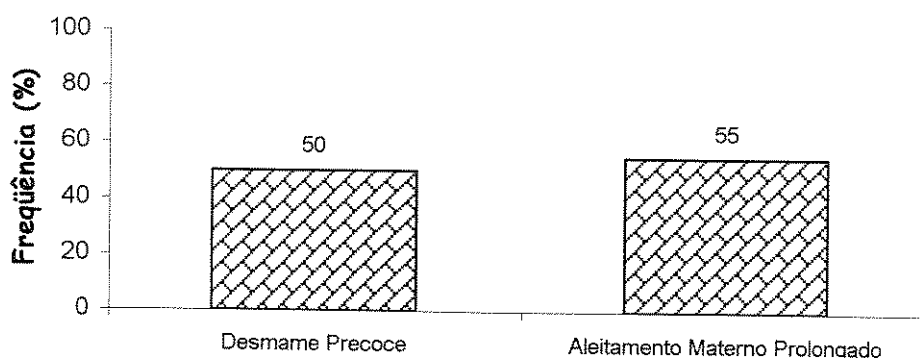
Os trabalhos de Kummer *et al.* (2000) e Li *et al.* (2000) mostram que a duração da amamentação é menor em populações com baixa condição socioeconômica, confirmando os dados do presente estudo. Por outro lado, o trabalho de Gigante, *et al.* (2000) não observou relação entre a duração do aleitamento materno e a condição sócio-econômica.



**Figura 34:** Associação entre a apresentação de estresse pelas mães e a duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado  $p > 0,05$ ).

Estatisticamente não foi encontrada diferença ao comparar o estresse materno entre os dois grupos. Os resultados de Chatterton (2000) e Dewey (2001) encontraram relação entre altos níveis de estresse e redução da produção de leite materno.

Segundo as respostas ao Inventário de Sintomas de Stress (ISS), todas as mães que apresentaram estresse, tanto do grupo de desmame precoce quanto do grupo de aleitamento materno prolongado, estavam na Fase 2 (resistência). Dentre as 25 mães que apresentaram estresse no grupo de desmame precoce, 5 apresentavam sintomas predominantemente físicos e 20 predominantemente psicológicos. Das 18 mães com sintomas de estresse no grupo de aleitamento materno prolongado, 2 apresentavam sintomas predominantemente físicos e 16 predominantemente psicológicos. Portanto, frente a estes dados, pode-se observar uma predominância de sintomas psicológicos dentre as mães que apresentaram estresse nos dois grupos estudados.



**Figura 35:** Utilização de medicamentos pela mãe e criança em função da duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado  $p > 0,05$ ).

Não foi encontrada diferença estatística ao comparar o número de mães que estavam fazendo uso de medicamentos entre os dois grupos estudados. Tanto as mães pertencentes ao grupo de desmame precoce (42,5%) quanto àquelas que estenderam amamentação natural (47,5%) faziam uso apenas de anticoncepcionais, sendo que estes eram de progesterona pura, portanto, compatíveis com a amamentação natural. Segundo Halderman & Nelson (2002), o uso de anticoncepcionais contendo apenas progesterona não interfere na produção de leite, podendo ser utilizado durante o período de amamentação natural. Por outro lado, Rice *et al.* (2002) concluíram em seu trabalho que mulheres que utilizavam anticoncepcionais orais amamentaram por menos tempo em relação àquelas que utilizavam outro método de contracepção.

O número de crianças que faziam uso de medicamentos era pequeno e muito semelhante nos dois grupos, sendo que 10% das crianças do grupo de desmame precoce e 12,5% das crianças do grupo de aleitamento materno prolongado utilizavam algum tipo de fármaco. Os medicamentos utilizados pelas crianças pertencentes ao grupo de desmame precoce eram: (1) Amoxil (antibiótico); (2) Celestamine (antiinflamatório/anti-histamínico); (3) Bactrim (Antiinfecioso); (4) Asdron (antiasmático/anti-histamínico). Os medicamentos utilizados pelas crianças pertencentes ao grupo de aleitamento materno



prolongado eram: (1) Amoxil (antibiótico) – utilizado por 3 crianças; (2) Bactrim (Antiinfecioso); (3) Calman (ansiolítico).

## 6. CONCLUSÕES

1. O principal motivo alegado pelas mães para a realização do desmame precoce foi a hipogalactia e, para a extensão da amamentação natural, o sentimento de prazer.
2. Observou-se uma certa dificuldade no cumprimento de regras domésticas de cuidados e alimentação pelas mães pertencentes ao grupo de aleitamento materno prolongado.
3. Informação sobre amamentação durante o pré-natal, hospital em que a criança nasceu, tipo de parto, permanência em alojamento conjunto, tempo para o início da amamentação após o parto, auxílio dentro do hospital para o início da amamentação, condição socioeconômica, presença de estresse e uso de medicamento pela mãe e/ou criança não são fatores relacionados à extensão ou não da amamentação natural.
4. Fatores como estado civil dos pais, idade materna, número total de filhos e experiência em amamentação (ter amamentado pelo menos um filho até seis meses de vida), estão associados à duração da amamentação.
5. Variáveis demográficas constituem preditores relevantes do sucesso ou não da amamentação natural. Destaca-se que tais variáveis podem ser identificadas durante o período pré-natal, de modo a priorizar as gestantes com alto risco para a ocorrência do desmame precoce.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS\*

American Academy of Pediatrics. Committee on drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. 1994; 93: 137-50.

Aguirre ANC, Vitolo MR, Puccini RF, Moraes MB. Constipação em lactentes: influência do tipo de aleitamento e da digestão de fibra alimentar. *J Pediatr*. 2002; 78(3): 202-8.

Anderson PO. Drugs use during breast feeding. *Clin Pharm*. 1991; 10(8): 594-624.

Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999; 70(4): 525-35.

Arantes CIS. Amamentação – visão das mulheres que amamentam. *J Pediatr*. 1995; 71(4): 195-202.

Bagatin AC, Brito LMO, Dória EGC, Lamounier JA, Vieira GO, Serva VMB. *Amamentação e uso de drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno; 2002.

Baldrigui SEZM, Pinzan A, Zwicker CV, Michelini CRS, Barros DR, Elias F. A importância do aleitamento natural na prevenção de alterações miofaciais e ortodônticas. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2001; 6(5): 111-21.

Barros FC, Semer TC, Tonioli S, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Paediatr*. 1995; 84:1221-6.

---

\* Baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com o Medline.

Bem-estar familiar no Brasil (BEMFAM). *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

Benício MLA, Monteiro CA. Tendência secular da doença diarréica na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saude Publica*. 2000; 34 Suppl 6:83-90.

Beral V. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet North Am Ed Boston*. 2002; 360(20): 187-95.

Bier JAB, Oliver T, Ferguson AE, Vohr BR. Human milk improves cognitive and motor development of premature infants during infancy. *J Hum Lact*. 2002; 18(4):361-7.

Bittencourt LP, Modesto A, Bastos EPS. Influência do aleitamento materno sobre a frequência dos hábitos de sucção. *Rev Bras Odontol*. 2001; 58(3): 191-3.

Bloch AM, Mimouni D, Mimouni M, Gdalevich M. Does breastfeeding protect against allergic rhinitis during childhood? A meta-analysis of prospective studies. *Acta Paediatr*. 2002; 91: 275-9.

Brakohiapa LA, Bille A, Quansah E, Kishi K, Yartey J, Harrison E *et al*. Does prolonged breastfeeding adversely affect a child's nutritional status? *Lancet North Am Ed Boston*. 1988; 20: 416-8.

Briend A, Bari A. Breastfeeding improves survival, but not nutritional status, of 12-35 months old children in rural Bangladesh. *Eur J Clin Nutr*. 1989; 43: 603-8.

Caldeira AP, Goulart EMA. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. *J Pediatr*. 2000; 76(1): 65-72.

Carvalhoes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev Saude Publica*. 1998; 32(5): 430-6.

Cernadas JMC, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact*. 2003; 19(2): 136-44.

César JA, Kuhn D, Devens E, Martins E, Aguiar MRC, Holthausen RS *et al*. Prescrição de chás para crianças menores de 6 meses: a opinião dos médicos de uma cidade de porte médio no sul do Brasil. *J Pediatr*. 1996; 72(1): 27-31.

Chatterton RT, Hill PD, Aldag JC, Hodges KR, Belknap SM, Zinaman MJ. Relation of plasma oxytocin and prolactin concentrations to milk production in mothers of preterm infants: influence of stress. *J Clin Endocrinol Metab*. 2000; 85(10): 3661-8.

Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact*. 2003; 19(2): 145-55.

Costa COM, Figueiredo EM, Silva SB. Aleitamento materno: causas de desmame e justificativa para amamentar. *J Pediatr*. 1993; 69(3): 176-8.

Costa-Macedo LM, REY L. Aleitamento e parasitismo intestinal materno-infantil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2000; 33(4): 371-5.

Dearden K, Altaye IM, Oliva MSJ, Morrow AL, Burkhalter BR. Determinants of optimal breast-feeding in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 12(3): 185-92.

Del Ciampo LA, Ricco RG, Muccillo G, Betiol H, Daneluzzi JC. Influências dos tipos de alojamento conjunto sobre recém-nascidos na prática do aleitamento materno. *J Pediatr*. 1994; 70(1): 10-5.

Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr*. 2001; 131 Suppl 11: 3012-15.

Digirolamo AM, Grummer-Strawn L, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth*. 2001; 28(2): 94-100.

Dini EL, Holt RD, Bedi R. Caries and its association with infant feeding and oral health – related behaviors in 3-4-year-old brazilian children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000; 28: 241-8.

Dowling DA, Meier PP, Difiori JM, Blatz MA, Martin RJ. Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. *J Hum Lact*. 2002; 18(1): 13-8.

Ekström A, Widström AM, Nissen E. Duration of breastfeeding in swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact*. 2003; 19(2): 172-8.

Enger SM, Ross RK, Paganini-Hill A, Bernstein L. Breastfeeding experience and breast cancer risk among postmenopausal women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1998; 5: 365-9.

Escuder MML, Venâncio SI, Pereira RP. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Rev Saude Publica*. 2003; 37(3): 319-25.

Favoreto J, Thomson Z. Avaliação do programa de estímulo ao aleitamento materno no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Londrina. *J Pediatr*. 1991; 67(11/12): 388-91.

- Fein SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *Am J Public Health*. 1998; 88(7): 1042-6.
- Ferreira MIDT, Toledo OA. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. *Rev ABO Nac*. 1997; 5(6): 317-20.
- Figueiredo LMH, Goulart EMA. Análise da eficácia do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno em um bairro periférico de Belo Horizonte (Brasil):1980/1986/1992. *J Pediatr*. 1995; 71(4): 203-8.
- Garcia-Montrone V, Rose JC. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível socioeconômico baixo: estudo preliminar. *Cad Saude Publica*. 1996; 12(1): 61-8.
- Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimentos de Pelotas-RS. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(3): 259-65.
- Giugliane ERJ, Rocha VLL, Neves JM, Polanczyk CA, Seffrin CF, Susin LO. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. *J Pediatr*. 1995; 71(2): 77-81.
- Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr*. 2000; 76 Suppl 3: 253-62.
- Gomes ACS, Cardoso ML, Moura EFA, Marçal NK. Aleitamento ao seio. *J Pediatr*. 1992; 68(3/4): 123-6.
- Granzoto JA, Bertoni AL, Vecchi AA, Rodrigues E. A importância do incentivo pré-natal na amamentação de primíparas. *J Pediatr*. 1992; 68(1/2): 34-7.

Grummer-Strawn LM. Does prolonged breast-feeding impair child growth? A critical review. *Pediatrics*. 1993; 91(4): 766-71.

Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186(6): 1250-6.

Hanson LA. Breastfeeding provides passive and likely long-lasting active immunity. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 1998; 81: 523-37.

Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002; 10(4): 578-85.

Issler H, Sá MBSR, Senna, DM. Knowledge of newborn healthcare among pregnant women: basis for promotional and educational programs on breastfeeding. *Sao Paulo Med J*. 2001; 119(1): 7-9.

Issler RMS, Enk I, Azeredo PR, Moraes JA. Estudo comparativo do período de aleitamento materno de crianças em creches internas e externas. *J Pediatr*. 1994; 70(5): 287-90.

Javorski M, Scochi CGS, Lima RAG. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. *Pediatr Mod*. 1999; 35(1/2): 30-8.

Köhler NRW. Distúrbios miofuncionais: considerações sobre seus fatores etiológicos e consequências sobre o processo de crescimento/desenvolvimento da face. *Rev Dent Press Ortodont Ortop Fac*. 2000; 5(3): 66-79.

Kozlowski FC. *Relação entre o fator socioeconômico e a prevalência e a severidade de fluorose e cárie dentária*. [Dissertação]. Piracicaba: FOP / UNICAMP; 2001.



- Kummer SC, Giugliane ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ *et al*. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(2): 143-8.
- Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr*. 1996; 72(6): 363-8.
- Lamounier JA. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Rev Assoc Med Bras*. 1998; 44(4): 319-24.
- Lamounier JA, Cabral CM, Oliveira BC, Oliveira AB, Oliveira JR, Silva AP. O uso de medicamentos em puérrupras interfere nas recomendações quanto ao aleitamento materno? *J Pediatr*. 2002; 78(1): 57-61.
- Lana APB. O Livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu; 2001
- Lawoyin YO, Olawuyi JF, Onadeko MO. Factors associated with exclusive breastfeeding in Ibadan, Nigéria. *J Hum Lact*. 2001; 17(4): 321-5.
- Leite ICG, Rodrigues CC, Faria AR, Medeiros GV, Pires LA. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1999; 53(2): 151-5.
- Li Y, Wang W, Caufield PW. The fidelity of mutans streptococci transmission and caries status correlate with breast-feeding experience among chinese families. *Caries Res*, 2000; 34: 123-32.
- Lipp MN, Guevara AH. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. *Estud Psicol*. 1994; 11(3): 43-9.

Losch M, Dungy CI, Russell D, Dusdieker LB. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Pediatr*. 1995; 126: 507-14.

Mahgoub SEO, Bandeke T, Nnyepi M. Breastfeeding in Botswana: practices, attitudes, patterns, and the socio-cultural factors affecting them. *J Trop Pediatr*. 2002; 48: 195-9.

Martins Filho J. *Como e porque amamentar*. São Paulo: Sarvier; 1987.

Mcleod D, Pullon S, Cookson T. Factors influencing continuation of breastfeeding in a cohort of women. *J Hum Lact*. 2002; 18(4): 335-43.

Meyerink RO, Marquis GS. Breastfeeding initiation and duration among low-income women in Alabama: the importance of personal and familial experiences in making infant-feeding choices. *J Hum Lact*. 2002; 18(1): 38-44.

Molbak K, Gottschau A, Aaby P, Hojlyng N, Ingholt L, Silva APJ. Prolonged breast feeding, diarrhoeal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. *BMJ*. 1994; 308(28): 1403-6.

Monteiro CA, Rea M. O aleitamento materno. In: Monteiro CA, organizador. *Saúde e nutrição das crianças de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; 1988.

Monteiro CA, Szarfarc SC, Mondini L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saude Publica*. 2000; 34 Suppl 6: 62-72.

Montrone VC, Arantes CIS. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo. *J Pediatr*. 2000; 76(2): 138-42.

Moura EFA. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. *J Pediatr*. 1997; 73(2): 106-10.

- Nakano MAS, Mamede MV. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1999; 7(3): 69-76.
- Nascimento MBR, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2003; 58(1): 49-60.
- Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Pediatr*. 2003; 79(1): 7-12.
- Novak FR, Almeida AG, Silva GO, Borba LM. Colostro humano: fonte natural de probióticos? *J Pediatr*. 2001; 77(4): 265-70.
- Oliveira MIC, Leal MC. Alojamento conjunto e parto cesáreo em maternidades do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saude Publica*. 1997; 31(6): 575-80.
- Oliveira YP, Spring PM. Pesquisa do Programa de Incentivo Nacional ao Aleitamento Materno – primeira parte. *J Pediatr*. 1984; 56(6): 432-42.
- Park TK, Berlin P. Prevalence of exclusive and extended breastfeeding among rural korean women. *Yonsei Med J*. 1981; 22(2): 108-21.
- Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas SSN, Baudson MFR. Práticas da amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(6): 617-22.
- Paula MPG, Dadalto ECV. Prevalência de cárie em crianças de 0 a 36 meses de idade. *Rev ABO Nac*. 2000; 8(2): 86-91.

- Penna FJ, Nicoli JR. Influência do colostro na colonização bacteriana normal do trato digestivo do recém-nascido. *J Pediatr*. 2001; 77(4): 251-2.
- Pierotti SR. Amamentar: Influência na Oclusão, Funções e Hábitos Orais. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2001; 6(4): 91-8.
- Prentice A. Breast feeding and the older infant. *Acta Paediatr Scand Suppl*. 1991; 374: 78-88.
- Procianoy RS. Influência dos fatores neonatais sobre o aleitamento materno. *J Pediatr*. 1982; 53: 327-9.
- Quinn PJ, O'Callaghan M, Williams GM, Najman JM, Andersen MJ, Bor W. The effect of breastfeeding on child development at 5 years: a cohort study. *J Paediatr Child Health*. 2001; 37: 465-9.
- Raisler J, Alexander C, O'Campo P. Breast-feeding and infant illness: a dose-response relationship. *Am J Public Health*. 1999; 89(1): 25-30.
- Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J Pediatr*. 2000; 76 Suppl 3: 229-37.
- Rao MR, Hediger ML, Levine RJ, Naficy AB, Vik T. Effect of breastfeeding on cognitive development of infants born small for gestational age. *Acta Paediatr*. 2002; 91: 267-74.
- Rao S, Kanade AN. Prolonged breast-feeding and malnutrition among rural indian children below 3 years of age. *Eur J Clin Nutr*. 1992; 46: 187-95.

- Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saude Publica*. 1997; 31(2): 149-56.
- Rea MF. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. *J Pediatr*. 1998; 74(3): 171-3.
- Rice S, Coombs D, Fish L, Leeper J. Breast-feeding and contraception in Peru. *J Health Popul Nutr*. 2002; 20(1): 51-8.
- Robles FRP, Mendes FM, Haddad AE, Corrêa MSNP. A influência do período de amamentação nos hábitos de sucção persistentes e a ocorrência de maloclusões em crianças com dentição decídua completa. *Rev Paul Odontol*. 1999; 21(3): 4-9.
- Schwartz K, D'arcy HJS, Gillespie B, Bobo J, Longeway M, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract*. 2002; 51(5): 439-44.
- Scott JA, Diet GD, Landers MCG, Hughes RM, BINNS CW. Psychosocial factors associated with the abandonment of breastfeeding prior to hospital discharge. *J Hum Lact*. 2001; 17(1): 24-30.
- Serra-Negra JMC, Pordeus IA, Rocha JR, JF. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. *Rev Odontol Univ Sao Paulo*. 1997; 11(2): 79-86.
- Silva VG, Almeida JAG, Novak FR, Carvalho NV, Silva LGP. O uso de drogas e o aleitamento materno. *J Bras Ginecol*. 1997; 107: 171-88.

Siqueira R, Durso N, Almada AGP, Moreira MT, Massad GB. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. *J Pediatr*. 1994; 70(1): 16-20.

Souza LSF, Souza ELS, Barretto MRR, Ramos RTT, Macedo JJB, Serra CR *et al*. Determinantes do êxito do aleitamento natural. *J Pediatr*. 1991; 67(1/2): 42-50.

Susin LRO, Giugliane ERJ, Kummer SC, Maciel M, Benjamin ACW, Machado DB *et al*. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *J Pediatr*. 1998; 74(5): 368-75.

Taddei JAAC, Westphal MF, Venâncio S, Bogus C, Souza S. Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration. *Sao Paulo Med J*. 2000; 118(6): 185-91.

Toma TS, Monteiro, CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2001; 35(5): 409-14.

Ungerer RLS, Miranda ATC. História do alojamento conjunto. *J Pediatr*. 1999; 75(1): 5-10.

Uvnas MK. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*. 1998; 23(8): 819-35.

Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2002; 36(3): 313-8.

Victora CG, Vaughan JP, Martines JC, Barcelos LB. Is prolonged breast-feeding associated with malnutrition? *Am J Clin Nutr*. 1984; 39: 307-14.

Vieira GO, Glisser M, Araújo SPT, Sales AN. Indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. *J Pediatr*. 1998; 74(1): 11-6.

von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E. Does breast-feeding protect against childhood obesity? *Adv Exp Med Biol*. 2000; 478: 29-39.

Weerheijm KL, Uyttendaele-Speybroeck BFM, Euwe HC, Groen HJ. Prolonged demand breast-feeding and nursing caries. *Caries Res*. 1998; 32: 46-50.

Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 1998; 32(3): 255-31.

Weiderpass E, Béria JU, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 1998; 32(4): 335-44.

World Health Organization. The World Health Organization's infant-feeding recommendation. *Bull World Health Organ*. 1995; 73: 165-74.

Zimmerman DR, Guttman N. "Breast is best": knowledge among low-income mothers is not enough. *J Hum Lact*. 2001; 17(1): 14-9.

Aprovação do projeto de pesquisa

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b><br/> <b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS</b><br/> <b>FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA</b></p> <p><b>CERTIFICADO</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "Desmame precoce e aleitamento materno prolongado: avaliação do perfil materno", sob o protocolo nº <b>014/2002</b>, da Pesquisadora <b>KARINA CAMILLO CARRASCOZA</b>, sob a responsabilidade do Prof. Dr. <b>Antonio Bento Alves De Moraes</b>, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FOP.</p> |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>Piracicaba, 06 de março de 2002</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><i>Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen</i><br/>         Secretário<br/>         CEP/FOP/UNICAMP</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p><i>Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes</i><br/>         Coordenador<br/>         CEP/FOP/UNICAMP</p>                                                          | <p>We certify that the research project with title "EARLY WEANING AND EXTENDED BREASTFEEDING: AVALIATION OF MATHER PROFILE", protocol nº <b>014/2002</b>, by Researcher <b>KARINA CAMILLO CARRASCOZA</b>, responsibility by Prof. Dr. <b>Antonio Bento Alves De Moraes</b>, is in agreement with the Resolution 196/96 from National Committee of Health/Health Department (BR) and was approved by the Ethical Committee in Research at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).</p> |
| <p>Piracicaba, SP, Brazil, March 06 2002</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



## **Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa**

Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico de Pacientes Especiais (Cepae)

Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Universidade Estadual de Campinas

As informações contidas neste termo foram fornecidas pelo Prof. Dr. Antônio Bento Alves de Moraes, responsável pela disciplina de Psicologia Aplicada e coordenador do Cepae (Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais), objetivando firmar por escrito o acordo, mediante o qual você (mãe) autoriza sua participação e de seu filho na pesquisa “Fatores Determinantes do Desmame Precoce e do Aleitamento Materno Prolongado”, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

### I. TÍTULO DO TRABALHO

“Fatores determinantes do desmame precoce e do aleitamento materno prolongado”

### II. JUSTIFICATIVAS

O Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) é uma unidade de pesquisa e serviço cujo principal objetivo é a promoção da saúde bucal de pacientes especiais por meio de atividades educativas, preventivas e curativas. Todas estas ações são orientadas para a produção de conhecimento científico. Este Centro funciona desde 1993 e, ao longo deste tempo, muitas mães, frente às mesmas orientações fornecidas, deixam de oferecer os ricos benefícios que o leite materno possui enquanto outras estendem a amamentação natural além do primeiro ano de vida de seus filhos. Através da observação durante os atendimentos clínicos deste Centro, podemos supor possíveis relações entre o desmame precoce e mordida aberta anterior, introdução de hábitos de sucção não nutritivos e entre aleitamento materno prolongado e aumento da incidência de cárie e recusa de alimentos sólidos. Estas observações despertaram a importância do estudo dos fatores que determinam a ocorrência do desmame precoce e do aleitamento materno prolongado.

### III. OBJETIVOS

Com este trabalho pretende-se estudar os fatores que determinam a ocorrência do desmame antes do sexto mês e da extensão da amamentação natural além do primeiro ano de vida da criança, investigando as possíveis influências de fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e culturais sobre a amamentação.

#### IV. PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NO EXPERIMENTO

As mães serão avaliadas individualmente, em situação de entrevista face-a-face, em uma única sessão de aproximadamente 40 minutos. A entrevista será gravada em fita K-7 para obtenção de maior número de dados possíveis e posteriormente transcrita “ipsis literis”. Inicialmente pretende-se obter os dados de identificação e informações a respeito do desmame precoce para as mães do primeiro grupo e sobre o aleitamento materno prolongado para as mães do segundo grupo. Em seguida será aplicado o Inventário de Sintomas de Estresse, o qual será respondido por escrito para evitar o constrangimento no momento da escolha das respostas. Os procedimentos de seleção e avaliação serão desenvolvidos pela pesquisadora. A entrevista será realizada no ambiente físico do Cepae, na sala destinada ao condicionamento das crianças.

#### V. DESCONFORTOS E POSSÍVEIS RISCOS

A pesquisa não traz qualquer risco aos participantes, já que será necessária apenas a resposta de questionários. Entretanto as entrevistas serão gravadas em fita K-7 para evitar a perda de informações. Se algum participante se sentir desconfortável com a gravação, este procedimento será substituído por um registro pós-sessão.

#### VI. BENEFÍCIOS

Como participante deste trabalho você receberá orientações e apoio psicológico nas situações de desmame precoce possibilitando, em alguns casos, o restabelecimento da amamentação através de técnicas de realeitamento e relactação e também nos casos de extrema ansiedade que é a remoção do aleitamento materno prolongado. As orientações serão fornecidas apenas após a coleta dos dados com o intuito de que não influencie nos resultados que serão obtidos pela presente pesquisa.

#### FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

As orientações serão realizadas a cada consulta do paciente que ocorre no máximo a cada dois meses ou conforme a necessidade de reforçamento das mesmas.

#### VIII. INFORMAÇÕES

Haverá a garantia de respostas a quaisquer perguntas e/ou esclarecimentos a respeito de procedimentos, riscos, benefícios e de outras dúvidas relacionados ao programa e à pesquisa. Toda a equipe assumirá o compromisso de fornecer informações atualizadas

**Questionário desmame precoce**

- 1) Até que idade seu filho (a) foi amamentado no peito? \_\_\_\_\_ mês (es) \_\_\_\_\_ dias
- 2) O que sentia quando ainda estava amamentando?
- ☐ Alegria / prazer / realização pessoal                      ☐ Medo / preocupação
- ☐ Indiferença                                                              ☐ Raiva
- ☐ Tristeza                                                                      ☐ Outro \_\_\_\_\_
- 3) Que motivos a levaram a parar de amamentar?
- ☐ Trabalho materno                                              ☐ Conselho médico
- ☐ Sensação de falta de leite                                      ☐ Dificuldades durante a amamentação
- ☐ Doença da mãe ou da criança                                  ☐ Outro \_\_\_\_\_
- 4) Como ocorreu o desmame de seu (sua) filho (a)?
- ☐ Planejado. Escolhi, antecipadamente, o período em que ocorreria o desmame.
- ☐ Não planejado. Não pensei em um período de tempo para fazer o desmame.
- ☐ Repentino. Parei de amamentar de um dia para outro.
- ☐ Gradativo. Fui reduzindo o número de amamentações dia-a-dia.
- 5) O que sentiu quando parou de amamentar seu (sua) filho (a)?
- ☐ Alegria / prazer / realização pessoal                      ☐ Medo / preocupação
- ☐ Indiferença                                                              ☐ Raiva
- ☐ Tristeza                                                                      ☐ Outro \_\_\_\_\_
- 6) Você tem mais filhos? Até que idade os amamentou?

|   | Idade atual dos filhos | Idade do desmame |
|---|------------------------|------------------|
| 1 |                        |                  |
| 2 |                        |                  |
| 3 |                        |                  |
| 4 |                        |                  |
| 5 |                        |                  |

Qual a ordem de nascimento de seu (sua) filho (a) em relação aos demais irmãos?

☐ 1°    ☐ 2°    ☐ 3°    ☐ 4°    ☐ 5°    ☐ 6°

- 7) Durante a gestação, já planejava amamentar seu (sua) filho (a)?  
☐ Sim – Até que idade? \_\_\_\_\_ ☐ Não
- 8) Quando estava grávida, recebeu orientações sobre amamentação? ☐ Sim    ☐ Não
- 9) Qual o nome do hospital em que seu (sua) filho (a) nasceu? \_\_\_\_\_
- 10) Qual o tipo de parto? ☐ Normal    ☐ Cesárea    ☐ Fórceps
- 11) Após o nascimento, você e o bebê ficaram em alojamento conjunto? ☐ Sim    ☐ Não
- 12) Quanto tempo após o parto seu (sua) filho (a) começou a mamar? \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ dias
- 13) Como foi o início da amamentação? ☐ Fácil    ☐ Difícil
- 14) Teve auxílio de profissionais da saúde no início da amamentação? ☐ Sim    ☐ Não
- 15) Seu (sua) filho (a) frequenta creche ou escolinha? ☐ Sim    ☐ Não
- 16) Com quem seu (sua) filho (a) passa a maior parte do dia? \_\_\_\_\_
- 17) A criança dorme com a mãe? ☐ Sim    ☐ Não
- 18) Estado civil da mãe: ☐ Solteira    ☐ Casada    ☐ Divorciada    ☐ União estável
- 19) Idade dos pais quando este (a) filho (a) nasceu: Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_
- 20) Medicação utilizada pela mãe: \_\_\_\_\_  
Motivo do uso do medicamento: \_\_\_\_\_  
O medicamento foi prescrito pelo médico? ☐ Sim    ☐ Não  
Dose: \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_  
Duração do tratamento: \_\_\_\_\_
- 21) Medicação utilizada pela criança: \_\_\_\_\_  
Motivo do uso do medicamento: \_\_\_\_\_  
O medicamento foi prescrito pelo médico? ☐ Sim    ☐ Não  
Dose: \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_  
Duração do tratamento: \_\_\_\_\_

**Questionário aleitamento materno prolongado**

1) O que sente quando está amamentando?

☐ Alegria / prazer / realização pessoal☐ Medo / preocupação☐ Indiferença☐ Raiva☐ Tristeza☐ Outro \_\_\_\_\_

2) Qual motivo a fez continuar dando o peito até esta idade?

☐ Conselho médico☐ Prazer☐ Comodidade☐ Excesso de leite☐ Não aceita mamadeira e/ou outro tipo de leite☐ Dó☐ Outro \_\_\_\_\_3) Você tem vontade de parar de amamentar? ☐ Sim ☐ Não

4) Você tem mais filhos? Até que idade os amamentou?

|   | Idade atual dos filhos | Idade do desmame |
|---|------------------------|------------------|
| 1 |                        |                  |
| 2 |                        |                  |
| 3 |                        |                  |
| 4 |                        |                  |
| 5 |                        |                  |

Qual a ordem de nascimento de seu (sua) filho (a) em relação aos demais irmãos?

☐ 1° ☐ 2° ☐ 3° ☐ 4° ☐ 5° ☐ 6°

5) Durante a gestação, já planejava amamentar seu (sua) filho (a)?

☐ Sim – Até que idade? \_\_\_\_\_ ☐ Não6) Quando estava grávida, recebeu orientações sobre amamentação? ☐ Sim ☐ Não

7) Qual o nome do hospital em que seu (sua) filho (a) nasceu? \_\_\_\_\_

8) Qual o tipo de parto? ☐ Normal ☐ Cesárea ☐ Fórceps9) Após o nascimento, você e o bebê ficaram em alojamento conjunto? ☐ Sim ☐ Não

- 10) Quanto tempo após o parto seu (sua) filho (a) começou a mamar? \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ dias
- 11) Como foi o início da amamentação? ☐ Fácil ☐ Difícil
- 12) Teve auxílio de profissionais da saúde no início da amamentação? ☐ Sim ☐ Não
- 13) Seu (sua) filho (a) frequenta creche ou escolinha? ☐ Sim ☐ Não
- 14) Com quem seu (sua) filho (a) passa a maior parte do dia? \_\_\_\_\_
- 15) A criança dorme com a mãe? ☐ Sim ☐ Não
- 16) Qual o tipo de alimentação predominante na dieta de seu (sua) filho (a)?  
☐ Exclusivamente amamentação natural  
☐ Alimentos predominantemente pastosos  
☐ Alimentos predominantemente sólidos
- 17) Qual a frequência de ingestão de leite de seu (sua) filho (a) por dia?  
☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ☐ 4 vezes ☐ Mais de 4 vezes
- 18) Seu filho mama de madrugada? ☐ Sim ☐ Não
- 19) As mamadas são em horários fixos? ☐ Sim ☐ Não
- 21) Estado civil da mãe: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ União estável
- 22) Idade dos pais quando este (a) filho (a) nasceu: Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_
- 23) Medicação utilizada pela mãe: \_\_\_\_\_  
Motivo do uso do medicamento: \_\_\_\_\_  
O medicamento foi prescrito pelo médico? ☐ Sim ☐ Não  
Dose: \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_  
Duração do tratamento: \_\_\_\_\_
- 24) Medicação utilizada pela criança: \_\_\_\_\_  
Motivo do uso do medicamento: \_\_\_\_\_  
O medicamento foi prescrito pelo médico? ☐ Sim ☐ Não  
Dose: \_\_\_\_\_ Posologia: \_\_\_\_\_  
Duração do tratamento: \_\_\_\_\_

**Inventário de Sintomas de Stress (ISS)****Parte I**

**A) Marque com F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.**

- ☐ 1. mãos ou pés frios
- ☐ 2. boca seca
- ☐ 3. nó no estômago
- ☐ 4. aumento de sudorese
- ☐ 5. tensão muscular
- ☐ 6. aperto de mandíbula / ranger de dentes
- ☐ 7. diarreia passageira
- ☐ 8. insônia
- ☐ 9. taquicardia
- ☐ 9. hiperventilação
- ☐ 10. hipertensão arterial súbita e passageira
- ☐ 11. mudança de apetite

**B) Marque com P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.**

- ☐ 13. aumento súbito de motivação
- ☐ 14. entusiasmo súbito
- ☐ 15. vontade súbita de iniciar novos projetos

**Parte II**

**A) Marque com F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.**

- ☐ 1. problemas com a memória
- ☐ 2. mal-estar generalizado, sem causa específica
- ☐ 3. formigamento das extremidades
- ☐ 4. sensação de desgaste físico constante
- ☐ 5. mudança de apetite
- ☐ 6. aparecimento de problemas dermatológicos
- ☐ 7. hipertensão arterial
- ☐ 8. cansaço constante
- ☐ 9. gastrite, úlcera ou indisposição estomacal muito prolongada
- ☐ 10. tontura ou sensação de estar flutuando

**B) Marque com P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.**

- ☐ 11. sensibilidade emotiva excessiva
- ☐ 12. dúvida quanto a si próprio
- ☐ 13. pensar constantemente em um só assunto
- ☐ 14. irritabilidade excessiva
- ☐ 15. diminuição do libido

### **Parte III**

#### **A) Marque com F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.**

- ☐ 1. diarreia freqüente
- ☐ 2. dificuldades sexuais
- ☐ 3. insônia
- ☐ 4. náusea
- ☐ 5. tiques
- ☐ 6. hipertensão arterial continuada
- ☐ 7. problemas dermatológicos prolongados
- ☐ 8. mudança extrema de apetite
- ☐ 9. excesso de gases
- ☐ 10. tontura freqüente
- ☐ 11. úlcera, colite ou outro problema digestivo sério
- ☐ 12. enfarte

#### **B) Marque com P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.**

- ☐ 13. impossibilidade de trabalhar
- ☐ 14. pesadelos freqüentes
- ☐ 15. sensação de incompetência em todas as áreas
- ☐ 16. vontade de fugir de tudo
- ☐ 17. apatia, depressão ou raiva prolongada
- ☐ 18. cansaço constante e excessivo
- ☐ 19. pensar e falar constantemente em um só assunto
- ☐ 20. irritabilidade freqüente sem causa aparente
- ☐ 21. angústia, ansiedade e medo diariamente
- ☐ 22. hipersensibilidade emotiva
- ☐ 23. perda do senso de humor



**Tabela 1:** Distribuição de frequência da época de interrupção da amamentação natural antes dos seis meses de vida da criança (desmame precoce).

| Idade (meses) | Frequência | %    |
|---------------|------------|------|
| 0  ---- 1     | 4          | 10,0 |
| 1  ---- 2     | 3          | 7,5  |
| 2  ---- 3     | 17         | 42,5 |
| 3  ---- 4     | 9          | 22,5 |
| 4  ---- 5     | 5          | 12,5 |
| 5  ---- 6     | 2          | 5,0  |

**Tabela 2:** Distribuição de frequência do motivo alegado pela mãe para a ocorrência do desmame precoce.

| Motivo do desmame                 | Frequência | %    |
|-----------------------------------|------------|------|
| Trabalho materno                  | 5          | 12,5 |
| Conselho médico                   | 1          | 2,5  |
| Falta de leite                    | 18         | 45,0 |
| Dificuldade durante a amamentação | 12         | 30,0 |
| Doença da mãe ou da criança       | 4          | 10,0 |

**Tabela 3:** Associação entre o motivo referido pela mãe para a ocorrência do desmame precoce e a idade do desmame (Teste Qui-Quadrado  $p < 0,05$ ).

| Motivo do desmame | Idade de desmame (meses) |            |           |           |           |           |
|-------------------|--------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                   | 0  ---- 1                | 1  ---- 2  | 2  ---- 3 | 3  ---- 4 | 4  ---- 5 | 5  ---- 6 |
| A                 | 0 (0,0%)                 | 0 (0,0%)   | 1 (5,9%)  | 1 (11,2%) | 2 (40,0%) | 1 (50,0%) |
| B                 | 0 (0,0%)                 | 0 (0,0%)   | 1 (5,9%)  | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)  |
| C                 | 2 (50,0%)                | 0 (0,0%)   | 9 (52,9%) | 3 (33,3%) | 3 (60,0%) | 1 (50,0%) |
| D                 | 2 (50,0%)                | 3 (100,0%) | 4 (23,5%) | 3 (33,3%) | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)  |
| E                 | 0 (0,0%)                 | 0 (0,0%)   | 2 (11,8%) | 2 (22,2%) | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)  |

**Legenda:** A) Trabalho materno / B) Conselho médico / C) Falta de leite D) Dificuldade na amamentação / E) Doença da mãe ou criança

**Tabela 4:** Apresentação de sintomas de estresse pela mãe em função da idade de desmame precoce da criança (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

| Idade (meses) | Apresentação de estresse |           |
|---------------|--------------------------|-----------|
|               | Sim                      | Não       |
| 0  ---- 1     | 3 (12,0 %)               | 1 (6,7%)  |
| 1  ---- 2     | 1 (4,0 %)                | 2 (13,3%) |
| 2  ---- 3     | 10 (40,0%)               | 7 (46,7%) |
| 3  ---- 4     | 7 (28,0%)                | 2 (13,3%) |
| 4  ---- 5     | 2 (8,0%)                 | 3 (20,0%) |
| 5  ---- 6     | 2 (8,0%)                 | 0 (0,0%)  |

**Tabela 5:** Associação entre a apresentação de sintomas de estresse pela mãe e o motivo referido por elas para a ocorrência do desmame precoce (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

| Motivo do desmame                 | Apresentação de estresse |         |
|-----------------------------------|--------------------------|---------|
|                                   | Sim                      | Não     |
| Trabalho materno                  | 3 (12%)                  | 2 (13%) |
| Conselho médico                   | 1 (4%)                   | 0 (0%)  |
| Falta de leite                    | 12 (48%)                 | 6 (40%) |
| Dificuldade durante a amamentação | 7 (28%)                  | 5 (33%) |
| Doença da mãe ou da criança       | 2 (8%)                   | 2 (13%) |

**Tabela 6:** Mães que encontraram dificuldade durante o início da amamentação natural em função do número total de filhos (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

| Número de filhos | Dificuldade |            |
|------------------|-------------|------------|
|                  | Sim         | Não        |
| 1                | 10 (45,5%)  | 12 (54,5%) |
| 2                | 4 (26,7%)   | 11 (73,3%) |
| 3                | 0 (0,0%)    | 3 (100,0%) |

**Tabela 7:** Motivo referido pela mãe para a ocorrência do desmame precoce em função do número total de filhos (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

| Motivo do desmame                 | Número de filhos |            |           |
|-----------------------------------|------------------|------------|-----------|
|                                   | 1                | 2          | 3         |
| Trabalho materno                  | 1 (4,5%)         | 8 (26,7%)  | 0 (0,0%)  |
| Conselho médico                   | 1 (4,5%)         | 0 (0,0%)   | 0 (0,0%)  |
| Falta de leite                    | 9 (40,9%)        | 14 (46,7%) | 6 (66,7%) |
| Dificuldade durante a amamentação | 8 (36,4%)        | 6 (20,0%)  | 3 (33,3%) |
| Doença da mãe ou da criança       | 3 (13,7%)        | 2 (6,6%)   | 0 (0,0%)  |

**Tabela 8:** Distribuição de frequência do sentimento vivenciado pela mãe após a ocorrência do desmame.

| Sentimento da mãe  | Frequência | %  |
|--------------------|------------|----|
| Medo / preocupação | 4          | 10 |
| Indiferença        | 2          | 5  |
| Tristeza           | 34         | 85 |

**Tabela 9:** Distribuição de frequência do motivo referido pelas mães para extensão da amamentação natural além do primeiro ano de vida da criança.

| Motivo para a extensão da amamentação natural | Frequência | %    |
|-----------------------------------------------|------------|------|
| Conselho médico                               | 1          | 2,5  |
| Não aceita mamadeira / outro tipo de leite    | 12         | 30,0 |
| Prazer                                        | 16         | 40,0 |
| Comodidade                                    | 4          | 10,0 |
| Excesso de leite                              | 3          | 7,5  |
| Dó                                            | 4          | 10,0 |

**Tabela 10:** Vontade de interromper a amamentação natural em função do motivo referido pelas mães para a extensão do aleitamento (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

| Motivo para a extensão da amamentação natural | Vontade de interromper |           |
|-----------------------------------------------|------------------------|-----------|
|                                               | Sim                    | Não       |
| Conselho médico                               | 1 (100,0%)             | 0 (0,0%)  |
| Não aceita mamadeira / outro tipo de leite    | 10 (83,3%)             | 2 (16,7%) |
| Prazer                                        | 10 (62,5%)             | 6 (37,5%) |
| Comodidade                                    | 4 (100,0%)             | 0 (0,0%)  |
| Excesso de leite                              | 2 (66,7%)              | 1 (33,3%) |
| Dó                                            | 3 (75,0%)              | 1 (25,0%) |

**Tabela 11:** Distribuição de frequência da consistência dos alimentos que predominam na dieta da criança.

| Consistência | Frequência | %    |
|--------------|------------|------|
| Líquido      | 1          | 2,5  |
| Pastoso      | 24         | 60,0 |
| Sólido       | 15         | 37,5 |

**Tabela 12:** Distribuição de frequência do número de vezes que a criança ingere leite materno no período de um dia.

| Número de mamadas por dia | Frequência | %    |
|---------------------------|------------|------|
| Três                      | 4          | 10,0 |
| Quatro                    | 3          | 7,5  |
| Mais de quatro            | 33         | 82,5 |

**Tabela 13:** Crianças que dormem com suas mães em função do número de vezes que a criança ingere leite materno no período de um dia (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

| Número de mamadas por dia | Dormir com a mãe |           |
|---------------------------|------------------|-----------|
|                           | Sim              | Não       |
| Três                      | 1 (75,8%)        | 3 (24,2%) |
| Quatro                    | 2 (66,7%)        | 1 (33,3%) |
| Mais de quatro            | 25 (25,0%)       | 8 (75,0%) |

**Tabela 14:** Crianças que dormem com suas mães durante a noite em relação à faixa etária materna (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

| Idade da mãe | Dormir com a mãe |           |
|--------------|------------------|-----------|
|              | Sim              | Não       |
| 15  --- 20   | 4 (80,0%)        | 1 (20,0%) |
| 20  --- 25   | 7 (77,8%)        | 2 (22,2%) |
| 25  --- 30   | 8 (72,7%)        | 3 (27,3%) |
| 30  --- 35   | 4 (40,0%)        | 6 (60,0%) |
| 35  --- 40   | 3 (100,0%)       | 0 (0,0%)  |
| > ou = 40    | 2 (100,0%)       | 0 (0,0%)  |

**Tabela 15:** Associação entre o sentimento vivenciado pela mãe durante o ato do aleitamento e a duração da amamentação (Teste Exato de Fischer  $p > 0,05$ ).

| Sentimento da mãe             | Desmame Precoces | Aleitamento Materno Prolongado |
|-------------------------------|------------------|--------------------------------|
| Alegria / prazer / realização | 30 (75,0%)       | 32 (80,0%)                     |
| Medo / preocupação            | 6 (15,0%)        | 7 (17,5%)                      |
| Indiferença                   | 2 (5,0%)         | 1 (0,0%)                       |
| Raiva                         | 1 (2,5%)         | 0 (2,5%)                       |
| Tristeza                      | 1 (2,5%)         | 3 (0,0%)                       |

**Tabela 16:** Associação entre a duração da amamentação e a expectativa das mães, durante a gestação, sobre a duração do aleitamento (Teste Exato de Fischer  $p>0,05$ ).

| Expectativa sobre a duração da amamentação | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|--------------------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Até 6 meses                                | 17 (44,7%)      | 12 (32,4%)                     |
| Até 12 meses                               | 17 (44,7%)      | 18 (48,6%)                     |
| Até 18 meses                               | 3 (7,9%)        | 1 (2,7%)                       |
| Até 24 meses                               | 1 (2,7%)        | 6 (16,3%)                      |

**Tabela 17:** Associação entre a orientação recebida pela mãe, sobre amamentação, durante a gestação e a duração do aleitamento (Teste Qui-Quadrado  $p>0,05$ ).

| Orientação sobre amamentação, durante a gestação | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|--------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Sim                                              | 27 (67,5%)      | 23 (57,5%)                     |
| Não                                              | 13 (32,5%)      | 17 (42,5%)                     |

**Tabela 18:** Associação entre o hospital em que a criança nasceu e a duração da amamentação (Teste Exato de Fischer  $p<0,05$ ).

| Hospital em que a criança nasceu | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|----------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Fornecedores de Cana             | 19 (47,5%)      | 13 (32,5%)                     |
| Santa Casa                       | 20 (50,0%)      | 21 (52,5%)                     |
| Unimed                           | 1 (2,5%)        | 3 (7,5%)                       |
| Outros                           | 0 (0,0%)        | 3 (7,5%)                       |

**Tabela 19:** Tipo de parto em função da duração da amamentação (Teste Exato de Fisher  $p>0,05$ ).

| Tipo de parto | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|---------------|-----------------|--------------------------------|
| Cesárea       | 22 (55%)        | 22 (55%)                       |
| Normal        | 18 (45%)        | 18 (45%)                       |

**Tabela 20:** Permanência em alojamento conjunto em função da duração da amamentação (Teste Exato de Fisher  $p<0,05$ ).

| Permanência em alojamento conjunto | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|------------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Sim                                | 36 (90%)        | 16 (40%)                       |
| Não                                | 4 (10%)         | 24 (60%)                       |

**Tabela 21:** Associação entre a permanência em alojamento conjunto após o parto e nome do hospital em que a criança nasceu – Grupo de desmame precoce (Teste Exato de Fischer  $p>0,05$ ).

| Permanência em alojamento conjunto | Nome do hospital |                      |
|------------------------------------|------------------|----------------------|
|                                    | Santa Casa       | Fornecedores de Cana |
| Sim                                | 19 (95,0%)       | 17 (89,5%)           |
| Não                                | 1 (5,0%)         | 2 (10,5%)            |

**Tabela 22:** Associação entre a permanência em alojamento conjunto após o parto e nome do hospital em que a criança nasceu – Grupo de aleitamento materno prolongado (Teste Exato de Fischer  $p<0,05$ ).

| Permanência em alojamento conjunto | Nome do hospital |               |            |           |
|------------------------------------|------------------|---------------|------------|-----------|
|                                    | Santa Casa       | Forn. de Cana | Unimed     | Outros    |
| Sim                                | 7 (66,7%)        | 0 (0,0%)      | 0 (0,0%)   | 2 (66,7%) |
| Não                                | 14 (33,3%)       | 13 (100,0%)   | 3 (100,0%) | 1 (33,3%) |

**Tabela 23:** Associação entre a duração da amamentação e o tempo para o início da amamentação após o parto (Teste Exato de Fisher  $p < 0,05$ ).

| Início da amamentação após o parto (horas) | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|--------------------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| 0  ---- 4                                  | 15 (37,5%)      | 10 (25,0%)                     |
| 4  ---- 8                                  | 11 (27,5%)      | 14 (35,0%)                     |
| 8  ---- 12                                 | 3 (7,5%)        | 6 (15,0%)                      |
| 12  ---- 16                                | 5 (12,5%)       | 7 (17,5%)                      |
| > ou = 16                                  | 6 (15,0%)       | 3 (7,5%)                       |

**Figura 24:** Associação entre a permanência em alojamento conjunto e o tempo de início da amamentação natural após o parto – Grupo de desmame precoce (Teste Exato de Fisher  $p < 0,05$ ).

| Início da amamentação após o parto (horas) | Permanência em alojamento conjunto |           |
|--------------------------------------------|------------------------------------|-----------|
|                                            | Sim                                | Não       |
| 0  ---- 4                                  | 15 (41,6%)                         | 0 (0,0%)  |
| 4  ---- 8                                  | 11 (30,6%)                         | 0 (0,0%)  |
| 8  ---- 12                                 | 2 (5,6%)                           | 1 (25,0%) |
| 12  ---- 16                                | 5 (13,9%)                          | 0 (0,0%)  |
| > ou = 16                                  | 3 (8,3%)                           | 3 (75,0%) |

**Tabela 25:** Associação entre a permanência em alojamento conjunto e o tempo para o início da amamentação natural após o parto – Grupo de aleitamento materno prolongado (Teste Exato de Fisher  $p < 0,05$ ).

| Início da amamentação após o parto (horas) | Permanência em alojamento conjunto |           |
|--------------------------------------------|------------------------------------|-----------|
|                                            | Sim                                | Não       |
| 0  ---- 4                                  | 5 (31,3%)                          | 5 (20,8%) |
| 4  ---- 8                                  | 7 (43,8%)                          | 7 (29,2%) |
| 8  ---- 12                                 | 5 (6,2%)                           | 1 (20,8%) |
| 12  ---- 16                                | 5 (12,5%)                          | 2 (20,8%) |
| > ou = 16                                  | 2 (6,2%)                           | 1 (8,4%)  |



**Tabela 26:** Associação entre o tipo de parto e o tempo para o início da amamentação natural após o parto – Grupo de desmame precoce (Teste Exato de Fisher  $p<0,05$ ).

| Início da amamentação após o parto (horas) | Tipo de parto |            |
|--------------------------------------------|---------------|------------|
|                                            | Cesárea       | Normal     |
| 0  ---- 4                                  | 5 (33,3%)     | 10 (66,7%) |
| 4  ---- 8                                  | 6 (54,5%)     | 5 (45,5%)  |
| 8  ---- 12                                 | 3 (100,0%)    | 0 (0,0%)   |
| 12  ---- 16                                | 3 (60,0%)     | 2 (40,0%)  |
| > ou = 16                                  | 5 (83,3%)     | 1 (16,7%)  |

**Tabela 27:** Tipo de parto em função do tempo para o início da amamentação natural após o parto – Grupo de aleitamento materno prolongado (Teste Exato de Fisher  $p<0,05$ ).

| Início da amamentação após o parto (horas) | Tipo de parto |           |
|--------------------------------------------|---------------|-----------|
|                                            | Cesárea       | Normal    |
| 0  ---- 4                                  | 2 (20,0%)     | 8 (80,0%) |
| 4  ---- 8                                  | 7 (50,0%)     | 7 (50,0%) |
| 8  ---- 12                                 | 6 (100,0%)    | 0 (0,0%)  |
| 12  ---- 16                                | 5 (71,4%)     | 2 (28,6%) |
| > ou = 16                                  | 2 (66,7%)     | 1 (33,3%) |

**Tabela 28:** Auxílio recebido pela mãe, dentro do hospital, para o início da amamentação em função da duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado  $p<0,05$ ).

| Auxílio recebido pela mãe | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|---------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Sim                       | 30 (75%)        | 17 (42,5%)                     |
| Não                       | 10 (25%)        | 23 (57,5%)                     |

**Tabela 29:** Associação entre o número total de filhos e a duração da amamentação (Teste Exato de Fischer  $p<0,05$ ).

| Número de filhos | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|------------------|-----------------|--------------------------------|
| 1                | 22 (55,5%)      | 15 (37,5%)                     |
| 2                | 15 (37,5%)      | 13 (32,5%)                     |
| 3                | 3 (7,5%)        | 6 (15,0%)                      |
| 4                | 0 (0,0%)        | 3 (7,5%)                       |
| 5                | 0 (0,0%)        | 3 (7,5%)                       |

**Tabela 30:** Associação entre a experiência prévia em amamentação (ter amamentado pelo menos um filho até seis meses de vida) e a duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado  $p<0,05$ ).

| Experiência em amamentação | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|----------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Sim                        | 7 (17,5%)       | 18 (45,0%)                     |
| Não                        | 33 (82,5%)      | 22 (55,0%)                     |

**Tabela 31:** Duração da amamentação em função do estado civil da mãe (Teste Exato de Fischer  $p<0,05$ ).

| Estado civil da mãe | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|---------------------|-----------------|--------------------------------|
| Casada              | 26 (65,0%)      | 34 (85,0%)                     |
| União estável       | 9 (22,5%)       | 5 (12,5%)                      |
| Solteira            | 5 (12,5%)       | 1 (2,5%)                       |

**Tabela 32:** Associação entre a duração da amamentação e a idade da mãe quando o filho nasceu (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

| Idade da mãe | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|--------------|-----------------|--------------------------------|
| < 15         | 1 (2,5%)        | 0 (0,0%)                       |
| 15  --- 20   | 13 (32,5%)      | 5 (12,5%)                      |
| 20  --- 25   | 15 (37,5%)      | 9 (22,5%)                      |
| 25  --- 30   | 7 (17,5%)       | 11 (27,5%)                     |
| 30  --- 35   | 2 (5,0%)        | 10 (25,0%)                     |
| 35  --- 40   | 2 (5,0%)        | 3 (7,5%)                       |
| > ou = 40    | 0 (0,0%)        | 2 (5,0%)                       |

**Tabela 33:** Associação entre a duração da amamentação e a condição socioeconômica dos pais (Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$ ).

| Classe social  | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|----------------|-----------------|--------------------------------|
| Alta           | 1 (2,5%)        | 2 (5,0%)                       |
| Média superior | 1 (2,5%)        | 1 (2,5%)                       |
| Média          | 17 (42,5%)      | 12 (30,0%)                     |
| Média inferior | 10 (25,0%)      | 19 (47,5%)                     |
| Baixa          | 11 (27,5%)      | 6 (15,0%)                      |

**Tabela 34:** Associação entre a apresentação de estresse pelas mães e a duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado  $p > 0,05$ ).

| Apresentação de estresse | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|--------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Sim                      | 25 (62,5%)      | 18 (45,0%)                     |
| Não                      | 15 (37,5%)      | 22 (55,0%)                     |

**Tabela 35:** Associação entre a utilização de medicamento pela mãe e a duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado  $p>0,05$ ).

| Uso de medicamento pela mãe | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|-----------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Sim                         | 17 (42,5%)      | 19 (47,5%)                     |
| Não                         | 23 (57,5%)      | 21 (52,5%)                     |

**Tabela 36:** Associação entre a utilização de medicamento pela criança e a duração da amamentação (Teste Qui-Quadrado  $p>0,05$ ).

| Uso de medicamento pela criança | Desmame Precoce | Aleitamento Materno Prolongado |
|---------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Sim                             | 4 (10,0%)       | 5 (12,5%)                      |
| Não                             | 36 (90,0%)      | 35 (87,5%)                     |