

MARIZILDA MARTINS GAVRILOFF

Avaliação das ações de promoção  
do aleitamento materno em  
Hospital Universitário

Dissertação apresentada como requisito  
parcial à obtenção de grau de Mestre.  
Curso de Pós-Graduação em Pediatria,  
Setor de Ciências da Saúde, Universidade  
Federal do Paraná.

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Ana Cecília Silveira Lins Sucupira

CURITIBA  
1994

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que acreditam que o empenho por um ideal deva ser continuado, não importando que os resultados demorem a aparecer.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, **Dra. Ana Cecília Silveira Lins Sucupira**, por me mostrar o caminho a seguir e abrir novos horizontes.

Ao **Prof. Izrail Cat** pela oportunidade de poder realizar o Mestrado nesta tradicional instituição de ensino, **UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**.

Aos meus professores pela minha formação.

Ao **Prof. Drauzio Viegas** e a todos os colegas da **FAISA** e da **FUABC**, pelo carinho e incentivo que recebi nestes longos anos que estivemos juntos.

Ao **Dr. Antonio Carlos Bagatim**, co-orientador, pelas sugestões oportunas.

A todos os professores do Departamento de Pediatria da UFPR que colaboraram dando opiniões e apoio, especialmente à **Dra. Leide Parolin Marinoni** pela bibliografia fornecida e ao **Dr. José Eduardo Carreiro** e à **Dra. Luzilma Terezinha Flenik Martins** pelo auxílio na fase final.

À **Profª. Suely Ruiz Giolo** do Departamento de Estatística da UFPR pela orientação na análise estatística dos dados.

À **Profª. Martha Garcia de Sánchez** pela atenção em realizar a revisão final.

À **Enfª. Renate Heinrichs**, mais que colaboradora, uma amiga.

À **Assistente Social Josiane Ribas Baracho** e a toda Equipe da **Pediatria Social - Ambulatório de Puericultura do HC da UFPR** pelo apoio e colaboração.

Ao **Rostislav** pela colaboração e assessoria durante todo o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus filhos, **Igor** e **Ana Carolina** pelo tempo em que não pudemos estar juntos.

À **minha família** pela colaboração e apoio.

E especialmente às **mães** que participaram desta pesquisa, sem a colaboração das quais nada teria sido realizado.



## Parecer

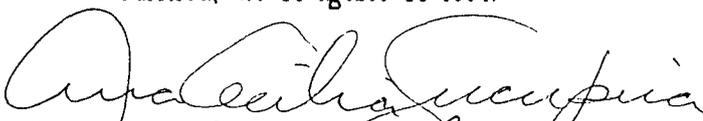
Parecer conjunto dos Professores: **Ana Cecília Silveira Lins Sucupira**, **José Aparecido Granzotto** e **Drauzio Viegas**, sobre a dissertação: "**Avaliação das Ações de Promoção do Aleitamento Materno em Hospital Universitário**", a nível de Mestrado em Pediatría, da aluna: **Marizilda Martins Gavriloff**, do Curso de Pós-Graduação - Mestrado em Pediatría da Universidade Federal do Paraná.

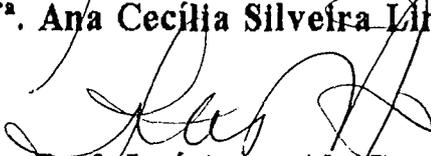
A Comissão Examinadora considerou que a **Drª. Marizilda Martins Gavriloff**, apresentou trabalho adequado para a dissertação à nível de Mestrado em Pediatría e defendeu convenientemente as arguições que lhes foram feitas, atribuindo-lhes as seguintes notas:

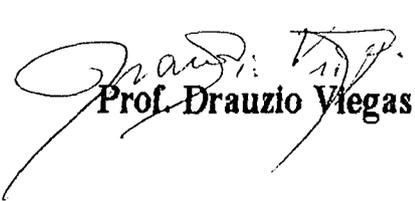
<b>Profª Ana Cecília Silveira Lins Sucupira</b>	<b>Nota (100)</b>	<b>e</b>	<b>Conceito "A"</b>
<b>Prof. José Aparecido Granzotto</b>	<b>Nota (100)</b>	<b>e</b>	<b>Conceito "A"</b>
<b>Prof. Drauzio Viegas</b>	<b>Nota (100)</b>	<b>e</b>	<b>Conceito "A"</b>

Tendo a candidata sido aprovada com **Média Final (100)** e **Conceito "A"**, sendo pois unanimemente recomendado à Universidade Federal do Paraná, a concessão de título de "Mestre em Pediatría" e a publicação da dissertação em veículo de divulgação conveniente.

Curitiba, 26 de agosto de 1994.

  
**Profª. Ana Cecília Silveira Lins Sucupira**

  
**Prof. José Aparecido Granzotto**

  
**Prof. Drauzio Viegas**

## ÍNDICE

LISTA DE TABELAS .....	vii
LISTA DE QUADROS .....	viii
LISTA DE GRÁFICOS .....	xi
RESUMO .....	xii
ABSTRACTS .....	xiii
1. INTRODUÇÃO .....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA .....	9
2.1 LEITE MATERNO E DESMAME .....	9
2.2 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO .....	20
3. JUSTIFICATIVA .....	35
4. OBJETIVOS .....	37
4.1 OBJETIVO GERAL .....	37
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	38
5. VARIÁVEIS CONSIDERADAS .....	39
6. HIPÓTESES TESTADAS .....	41
7. POPULAÇÃO E MÉTODO .....	42
7.1 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS .....	42
7.2 POPULAÇÃO .....	45
7.3 MÉTODO .....	48
7.4 COLETA DE DADOS .....	51
7.5 MATERIAL .....	54
7.6 TRATAMENTO DE DADOS .....	55

8. RESULTADOS .....	57
8.1 CARACTERÍSTICA DA ENTREVISTA INICIAL .....	58
8.2 RESULTADOS DO SEGUIMENTO DE 120 DIAS .....	83
8.3 ANÁLISE QUALITATIVA .....	145
9. COMENTÁRIOS .....	163
CONCLUSÕES .....	210
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	215

## LISTA DE TABELAS

		página:
TABELA 1	Características sócio-demográficas das mães no HC da UFPR e na Maternidade A, entrevista inicial.	58
TABELA 2	Características pré-natais e de parto das mães do HC da UFPR e da Maternidade A, entrevista inicial.	61
TABELA 3	Características sobre a amamentação das mães do HC da UFPR e da Maternidade A, entrevista inicial.	63
TABELA 4	Características sobre orientação em aleitamento materno das mães, HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	65
TABELA 5	Distribuição da população aos 120 dias segundo características sócio-demográficas no HC da UFPR e na Maternidade A.	86
TABELA 6	Odds ratio de aleitamento materno, no HC da UFPR e na Maternidade A, segundo as variáveis sócio-demográficas.	87
TABELA 7	Odds ratio de aleitamento materno comparando HC da UFPR e a Maternidade A aos 120 dias pelas variáveis sócio-demográficas.	88
TABELA 8	Distribuição da população aos 120 dias e características relacionadas ao pré-natal e parto no HC da UFPR e na Maternidade A.	103
TABELA 9	Odds ratio de aleitamento materno, aos 120 dias, no HC da UFPR e Maternidade A, e as variáveis de parto e pré-natal.	104
TABELA 10	Odds ratio do aleitamento materno aos 120 dias entre HC da UFPR e Maternidade A, e as variáveis de pré-natal e parto.	105
TABELA 11	Distribuição da população e características da amamentação aos 120 dias, HC da UFPR e Maternidade A.	118
TABELA 12	Odds ratio e aleitamento materno aos 120 dias e características da amamentação, HC da UFPR e Maternidade A.	119
TABELA 13	Odds ratio e aleitamento materno aos 120 dias entre mães do HC da UFPR e Maternidade A e características da amamentação.	119
TABELA 14	Distribuição da população aos 120 dias e orientação recebida sobre aleitamento materno no HC da UFPR e Maternidade A.	128

## LISTA DE QUADROS

		página:
QUADRO 1	Orientação sobre amamentação e relação com a realização do pré-natal, HC da UFPR.	66
QUADRO 2	Orientação recebida sobre amamentação pelo total das mães na Maternidade do HC da UFPR e apenas pelo grupo de primíparas.	66
QUADRO 3	Conhecimento sobre duração e intervalo entre as mamadas das mães do HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	68
QUADRO 4	Porcentagem de respostas apresentadas sobre a qualidade do leite materno em relação a proteção de doenças quando comparado com outros leites, das mães do HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	70
QUADRO 5	Porcentagem de respostas sobre o desenvolvimento da criança e o leite materno apresentadas pelas mães, HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	71
QUADRO 6	Porcentagem de respostas sobre a comparação do leite materno com outros tipos de leite em relação ao ganho de peso do lactente, das mães do HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	72
QUADRO 7	Porcentagem de respostas sobre como reconhecer que o leite materno é suficiente, apresentadas pelas mães no HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	73
QUADRO 8	Porcentagem de respostas sobre a conceituação "Leite Materno Fraco", apresentadas pelas mães do HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	74
QUADRO 9	Porcentagem de respostas sobre os motivos para amamentar apresentadas pelas mães no HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	75
QUADRO 10	Porcentagem de respostas apresentadas sobre a relação entre a amamentação, o preparo da mamadeira e o trabalho dispendido pelas mães, no HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	77
QUADRO 11	Opinião sobre a amamentação referida pelas mães como fator limitador de liberdade pessoal, no HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	78
QUADRO 12	Porcentagem de respostas à relação entre a amamentação e a alteração da estética corporal apresentada pelas mães no HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	79
QUADRO 13	Porcentagem de respostas da influência da alimentação da mãe no leite materno no HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	80
QUADRO 14	Posição dos pais, na opinião das mães, a respeito da amamentação, no HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	81

QUADRO 15	Porcentagem de motivos para o bebê largar o seio, apresentadas pelas mães no HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.	82
QUADRO 16	Proporção de crianças amamentadas e desmamadas aos 120 dias em relação ao local de nascimento da criança.	83
QUADRO 17	Duração estimada do aleitamento materno, HC da UFPR e Maternidade A.	84
QUADRO 18	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e idade materna no HC da UFPR e Maternidade A.	89
QUADRO 19	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e a cor das mães no HC da UFPR e Maternidade A.	90
QUADRO 20	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e estado civil no HC da UFPR e Maternidade A.	92
QUADRO 21	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e escolaridade materna no HC da UFPR e Maternidade A.	94
QUADRO 22	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e renda familiar, HC da UFPR e Maternidade A.	96
QUADRO 23	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e situação de domicílio, HC da UFPR e Maternidade A.	97
QUADRO 24	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e a constituição familiar, HC da UFPR e Maternidade A.	99
QUADRO 25	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e intenção de trabalhar fora, HC da UFPR e Maternidade A.	101
QUADRO 26	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e pré-natal, HC da UFPR e Maternidade A.	106
QUADRO 27	Odds ratio do aleitamento materno quanto as características do local da realização do pré-natal, no HC da UFPR, fora do HC da UFPR e na Maternidade A.	108
QUADRO 28	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e número de consultas, HC da UFPR e Maternidade A.	109
QUADRO 29	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e intercorrências no pré-natal, HC da UFPR e Maternidade A.	111
QUADRO 30	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e paridade, HC da UFPR e Maternidade A.	113
QUADRO 31	Comparação de crianças amamentadas aos 120 dias, de mães com dois filhos, HC da UFPR e Maternidade A.	114
QUADRO 32	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e tipo de parto, HC da UFPR e Maternidade A.	116
QUADRO 33	Intenção vs. prática de amamentar, HC da UFPR e Maternidade A.	120

QUADRO 34	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e experiência anterior, HC da UFPR e Maternidade A.	122
QUADRO 35	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e o intervalo entre o parto e a primeira mamada, HC da UFPR e Maternidade A.	124
QUADRO 36	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e problemas para amamentar no período neonatal precoce, HC da UFPR e Maternidade A.	126
QUADRO 37	Odds ratio do aleitamento materno aos 120 dias e locais que a mãe entrou em contato, no HC da UFPR vs. Maternidade A.	129
QUADRO 38	Relação entre aleitamento materno e a resposta para a alteração da estética feminina, HC da UFPR e Maternidade A.	131
QUADRO 39	Relação do aleitamento materno aos 120 dias e o tipo de acompanhamento feito pela mãe no Ambulatório de Puericultura do HC da UFPR.	132
QUADRO 40	Odds ratio e aleitamento materno aos 120 dias e tipo de contato, único contato vs. contato mensal, HC da UFPR.	133
QUADRO 41	Mães com acompanhamento mensal com faltas e com contato perdido e situação de pré-natal no HC da UFPR.	134
QUADRO 42	Dificuldades encontradas para amamentar, em porcentagem, nas mães do HC da UFPR.	136
QUADRO 43	Porcentagem de mães que referiram alteração do sono da criança - HC da UFPR.	137
QUADRO 44	Porcentagem de mães que referiram não ter tido ajuda no serviço doméstico, no HC da UFPR.	138
QUADRO 45	Porcentagem de mães que referiram não ter apoio em casa para amamentar, HC da UFPR.	139
QUADRO 46	Porcentagem de mães que referiram ter pensado em oferecer outro alimento a seus filhos, HC da UFPR.	140
QUADRO 47	Motivos referidos pelas mães pelos quais apareceu a idéia de introduzir outro tipo de leite ou alimento, HC da UFPR.	141
QUADRO 48	Porcentagem cumulativa de início de desmame, segundo tipo de alimentação aos 120 dias no HC da UFPR.	142
QUADRO 49	Motivos de introdução dos alimentos pelas mães com acompanhamento mensal, no HC da UFPR.	143
QUADRO 50	Motivos de introdução de alimentos, apresentados pelas mães no HC da UFPR e Maternidade A.	144

## LISTA DE GRÁFICOS

		página:
GRÁFICO 1	Duração estimada do aleitamento materno e do aleitamento predominantemente materno.	85
GRÁFICO 2	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e a cor das mães.	91
GRÁFICO 3	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e o estado civil materno.	93
GRÁFICO 4	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e a escolaridade materna.	95
GRÁFICO 5	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e a situação do domicílio.	98
GRÁFICO 6	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e a constituição familiar.	100
GRÁFICO 7	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e a intenção de trabalhar fora.	102
GRÁFICO 8	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e a realização do pré-natal.	107
GRÁFICO 9	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e o número de consultas.	110
GRÁFICO 10	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e intercorrências no pré-natal.	112
GRÁFICO 11	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e a paridade.	115
GRÁFICO 12	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e o tipo de parto.	117
GRÁFICO 13	Intenção vs. Prática de amamentação - HC da UFPR e Maternidade A	121
GRÁFICO 14	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e a experiência anterior em amamentar.	123
GRÁFICO 15	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e o intervalo entre o parto e a primeira mamada.	125
GRÁFICO 16	Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e problemas para amamentar no período perinatal.	127

## RESUMO

As ações de promoção ao aleitamento materno no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, (HC da UFPR), estão em desenvolvimento há mais de duas décadas. O objetivo desta investigação foi de se avaliar o impacto destas ações e de se conhecer o perfil, frente à amamentação, de mães de recém-nascidos de gestação de 38 ou mais semanas, com peso superior ou igual a 2.500 gramas, comparando-as com mães de uma maternidade localizada nas vizinhanças (Maternidade A), onde não havia ações de promoção ao aleitamento materno. Os dados da entrevista inicial, se referiram a 150 mães no HC da UFPR, sendo que 50,7% estavam entre 20-30 anos, 52,7% tinham renda menor que 0,5 salários mínimos percapita e 86,0% diziam ter recebido orientação sobre a amamentação. Destas mães, 117 foram acompanhadas prospectivamente por 120 dias e os fatores que foram associados significativamente à amamentação foram a maior escolaridade materna (odds ratio de 2,47 e  $p < 0,05$ ) e o parto do tipo cesárea (odds ratio de 2,68 e  $p < 0,05$ ). Na Maternidade A, nas 35 mães que foram acompanhadas, o fator que esteve associado significativamente à amamentação foi morar em casa própria (odds ratio de 4,81 e  $p < 0,05$ ). A duração média estimada do aleitamento materno foi de 108,09 dias no HC da UFPR, sendo significativamente maior do que na Maternidade A, que foi de 82,94 dias.

## ABSTRACTS

The purpose of this research was to evaluate the effects of the breastfeeding incentive actions promoted at the Hospital de Clínicas of the Paraná State University, and also to evaluate the profile of the mothers, comparing them with the mothers evaluated at the near located maternity (Maternity A), where there are not promoted the breastfeeding actions. As the result of the initial interview, at the Hospital de Clínicas, it was inferred that 50.7% of the mothers were aged between 20 and 30 years, 52.7% had the income per capita under half minimum salary and 86.0% told have received the breastfeeding instructions. From those mothers, 117 were accompanied prospectively during 120 days and the factors that were positively and significantly associated to the breastfeeding were the years of instruction and cesarean delivery. In the Maternity A, among the 35 accompanied mothers, the factor that was positively associated to the breastfeeding was to live in the self owned homes. The estimated average duration of the breastfeeding was 108.09 days in the Hospital de Clínicas, being significantly higher than in the Maternity A, where it was 82.94 days.

## 1. INTRODUÇÃO

Em documento da OMS/OPAS (1982) sugeriu-se que o aleitamento, pela sua importância nos vários aspectos de saúde materno infantil, fosse usado, nos países em desenvolvimento, como um indicador de desenvolvimento social ou de saúde e nos países industrializados, como um indicador de comportamento social.

É o aleitamento materno a forma ideal de alimentar a criança, porém a oferta de outros leites, ou prática de alimentar a criança de outras maneiras que não o leite da própria mãe não é um fato novo, pois o mesmo já é relatado através dos séculos.

Em histórico apresentado por WICKES (1953) toma-se conhecimento que, o oferecimento de outros alimentos em substituição ao leite materno, é uma prática muito antiga que vem acompanhando o homem desde épocas remotas. Encontraram-se objetos usados para oferecer leite para as crianças na França que acredita-se datar de 2000 anos antes de Cristo. Estes objetos foram adquirindo formatos diferentes, na tentativa de tornarem-se mais práticos. Outras formas de alimentar as crianças foram usadas, entre elas a alimentação pela colher, a sucção direta da criança no animal (no caso, jumenta) e por meio das amas de leite. Esta última prática já era citada na Grécia antiga, onde usavam-se escravas como amas de leite.

Também na França, entre os séculos XVI e XVIII, era costume da época, as crianças serem amamentadas por amas de leite, prática popular entre os diferentes estratos sociais.

Decorrente do pensamento e das circunstâncias de época, a criança, entre o século XIII e século XVIII, representava um fardo para os pais. Nas classes economicamente mais favorecidas constituía um transtorno à vida social e para as mães de menores recursos, um peso econômico. Provavelmente este modo de ver as crianças, auxiliou na popularização do emprego de amas de leite nos séculos seguintes.

Famílias que tinham recursos econômicos contratavam amas para viverem em suas casas, enquanto as de menores posses enviavam as crianças para o campo para serem amamentadas. Nestes locais geralmente uma única ama cuidava de várias crianças ao mesmo tempo, sendo então necessário oferecer outros tipos de alimento para complementar a dieta (MOTA, 1990).

A amamentação pelas amas de leite foi também relatada em outras regiões ao sul da Europa, sendo um fato comum nas de casas de caridade (VIAZZO, 1991).

Pela popularidade alcançada, disseminou-se o hábito de alimentar as crianças por intermédio de amas de leite, e passaram a existir agências para recrutá-las. Devido a escassez destas, os cuidados da escolha das amas deixava de ser importante, frente à pouca oferta que havia (BADINTER, 1988).

No Brasil, onde se seguiam os hábitos europeus, também tal prática foi adotada, sendo porém realizada por escravas. Com a abolição da escravatura, a amamentação passa, no final do século, a ser feita pelas amas de leite pagas, conhecida como aleitamento mercenário. Ele é utilizado no final de século XIX e até as primeiras décadas do século XX (BORBA JÚNIOR, 1913).

Foi no final do século XIX que surgiram na França documentos mostrando a preocupação com o tipo de alimentação oferecida às crianças e a sua relação com a mortalidade infantil. Esse fato se deu em decorrência das altas taxas de mortalidade infantil observadas, principalmente nas regiões ao Norte da França, onde o aleitamento artificial era praticado. Datou de dezembro de 1874 a primeira lei de proteção às crianças menores de um ano, numa tentativa das autoridades, de reverter a situação da saúde infantil da época (ROLLET, 1978).

Observou-se a partir do terço final do século XVIII que se operou uma revolução no modo de pensar sobre a importância e o papel da criança tanto na família quanto na sociedade. Como consequência os cuidados a ela destinados tornam-se valorizados e entre

eles está o aleitamento materno. A princípio tentou-se impor a amamentação como um dever, porém poucos resultados foram obtidos com esta nova imposição. A seguir procurou-se resgatar a mulher como indivíduo dentro da sociedade valorizando-a no seu papel de mãe, principalmente porque dela dependia o alimento que garantiria a sobrevivência da criança (BADINTER, 1988).

Segundo esta autora, o histórico da amamentação, do desmame e do próprio sentimento materno não podem, portanto, ser separados do contexto histórico, acompanhando os movimentos socioculturais relacionados com a valorização das crianças dentro da sociedade nas diferentes épocas e de acordo com as necessidades econômicas.

Cobrava-se das mulheres na França e também no Brasil, naquele final de século, como únicas responsáveis pela sobrevivência das crianças, chegando alguns autores a questionar a ética da ama alimentar o filho de outra em detrimento do seu próprio filho, criticando-lhes o comportamento. No Brasil Clemente FERREIRA, citado por BORBA JÚNIOR (1913), coloca a responsabilidade na própria ama, como apresenta-se no texto abaixo.

*"Acréscce que nesta população (São Paulo), que se recrutam as amas de leite e estas não trepidam, em razão dos altos proventos, em sacrificar os filhos, confiados a companheiras sem escrúpulos, que desdenham por completo da solicitude e do zelo que exige a alimentação desses infelizes, privados de todo cuidado e inteiramente desamparados da proteção da lei."*

Havia no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, preocupação com o tipo de alimentação oferecido à criança, e em tese inaugural para a obtenção do título de Doutor, apresentada à Faculdade de Medicina e Cirurgia do Paraná, sobre o Aleitamento Materno, GUERIOS (1922) afirmava que:

*"A criança deve ser alimentada pelo leite que a natureza fez desenvolver no seio materno; ninguém deve ir de encontro a essa grande lei da humanidade; o aleitamento natural dever ser o principal dever de todas as mãis. Toda vez, que por um motivo qualquer, seja violada essa lei natural, veremos que os danos são grandes e tão tristes para o pequenino ser, que na maioria das vezes é levado ao túmulo."*

Diversos outros fatores principalmente as novas descobertas laboratoriais que se relacionaram à prática do cotidiano, interferiram na prática de amamentação, levando à diminuição dos índices da amamentação nas décadas de 1990.

Foi de 1885, nos Estados Unidos, a primeira publicação da análise do leite de vaca e do leite materno, onde se mostrava o alto conteúdo protéico do leite de vaca por MEIGS, citado por CONE (1990). Em 1890 ganhou divulgação a fórmula usada por ROTCH para o preparo do leite de vaca e sua adequação ao uso infantil, dando-lhe conotação científica (ROTCH citado por CONE, 1990).

FOMON (1976) associou a crescente tendência observada de oferecer mamadeira a três condições. A primeira delas foi a melhoria das condições sanitárias como o início do tratamento da água com cloro (1880-1889, EUA), a pasteurização do leite e o reconhecimento da relação entre a presença de bactérias e diarreia. Como consequência, passaram a existir melhores normas de higiene para manipular e armazenar o leite.

Outro fator, segundo ainda este autor, adveio da fabricação de bicos e mamadeiras de fácil limpeza, que até então eram de cerâmica de difícil higienização. O terceiro fator foi a alteração na preparação dos leites destinados ao uso infantil, tornando-os de maior digestibilidade.

Com a crescente disponibilidade da refrigeração para conservar o leite e do leite evaporado, o uso deles tornou-se mais confiável não só pela facilidade de conservação mas também por serem isentos de germes. Podia-se, desta forma, administrar o alimento com mais segurança e comodidade do que nos anos precedentes.

Na década de 1960 houve um avanço na tecnologia do envasamento do leite e como consequência, maior facilidade no comércio e maior difusão junto à população.

Em revisão realizada por HENDERSHOT (1984) encontrou-se que nos Estados Unidos entre os anos 1936-1940, 70% das mães iniciavam a amamentação. Estes índices entraram em declínio, sendo que para o ano de 1946, 65% das mães iniciavam a amamentação e em 1956 caiu para 36%, chegando no ano de 1970 a apenas 25% a taxa de mães que iniciavam a amamentação.

O declínio da amamentação observado naquele país, inicialmente ocorreu entre as mulheres de melhor renda econômica, as mães que mais amamentavam eram as que pertenciam às classes de menor renda. Esta associação ocorreu desde o início da década de 30 até metade da década de 1940. A partir da década de 60 as mulheres de menor renda, também acompanharam o comportamento das mais privilegiadas economicamente, passando então a desmamar. Foi então, que entre as menos favorecidas economicamente ocorreram os menores índices de amamentação (FOMON, 1976).

Este mesmo comportamento foi observado por outros autores, inicialmente o declínio da amamentação se deu entre as mães de melhor nível socioeconômico, porém logo as mães de menor renda acompanharam as mesmas tendências (RASSIN *et al.*, 1984; RYAN *et al.*, 1991).

Vários outros estudos foram realizados em outras regiões do mundo e a mesma tendência de queda, nos índices de amamentação foi observada nesta época.

Na Noruega, em 1962, 66% das crianças eram amamentadas aos 2 meses porém nas décadas seguintes este índice caiu para 25%, HELSING citado por FOMON (1976). Na Suécia, em 1973, 50% das crianças recebiam leite materno com 1 mês de idade.

O declínio, que inicialmente foi observado nos países desenvolvidos, logo passa a ser constatado nos países em desenvolvimento.

Em Singapura, no ano de 1951, 90% das mulheres iniciavam a amamentação, verificando-se nos anos seguintes um declínio, não só na iniciação da amamentação, mas também na sua duração. No ano de 1960, 70% das mães iniciavam a amamentação e estes índices caíram ainda mais em 1978, quando apenas 49% iniciava a amamentação, refletindo o que CHUA *et al.* (1989) chamaram de "ocidentalização", ou cópia dos modelos de comportamento de países industrializados do ocidente.

Tal observação também foi constatada em revisão realizada por MOURA e SANTORO (1980) onde os autores obtiveram que a incidência de amamentação nos primeiros meses de vida variou nas diferentes partes do mundo e que o desmame iniciou-se primeiro nas áreas industrializadas porém logo sendo seguido nos países não industrializados.

O Brasil apresentou o mesmo padrão internacional e os índices de amamentação declinaram sensivelmente a partir da década de 1940. Constatou-se para o ano de 1979, que 80% das mães amamentavam seus filhos apenas até o 2º mes de vida (INAN-MS, 1980).

CARVALHO (1981) citado por MOURA (1986) encontrou que apenas 30% das mulheres brasileiras haviam amamentado até os seis meses, e SCHIMDT *et al.* (1983) citado por MOURA (1986) observaram que 63,5% das crianças foram desmamadas antes dos seis meses de vida.

O reforço da prática do desmame no Brasil, foi observado concomitantemente com a instalação da indústria alimentar no país, sua expansão e a distribuição dos excedentes da produção de leite nos serviços de saúde. Como consequência da estratégia de vendas, ocorreu maior divulgação dos substitutivos do leite materno junto à população médica e leiga, propiciando a sua difusão no mercado.

Até a década de 70 as próprias escolas de medicina dedicavam maior carga horária na orientação do futuro profissional na preparação das mamadeiras, enfatizando os componentes dos diferentes substitutos do leite materno e as suas vantagens, sendo pouco tempo destinado à informação a respeito das qualidades de leite materno e da própria amamentação.

ISSLER e MARCONDES (1980) comentam a desvalorização do aleitamento materno, do modelo materno a ser imitado e da falta de preparação da gestante no pré-natal a respeito da amamentação.

Para CAMPINO (1986) muitos problemas alimentares, como o abandono do aleitamento materno, foram decorrentes do abandono das tradições e do contato das pessoas com a industrialização. A mãe pressionada pela família e mal informada passa a duvidar de sua capacidade para amamentar e, não tendo quem possa apoiá-la, torna-se insegura e ansiosa.

É a partir da década de 70 que se observou um movimento de retorno mundial à amamentação decorrente dos novos conhecimentos sobre o aleitamento materno, sendo a qualidade do leite cada vez mais reforçada.

Resgatou-se a amamentação, não como um dever, mas como direito da mulher, ocorrendo ela juntamente com mudança na valorização da mulher dentro da sociedade (BADINTER, 1988).

Várias pesquisas associavam a alimentação através da mamadeira como um fator para aumentar morbi-mortalidade e reforçava-se o retorno ao aleitamento natural. Há uma mudança de atitude das mulheres a favor do aleitamento materno.

Para se incentivar a amamentação a nível internacional, passou-se a rever as políticas relacionadas a sua prática e programas de promoção ao aleitamento materno começaram a ser implementados (UNICEF, 1978).

No Brasil posicionamentos a favor da promoção do aleitamento materno foram observados entre órgãos governamentais e não governamentais (MS-INAN, 1979; MS-INAN, 1991).

Acompanhando o movimento de incentivo ao aleitamento materno ocorrido na década de 70, tiveram início no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC da UFPR), as ações de promoção à amamentação, atividades que até hoje se desenvolvem nesta instituição tendo sofrido nestas duas últimas décadas várias mudanças.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. O LEITE MATERNO E O DESMAME

Sabe-se que o leite materno é o único alimento que a criança necessita até os 4-6 meses para crescer com saúde, constituindo uma importante fonte de proteínas e nutrientes, isento de contaminação, sendo ele próprio constituído de fatores imunológicos e anti-infecciosos, que variam de acordo com a idade do lactente e mesmo durante o dia, adaptando-se às necessidades do mesmo (HIBBERD *et al.*, 1982; MICKIERNAN e HULL, 1982; NEVILLE *et al.*, 1991; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1992).

Entretanto o que acontece é que o início da oferta de outros alimentos ocorre muito precocemente em nosso meio.

MORLEY (1980) sugere evitar o uso do termo "desmame" devido a sua denominação ambígua, que pode levar à dupla interpretação. Para alguns seria a cessação do aleitamento natural, para outros seria o período em que os sólidos ou outros alimentos não lácteos são introduzidos. Segundo este autor, seria mais correto usar "período de desmame", determinado como o espaço em que são iniciados os alimentos, até o término total da amamentação.

A introdução dos novos alimentos deve ocorrer de forma gradativa, respeitando as mudanças fisiológicas, imunológicas e psicológicas da criança (PENNA *et al.*, 1982).

É após o nascimento que o trato gastro-intestinal desenvolve-se para proteger contra a absorção de substâncias estranhas, bactérias, toxinas e partículas antigênicas. Estas mudanças vão depender do tipo de aleitamento recebido, HANSON *et al.* (1990). A colonização bacteriana se faz após 12 horas do início da alimentação e a flora intestinal se mantém estável, enquanto a criança estiver recebendo o leite materno.

Ao se introduzir alimentos suplementares ocorre mudança na flora colônica. Os *Lactobacillus bífidus*, responsáveis pela acidificação do meio, que impedem o crescimento da flora patogênica, diminuem e as bactérias gram negativas tornam-se parte predominante na flora intestinal, ficando esta mais diversa e menos estável (BALMER e WHARTON, 1989).

O elaborado sistema de defesa do lúmen intestinal se faz principalmente por um dos componentes presentes, que é a IgA secretora do leite materno (BARROS, 1977; MILLA, 1986). Outros inúmeros elementos imunológicos e antimicrobianos estão também presentes no leite materno, tais como lactoferrina, lisozima, lactoperoxidase, macrófagos, linfócitos, neutrófilos, oligossacarídeos, entre tantos outros (BARROS *et al.*, 1977; BARROS *et al.*, 1982; COPPA *et al.*, 1993).

A criança apresenta-se vulnerável às infecções por não ter seu sistema imunológico totalmente desenvolvido e o leite materno, devido aos seus componentes protetores, é um fator importante na proteção da criança (CUNNINGHAM *et al.*, 1991; LIMA *et al.*, 1990). Outros autores demonstraram o papel protetor do leite materno até os seis meses de vida do lactente, sendo a amamentação um fator de proteção diminuindo a probabilidade de infecções como otite e diarreia (WRIGHT *et al.*, 1989; GUERRA *et al.*, 1989; LIMA *et al.*, 1992; FARUQUE *et al.*, 1992). Há estudos que sugerem que o aleitamento ao seio possa ser um fator de proteção contra infecções urinárias nos primeiros seis meses de vida (PISACANE *et al.*, 1992).

Dentro da dietética infantil deve-se considerar o crescimento das crianças e sabe-se que as crianças amamentadas ao seio tem um padrão de crescimento diferente das crianças alimentadas com substitutos de leite materno. Não há, porém, um consenso entre os diferentes investigadores, sobre a idade específica em que se deva iniciar o desmame, para que não ocorra prejuízo à manutenção adequada do crescimento das mesmas.

Os estudos têm demonstrado que, até os 4-6 meses, as crianças amamentadas ao seio têm crescimento satisfatório. Observa-se contudo que a partir dos 4 meses algumas delas podem se afastar da média da curva padrão do NCHS-National Center for Health Statistics (HAMILL *et al.*, 1979; HOFVANDER *et al.*, 1982; BUTTE *et al.*, 1984; VICTORA, *et al.*, 1984; HITCHCOCK e COY, 1989; NAING e COT, 1991; BUTTE *et al.*, 1992; DEWEY *et al.*, 1993).

TANZER e GUMUSER (1989), na Turquia, obtiveram que as crianças amamentadas ao seio tiveram crescimento adequado até os 6 meses de vida. Resultados semelhantes foram encontrados em trabalho realizado em Pernambuco por COUTINHO *et al.* (1988) onde não houve diferença no crescimento das crianças em relação ao tipo de aleitamento, durante o primeiro ano de vida.

CARVALHO *et al.* (1992) encontraram que em crianças brasileiras, amamentadas ao seio, apesar do crescimento destas não ser significativamente diferente de crianças amamentadas com mamadeira, as velocidades de crescimento foram menores no segundo trimestre, principalmente entre o 5º e o 6º meses. Entretanto as curvas usadas para acompanhar o crescimento das crianças amamentadas devem ser analisadas com cuidado pois a curva padrão usada foi baseada em crianças em aleitamento artificial e não foi considerado o peso de nascimento (BABSON e BENDA, 1976; SEWARD e SERDULA, 1984; DEWEY *et al.*, 1992).

Estudos sugerem, contudo, que após os 4 - 6 meses, manter o leite materno como o único alimento, pode levar a deficiências nutricionais, com todas as suas consequências, WHO (1992). Há de se considerar ainda os outros nutrientes necessários à alimentação infantil. Um dos elementos importantes é o ferro, geralmente disponível na alimentação, e que, no leite materno, está presente em baixas concentrações, porém em grande biodisponibilidade (HURLEY e LONNERDAL, 1989).

Ao serem desmamadas muitas crianças recebem como substituto do leite materno o leite de vaca. ZIEGLER *et al.* (1990) encontraram sangue oculto no trato gastrointestinal de crianças menores de um ano recebendo leite de vaca. Este fato foi observado em menor porcentagem nas crianças do grupo controle que recebiam leites modificados. PENROD *et al.* (1990) fizeram observação semelhante, sendo que 83% das crianças que recebiam leite de vaca tinham alterações hematométricas do ferro.

Dentro das estratégias para se prevenir a deficiência de ferro está a de manter o aleitamento materno por no mínimo 6 meses (DALLMAN, 1990).

O período em que os novos alimentos são iniciados é considerado crítico na vida do lactente, aumentando o risco de doença diarréica com a introdução de novos alimentos, sendo máxima a incidência da doença nesta época (POPKIN *et al.*, 1990; KUSIN *et al.*, 1985).

Em 1961, em área rural de Punjab, Índia, SCRIMSHAW e BEHAR, citados por HUBBARD (1978), relataram que somente uma em cada vinte crianças alimentadas com leite artificial sobrevivia, constituindo o que HUBBARD (1978) denominou de "sentença de morte" para as crianças o fato de introduzir a mamadeira.

Quando a criança não é amamentada ao seio, aumenta também a severidade, o risco de hospitalização e o risco de mortalidade por doença diarréica (VICTORA, *et al.*, 1987; VICTORA *et al.*, 1992).

Alguns trabalhos mostraram que a proteção do leite materno pode continuar mesmo após cessar a sua administração. Crianças amamentadas ao seio até, pelo menos, 13 semanas, tiveram menor número de infecções gastro-intestinais, e esta proteção persistiu até 26 semanas, mesmo após ter sido interrompido o aleitamento materno (HOWIE *et al.*, 1990).

Este risco aumentado não é só decorrente da alteração da flora intestinal já observada, mas é grande também a probabilidade de se introduzir alimentos contaminados, mesmo que seja água ou chá, podendo ser vários os fatores que contribuem para a infecção: água de abastecimento, utensílios, mãos, etc. (MOTARJEMI *et al.*, 1993).

As infecções trazem como consequência a alteração do equilíbrio entre o alimento ingerido e os nutrientes requeridos. Menor quantidade de alimentos é ingerida decorrente da anorexia que geralmente acompanha os processos infecciosos. Há aumento das perdas fecais decorrente da menor absorção dos micro nutrientes ou diminuição do tempo de trânsito intestinal e ainda perda de nutrientes pelo trato gastro intestinal. Ocorre aumento do catabolismo por aceleração do metabolismo basal e estes fatores aumentam o consumo energético podendo finalmente, levar à desnutrição (WATERLOW e THOMSON, 1979; LIMA *et al.*, 1992). O desnutrido é também um imunodeprimido e portanto propenso às infecções. Fecha-se, desta forma, o círculo da desnutrição infantil.

Em estudo realizado SAZAWAL *et al.* (1992) encontraram indicações que a promoção do aleitamento materno possa reduzir a incidência da diarreia aguda. FEACHEM e KOBLINSKY (1984) revisando estudos sobre doença diarreica, calcularam que a promoção do aleitamento materno poderia diminuir as taxas de morbidade por diarreia entre 8-20% e as taxas de mortalidade por doença diarreica entre 24-27% nas crianças menores de 6 meses.

A promoção do aleitamento materno é particularmente importante onde as condições sanitárias são precárias. Em pesquisa realizada na Malásia, o aleitamento materno associou-se positivamente com a sobrevivência infantil (HABICHT *et al.*, 1988).

O aleitamento materno é, portanto, uma das formas de intervenção no controle da doença diarreica, tendo sua efetividade em diminuir o risco de doença diarreica demonstrada por AHMED *et al.* (1992). Os dados do trabalho realizado por estes autores sugerem que o leite materno confere alto grau de proteção contra a shigelose,

especialmente nos três primeiros anos de vida em crianças com estado nutricional comprometido.

Ao ocorrer o desmame precoce, o reflexo da saciedade pode não estar bem desenvolvido. A criança não sabe recusar o alimento e quase sempre, o choro é interpretado pelas mães como fome. Estes dois fatos associados poderão levar a uma superalimentação.

Para KRAMER *et al.* (1985) a duração do aleitamento materno parece diminuir o risco de obesidade no primeiro ano de vida, o que pode persistir no segundo ano. A este fator se somam hábitos alimentares de oferecer às crianças dietas hipercalóricas, ricas em hidratos de carbono e gordura animal. Estes fatores poderão levar na idade adulta a indivíduos com altas taxas de colesterol e com maior resistência as dietas. Não se pode, porém, deixar de considerar os fatores genéticos envolvidos na obesidade e hipercolesterolemia (HAHN, 1987). Outros autores, porém, não observaram esta associação e sugerem que fatores ambientais e genéticos é que irão influir, mais do que o tipo de aleitamento (ZIVE *et al.*, 1992).

Aumenta-se o risco de processos alérgicos ao se oferecer outro alimento que não o leite materno, expondo-se o recém-nascido ou o lactente a proteínas estranhas, quando ainda as barreiras imunológicas não estão completas. Este é um dos mecanismos sugerido para explicar a maior frequência de processos alérgicos em crianças que recebem substitutos de leite materno (VENTURA *et al.*, 1988; FALTH-MAGNUSSON *et al.*, 1989; MANCINI *et al.*, 1993).

Entre as qualidades da amamentação destaca-se o fato de que, ao se manter a criança alimentada exclusivamente ao seio, inibe-se a ovulação, sendo em países em desenvolvimento um dos métodos de planejamento familiar. Mães que amamentam regularmente têm maior espaçamento entre as gestações, o que irá auxiliar no planejamento familiar (ROSNER e SCHULMAN, 1990; KENNEDY *et al.*, 1991). Há aumento do intervalo interpartal (JONES, 1990). Diminui-se também o risco de nascimentos de baixo

peso e propicia-se a estas crianças maior atenção e melhor nutrição (SAADEH e BENBOUZID, 1990; ANDERSON *et al.*, 1984; GROSS, 1991).

O risco do câncer mamário é reduzido quando as mulheres amamentam, mesmo por curtos períodos, principalmente entre mulheres jovens. Esta opinião, porém, é discutida por pesquisadores como LONDON *et al.* (1990) que não encontraram relação entre a amamentação e diminuição de risco de câncer mamário.

Apesar de todos os conhecimentos favoráveis ao aleitamento materno, o desmame continua ocorrendo em índices além dos desejáveis.

Quais são os fatores que levam as mães a oferecerem outro leite que não o materno?

As causas da interrupção não são bem definidas, mas são vários os fatores que são associados a este fato e entre eles estão os sócio-demográficos. Os estudos realizados têm demonstrado uma ampla variação nos resultados, sendo que a variável mais freqüentemente associada à amamentação é a escolaridade ( ROMO *et al.*, 1991, SISKIND *et al.*, 1993).

Diferente de outras pesquisas, a realizada na Indonésia por JOESOEUF *et al.* (1989) associou negativamente o maior nível de escolaridade das mães com a amamentação, padrão este relatado como característico de países em desenvolvimento, onde as mães com menor escolaridade amamentam mais.

Além da escolaridade, há trabalhos que associam a amamentação à paridade. FETERLY E GRAUBARD (1984) encontraram, em pesquisa realizada pelo National Center for Health Statistics, que mulheres brancas tem um declínio no aleitamento materno quando aumenta o número de filhos.

Para STEWART *et al.* (1991) os fatores que estiveram associados negativamente à iniciação da amamentação foram: local de nascimento em hospital privado, residir em área urbana, renda econômica alta e ser mãe solteira. A propaganda de alimentos infantis e a distribuição de amostras de alimentos para este autor teve pouca influência na iniciação da amamentação. Outros autores entretanto, associaram negativamente a oferta de material de propaganda comercial de alimentos infantis com a amamentação, diminuindo o tempo de aleitamento materno (FRANK *et al.*, 1987).

Concomitantemente às mudanças sociais a mulher começa a desenvolver atividades fora do ambiente doméstico. Há maior participação feminina no mercado de trabalho, porém esta participação não é acompanhada de apoio de leis trabalhistas que assegurem o direito à creche ou de licença à amamentação.

E mesmo em países em que existe legislação, é grande o número de mães que não têm este direito assegurado. A mulher sai para o trabalho porém continua também a exercer as atividades domésticas. Assume desta forma dupla carga de trabalho, fora e dentro do lar, pois ao retornar do trabalho continua a desenvolver as suas tarefas domésticas. Amamentar é mais uma tarefa a ser desenvolvida.

Aliadas ao desenvolvimento científico, novas práticas hospitalares foram incorporadas. Separa-se a criança da mãe em berçários estabelecendo-se horários rígidos para a amamentação. Torna-se comum o uso de anestésicos no parto que levam à sedação das mães, impossibilitando-as de ficarem com seus filhos logo após o parto, tendo como consequência a diminuição do reflexo de sucção da criança, prejudicando a amamentação adequada. Há então aumento do intervalo entre o parto e a primeira sucção.

Diminuir o tempo da primeira mamada para menos de 12 horas e dar o leite materno como primeiro alimento, sob livre demanda, estão entre os fatores que aumentam a incidência da amamentação. A técnica incorreta de amamentação pode se associar a diminuição da produção de leite, por estimulação inadequada (WADE, 1990).

Entre os muitos fatores associados à complexidade que envolve a amamentação, não se pode deixar de falar do lactente, podendo o comportamento da criança influir no sucesso da amamentação. Algumas mães associam a irritabilidade e o choro, mesmo sendo ele decorrente de tantos motivos, como por exemplo a cólica do lactente, como sintomas de fome e tornam-se ansiosas, muitas vezes introduzindo o substituto do leite materno como forma de resolver o choro da criança.

Outra circunstância associada ao desmame parece ser o fato da criança permanecer acordada em horários não adequados socialmente. PINILLA e BIRCH (1993) e BARR *et al.* (1989) reforçam que o padrão do choro pode levar à mudança do aleitamento materno para a mamadeira, pois estes autores concluíram, no trabalho realizado, que crianças que choram muito e em horários não convenientes podem sofrer a alteração da dieta, pois na tentativa de acalmar a criança, a mamadeira acaba sendo oferecida.

Outros autores também apontam que o padrão de sono do lactente possa determinar o tipo de dieta da criança. WAILOO *et al.* (1990) sugerem que estas, quando em aleitamento materno, acordam mais a noite, sendo este acordar em hora não social uma possível causa de desmame.

SOUZA *et al.* (1991) entrevistando mães em hospital pediátrico, encontraram como um dos determinantes para o êxito da manutenção do leite materno o padrão de sono da criança. Crianças que tinham maior número de horas de sono dentro do período noturno apresentaram maior duração do aleitamento materno.

Uma das causas mais freqüentes apresentadas pelas mães para o desmame encontrada por diferentes pesquisadores nos vários trabalhos realizados é o "leite insuficiente". O "leite insuficiente" é apresentado como causa mais freqüente para o desmame em diferentes pesquisas realizadas. FORMAN *et al.* (1992) indicam que a esta foi a causa mais freqüente do desmame encontrada entre 72% das mães beduínas árabes que haviam parado de amamentar. Estes mesmos achados foram obtidos por AMINE *et al.* (1989) no Kuwait, sendo este motivo dado para a interrupção na amamentação por 30,7%

das mães naquela localidade. Em estudo realizado por VILLA e PELA (1989) em Ribeirão Preto o "leite insuficiente" foi também a primeira razão para o desmame.

Alguns autores comentam que o "leite insuficiente" é universal e alertam que outras causas devam ser procuradas para explicá-la.

Na busca de razões, sugere-se que o "leite insuficiente" poderia indicar a racionalização da mãe para razões emocionais menos aceitáveis socialmente para o desmame. A escolha de não querer amamentar, que ela não explicita por não ser uma atitude esperada para uma mãe, viria sob a razão de "leite insuficiente" como resposta mais adequada.

Para REZLER (1974) as atitudes não podem medir-se e são definidas como:

*"Estruturação relativamente duradoura de crenças em torno de um objeto, matéria ou idéia, que predispõe a pessoa a responder com uma determinada preferência."*

As atitudes apreendidas e vinculadas às emoções são compostas de três elementos: o conhecimento, o afeto e a tendência. As ações são manifestas através de opiniões expressas ou atos. Dessa forma, a decisão de não amamentar pode vir escamoteada sob outros motivos, pois o não querer fazê-lo pode ser interpretado como não ser "boa mãe" e a atitude expressa através das palavras mais aceita socialmente é de que o "leite não é suficiente".

É evidente que não se deve simplificar a decisão em amamentar a uma escolha consciente, a amamentação é um ato complexo onde as vivências de cada um são envolvidas.

O sucesso do aleitamento materno, como também todo relacionamento futuro, vai depender do início da interação do binômio mãe-filho. Durante os três primeiros meses de vida há necessidade de estabelecer um padrão de adaptação entre mãe-criança. O modo de alimentação tem como regulador o comportamento da criança e também está na

dependência da atenção e da sensibilidade da mãe em responder às necessidades de seu filho (PRIDHAN *et al.*, 1989).

Para JACOBSON *et al.* (1991) mulheres com melhor maturação do ego amamentam mais e se sentem felizes em fazê-lo pois tem mais empatia com seus filhos.

MIDDLEMORE (1974) observando a dupla mãe e filho durante os primeiros dias após o parto, concluiu que mães nervosas tinham bebês insatisfeitos e que o sucesso da amamentação também era dependente da enfermeira e da atenção que esta dedicava à dupla mãe-filho. Ainda para esta autora, a amamentação ocorreria em fases, sendo a primeira de adaptação, a segunda fase de estabelecimento do ritmo próprio da criança. Para ela a mãe não deveria ser vista como pessoa que falha ou comete erros se não está conseguindo amamentar adequadamente, aconselhando a interferir o mínimo possível para que as mães deixassem de dar de mamar como um ritual de provação e passassem a encará-lo como um momento de prazer.

Há portanto necessidade de se considerar estes e outros tantos fatores não citados, pertinentes a cada população estudada, para se identificar as causas que possam interferir nos índices de amamentação, adequando as estratégias ao contexto.

## 2.2 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

São as intervenções programadas sobre o aleitamento materno que se tem mostrado úteis e eficazes no aumento da incidência e duração na prática de se alimentar com leite materno. O objetivo maior é fazer com que as mães não só iniciem como prolonguem o aleitamento materno por maior tempo possível.

A promoção ao aleitamento materno deve-se constituir de um conjunto de ações com o objetivo de modificar os conhecimentos e as atitudes em relação a amamentação. São ações que envolvem os serviços assistenciais e educacionais, os meios de comunicação, o treinamento do pessoal de saúde, a modificação de políticas de saúde, a definição de leis que facilitem a amamentação, a sensibilização e a solidariedade de diferentes segmentos da sociedade para promover, incentivar e apoiar o aleitamento materno.

Fazer com que a amamentação se inicie e se mantenha por um período mínimo de 4-6 meses e desejável até os de 2 anos de idade, tem sido o objetivo de todos que estão envolvidos com a problemática da saúde infantil.

GRAY-DONALD *et al.* (1985) sugerem que a manutenção do aleitamento materno seja influenciada por fatores não modificáveis e modificáveis, isto é, que podem ou não ser objeto de intervenções tais como as ações de educação em saúde que promovem o aleitamento materno. Para estes autores, dentre os fatores não modificáveis teria-se: a raça, o nível educacional, idade, local de residência, número de partos e renda econômica, já os potencialmente modificáveis seriam os programas de saúde, apoio pelos parentes e amigos, sistema de cuidados de saúde, grupos comunitários, instrução pré-natal e educação em lactação.

Para JELLIFFE e JELLIFFE (1991) a força mais persuasiva para a prática do aleitamento materno é seu polivalente impacto ecológico, não destrutivo, não polutivo, auto-sustentável e que faz uso dos recursos disponíveis. A amamentação representa

economia não só a nível familiar mas também nacional. Segundo estes autores ao se planejar um programa de promoção deve-se considerar a :

- divulgação de informação
- apoio pré-natal por profissionais de saúde previamente treinados
- legislação para o trabalho materno e criação de creches
- grupos de apoio ao aleitamento materno após a alta hospitalar
- reforços à legislação sobre o marketing dos substitutos do leite materno.

Analisa ainda estes autores, que é impossível se ter um programa universal devido às características regionais e que estas devem ser observadas e respeitadas para o bom resultado de tais programas.

Para se conseguir resultados positivos no aumento dos índices da amamentação é importante que se utilizem todos os recursos para a sua divulgação. As campanhas publicitárias, por meio de rádio, televisão, jornal, têm alcançado resultados positivos para aumentar a incidência do aleitamento materno. REA (1989) relata a experiência positiva brasileira no programa de incentivo ao aleitamento materno, em que se utilizaram meios de comunicação de massa, obtendo, com esta estratégia, aumento significativo da amamentação, em sua duração.

WINIKOFF e BAER (1980) propõem alguns passos que podem e devem ser observados na promoção do aleitamento materno; e que são medidas de informação, suporte e alteração de rotinas hospitalares. Segundo estes autores, a promoção deve se iniciar ainda no período pré-natal, já que a decisão de amamentar acontece neste período.

Quanto mais precoce a orientação dada, segundo ALLEN *et al.* (1991), melhor será a performance da lactação, pois esta é estabelecida no primeiro mês após o parto.

Outros autores orientam que os conhecimentos sobre a amamentação devam ser dados ainda nos bancos escolares, pois serão melhores os resultados obtidos com esta atitude (KAPIL e MANOCHA, 1990).

Como conteúdo dos programas de incentivo ao aleitamento materno devem ser dados conhecimentos sobre a fisiologia da lactação e esclarecimentos sobre os problemas que freqüentemente levam ao desmame. O ingurgitamento mamário pode vir a ser um problema nos primeiros dias e que pode resultar em fissuras e mastite se mal orientado, tendo como consequência final o desmame. MOON e HUMENICK (1989), em revisão de literatura, apontam que as técnicas adequadas de amamentação podem influir no sucesso do aleitamento materno.

SLAVEN e HARVEY, citados por MOON e HUMENICK (1989), concluem que a fissura resulta da posição inadequada e da inefetiva sucção e, para estes autores, a duração da mamada não influenciou no processo. Outros autores, entretanto, associam a frequência e também a duração à ocorrência de fissuras e que as mamadas freqüentes e de curta duração podem estimular a produção porém são ineficazes para esvaziar o seio e assim contribuir para o ingurgitamento mamário.

É ainda no período pré-natal que as mães precisam ser informadas sobre o tempo de apojadura, noções sobre o colostro e preparação das mamas. É necessário que elas saibam distinguir os movimentos que realmente produzem a saída de leite dos movimentos mastigatórios da criança, que são inefetivos para a sucção adequada.

Leva-se desta forma ao conhecimento das futuras mães as qualidades do leite materno e que seu uso trará benefícios tanto a elas como a seus filhos, deixando de centralizar as razões de amamentação como exclusivamente benéficas à criança, mas mais importantes que o conhecimento são as situações que possibilitem mudanças de atitudes (KOCTÜRKT e ZETTERSTRÖM, 1989).

Entre outros fatores relacionados à amamentação, está a alimentação que a lactante recebe. Amamentar é um processo de consumo de energia intenso, sendo necessário, de mais 500 a 600 calorias extras para a produção de leite pelas mulheres. É preciso portanto, dar atenção às dietas maternas cuidando que não sejam restritivas ou inadequadas.

Em países em desenvolvimento, onde por questões econômicas, a ingestão alimentar é baseada principalmente em cereais, estes cobrem apenas setenta por cento das necessidades calóricas, havendo um déficit energético para a mãe. O consumo de gordura nestes locais também é baixo e da proteína é raro. Estas dietas não são, geralmente, suficientes para as necessidades diárias da gestante e da lactante (FIGUEROA *et al.*, 1988).

O trabalho materno realizado vai também representar consumo de energia. Muitas vezes além de amamentar e cuidar do trabalho doméstico, a mãe é a provedora econômica de seu lar.

Alguns autores postulavam que alimentando a mãe, o bebê também seria alimentado, como CHRISTIAN *et al.* (1989) que acreditavam que assegurando alimentação às mães através de dieta suplementar, melhoraria o estado nutricional das crianças. Não se conseguiu, porém, demonstrar uma relação entre suplementação da lactante e o aumento da quantidade de leite. IMONG *et al.* (1989) não estabeleceram relação entre estado nutricional materno e produção de leite, porém observaram que a oferta de suplemento alimentar ao lactente repercutia negativamente na produção de leite materno.

PRENTICE *et al.* (1980) relacionaram a oferta de suplemento alimentar às mães com o aumento de tecido subcutâneo materno, porém não acompanhado de aumento do leite produzido. Em outro trabalho deste mesmo autor, ao oferecer suplemento à lactante, ocorreu aumento de vitaminas no leite das mães que as receberam, mas não se observou alterações na quantidade de leite produzido, apenas variação diária individual (PRENTICE *et al.*, 1983).

GIRIJA *et al.* (1984) demonstraram que não são nutricionais mas sim outros os fatores, aqui já anteriormente citados, como a frequência das mamadas, o intervalo entre o parto e primeira mamada que se associaram com o aumento da secreção do leite e que cada hora de demora após o parto para se iniciar a amamentação, poderia reduzir em 10 gramas o leite secretado.

Outros autores, entretanto, encontraram que as dietas suplementares oferecidas às mães podem se refletir no peso de nascimento das crianças e assim, indiretamente, influir positivamente na produção de leite (MARDONES *et al.*, 1989).

COELHO *et al.* (1989) associaram o estado nutricional materno à produção de imunoglobulinas do leite materno. A concentração de IgG foi maior em puérperas desnutridas quando comparadas com as eutróficas e o nível de imunoglobulinas decresceu rapidamente, devendo-se portanto, iniciar precocemente a amamentação.

NOMMSEN *et al.* (1991) encontraram dados que sugerem que a composição do leite é sensível a outros fatores maternos, além da dieta, como a composição corpórea, paridade e meses de lactação.

Associadas às baixas e deficientes ingestas alimentares, estão as dietas restritivas, muito comuns nos períodos de lactação decorrentes de fatores culturais que não podem e nem devem ser ignorados, mas sim respeitados. São os alimentos categorizados de "fortes", "fracos", apropriados ou proibidos a determinados períodos críticos da nutrição, como a gestação e a lactação. Decorrente da não utilização de determinados alimentos, podem ocorrer dietas restritivas piorando o estado nutricional do indivíduo a ela submetido.

Na análise da cultura sobre hábitos alimentares CANESQUI (1988) descreve que noções valorativas, sejam positivas ou negativas, relacionadas a determinados alimentos, são antropológicamente ligados a cada cultura.

LEVI-STRAUSS (1955) estudando, no Brasil, os índios nhambiquaras, observou que era proibido às mulheres que amamentavam tomar banhos de rio, assim como eram proibidos vários alimentos que levavam-na à desnutrição. Aos pais não se permitia que participassem da vida coletiva, enquanto a criança não desmamasse. GEERVANI e JAYASHREE (1988) comentam que os tabus são tão fortes que as mães tendem a associar

qualquer doença da criança com o tipo de alimentação da lactante, ocorrendo então restrição da dieta.

Em relação ao aumento da ingesta hídrica feita pelas mães não se observou relação direta com o aumento da quantidade de leite materno (DUSDIEKER *et al.*, 1990).

A mudança de rotinas hospitalares como o tempo transcorrido entre o parto e primeira mamada tem sido mostrado por diferentes autores como um fator associado a amamentação. Diminuir o intervalo entre o parto e a primeira mamada é outra das rotinas que deve ser incentivada e estabelecida.

Este contato inicial é importante para melhor interação entre mãe e filho, do qual vai depender a relação futura deste binômio. LOZOFF *et al.* (1977) observam que as mães historicamente não só tem provido nutrição, mas a regulação de temperatura, a proteção, educação precoce e estimulação social, tão importantes para o desenvolvimento futuro da criança.

Dados relacionados à melhor adaptação metabólica ao meio ambiente e bem estar da criança foram confirmados recentemente por estudos realizados por CHRISTESSON *et al.* (1992).

Não se deve, porém, restringir as ações de promoção apenas à mãe. Informantes atualizados, conhecendo as novas pesquisas realizadas e motivados a manter a promoção do aleitamento materno são fundamentais para a realização adequada dos programas.

Há portanto a necessidade nos programas de promoção ao aleitamento materno de se manter curso de reciclagem aos profissionais da saúde, através dos quais possam ser reciclados e os novos integrantes receberem treinamento.

Em 1975 SLOPER e BAUM descreveram que as atitudes dos profissionais de saúde, que fizeram a orientação no pré-natal, aumentaram a incidência do aleitamento

materno, porém não a sua duração que estava diretamente relacionada com a influência exercida pelos visitantes de saúde e enfermeiras dos distritos.

BEEKEN e WATERSON (1992) analisando serviços de saúde concluíram que apesar dos profissionais de saúde estarem a favor do aleitamento materno, havia conflitos entre as práticas hospitalares e a sua atitude favorável ao aleitamento. Apesar de se dizerem favoráveis, adotavam medidas contrárias à amamentação.

SKIBSTED e LANGE (1990) em estudo realizado na Dinamarca, associaram o aleitamento ao local de nascimento da criança. O contato precoce e o alojamento conjunto nas primeiras 24 horas foram as práticas menos observadas em maternidades pesquisadas, o que para os autores explicaria a queda de incidência da amamentação observada na Inglaterra em 1985.

É o alojamento conjunto, permitindo o contato precoce e contínuo da dupla mãe-filho, desde as primeiras horas após o parto, que tem-se mostrado efetivo em aumentar os índices de aleitamento (STOPIGLIA *et al.*, 1984; CLAMPO *et al.*, 1990). Nestes locais não há rigidez de horário ou do tempo cronometrados da amamentação, permitindo-se maior contato das mães com seus filhos e assim promovendo a estimulação adequada da lactação (LUCAS *et al.*, 1979; WORTHINGTON, 1986).

LINDENBERGH *et al.* (1990) associaram o contato precoce, os esquemas não rígidos de amamentação e o alojamento conjunto, entre as variáveis que estiveram mais positivamente associadas ao estímulo do aleitamento materno. A permanência no alojamento conjunto faz com que a mãe tenha reforço na adaptação ao seu filho, fundamental para o adequado desenvolvimento da criança, aumentando a confiança da mãe na sua capacidade de lactar.

Entre as práticas hospitalares, segundo alguns autores, a oferta de água e suplementos ainda durante a maternidade foi relacionada ao insucesso da amamentação (CULLEY *et al.*, 1979). A oferta de água glicosada usada para prevenir a hipoglicemia e a

icterícia neonatal, pode ser evitada reforçando-se a livre demanda, pois observou-se que ao se aumentar o número de vezes da sucção, havia diminuição dos níveis de bilirrubinemia e da perda de peso inicial. Concluem os autores que mamadas freqüentes nos primeiros dias de vida têm efeitos benéficos para a criança (YAMAUCHI e IAMANOUCI, 1990).

Para estes pesquisadores a oferta de outros líquidos pode levar a diminuição da sucção e, conseqüentemente diminuindo o estímulo e a produção de ocitocina, havendo retardo ou alteração do mecanismo de ejeção do leite, reduzindo a capacidade de lactação.

Para se manter a amamentação há a necessidade de se manter sucções de boa intensidade, sendo elas constantes e com duração adequada para que se dê o efetivo esvaziamento das glândulas mamárias (FEINSTEIN *et al.*, 1986). Observou-se que a oferta de outros alimentos diminui o estímulo da lactação, não há, porém, total concordância entre os pesquisadores de que a oferta de outros alimentos, que não o leite materno, possa ocasionar o desmame.

JACKSON *et al.* (1992) descreveram que a suplementação iniciada com fórmulas infantis estava relacionada diretamente com o desmame precoce, não encontrando relação quando outros alimentos foram ofertados às crianças como arroz e banana, neste estudo.

SCHUTZMAN *et al.* (1986) oferecendo água como suplementação ao recém nascido não estabeleceram relação entre a sua oferta e a descontinuidade da amamentação. Outros autores também não conseguiram determinar que a suplementação seja uma causa, mas para estes autores a oferta de água ou de outro alimento seriam um sintoma ou mesmo um marco para o desmame. Esta opinião também é de outros autores. GRAY-DONALD *et al.* (1985) encontraram dados em seu trabalho de que a suplementação é mais um marco do que uma causa das dificuldades do aleitamento materno.

CRONENWETT *et al.* (1992) também não obtiveram suporte para "confusão de bicos" pois neste estudo muitas mães amamentaram e deram mamadeira sem que uma

situação excluísse a outra. Parece ser a motivação materna, ou fatores ligados à criança as causas do desmame.

IBRAHIM *et al.* (1992) em estudo prospectivo em localidade rural da Somália, observaram completa ausência de aleitamento materno exclusivo, onde as crianças daquela localidade recebiam substitutos do leite materno de colher, desde os primeiros dias de vida. Mesmo assim a mediana de duração do aleitamento materno foi de 19,5 meses e foi encontrado também um alto índice de novas gestações nestas mães.

Espera-se dentro dos programas de promoção ao aleitamento materno reforçar a decisão de amamentar e influir sobre as que não pretendem fazê-lo (KISTIN *et al.*, 1990).

Não basta, porém, orientar e apoiar no pré-natal e peri-natal, há a necessidade de se manter a orientação após a alta hospitalar

Cursos de Educação em Saúde administrados às mães de crianças de baixa idade, têm demonstrado resultados positivos em aumentar a incidência e a duração da amamentação. As mães que participaram dos cursos tiveram maior duração no aleitamento materno (SHOHAM-YAKUBOVICH *et al.*, 1990).

Este apoio pode ser desenvolvido, após a saída do hospital, de diferentes formas, seja em orientações individuais, de grupos de mães, de grupos de apoio por profissionais de saúde, etc. Estes grupos realizados com pequeno número de participantes tem demonstrado resultados positivos em aumentar não só a incidência, mas também a duração do aleitamento, sendo que o apoio dado no momento do parto pode auxiliar a adaptação à nova situação e a iniciação com sucesso do aleitamento materno. Segundo alguns autores, este fator é importante para promover a auto-estima (HOFMEYER *et al.*, 1991; OMS/UNICEF, 1989).

BORTOFF (1990) descreve que a solidão do aleitamento é experimentada por várias mães e saber que ela não é a única que se sente cansada e com problemas, lendo, falando com outras pessoas e estando com outras mães, que tenham dificuldades

semelhantes, ajuda a tomar decisões positivas ao aleitamento materno, persistindo este, apesar das dificuldades encontradas.

O estresse vivido pela mãe, seja no momento do parto, ou por circunstâncias perinatais, ou causas pós natais, podem ser geradores de ansiedade na mãe que não estiver adequadamente amparada, comprometendo o desempenho da lactação, o que HILLERVIK-LINDQUIST (1991) chamou de "crise transitória da lactação".

Os fatores emocionais podem influenciar na ejeção do leite, ao nível do sistema nervoso central (UNDERWOOD e HOFVANDER, 1982; WORTHINGTON-ROBERTS, 1986).

A associação de fatores, como o estresse materno, condições inadequadas de moradia e a subnutrição, seriam para JELLIFFE e JELLIFFE (1978) os fatores que estariam implicados no insucesso de amamentação.

Todos os momentos, relacionados ao nascimento da criança, são importantes para se promover o aleitamento devido a todos os fatores apresentados e outros não enunciados. Devido a complexidade que é a amamentação, onde fatores como a falta de orientação, o desconhecimento na demora da apojadura, como tratar o ingurgitamento e as fissuras, a pressão familiar e de amigos, a propaganda de substitutos do leite materno, a falta de modelo para amamentar e a própria falta de preparo dos profissionais de saúde podem causar ansiedade na mãe.

Amparando as mulheres em seus momentos de dúvidas conseguir-se-á que mais mães amamentem.

RODRIGUEZ-GARCIA e SCHAFER (1991) enfatizam que para as campanhas de promoção ao aleitamento materno sejam eficazes, é necessário que se considerem as crenças, as atitudes em relação à lactação, o estilo de vida de cada segmento da população e os objetivos profissionais destas mulheres.

Desde a década de 70 observou-se maior sensibilização dos profissionais de saúde, autoridades e leigos em relação à necessidade da prática do aleitamento materno.

Um dos marcos do início da mobilização mundial a favor do aleitamento materno aconteceu após uma publicação de MULLER em 1974 com o nome de "War on Want" onde este autor faz uma análise do uso da mamadeira e a sua associação com a mortalidade infantil nos países em desenvolvimento. Posteriormente a obra foi reeditada como "The Baby Killer".

Em 1979 ocorreu a Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância, com o objetivo de promover o aleitamento materno e melhorar o estado nutricional dos lactentes e das crianças pequenas (OMS/UNICEF, 1979).

Não bastam porém somente medidas de promoção, há necessidade de leis que protejam a mulher no período de amamentação e de se mudar os códigos que limitem a divulgação de substitutos de leite materno.

Esforços contínuos em aumentar a incidência da amamentação fizeram com que em 1981 fosse criado, a nível internacional, o Código de Marketing para os substitutos de leite materno, tentando diminuir a propaganda dos mesmos.

Grupos de suporte, com o IBFAN (International Baby Food Action Network), tem mostrado relevante desempenho em promover o aleitamento.

Vários países adotaram a promoção do aleitamento materno e tornam-se inúmeros os programas em desenvolvimento.

No Brasil ocorreu também, em 1979, o primeiro encontro entre a WHO e a UNICEF com autoridades brasileiras, onde se discutiu a política nacional para reverter o declínio do aleitamento materno, sendo posteriormente criado o Grupo Técnico Executivo (MS-INAN, 1991).

O Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno no Brasil foi oficialmente lançado em 1981, criando-se nos anos subseqüentes vários comitês para desenvolver atividades programáticas em diferentes áreas da comunidade, MS-INAN, 1991. Um dos objetivos do programa foi de incentivar concursos na rede de ensino básica tendo como tema o aleitamento materno. Atuando-se junto ao empresariado, procurou-se sensibilizá-los a criarem condições para a amamentação entre as mulheres que trabalham. Atividades de apoio à comunidade começaram a ser realizadas. Os profissionais de saúde passaram a receber treinamento em aleitamento materno e a divulgar informações.

Outras medidas adotadas foram a adoção do alojamento conjunto e também o incentivo ao abandono de procedimentos desnecessários, que sabidamente comprometiam o início e a duração da amamentação.

**Normalizou-se a Criação dos Bancos de Leite para que dentro de suas funções a promoção e o apoio ao aleitamento materno também ocorresse.**

Passou-se a agir no sentido de restringir, dentro de regras eticamente aceitáveis, a comercialização dos alimentos infantis. Adotaram-se medidas para normatizar a propaganda dos substitutos do leite materno.

Ocorreu a divulgação através da mídia impressa, escrita e falada, das informações sobre o aleitamento materno, tentando-se alcançar desta forma o maior número de indivíduos, repetindo-se estas campanhas a determinados períodos, conseguindo-se aumentar a duração do aleitamento materno (REA, 1989).

O aleitamento materno tornou-se assunto amplamente discutido e passou a ser tema para diferentes publicações médicas e leigas e em vários encontros e congressos.

Diferentes locais e regiões do país passaram então a desenvolver programas de promoção ao aleitamento materno. Para citar alguns deles, tem-se o programa de promoção ao aleitamento materno de Santos, que passou por diferentes estruturas e é hoje centro de treinamento para o aleitamento materno do INAN e da UNICEF (TERUYA *et al.*, 1983;

TERUYA *et al.*, 1992). O programa de estímulo ao aleitamento materno em Londrina está em desenvolvimento desde 1977 (THOMSON *et al.*, 1982).

Em Curitiba, desde 1991, está sendo realizado o Programa de aleitamento materno, o PROAMA, implementado a nível municipal e estadual, nas unidades de saúde públicas (MS-INAN-PUC-SESPR-SMSPR, 1991).

A promoção da amamentação no Hospital de Clínicas da UFPR iniciou-se no ano de 1971, quando se passou a permitir a entrada da mãe no berçário para alimentar seu filho e orientar as mães sobre a amamentação. A partir desta data, várias mudanças foram realizadas com o objetivo de melhorar a alimentação infantil passando-se a iniciar a orientação no pré-natal e a adoção do alojamento conjunto. Em 1979, foi também instituída a coleta do leite materno para sua posterior utilização, sendo o Banco de Leite reinaugurado nos moldes que tem hoje a partir de 1986. Em 1991, passou-se a realizar, além da orientação individual após a alta, a orientação em grupos, na puericultura.

Atualmente, nesta instituição, a promoção ao aleitamento materno tem seu início no pré-natal, sendo realizada por médicos, residentes de obstetrícia, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas. As orientações ocorrem individualmente e em grupos, existindo um grupo destinado especialmente às primigestas e às adolescentes grávidas.

A continuidade da promoção se dá no alojamento conjunto, colocando-se as mães em contato com seus filhos dentro das primeiras 4 horas após o parto, desde que não haja contra indicações médicas, sejam elas maternas ou relacionadas ao recém-nascido. As puérperas recebem noções básicas de higiene do bebê, (banho e cuidados com o coto umbilical, etc.). Faz parte da rotina da enfermagem o exame das mamas e a orientação quanto a amamentação, em funcionamento desde 1982.

O BANCO DE LEITE HUMANO, conforme normas do Ministério da Saúde, participa da orientação, sendo também a ele encaminhadas as lactantes que apresentem dificuldades maiores na amamentação.

No AMBULATÓRIO DE PUERICULTURA as mães continuam a receber orientação e apoio. Desde julho de 1991, antes da consulta individual, acontecem às quartas e quintas feiras reuniões com as mães. Estes grupos de apoio são estruturados para atender de 8 a 16 participantes, quando se incentiva a participação ativa de todas, dando-se oportunidade para que possam exprimir suas idéias e dúvidas.

A orientação nos grupos é realizada por pediatras, residentes de pediatria, enfermeira e assistente social, seguindo esquema previamente discutido e condutas padronizadas.

A educação em saúde é uma das estratégias importantes na mudança de conhecimentos e práticas alimentares, porém sabe-se que para adotar uma atitude não basta só o conhecimento. DEJTIAR *et al.* (1985) usando a escala de Lickert para avaliar as atitudes das mães em relação ao aleitamento materno, encontraram que as mães tinham conhecimentos sobre o leite materno, porém que somente ter o conhecimento não influenciou sobre o sucesso da amamentação.

Os programas de incentivo devem observar as diferenças sócio-econômicas e culturais, levando mensagens adequadas à população a que se destina . Não basta apenas planejar a execução destes programas, processos de avaliação desses programas de saúde devem ocorrer periodicamente para se corrigir distorções, melhorar os objetivos e conhecer as metas alcançadas.

É necessário considerar-se na estruturação e no planejamento dos programas de promoção e apoio ao aleitamento materno a adequação à população a que se destinam. BAISH *et al.* (1988) analisando adolescentes, reforçam a importância de se fazer avaliações periódicas de grupos populacionais atendidos em serviços de saúde, pois pode-se detectar

peças que necessitem de maior orientação e, especialmente neste grupo, iniciar precocemente a orientação sobre o aleitamento.

POPKIN *et al.* (1991) analisando o programa de promoção ao aleitamento materno em Honduras (PROALMA), encontrou dados que sugeriram grande correlação entre o programa e o comportamento das mães daquela localidade quanto à amamentação.

Entre os vários programas desenvolvidos a nível internacional está o das Filipinas, instituído desde 1970 e que, sem o qual WILLIAMSON (1990) acredita que seriam maiores os declínios observados no aleitamento materno naquele país.

PALTI *et al.* (1988) avaliando o programa de promoção ao aleitamento materno integrado à maternidade em Jerusalém, comparou-o com um grupo controle utilizando uma maternidade nas proximidades onde não existia semelhante programa. Descreve como resultados maiores índices de amamentação no local onde se desenvolviam as atividades relacionadas à promoção do aleitamento materno, sendo os dois locais freqüentados por mães de nível socioeconômico baixo.

PÉREZ e VALDÉZ (1991) em resultados preliminares de estudo realizado no Chile, sobre aleitamento materno em um hospital de Santiago, verificaram que ocorreu um aumento na duração da amamentação e prolongamento do período de amenorréia no grupo que recebeu orientação sobre o aleitamento materno ao comparar com o grupo controle, obtendo que após 180 dias, 67% do grupo de estudo estava amamentando enquanto somente 32% do grupo controle o fazia.

OLIVEIRA FILHO *et al.* (1986) analisando programa regional de incentivo ao aleitamento materno em Belém do Pará, mostraram que apenas 54,4% das mães haviam recebido orientação no pré-natal.

Estes resultados evidenciam que não basta adotar os programas, é necessário também avaliá-los para se conhecer os resultados obtidos:

### 3. JUSTIFICATIVA

Considerando todas as vantagens do aleitamento materno já apresentadas, esforços devem ser realizados para que a sua prática tenha uma amplitude maior. Segundo dados da UNICEF (1990), manter a amamentação durante os primeiros meses garante muitas vezes não só o desenvolvimento adequado das crianças e a saúde das mesmas, mas em alguns países significa a própria sobrevivência delas.

Apesar de todos os esforços empreendidos e de serem várias as estratégias adotadas para se promover o aleitamento materno, o que se observa entretanto, é que os índices de amamentação deixam a desejar, principalmente em relação à sua duração. Desta forma é importante se avaliar a natureza e a eficácia dos programas. Esta avaliação precisa ser feita de forma quantitativa e qualitativa para identificar se há necessidade de modificação das ações de promoção ao aleitamento materno adotadas, adaptando-as à população atendida.

Passadas mais de duas décadas do início da promoção ao aleitamento materno, no HC da UFPR e após várias mudanças ocorridas no decorrer destes anos, sentiu-se a necessidade de avaliar estas ações de promoção, para se conhecer seu alcance e sua eficiência não só para iniciar a amamentação mas também em mantê-la.

A avaliação dos programas de aleitamento pode ser feita de diferentes formas. Uma delas é analisar se todos os passos recomendados pela UNICEF para caracterizar um serviço como "Hospital Amigo da Criança" estão sendo realizados. Outra maneira é estudar os índices de amamentação alcançados. Nos programas de promoção ao aleitamento a maior incidência e duração da amamentação demonstram o sucesso do programa.

O profissional precisa conhecer a qualidade do trabalho que exerce para se sentir estimulado a continuar ou corrigir distorções que existam, pois conhecer o contexto é poder agir sobre ele.

Pretende-se, após o exposto acima, apresentar os resultados obtidos, em um grupo populacional selecionado, da maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR.

Sabe-se, entretanto, que os resultados obtidos de grupos populacionais, como o institucional, como neste estudo realizado, são pontuais e não generalizáveis.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o impacto das ações do Programa de Promoção ao Aleitamento Materno desenvolvido na Maternidade do HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR, nas taxas e duração da amamentação das crianças nascidas nesta maternidade, comparando estes dados com os apresentados pelas crianças nascidas em uma maternidade onde não se realiza ação específica de promoção ao aleitamento materno.

## 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Correlacionar as variáveis abaixo com os índices e duração da amamentação

- 1.1. condições sócio-econômicas;
- 1.2. características da realização do pré-natal, paridade e tipo de parto;
- 1.3. experiência anterior em amamentação;
- 1.4. intervalo decorrido entre o parto e a primeira mamada;
- 1.5. problemas para amamentar no período peri-natal;
- 1.6. opinião das mães sobre as implicações da amamentação no seu papel de mulher;
- 1.7. forma e intensidade do contato das mães com as ações do programa.

2. Identificar

- 2.1. grau de conhecimento das mães sobre a amamentação na ocasião do parto;
- 2.2. a intenção e os motivos que levam as mães a amamentar, quando do momento do parto;
- 2.3. motivos que levam as mães a desmamar.

3. Comparar as mães da maternidade do HC da UFPR com um grupo de mães que não recebeu a influência das ações desenvolvidas pelo Programa de Promoção ao Aleitamento Materno do HC da UFPR, quanto às variáveis estudadas.



### III. Variáveis relacionadas à amamentação

1. Intenção de amamentar
2. experiência anterior em amamentação  
(tempo de amamentação do penúltimo filho)
3. intervalo após o nascimento para iniciar a  
amamentação
4. problemas encontrados para amamentar .

### IV. Variáveis relacionadas à orientação recebida e conhecimentos sobre amamentação

1. orientação sobre amamentação recebida
  - locais:
    - pré-natal
    - maternidade
    - serviços de atenção a criança
    - outros
  - tipo de orientação:
    - qualidade do leite
    - técnica de amamentação
    - cuidados com os seios
2. Conhecimento das mães sobre
  - qualidades do leite materno
  - conceito de "leite fraco"
  - conceito de "leite insuficiente"
  - horário:
    - intervalo
    - duração
  - motivos para amamentar
  - motivos para desmamar

## V. Atitudes da mulher relacionadas à amamentação

o ato de amamentar x ato de fazer mamadeira

o pai e a amamentação

liberdade pessoal

a estética corporal

a alimentação materna

## 5.2 A VARIÁVEL DEPENDENTE

Proporção de crianças recebendo leite materno até os 120 dias.

## 6. HIPÓTESES TESTADAS

*Colocamos para a presente pesquisa duas hipóteses:*

**6.1 H0** - O conhecimento das mães sobre o aleitamento materno no Hospital de Clínicas da UFPR é adequado, porém não se observa diferença na proporção de crianças amamentadas aos 120 dias em relação à proporção de crianças amamentadas da Maternidade A.

**6.2 H1** - A promoção ao aleitamento materno no Hospital de Clínicas da UFPR obtém como resultado maior proporção de crianças amamentadas aos 120 dias quando comparado com outra maternidade, onde não existem ações de promoção ao aleitamento materno.

## 7. POPULAÇÃO E MÉTODO

### 7.1. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Dada a relevância do aleitamento materno em assegurar o crescimento e o desenvolvimento adequados das crianças, ele deve ser incluído no levantamento do diagnóstico sobre as condições de saúde infantil (MONTEIRO, 1988). Contudo, as dificuldades encontradas para a investigação sobre a amamentação devem ser consideradas ao se estabelecer a metodologia que irá ser usada (VICTORA *et al.*, 1988).

Os estudos transversais podem ser realizados em curto período, permitindo maior controle sobre as informações recebidas, com menor número de variáveis não controláveis interferindo. São assim realizados grande parte dos trabalhos sobre o tema. A avaliação da duração do aleitamento materno, porém, pode neste tipo de estudo, não ser muito precisa, pois "três meses" como resposta pode significar de 61 a 119 dias, e há dificuldade em se obter um dado quando algum tempo já se passou do acontecido.

As atitudes desenvolvem-se dentro de um contexto social, assim elas, no momento inicial, como são conhecidas nas pesquisas transversais, podem apenas expressar o que as mães pensam que se espera delas e não como elas realmente pensam em agir ou como vão agir. Dessa forma a recordação de um fato passado pode ser alterado pelo tempo, eliminando dados, modificando relatos, para que sejam convenientemente aceitos. A exatidão sobre eles diminui com o tempo e nas mulheres de maior renda econômica tendem a ser super estimados (HUTTLY *et al.*, 1990).

Os cientistas do comportamento, ao trabalharem com pesquisas sobre tomada de decisões, têm dificuldade em determinar fator ou fatores que influem sobre elas. São grandes as variáveis envolvidas e inúmeras as dificuldades em se isolar um único fator quando há emoção pessoal envolvida. O momento de nascimento é uma dessas ocasiões, onde são colocadas grandes expectativas, não só dos pais, mas também dos familiares e a decisão de amamentar é influenciada por elas (FORMAN, 1984).

É através dos levantamentos longitudinais prospectivos que se tem a oportunidade de melhor observar as mudanças de atitude, não havendo alteração da resposta com o tempo, pois é curto o período entre o fato e o relato, não havendo tempo para a mudança da resposta. São os estudos prospectivos mais fidedignos para acompanhar tendências e fatores que influem na amamentação, pois as mudanças de conhecimento e as práticas alimentares ocorrem em longos períodos de tempo (SJÖLIN *et al.*, 1979).

Além do que já foi enunciado, WINIKOFF e BAER (1980) reiteram as dificuldades experimentadas pelos que se dedicam a pesquisar o aleitamento materno, pois se misturam fatores demográficos, psicológicos e sociais. Além disso, o ato de amamentar ocorre repetidamente sob diferentes circunstâncias e estímulos. Há, nos estudos prospectivos, a presença constante do entrevistador e esta, dentro do contexto do entrevistado, poderá ser o apoio procurado para manter a amamentação, podendo influir sobre a prática pesquisada e mudar os resultados.

Os estudos de aleitamento dependem de grupos selecionados e o próprio consentir em participar pode ser uma escolha e, portanto, mostrar uma tendência favorável à amamentação (HILLERVICK-LINDQUIST, 1991).

O desencontro de informações, muitas vezes entre o presente e o passado, ocorre quando se procede a estudos de comportamento abstrato, onde estejam envolvidos valores de vida, necessitando de outras metodologias que não a quantitativa para se verificar o evento, utilizando a história de vida e a história oral (DEBERT, 1986).

As mudanças do contexto e novas influências são esperadas, não preveníveis, não sendo controláveis nos estudos prospectivos. O início do programa de orientação, iniciado em janeiro de 1993, nos postos de saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba e a campanha de promoção ao aleitamento materno, veiculada por televisão, ocorrida logo após a entrevista do grupo da Maternidade A, foram exemplos destas interferências não previstas na presente pesquisa.

A perda de indivíduos da amostra é outra variável que deve ser considerada, pois estes elementos podem alterar os resultados. É preciso avaliar se ocorreu ou não uma saída seletiva, se os que saíram têm as mesmas características dos que ficaram.

Optou-se por usar os questionários com perguntas abertas e fechadas, pois estes são a melhor forma de se abordar populações de menor renda, embora desta forma requeiram mais tempo e maiores recursos.

São inúmeras as variáveis associadas ao aleitamento materno, dentre elas, estão a prematuridade, as crianças de baixo peso e as que por patologias ficam afastadas de suas mães nas primeiras horas após o parto. No presente estudo optou-se por excluí-las da amostra, permanecendo o grupo de crianças de termo e de peso adequado.

Ao se comparar duas populações não pertencentes a uma mesma entidade, deve-se tentar padronizar as características entre as duas, porém diferenças são inevitáveis e devem ser detectadas e considerada, sempre que for possível, a sua identificação como no presente estudo foi o alojamento conjunto que é praticado no Hospital de Clínicas, não acontecendo o mesmo na Maternidade A.

## 7.2. POPULAÇÃO

Durante o período de janeiro a abril de 1993 foram entrevistadas, nas primeiras 48 horas após o parto, na Maternidade do HOSPITAL DE CLÍNICAS da UFPR, 150 mães que tiveram seus filhos naquela instituição.

A Maternidade do HC da UFPR destina-se às gestantes de alto risco como: diabéticas, hipertensas, cardiopatas, gestantes adolescentes. A procura por atendimento no serviço pode ser espontânea, ou através de encaminhamento de outros serviços de saúde. São realizados, em média, 2200 partos por ano, com altos índices de complicações perinatais, decorrentes das características da clientela atendida.

No mês de julho do mesmo ano foram entrevistadas 44 mães que tiveram seu parto em uma maternidade particular conveniada ao sistema de saúde, próxima ao Hospital de Clínicas, (Maternidade A), onde até o momento da pesquisa não havia ações de promoção ao aleitamento materno e não existia alojamento conjunto.

Localizam-se estas maternidades na cidade de Curitiba, no Estado do Paraná. Vivem nesta cidade, 1.313.094 habitantes (sendo 2.138.864 na Região Metropolitana), em uma extensão territorial de 432.418 quilômetros quadrados.

Estudou-se nas duas maternidades, uma população de mães com recém-nascidos de gestação de termo, com peso adequado à idade gestacional e que não tiveram intercorrências nas primeiras horas após o parto. Para participarem da pesquisa estas mães tiveram que satisfazer os critérios de inclusão que se seguem.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idade gestacional maior ou igual a 38 semanas.
- Apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto.
- Peso de Nascimento maior ou igual a 2500g.
- Parto Vaginal, Cesárea ou Fórceps.
- Recém Nascido sem evidências de doenças congênitas ou a presença de processos mórbidos que impediram sua permanência no Alojamento Conjunto.
- Mãe apresentando condições física e mental de ter seu filho a seu lado.
- Mãe com mais de 12 e menos de 48 horas após parto para a primeira entrevista.

A população do Hospital de Clínicas da UFPR ficou constituída de 150 mães, das quais 116 iriam ser acompanhadas mensalmente no Ambulatório de Puericultura da instituição. Outras 34 mães foram retiradas de um grupo amostral que iria acompanhar seus filhos em centros de saúde da região. Este último grupo foi constituído captando-se a 4ª, a 8ª, a 12ª e assim sucessivamente devido ao grande número de mães com esta característica.

### **Descrição da amostra:**

Todas as mães do Hospital de Clínicas da UFPR, onde a pesquisa se desenvolveu, ficaram em *alojamento conjunto*, sendo divididas em sub grupos, conforme as seguintes características:

- Mães com ou sem pré-natal na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR e com seguimento na puericultura da mesma instituição, n=116.
- Mães com ou sem pré-natal na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR e que não acompanharam seus filhos na instituição, n=34

O grupo da Maternidade A foi composto de mães sem pré-natal no Hospital de Clínicas da UFPR, com nascimento na referida Maternidade A, e que não foram acompanhadas na puericultura do Hospital de Clínicas da UFPR, n=44.

Ao final de 120 dias de acompanhamento após o parto, não se conseguiu contactar 22,0% da população inicial do Hospital de Clínicas da UFPR, ficando a amostra reduzida para 117 mães, sendo que destas, 93 mães foram acompanhadas mensalmente e 24 mães foram contactadas apenas aos 120 dias.

Na Maternidade A o contato aos 120 dias após o parto, foi perdido para 20,5% das mães, realizando-se as entrevistas aos 120 dias com apenas 35 mães.

O motivo principal da falta de contato foi não se ter conseguido encontrar o endereço fornecido pela mãe ou quando houve mudança do mesmo.

### 7.3 MÉTODO

Realizou-se inicialmente pesquisa descritiva transversal, sendo as mães entrevistadas dentro de 12 a 48 horas após o parto, após terem preenchido os critérios de inclusão. Neste primeiro contato, explicou-se às mães os objetivos do levantamento e obteve-se seu consentimento para participação.

A finalidade destas entrevistas era de conhecer o perfil sócio-demográfico da amostra, avaliar os conhecimentos e as atitudes a respeito da amamentação entre as usuárias do Hospital de Clínicas da UFPR onde se desenvolvem as ações de promoção ao aleitamento materno.

Foram utilizados questionários, pré-testados em duas situações anteriores, que continham questões abertas e fechadas, obtendo-se destes os dados sócio-demográficos, histórico gestacional, orientações, conhecimentos sobre o leite materno e atitudes maternas em relação à amamentação.

Estas entrevistas foram gravadas para posterior comparação com os dados colhidos.

Estas mães foram acompanhadas prospectivamente, durante 120 dias após o nascimento de seus filhos, sendo um grupo em consultas mensais e outro com um único contato.

As crianças que foram acompanhadas no Ambulatório de Puericultura tiveram seguimento com 15, 30, 60, 90 e 120 dias em consultas médicas previamente agendadas.

Nestes retornos, após a consulta médica, analisou-se a situação alimentar, as orientações recebidas, os motivos alegados para o desmame, o apoio recebido pelas mães em relação a amamentação entre outros fatores que pudessem influenciar na duração do aleitamento materno.

As mães que optaram por seguir seus filhos em outros serviços de saúde e não na instituição, formaram o grupo de mães com contato único aos 120 dias. Solicitou-se por carta ou telefone o comparecimento destas mães ao serviço. Quando este comparecimento não foi possível, procedeu-se à visita domiciliar. Nesta ocasião identificou-se o tipo de alimentação que a criança estava recebendo.

O mesmo procedimento foi observado nas mães da Maternidade A, onde foi realizado apenas um segundo contato aos 120 dias.

*Duração do acompanhamento*

Considerou-se como evento final quando a criança completava 120 dias de vida.

### **7.3.1 Definição do tipo de alimentação**

- Aleitamento materno exclusivo: recebendo apenas leite materno (incluindo leite materno obtido por expressão)
- Predominantemente leite materno: leite materno e líquidos (água, suco, chá)
- Alimentação mista: recebendo leite materno e sólidos ou semi-sólidos e ou qualquer outro líquido, incluindo leite não humano
- Artificial ou Mamadeira: sem leite materno, a criança está sendo alimentada por qualquer outro tipo de leite.

Fonte: WHO/CDD/SER/91.14 (1991).

### 7.3.2 Definição dos termos

- Criança desmamada: a criança que não está recebendo leite materno.
- Criança amamentada: crianças recebendo leite materno, seja ele exclusivo, predominantemente materno ou misto.
- HC da UFPR: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.
- Mater.A: Maternidade A.

## **7.4 COLETA DE DADOS**

### **7.4.1 -Na maternidade do HC DA UFPR**

#### **7.4.1.a -NO REGISTRO GERAL- CENTRO OBSTÉTRICO**

-Levantamento diário dos nascimentos, realizado de segunda a sexta-feira, de Janeiro a Abril de 1993.

#### **7.4.1.b - NO ALOJAMENTO CONJUNTO**

-Identificação do leito ocupado, análise do prontuário para verificação dos critérios de inclusão.

-Contatos com as mães para se ter ciência do local onde seus filhos iriam ser acompanhados.

-Explicação do objetivo da pesquisa e obtenção do consentimento para incluí-las na investigação.

-Aplicação do questionário inicial, com duração aproximada de 40 minutos, realizada na enfermaria do hospital.

-As crianças que foram acompanhadas no Ambulatório de Puericultura tiveram identificados no berçário o seu cartão para mais facilmente serem reconhecidas. Agendou-se para estas crianças consultas para 15 dias de vida.

#### 7.4.2 -No ambulatório de puericultura

-Reconhecimento das mães da pesquisa;

-Se as mães estavam presentes no serviço até oito e trinta da manhã, participavam dos Grupos de Apoio e Orientação à Amamentação;

-Consulta pediátrica;

-Entrevistou-se as mães, após a consulta médica, com questionário padronizado, sendo o mesmo modelo usado em todos os retornos;

-A aplicação dos questionários iniciais na Maternidade foi feita pela pesquisadora e no retorno as entrevistas foram realizadas também pelas enfermeira e assistente social, previamente treinadas;

-Realização do agendamento de retorno nos prazos estabelecidos 30, 60, 90, 120 dias;

-Considerou-se como pertencentes ao grupo as mães faltosas que tenham comparecido a pelo menos duas consultas, sendo esta variável considerada;

-As mães faltosas foram contactadas para remarcação de consulta dentro de 7 dias;

-Considerou-se como abandono quando não foi possível encontrar a mãe, seja por telefone, carta ou visita domiciliar.

### **7.4.3 -Maternidade A**

#### **7.4.3.a - BERÇÁRIO**

-Identificação das mães e seleção segundo os critérios de inclusão.

#### **7.4.3.b - ENFERMARIA**

-Contato com as mães, explicando-se a finalidade da pesquisa e obtendo-se seu consentimento;

-Aplicação do questionário inicial, mesmo modelo já usado na Maternidade do HC da UFPR;

-Aos 120 dias após o nascimento tomou-se conhecimento do tipo de alimentação que a criança estivesse recebendo, através do telefone ou visita domiciliar.

## **7.5 MATERIAL**

### **7.5.1 O Questionário**

O questionário visou buscar informações sobre os dados sócio-demográficos, econômicos, assistência pré-natal, orientação sobre amamentação recebida, atitudes maternas relacionadas ao aleitamento materno.

#### **7.5.1.a Questionário inicial**

O questionário inicial continha perguntas abertas e fechadas, elaborado e previamente testado, para se obter os dados sócio-demográficos e conhecimentos a respeito do aleitamento materno.

#### **7.5.1.b Questionário de retorno**

Este questionário continha questões abertas e fechadas, e foi utilizado o mesmo modelo em todas as consultas acontecidas, com 15, 30, 60, 90 e 120 dias.

1. orientação ou apoio recebidos sobre a amamentação;

2. tipo de alimentação recebida

época da introdução de novos alimentos

causas (motivos) de desmame;

3. intenção em desmamar.

## 7.6 TRATAMENTO DOS DADOS

A comparação da entrevista gravada foi feita com a entrevista escrita para se corrigir possíveis perdas ocorridas no momento da transcrição.

As perguntas com respostas em aberto foram agrupadas por frequência de respostas semelhantes .

Foi utilizado o sistema de banco de dados dBASE III Plus para a entrada, catalogação e agrupamento de dados, sendo estes devidamente conferidos para a sua efetiva validação.

Dos dados da fase inicial da pesquisa, realizada ainda no hospital, foram analisados o perfil das mães de crianças de parto a termo com peso adequado para o nascimento, sem intercorrências no momento do nascimento.

Após o seguimento, durante 120 dias do binômio mãe e filho, procurou-se correlacionar cada variável independente considerada, com a situação de aleitamento materno aos 120 dias, isto é, crianças amamentadas (com leite materno) versus crianças desmamadas (sem leite materno) dentro de cada instituição, HC da UFPR e Maternidade A.

A análise de dados foi feita usando-se o odds ratio (razão de probabilidade) para cada uma das variáveis listadas, usando-se tabelas de contingência 2x2 do EPI-INFO (DEAN, 1990).

A razão de probabilidade (odds ratio) maior que um, indica associação com a variável considerada.

Cada variável foi estratificada em duas categorias, sendo testadas através do odds ratio e qui quadrado. O método usado para análise do qui-quadrado e nível de significância foi de Mantel-Haenszel, e para valores menores de 5 foi usado o teste exato de Fisher. Para o odds ratio usou-se o intervalo de confiança de Cornfield e quando indicado o de Mehta, Pathel, Gray.

Para a análise considerou-se como significativo ao nível de  $p < 0,05$  e como razoável significância ao nível de  $p < 0,1$ .

Analisou-se cada variável através de odds ratio, comparando-se a proporção de crianças amamentadas aos 120 dias entre HC da UFPR e Maternidade A.

A mediana da duração do aleitamento materno foi estimada, utilizando-se as Curvas de Sobrevivência de KAPLAN-MEIER (1958), no sistema Statgraph-plus, versão 6.0

Foram comparadas as medianas estimadas da duração entre os dois grupos pelo método de Wilcoxon.

## 8. RESULTADOS

A apresentação dos resultados se fará em três partes.

Na primeira parte são descritos os resultados obtidos na entrevista inicial, os quais se referem a 150 mães entrevistadas, durante os meses de janeiro a abril de 1993 no HC da UFPR e 44 mães entrevistadas na Maternidade A no mes de julho do mesmo ano.

A segunda parte corresponde à apresentação do estudo longitudinal prospectivo do aleitamento materno realizado durante 120 dias, com a amostra reduzida para 117 mães no HC da UFPR e a 35 mães na Maternidade A, relacionando-o às variáveis independentes estudadas.

A terceira parte da apresentação dos resultados refere-se à análise qualitativa do discurso das mães.

## 8.1 CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTA INICIAL

### 8.1.1 Características Sócio-Demográficas

Os resultados obtidos para a população da amostra inicial, pesquisada no HC da UFPR e na Maternidade A, estão resumidas nas Tabelas 1, 2, e 3.

TABELA 1. Características sócio-demográficas das mães no HC da UFPR e na Maternidade A. Entrevista inicial

	HC-UFPR		Maternidade A		p = nível de significância
	n	%	n	%	
Idade materna					
<16 anos	10	6,7	2	4,5	0,89
16-19	29	19,3	9	20,5	
20-29	76	50,7	26	59,1	
>30	35	23,3	7	15,9	
Cor					
branca	109	72,6	34	77,3	0,54
parda	34	22,7	10	22,7	
negra	7	4,7	0	0,0	
Estado civil					
casada	129	86,0	37	84,1	0,75
solteira	21	14,0	7	15,9	
Escolaridade da mãe					
<=4 anos de estudos	60	40,0	11	25,0	0,07
5-8	69	46,0	24	54,5	
>8	21	14,0	9	20,5	
Renda familiar					
< 0,5 sm(*)	79	52,7	9	20,4	0,00016
0,5 - 1 sm	54	36,0	23	52,3	
> =1 sm	17	11,3	12	27,3	
Situação da habitação					
própria	49	32,7	16	36,4	0,64
cedida	45	30,0	14	31,8	
alugada	39	26,0	11	25,0	
invadida	17	11,3	3	6,8	
Constituição familiar					
nuclear	95	63,3	31	68,4	0,38
estendida	55	36,7	13	31,6	
Intenção de trabalhar fora					
sim	86	57,3	25	56,8	0,92
não	60	40,0	18	40,9	
outras	4	2,7	1	2,3	

(\*) salário mínimo

#### **8.1.1.1 Idade Materna**

A população do HC da UFPR tinha, predominantemente, idade entre 20-29 anos, representando 50,7% da amostra. As adolescentes corresponderam a 26,0%, entre estas, 6,7% tinham menos de 16 anos no momento do parto. Distribuição semelhante foi observada na Maternidade A, (Tabela 1).

#### **8.1.1.2 Mães segundo a cor**

Em relação à cor, observou-se no HC da UFPR, predomínio de brancas com 72,6% das mães, 22,7% de cor parda e apenas 4,7% de raça negra. Na Maternidade A não se encontrou nenhum representante da raça negra, (Tabela 1).

#### **8.1.1.3 Estado Civil**

Considerou-se como casadas as mães que tinham a figura do cônjuge masculino na família, IBGE 1992. Na população do HC da UFPR, 14,0% delas tinham composição familiar sem a presença do companheiro. Índices semelhantes foram observados na população da Maternidade A, onde 15,9% das mães não tinham a presença do companheiro, (Tabela 1).

#### **8.1.1.4 Escolaridade Materna**

Entre as mães do Hospital de Clínicas, 40,0% tinham 4 ou menos anos de estudo contra 25% da Maternidade A. Apenas 1,3% da amostra do HC da UFPR tinha mais de 12 anos de estudo (superior completo ou incompleto). As populações do HC da UFPR e da Maternidade A diferenciaram-se com razoável significância quanto à escolaridade, (Tabela 1).

#### **8.1.1.5 Renda Familiar**

Na população inicial do HC da UFPR, 52,7% das mães tinham renda menor que 0,5 salário mínimo per capita, e destas, 20,7% tinham renda menor que 0,25 salários mínimos per capita. Na Maternidade A, 52,3% das mães viviam com renda familiar de 0,5 a 1,0 salário mínimo per capita, enquanto as mães com menos de 0,5 salários mínimos per capita foram 20,4%, sendo que 6,8% destas viviam com menos de 0,25 salários mínimos per capita, a diferença encontrada entre as duas populações foi significativa  $p < 0,001$ , (Tabela 1).

#### **8.1.1.6 Situação da habitação**

Do total de mães pesquisadas no HC da UFPR, 32,7% moravam em casa própria e 11,3% moravam em terreno de invasão. Proporção menor de mães com moradia do tipo invasão foram encontradas na Maternidade A, 6,9%, (Tabela 1).

#### **8.1.1.7 Constituição familiar**

Quanto à constituição familiar, no HC da UFPR, 63,3% das famílias eram nucleares, isto é, apenas viviam no domicílio pai, mãe e filhos, sendo que destas em 2,0% eram só mãe e filhos. Do restante da população 36,7% viviam com mais outras pessoas da família (avós, tios, etc). Constatou-se que 14,0% das mães não tinham a presença do companheiro, porém 12,0% delas não viviam sozinhas, compartilhando o domicílio com outros familiares. Na Maternidade A, 68,4% das famílias eram nucleares. Entre as mães que não tinham companheiro, apenas 2,3% moravam sozinhas. (Tabela 1).

#### **8.1.1.8 Intenção de trabalhar fora**

Ao se perguntar às mães do HC da UFPR quanto a intenção em trabalhar fora após o parto, 57,3% responderam afirmativamente. Na Maternidade A porcentagem semelhante de mães pretendiam trabalhar, (Tabela 1).

### 8.1.2 Características Pré- Natais e de Assistência ao Parto

As populações estudadas tinham o seguinte perfil, em relação às características de pré-natal e de parto, no momento da entrevista inicial.

TABELA 2. Características pré-natais e de parto das mães do HC da UFPR e da Maternidade A, entrevista inicial.

	HC-UFPR		Maternidade A		p
	n	%	n	%	
Paridade					
múltiparas	94	62,7	26	59,1	0,66
primíparas	56	37,3	18	40,9	
Tipo de parto					
normal	97	64,6	27	61,4	0,68
cesárea/fórceps	53	34,7	17	38,6	
Pré-natal					
sim	138	92,0	44	100,0	
não	12	8,0	0	0,0	
Nº consultas					
<6	36	24,0	8	18,2	0,41
>=6	114	76,0	36	81,8	
Intercorrências na gestação					
não	105	70,0	36	81,8	0,12
sim	45	30,0	8	18,2	

p = nível de significância

#### 8.1.2.1 Paridade

Em relação à paridade, 37,3% das mães eram primíparas no HC da UFPR, sendo que proporção semelhante foi encontrada na Maternidade A, 41,0%. No HC da UFPR, 16,0% das mães tinham 4 ou mais filhos, enquanto que na Maternidade A estas eram em número inferior, 6,8%, (Tabela 2).

### **8.1.2.2 Tipo de parto**

O total de partos cesáreas da amostra do HC da UFPR foi de 32,7% e na Maternidade A, 38,6%. Este dado deve ser interpretado com cuidado, pois a alta do parto normal nesta última instituição, era muito precoce, fato que pode ter aumentado a proporção do número de partos cesárea no grupo entrevistado, (Tabela 2).

### **8.1.2.3 Atendimento Pré-Natal**

O atendimento pré-natal foi referido por 92,0% das mães entrevistadas no HC da UFPR, sendo que 56,7%, das 150 mães, haviam realizado o mesmo nesta instituição.

Na maternidade A 100% das mães haviam feito o pré-natal, (Tabela 2).

### **8.1.2.4 Número de consultas no pré-natal**

Na população do HC da UFPR, 76,0% das mães tinha feito 6 ou mais consultas e para a Maternidade A, 81,8% das mães, (Tabela 2).

### **8.1.2.5 Intercorrências no Pré-Natal.**

Sendo o Hospital de Clínicas um hospital de referência para as gestações de alto risco, apesar de se excluir as crianças com menos de 2500g e as que tiveram intercorrências que impediram a mãe e o recém nascido de ficarem juntos, ainda assim, 30,0% da população inicial apresentou intercorrências no pré-natal. Na Maternidade A este índice foi de 18,2%, (Tabela 2).

### 8.1.3 Características sobre a amamentação

Os resultados das variáveis estudadas, no momento da entrevista inicial, sobre a amamentação estão na Tabela 3

TABELA 3. Características sobre a amamentação das mães do HC da UFPR e da Maternidade A, entrevista inicial.

Local	HC-UFPR		Maternidade A		p
	n	%	n	%	
Intenção de amamentar	150	100,0	44	100,0	
Experiência anterior					
<=4 meses	41	43,6	14	53,8	0,17
>4 meses	53	56,4	12	46,2	
Intervalo entre o parto e primeira mamada					
<4 horas	17	11,3	8	18,2	0,16
>=4 horas	133	88,7	36	81,8	
Problemas para amamentar					
não	81	54,0	28	63,6	0,29
sim	67	44,7	15	34,1	
outros	2	1,3	1	2,3	

p = nível de significância

#### 8.1.3.1 Intenção da mãe em amamentar (ao nascimento)

Todas as mães na entrevista inicial pretendiam amamentar seus filhos por períodos que variaram de 3 até mais de 12 meses. Na população do HC da UFPR, 96,1% das mães pretendiam amamentar por mais de 120 dias e destas 69,0% pretendiam amamentar de 6 a 12 meses, (Tabela 3).

### **8.1.3.2 Experiência anterior em amamentação**

Considerou-se experiência positiva anterior quando o período de amamentação do penúltimo filho foi maior que 4 meses. Para esta variável considerou-se apenas as mães multíparas, encontrando-se que no HC da UFPR, 56,4% tinha amamentado o penúltimo filho por mais de 4 meses. Na maternidade A 46,2% das mães multíparas tinham esta experiência, (Tabela 3).

### **8.1.3.3 Intervalo entre o parto e a primeira mamada**

No HC da UFPR 11,3% das crianças vieram para serem amamentadas com menos de 4 horas enquanto na Maternidade A esta porcentagem foi de 15,9%. (Tabela 3)

### **8.1.3.4 Problemas para amamentar no período perinatal**

Entre as mães entrevistadas na maternidade do HC da UFPR 44,7% encontraram algum problema para amamentar (não havia descido o leite, os seios estavam doloridos).

Na Maternidade A 34,1% das mães diziam estar apresentando algum problema relacionado à amamentação no momento da entrevista inicial. (Tabela 3)

#### 8.1.4 Orientações para amamentação

Na Tabela 4 encontram-se as características sobre a orientação em amamentação recebidas pelas mães, encontradas na entrevista inicial.

TABELA 4. Características sobre orientação em aleitamento materno das mães, HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.

	HC-UFPR		Maternidade A	
	n	%	n	%
Recebeu orientação sobre amamentação				
sim	129	86,0	27	61,4
não	21	14,0	17	38,6
Locais onde recebeu				
Maternidade	98	65,3(*)	3	6,8
Pré-natal	90	60,0(*)	15	34,0
Puericultura	42	28,0(*)	7	15,9
Outros locais	27	18,0(*)	7	15,9
Não recebeu	21	14,0	17	38,6
Número de locais onde recebeu orientação				
0	21	14,0	17	38,6
1	41	27,3	22	50,0
2	52	34,7	5	11,4
3	32	21,3	0	0,0
4	4	2,7	0	0,0
Tipo de orientações recebidas				
Qualidade/técnica/cuidados	71	47,3	8	18,2
Só uma delas	29	19,3	12	27,3
Técnica/cuidados	13	8,7	0	0,0
Qualidade/Técnica	12	8,0	7	15,9
Qualidade/Cuidados	4	2,7	0	0,0
Não recebeu	21	14,0	17	38,6

\*mais de um local por mãe

Das 150 mães do HC da UFPR, 14,0% delas, no momento da entrevista inicial, não haviam recebido orientação sobre o aleitamento. Na Maternidade A foram 38,6% das mães que disseram não terem recebido orientação sobre aleitamento materno até o momento da entrevista, (Tabela 4).

Apesar de algumas mães terem dito não ter feito pré-natal, ao se perguntar sobre orientação em aleitamento materno, respondiam ter recebido algum tipo de orientação prévia.

QUADRO 1 Orientação sobre amamentação e relação com a realização do pré-natal, HC-UFPR

	Pré-natal		Recebeu orientação			
	n	%		n	%	
Sim no HC	85	56,7	sim	60	70,6	
			não	25	29,4	
Sim Outro	53	35,3	sim	26	49,0	
			não	27	51,0	
Não	12	8,0	sim	4	33,4	
			não	8	66,6	
Total	150	100,0		150	100,0	

QUADRO 2. Orientação recebida no pré-natal, sobre amamentação pelo total das mães na Maternidade do HC da UFPR e apenas pelo grupo de primíparas

		Receberam orientação					
		População Total				Primíparas	
		n	%	n	%	n	%
HCUFPR	sim	90	60,0	sim	27	67,5	
	não	60	40,0	não	13	32,5	
Total		150	100,0		40	100,0	

#### **8.1.4.1. Número de locais onde recebeu orientação.**

No HC da UFPR, no momento da entrevista inicial, 24,0% das mães diziam ter recebido orientação em 3 ou mais locais 27,3% delas tinha recebido orientação em um único local.

Na Maternidade A, 50,0% das mães havia recebido orientação em um único local, 11,4% delas tinha sido orientada em dois locais diferentes e nenhuma dizia ter recebido orientações em 3 ou mais locais.( Tabela 4).

#### **8.1.4.2. Tipo de orientação recebida.**

Pesquisaram-se os tipos de orientações recebidas pelas mães, dividindo-se em conhecimentos de técnica de amamentação, qualidade do leite materno e cuidados com os seios.

Entre as mães do HC da UFPR, 47,3% diziam ter recebido os três tipos de informações e 19,4% referiram pelo menos duas delas. Na Maternidade A apenas 18,2% recebeu os três tipos de orientações. (Tabela 4).

### 8.1.5. Conhecimentos sobre aleitamento materno

Foi pesquisado o conhecimento sobre o tempo de duração das mamadas, intervalo entre as mesmas, comparação do leite materno com outros leites, em relação às doenças, ganho de peso e desenvolvimento da criança.

---

QUADRO 3 Conhecimento sobre duração e intervalo entre as mamadas das mães do HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.

---

	HC-UFPR		Maternidade A	
	n	%	n	%
Tempo de duração das mamadas				
Indeterminado	71	47,3	32	72,7
Tempo determinado	66	44,0	9	20,5
não sabe	13	8,7	3	6,8
Horário da amamentação				
Livre demanda	78	52,0	15	34,1
Determinado	67	44,7	27	61,4
Não sabe	5	3,3	2	4,5

---

#### 8.1.5.1 Tempo de duração das mamadas

A orientação preconizada é para que as mamadas ocorram sem delimitação de tempo quanto à duração, de acordo com as necessidades das crianças. No HC da UFPR, apesar das mães terem recebido esta orientação, 44,0% delas achava que deveria haver uma determinação do tempo para a criança ser amamentada enquanto 47,3% opinaram que a amamentação deveria ocorrer sob livre demanda.

Na Maternidade A, 72,7% das mães opinaram que as mamadas deveriam acontecer sem tempo determinado e 20,0% com horário regular. Nos dois locais, aproximadamente, 8,0% delas não sabiam quanto tempo deveria durar a amamentação, (Quadro 3).

### **8.1.5.2 Horário da amamentação.**

Ao serem questionadas sobre o intervalo que deveria existir entre as mamadas, 52,0% das mães do HC da UFPR e 34,1% da Maternidade A referiram alimentar seus filhos sob livre demanda. O intervalo regular entre as mamadas, predeterminado, foi a forma escolhida para amamentar por 44,7% das mães do HC da UFPR e 63,4% da população da Maternidade A, (Quadro 3).

### **8.1.5.3 Qualidade do leite materno em relação a proteção contra às doenças.**

Pedi-se às mães que comparassem o leite materno com os outros leites, quanto às qualidades protetoras do mesmo em relação às doenças. As respostas foram agrupadas por semelhança de respostas. Entre estas 150 mães do HC da UFPR, 12,7% não encontraram diferenças entre o leite materno e os outros leites. No Quadro 4, abaixo, encontram-se as respostas mais freqüentemente encontradas.

Em relação às respostas apresentadas pelas mães, as que foram agrupadas como qualidades inerentes do leite materno em proteger contra as doenças foram as mais freqüentes 41,3% no HC da UFPR e 38,6 na Maternidade A. A experiência positiva anterior em relação ao leite materno ter protegido contra doenças foi dada por 8,6% das mães no HC da UFPR e 9,1% na Maternidade A. Destas mães 21,3% não encontraram diferença entre o leite materno e outros leites na proteção das crianças no HC da UFPR e 11,3% na Maternidade A.

---

QUADRO 4 Porcentagem de respostas(\*) apresentadas sobre a qualidade do leite materno em relação a proteção de doenças quando comparado com outros leites, das mães do HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.

---

Local Respostas	HC-UFPR %	Maternidade A %
Qualidades próprias do leite	41,3	38,6
Mamadeira "faz mal"	16,0	18,2
"São iguais"	12,7	2,3
Experiência anterior positiva	10,7	18,2
"São iguais/dependem do preparo"	8,6	9,1
Outros	8,7	9,1
Leite materno "é vacina"	2,0	4,5
Total	100,0	100,0

---

(\*) mantiveram-se algumas expressões tal como surgiram nas respostas

#### 8.1.5.4 Desenvolvimento da criança

Em relação as respostas sobre a diferença encontrada entre o leite materno e outros leites quanto ao desenvolvimento das crianças 48,0% das mães do HC da UFPR e 54,0% da Maternidade A responderam que com o leite materno as crianças se desenvolvem melhor. Número aproximado de mães das duas instituições, 30,7% HC da UFPR e 27,3% da Maternidade A não viram diferença entre o leite materno e os outros tipos de leite para promover o desenvolvimento de seus filhos.

---

QUADRO 5. Porcentagem de respostas sobre o desenvolvimento da criança e o leite materno apresentadas pelas mães. HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial

---

Local Resposta	HC-UFPR %	Maternidade A %
*LM desenvolve melhor	48,0	54,5
Não tem diferença dos outros leites	30,7	27,3
Não sabem	17,3	6,8
Outros leites desenvolvem melhor	3,3	11,4
Depende do preparo do leite	0,7	0,0
Total	100,00	100,00

---

\*LM= leite materno

#### 8.1.5.5 Ganho de peso da criança e o leite materno.

Quanto ao ganho de peso e a sua relação com o tipo de leite oferecido à criança, 34,0% das mães do HC da UFPR e 20,5% da Maternidade A opinaram que o leite materno era superior em fazer a criança adquirir peso. No HC da UFPR 10,0% eram da opinião que as crianças ganhavam mais peso com outros tipos de leite que não o materno.

---

QUADRO 6 Porcentagem de respostas sobre a comparação do leite materno com outros tipos de leite em relação ao ganho de peso do lactente das mães do HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.

---

Local Resposta	HC-UFPR %	Maternidade A %
Ganha mais peso com leite materno	34,0	20,5
São iguais	22,0	34,1
Não sabe	16,0	22,7
Ganha mais com mamadeira mas bebê sem saúde	10,0	2,3
Depende da criança	8,0	4,5
Exemplos positivos com mamadeira	2,7	4,5
Outros	7,3	11,4
Total	100,00	100,00

---

Outras variáveis foram analisadas ainda no momento da primeira entrevista: conceitos de leite fraco, leite suficiente e as relações psico-sociais da amamentação.

### 8.1.5.6 Leite suficiente

Dos itens pesquisados a noção de como a mãe poderia reconhecer se o leite produzido por elas iria suprir às necessidades das suas crianças, isto é, se seria suficiente, encontramos as respostas agrupadas e apresentadas segundo a sua ordem de frequência no quadro abaixo, quanto a questão formulada: - *Como reconhecer que seu leite será suficiente a seu filho?*:

QUADRO 7. Porcentagem de repostas sobre como reconhecer que o leite materno é suficiente, apresentadas pelas mães no HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.

Local: Resposta	HC-UFPR %	Maternidade A %
Tamanho do seio	24,0	11,4
Não sabe identificar	19,3	25,0
Choro do bebê	16,7	34,1
"Se vazar o leite"	21,4	9,1
Bebê ganhar peso	6,5	4,5
"Sentir descer o leite"	4,0	0,0
Bebê mamar e dormir	1,3	2,3
Outros	6,8	13,6
Total	100,0	100,0

Na entrevista inicial, 19,3% das mães do HC da UFPR desconheciam como identificar o leite insuficiente, e na Maternidade A, 25,0% delas. O reconhecimento de que o leite seria suficiente pelo tamanho do seio materno foi a resposta mais comumente apresentada, 24,0% delas no HC da UFPR e 11,4% na Maternidade A. Respostas como o "o bebê só chora", ou "chora muito" ou "quando o bebê chorar", foram as respostas apresentadas por 16,4% das mães do HC da UFPR e 34,1% das mães da Maternidade A. O leite materno "vazar espontaneamente" ou "sentir o leite descer" foi apresentado como condição para reconhecer a suficiência do leite materno por 25,4% das mães do HC da UFPR e 9,1% das mães da Maternidade A.

### 8.1.5.7 "Leite fraco"

Mais da metade das mães das duas instituições, acreditava que existe "leite fraco". As respostas se dividiram, mas no HC da UFPR elas se relacionaram principalmente à cor do leite.

A respeito da existência do leite materno "fraco" na opinião das mães foi que 46.6% delas no HC da UFPR e 43,2% da Maternidade A, opinaram que não existia tal leite. Das que responderam afirmativamente, o leite materno "fraco" foi relacionado à cor apresentada pelo mesmo, clara ou amarela, por 8,0% das mães do HC da UFPR. Na Maternidade A 15,9% das mães não conseguiram conceituá-lo, acreditando apenas que havia leite materno "fraco", sendo nesta instituição a resposta mais freqüente à pergunta formulada: - *O que é leite fraco?*.

---

QUADRO 8. Porcentagem de respostas sobre a conceituação "Leite Materno Fraco", apresentadas pelas mães do HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial.

---

Local:	HC da UFPR	Maternidade A
Resposta	%	%
Não existe	46,6	43,2
Não sabe se existe	9,4	4,5
Cor do leite (clara/amarela)	8,0	2,3
"Leite materno não sustenta"	7,3	11,4
"Leite de mãe com anemia"	6,7	13,6
Não sabe explicar	4,7	15,9
"O meu"	3,3	2,3
Criança ganha peso	2,7	0,0
"Dizem que não, mas tem"	2,0	2,3
Outros	9,3	4,5
Total	100,0	100,0

---

#### 8.1.5.8 Motivos para amamentar.

Todas as mães disseram na primeira entrevista que tinham intenção de amamentar seus filhos. O primeiro motivo para amamentar entre as mães do HC da UFPR foi o leite materno ser melhor sem outras explicações por 18,0% delas. Na mães da Maternidade A o primeiro motivo apresentado para amamentar foi o de proteger contra as doenças por 25,0% delas.

QUADRO 9. Porcentagem de respostas sobre os motivos para amamentar apresentadas pelas mães no HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial, (#).

Local: Respostas (#)	HC-UFPR %	Maternidade A %
Ser melhor	18,0	11,4
Proteger contra doenças	17,3	25,0
Ser prático	16,0	9,1
Ser econômico	14,0	4,5
Ter qualidades próprias	12,7	25,0
Causas maternas (*)	11,3	4,5
Experiência positiva anterior	12,6	4,5
Condicionadas (**)	6,0	11,4
Não sabia explicar	4,0	4,5
Desenvolver melhor o bebê	3,3	6,8
Contraditórias a amamentação	1,3	2,0
Outros	2,0	2,3
Total	118,5	111,0

(#) = mais de um motivo por mãe

(\*) = motivos relacionados à vontade materna

(\*\*) = condicionadas- iriam amamentar dependente de algum motivo

Dentro das repostas como causas maternas, foram apresentadas as que representaram motivos de satisfação pessoal tais como: "sinto-me bem amamentando", "é bom para saúde da mãe", "gosto de amamentar.

Os motivos apresentados relacionados às qualidades do leite se refeririam principalmente em ter mais vitaminas, ou de melhor digestibilidade par a criança.

Apresentara-se respostas onde os motivos foram condicionados a determinadas situações: "se não for trabalhar", "se tiver leite",

Algumas mães referiram-se ao leite materno para desenvolver melhor sua criança, 3,3% no HC da UFPR e 6,8% na Maternidade A..

Outras mães apesar de referirem que tinham intenção para amamentar, apresentaram, porém, frases contraditórias a tal intenção como: "mas eu nunca tenho leite", "meus filhos não engordam", "mas vou dar também mamadeira para poder dormir", "não consigo amamentar".

Na população do HC da UFPR a preocupação com os fatores econômicos pode se fazer notar, já que ele aparece como justificativa para amamentar, numa frequência quase 3 vezes maior apresentado por estas mães do que pelas mães da Maternidade A.

## 8.1.6 Atitudes da mulher relacionadas à amamentação

### 8.1.6.1 O ato de amamentar.

Um dos pontos pesquisados era como as mães percebiam o ato de amamentar em termos de trabalho a ser dispendido e se esta ação ao ser desenvolvida implicava em maior sobrecarga às tarefas já realizadas. Pediu-se a elas que comparassem a atividade de preparar a mamadeira com o ato de amamentar e opinassem qual das ações implicaria em maior consumo de tempo e dispêndio de trabalho. Enfim, o que, na opinião delas, daria mais trabalho para ser realizado, sendo a seguinte pergunta formulada:

*O que dá mais trabalho? Amamentar ou fazer mamadeira?*

As mães responderam, em 86,7% das vezes, no HC da UFPR, e 88,6% na Maternidade A que a mamadeira iria dar mais trabalho para ser feita.

---

QUADRO 10. Porcentagem de respostas apresentadas sobre a relação entre a amamentação, o preparo da mamadeira e o trabalho dispendido pelas mães, no HC da UFPR e Maternidade A, entrevista inicial

---

Local: Resposta	HC-UFPR		Maternidade A	
	n	%	n	%
Fazer mamadeira	130	86,7	39	88,6
Dar de mamar	9	6,0	5	11,4
Não sabe	11	7,3	0	0,0
Total	150	100,0	44	100,0

---

### 8.1.6.2 A amamentação e a liberdade da mulher.

Das 150 mães entrevistadas no HC da UFPR, 56,7% e número semelhante ao encontrado na Maternidade A, que foi de 47,7%, acharam que de alguma forma a amamentação implicaria em limitação da liberdade pessoal, no Quadro 11 temos as respostas à seguinte pergunta: *Dar de mamar "prende"?*

QUADRO 11. Opinião sobre a amamentação referida pelas mães como fator limitador de liberdade pessoal, no HC da UFPR e na Maternidade A, entrevista inicial.

Local Limita a liberdade pessoal	HC-UFPR		Maternidade A	
	n	%	n	%
Sim	85	56,7	21	47,7
Não	63	42,0	22	50,0
Outras	2	1,3	1	2,3
Total	150	100,0	44	100,0

Das mães que responderam afirmativamente a questão anterior, 49,5% no HC da UFPR e 57,2% na Maternidade A, respectivamente, foram da opinião que dar de mamar prendia de uma forma negativa, impedindo-as de realizarem as tarefas rotineiras.

Outras mães entretanto, 35,3% no HC da UFPR e 33,3% na Maternidade A, opinaram que apesar da amamentação diminuir a liberdade materna, este fato era agradável pois podiam permanecer sempre junto com bebê e terem mais contato com ele.

### 8.1.6.3 A amamentação e a sua interferência na estética corporal feminina.

A seguinte pergunta foi formulada:

*- Dar de mamar estraga o corpo da mulher?*

Foram 64,7% de respostas negativas no HC da UFPR e 75,0% de respostas negativas na Maternidade A, (Quadro 12). A esta questão 32,0% das mães no HC da UFPR e 20,5% na Maternidade A, foram da opinião que a amamentação iria implicar em mudanças negativas na estética corporal.

---

QUADRO 12. Porcentagem de respostas à relação entre a amamentação e a alteração da estética corporal apresentada pelas mães no HC da UFPR e na Maternidade A, entrevista inicial.

---

Local A amamentação altera a estética corporal ?	HC-UFPR		Maternidade A	
	n	%	n	%
Não	97	64,7	33	75,0
Sim	48	32,0	9	20,5
Outras	5	3,3	2	4,5
Total	150	100,0	44	100,0

---

#### 8.1.6.4 A alimentação materna.

Sobre os hábitos alimentares que deveriam ser observados pela lactante, 87,4% delas no HC da UFPR e 95,5% na Maternidade A opinaram que o leite materno dependia, de alguma forma, da alimentação da mãe. Os comentários sobre a explicação das causas da alimentação que podem influir no leite materno, apresentados pelas mães encontram-se no Quadro 13.

QUADRO 13. Porcentagem de respostas da influência da alimentação da mãe no leite materno no HC da UFPR e na Maternidade A, entrevista inicial.

Local:	HC-UFPR %	Maternidade A %
Respostas:		
"Se a mãe comer, tem leite"	46,7	47,8
"Tudo passa no leite"	18,7	15,9
Proibições de determinados alimentos	15,3	25,0
Não depende da alimentação	9,3	4,5
Sem explicação	4,7	2,3
Tem dúvidas a respeito	3,3	4,5
Outros	2,0	0,0
Total	100,0	100,0

As mães que disseram que "tudo passa no leite", no HC da UFPR, 8,0% destacaram entre elas as vitaminas e 0,7% os medicamentos, na Maternidade A 6,8% se referiram às vitaminas. Algumas mães na Maternidade A, 2,3%, lembraram que o álcool passa no leite materno.

#### 8.1.6.5 O pai e a amamentação.

O posicionamento do pai em relação à amamentação foi investigado segundo a opinião das mães. Entre as respostas, obteve-se que 49,9% dos pais no HC da UFPR e 59,1% na Maternidade A iriam dar apoio e citavam qualidades do leite materno .

QUADRO 14. Posição dos pais, na opinião das mães, a respeito da amamentação, no HC da UFPR e na Maternidade A, entrevista inicial.

Local Respostas	HC-UFPR %	Maternidade A %
Apoio devido qualidades leite materno	49,9	59,1
Não conversaram a respeito	12,7	6,8
Pai ausente	12,0	15,9
Pai indiferente	8,7	2,3
Motivos econômicos	5,3	9,1
Não respondeu	3,3	4,5
Ser contra mamadeira	2,7	0,0
Ser à favor da mamadeira	2,0	0,0
Ter atitudes positivas	1,3	2,3
Dar exemplos positivos	1,3	0,0
Outros	3,4	2,3
Total	100,0	100,0

Dentro das respostas apresentadas como atitudes positivas, destacam-se que eles apoiavam e pretendiam ajudá-las a vencer problemas que pudessem surgir durante a amamentação, "comprando vitaminas".

#### 8.1.6.6 Motivos pelos quais o lactente abandona a amamentação, segundo a mãe.

Para as lactantes o motivo de abandono do seio materno seria principalmente por oferecimento da mamadeira, 24,0% no HC da UFPR e 27,3% na Maternidade e de outros alimentos 7,4% no HC da UFPR e 2,3% na Maternidade A. A mãe não querer dar o seio foi a resposta dada por 15,3% delas no HC da UFPR e 15,9% na Maternidade A.

---

QUADRO 15. Porcentagem de motivos para o bebê largar o seio, apresentados pelas mães no HC da UFPR e na Maternidade A, entrevista inicial.

---

Local: Motivos:	HC-UFPR		Maternidade A	
	n	%	n	%
Não sabe	52	34,6	14	31,8
Oferecer a mamadeira/outro alimento	47	31,4	13	29,6
"Mãe não quer amamentar"	23	15,3	7	15,9
"Bebê quer mais"	8	5,4	5	11,4
Outros	20	13,3	5	11,4
Total	150	100,0	44	100,0

---

## 8.2 RESULTADO DO SEGUIMENTO DE 120 DIAS

Apresentam-se, nesta parte, os resultados obtidos no acompanhamento longitudinal de 120 dias após o parto. Analisou-se a associação das variáveis independentes com o aleitamento materno aos 120 dias, em cada instituição comparando-se as duas maternidades entre si.

Das 93 mães que foram acompanhadas com retornos agendados mensalmente na puericultura, 53,8% compareceu regularmente sem apresentar uma única falta, 25,6% delas apresentou pelo menos uma falta nas consultas marcadas e 20,6% só foram contactadas uma única vez aos 120 dias após a entrevista inicial.

Aos 120 dias, 70,9% das mães do HC da UFPR, estavam amamentando seus filhos, enquanto que 54,3% das mães da Maternidade A o faziam.

Ao se analisar, pela tabela de contingências, a proporção de crianças amamentadas entre as duas instituições e, estabelecendo-se que  $H_0=p_{11}=p_{21}$  e  $H_1=p_{11}>p_{21}$ , obteve-se que a amamentação associou-se às mães do HC da UFPR, com odds ratio de 2,06, CI de (0,88-4,79), com valor de  $p=0,06$ . Estes dados fornecem evidências a favor de  $H_1$ , ou seja associou a amamentação ao fato das mães terem seus filhos no HC da UFPR. Neste local a proporção de crianças amamentadas aos 120 dias foi realmente superior ao da Maternidade A, com razoável significância.

---

QUADRO 16. Proporção de crianças amamentadas e desmamadas aos 120 dias em relação ao local de nascimento da criança.

---

Local	HC da UFPR		Maternidade A		p
	n	%	n	%	
Amamentadas	83	70,9	19	54,3	0,06
Desmamadas	34	29,1	16	45,7	
Total	117	100,0	35	100,0	

---

p = nível de significância

### 8.2.1. Duração estimada do aleitamento materno

Para se usar todos os elementos da amostra, inclusive das mães para as quais não se obteve informação completa aos 120 dias, por perda de contato, utilizou-se o método de análise de sobrevivência, derivado de KAPLAN-MEIER (1958) para estimar a mediana e a média de duração do aleitamento materno para as populações iniciais (n=150 e n=44).

QUADRO 17. Duração estimada do aleitamento materno. HC da UFPR e Maternidade A.

	(*) Leite Materno Predominante		(**) Leite Materno	
	Média dias	Mediana dias	Média dias	Mediana dias
HC da UFPR	88,62	105,00	108,09	126,00
Maternidade A	80,27	90,00	82,94	(***)

(\*) Leite exclusivo e predominantemente materno= leite materno com ou sem chá.

(\*\*) Leite materno= leite materno e outro tipo de alimento

(\*\*\*) = não foi, tecnicamente, possível calcular

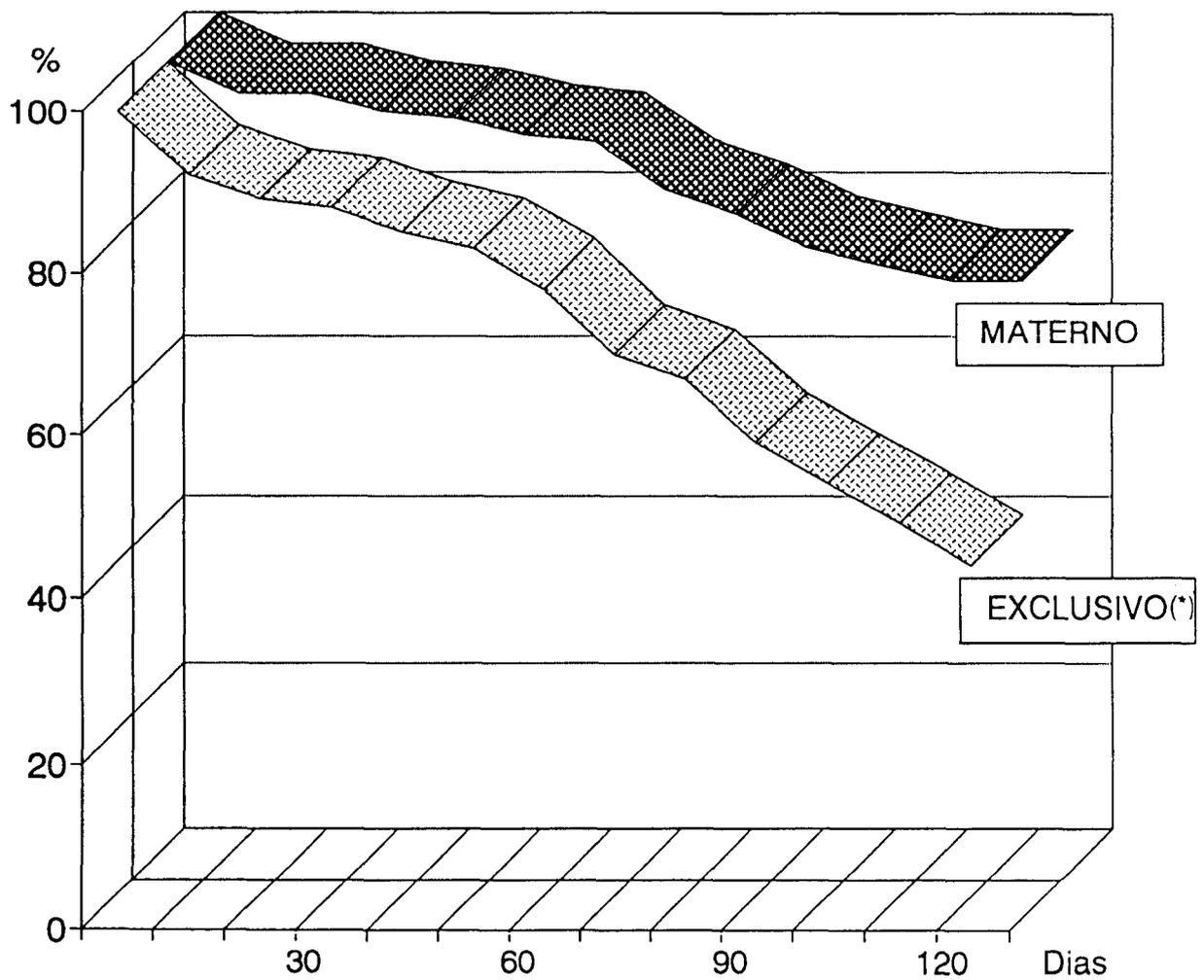
Para as mães do HC da UFPR a mediana amostral de duração do aleitamento exclusivo e predominantemente materno foi de 105 dias e do aleitamento materno de 126 dias.

Na Maternidade A a mediana amostral de duração do aleitamento exclusivo e predominantemente materno foi de 90 dias. Não foi possível calcular a mediana amostral da duração do aleitamento materno, mas a média foi de 83 dias.

Para testar se a diferença encontrada entre as amostras era significativa, foram utilizados os testes de Log Rank e Wilcoxon. Obteve-se que, ao se comparar as duas populações, quanto à média de duração do aleitamento materno, o cálculo entre as médias estimadas para o aleitamento materno, pelo método Wilcoxon, resultou em qui-quadrado de 4,13 com  $p=0,04$  e pelo Log Rank em qui-quadrado de 4,53 com  $p=0,03$ . Estes dados forneceram evidências favoráveis ao aleitamento materno no HC da UFPR.

Não se encontrou significância entre as médias para o aleitamento exclusivo e predominantemente materno, com qui-quadrado de 0,89 e  $p=0,36$ . As curvas obtidas estão no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 - DURAÇÃO ESTIMADA DO ALEITAMENTO MATERNO E DO ALEITAMENTO PREDOMINANTEMENTE MATERNO HC DA UFPR



(\*) = predominantemente materno

Observando-se que houve diferença entre o aleitamento materno no HC da UFPR e na Maternidade A, optou-se por analisar a associação do aleitamento, nas duas entidades, às variáveis independentes analisadas.

### 8.2.2. Características sócio-demográficas

Ao final dos 120 dias a distribuição da população, segundo as características sócio-demográficas, está na Tabela 5.

TABELA 5. Distribuição da população aos 120 dias segundo características sócio-demográficas, no HC da UFPR e Maternidade A

	HC da UFPR		Maternidade A		p
	n	%	n	%	
<b>Idade materna</b>					
=< 15 anos	10	8,5	2	5,7	0,92
16-19 anos	21	17,9	7	20,0	
20-29 anos	58	49,7	21	60,0	
>= 30 anos	28	23,9	5	14,3	
<b>Cor</b>					
Branca	89	76,1	27	77,1	0,89
Parda	22	18,8	8	22,9	
Negra	6	5,1	0	0,0	
<b>Estado Civil</b>					
Casada	101	86,3	28	80,0	0,36
Solteira	16	13,7	7	20,0	
<b>Escolaridade da mãe</b>					
=< 4 anos	44	37,6	9	25,7	0,19
5-8 anos	54	46,2	20	57,2	
9-12 anos	17	14,5	6	17,1	
> 12 anos	2	1,7	0	0,0	
<b>Renda familiar</b>					
< 0,5 s.m.p.c	51	43,6	5	14,3	0,0016
>= 0,5 s.m.p.c.	66	56,4	30	85,7	
<b>Situação da habitação</b>					
Própria	39	33,3	13	37,2	0,67
Cedida	34	29,1	11	31,4	
Alugada	31	26,5	9	25,7	
Invasa	13	11,1	2	5,7	
<b>Constituição familiar</b>					
Nuclear	69	59,0	23	65,8	0,47
Extendida	48	41,0	12	34,2	
<b>Intenção de Trabalhar fora</b>					
Sim	86	57,3	25	56,8	0,93
Não	60	40,0	18	40,9	
Não sabe	4	2,7	1	2,3	
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	

s.m.p.c. = salário mínimo per capita

p = nível de significância

Usando-se as tabelas de contingências 2x2, analisaram-se as variáveis estudadas em relação à proporção de crianças amamentadas aos 120 dias.

Comparou-se a proporção de crianças amamentadas e desmamadas segundo as variáveis estudadas nas amostras populacionais dos dois hospitais, primeiro individualmente, em cada uma das instituições e após, comparando-os entre si, estratificando-se as variáveis.

TABELA 6. Odds ratio de aleitamento materno, no HC da UFPR e na Maternidade A, segundo as variáveis sócio-demográficas.

Variável/local	Odds ratio	CI	p
<b>Idade materna - anos</b>			
HC (>19 vs =<19)	1,51	(0,57 - 3,94)	ns
A (>19 vs =<19)	1,70	(0,20 - 10,63)	ns
<b>Cor da mãe</b>			
HC (brancas vs outras)	0,97	(0,34 - 2,70)	ns
A (brancas vs outras)	0,31	(0,04 - 2,23)	ns
<b>Estado civil</b>			
HC(casadas vs solteiras)	1,13	(0,28 - 3,91)	ns
A (casadas vs solteiras)	3,86	(0,50 - 45,56)	ns
<b>Escolaridade mãe-(*)anos</b>			
HC (>4 vs =<4)	2,47	(1,01 - 6,06)	p=0,02
A (>4 vs =<4)	0,93	(0,16 - 5,51)	ns
<b>Renda familiar -(**s.m.p.c.)</b>			
HC (<=0,5 vs >0,5)	1,63	(0,66 - 4,03)	ns
A (<=0,5 vs >0,5)	4,00	(0,34 -209,87)	ns
<b>Situação habitação</b>			
HC(própria vs outros)	0,62	(0,25 - 1,53)	ns
A (própria vs outros)	4,81	(0,85 - 33,48)	p=0,04
<b>Constituição familiar</b>			
HC(nuclear vs estendida)	1,99	(0,82 - 4,83)	p=0,09
A (nuclear vs estendida)	1,30	(0,26 - 6,61)	ns
<b>Intenção voltar trabalhar fora</b>			
HC (não vs sim )	0,97	(0,39 - 2,43)	ns
A (não vs sim )	3,78	(0,71 - 21,84)	p=0,07

CI = Limites de confiança 95% (Cornfield) para Odds Ratio

HC = Hospital de Clínicas da UFPR

A = Maternidade A

ns =  $p > 0,1$  = não significativa

(\*) = escolaridade em anos de estudo

(\*\*s.m.p.c.) = salário mínimo per capita

TABELA 7. Odds ratio de aleitamento materno comparando HC da UFPR e a Maternidade A aos 120 dias pelas variáveis sócio-demográficas

Característica (HC vs A)	Odds Ratio	CI	p
<b>Idade</b>			
Mães com menos 19 anos	2,27	(0,39-13,78)	ns
Mães com mais 19 anos	2,01	(0,73- 5,50)	ns
<b>Cor</b>			
Mães brancas	2,61	(0,99- 6,92)	p=0,03
Mãe outras	0,83	(0,07- 6,15)	ns
<b>Estado civil</b>			
casadas x casadas	1,61	(0,61- 4,18)	ns
solteiras x solteiras	5,50	(0,58-71,07)	p=0,09(**)
<b>Escolaridade</b>			
<= 4 anos	1,16	(0,22- 5,98)	ns
> 4 anos	3,05	(1,07- 8,80)	p=0,01
<b>Renda familiar</b>			
< 0,5 s.m.p.c.	0,81	(0,02- 9,35)	ns
>=0,5 s.m.p.c.	2,00	(0,76- 5,30)	ns
<b>Habitação</b>			
Própria	0,54	(0,08- 2,60)	ns
Outras	4,19	(1,40-12,72)	p=0,003
<b>Família</b>			
Nuclear	2,55	(0,84- 7,75)	p=0,06
Extendida	1,67	(0,39- 7,09)	ns
<b>Intenção de voltar trabalhar fora</b>			
Sim	3,37	(1,05-10,97)	p=0,02
Não	0,87	(0,17- 3,68)	ns

(\*\*) = teste exato de Fisher

CI = intervalo de confiança de Cornfield 95%

ns =  $p > 0,1$  = não significativa

p = nível de significância

### 8.2.2.1. Idade das mães e aleitamento materno aos 120 dias

QUADRO 18. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e idade materna no HC da UFPR e Maternidade A.

Local: Idade materna	HC da UFPR n=117		Maternidade A n= 35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
=<19 anos	24,1	32,4	21,1	31,3
> 19 anos	75,9	67,6	78,9	68,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Ao se comparar a proporção de crianças amamentadas aos 120 dias, nas duas instituições isoladamente, considerando-se a idade das mães, não se observou associação em nenhuma das faixas etárias pesquisadas. O mesmo fato foi observado quando se comparou as duas maternidades.

### 8.2.2.2 Cor das mães e aleitamento materno aos 120 dias

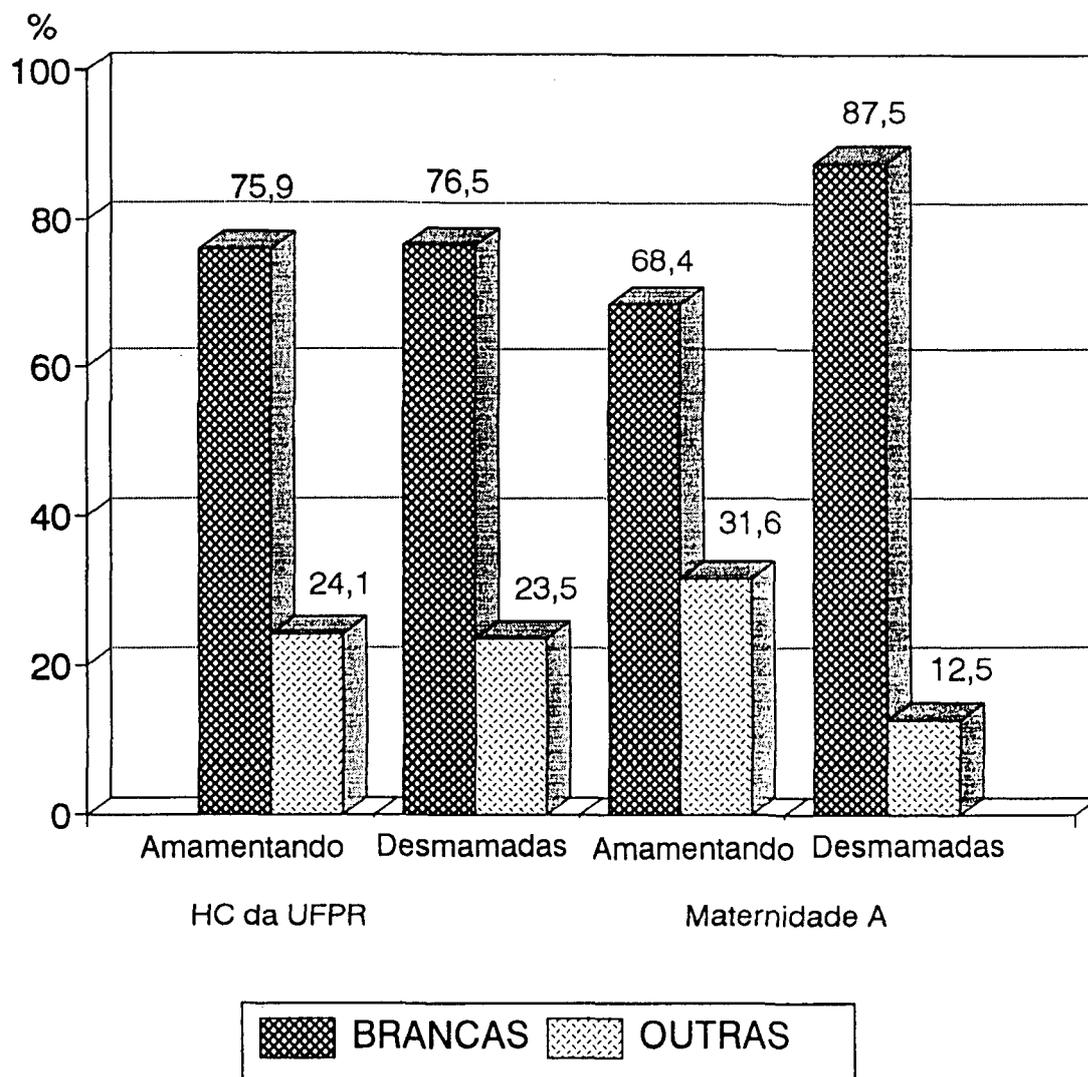
As mães de raça branca e de outras etnias comportaram-se de forma semelhante quanto à amamentação na população do HC da UFPR. Não foi possível avaliar adequadamente a de mães negras, pois estas eram em pequeno número na amostra.

QUADRO 19. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e a cor das mães, HC daUFPR e Maternidade A.

Local	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
Cor da mãe				
Branca	75,9	76,5	68,4	87,5
Parda	18,1	20,6	31,6	12,5
Negra	6,0	2,9	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Ao se comparar a proporção de crianças amamentadas, de mães de cor branca do HC da UFPR e da Maternidade A, obteve-se maior proporção de crianças de mães brancas sendo amamentadas no HC da UFPR, com odds ratio de 2,61, CI de (0,99-6,92) e  $p=0,03$ .

**GRÁFICO 2 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E A COR DAS MÃES (brancas e outras)**



### 8.2.2.3. Estado civil e aleitamento materno aos 120 dias

A situação da mulher quanto ao seu estado civil, no HC da UFPR e na Maternidade A, não foi associada à amamentação aos 120 dias. Porém, maior proporção de crianças amamentadas de mães solteiras do HC da UFPR foi observada, quando comparada com a proporção de crianças amamentadas, com a mesma característica, na Maternidade A, com odds ratio de 5,50, CI de (0,58-63,48) e  $p=0,09$  (teste exato de Fischer).

---

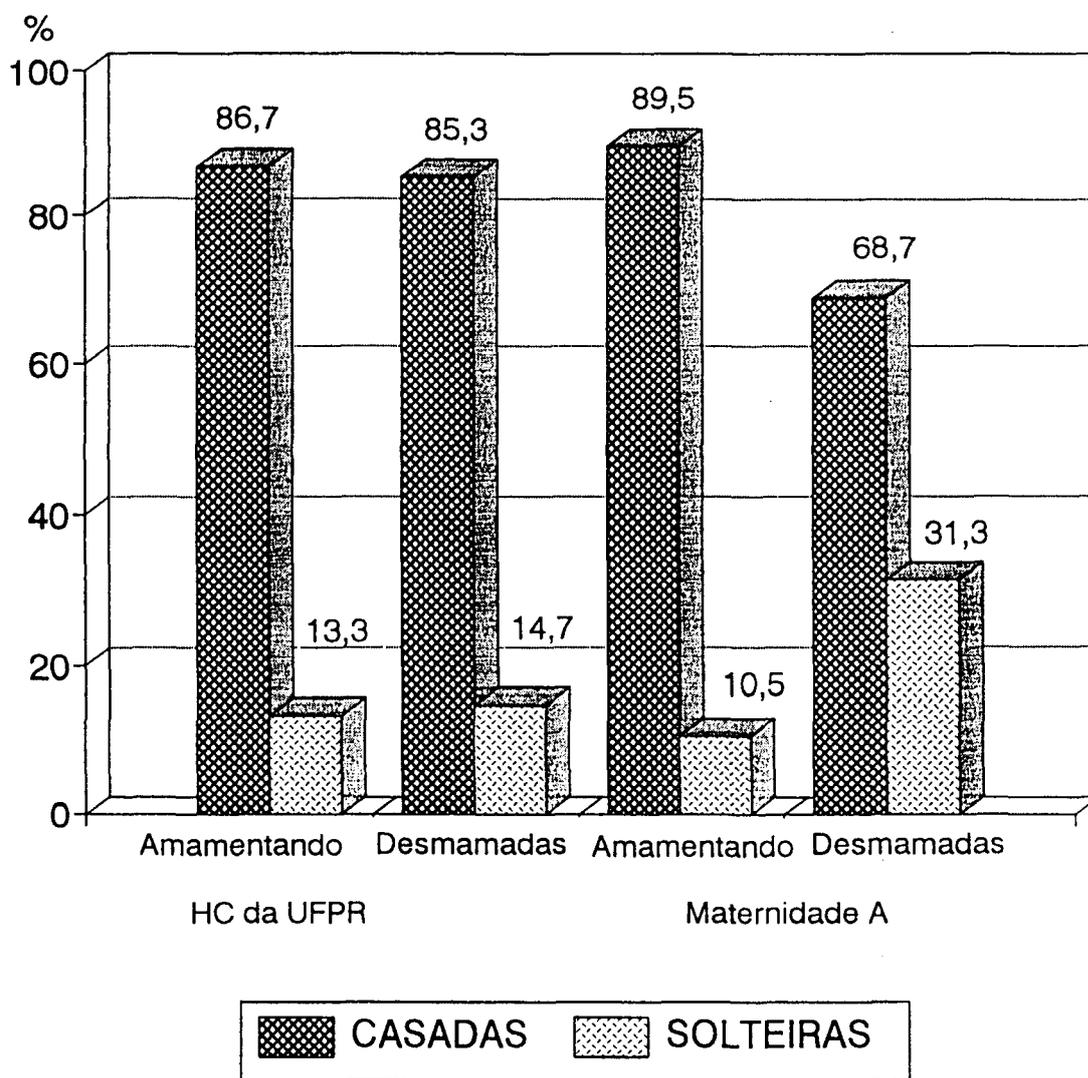
QUADRO 20. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e estado civil no HC da UFPR e na Maternidade A.

---

Local:	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
Estado civil				
Casadas	86,7	85,3	89,5	68,7
Solteiras	13,3	14,7	10,5	31,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

---

**GRÁFICO 3 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E O ESTADO CIVIL MATERNO**



#### 8.2.2.4. Relação entre o aleitamento materno aos 120 dias e escolaridade materna no HC da UFPR e na Maternidade A.

A distribuição das mães em relação à escolaridade está no Quadro 21, abaixo.

QUADRO 21. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e escolaridade materna no HC da UFPR e na Maternidade A

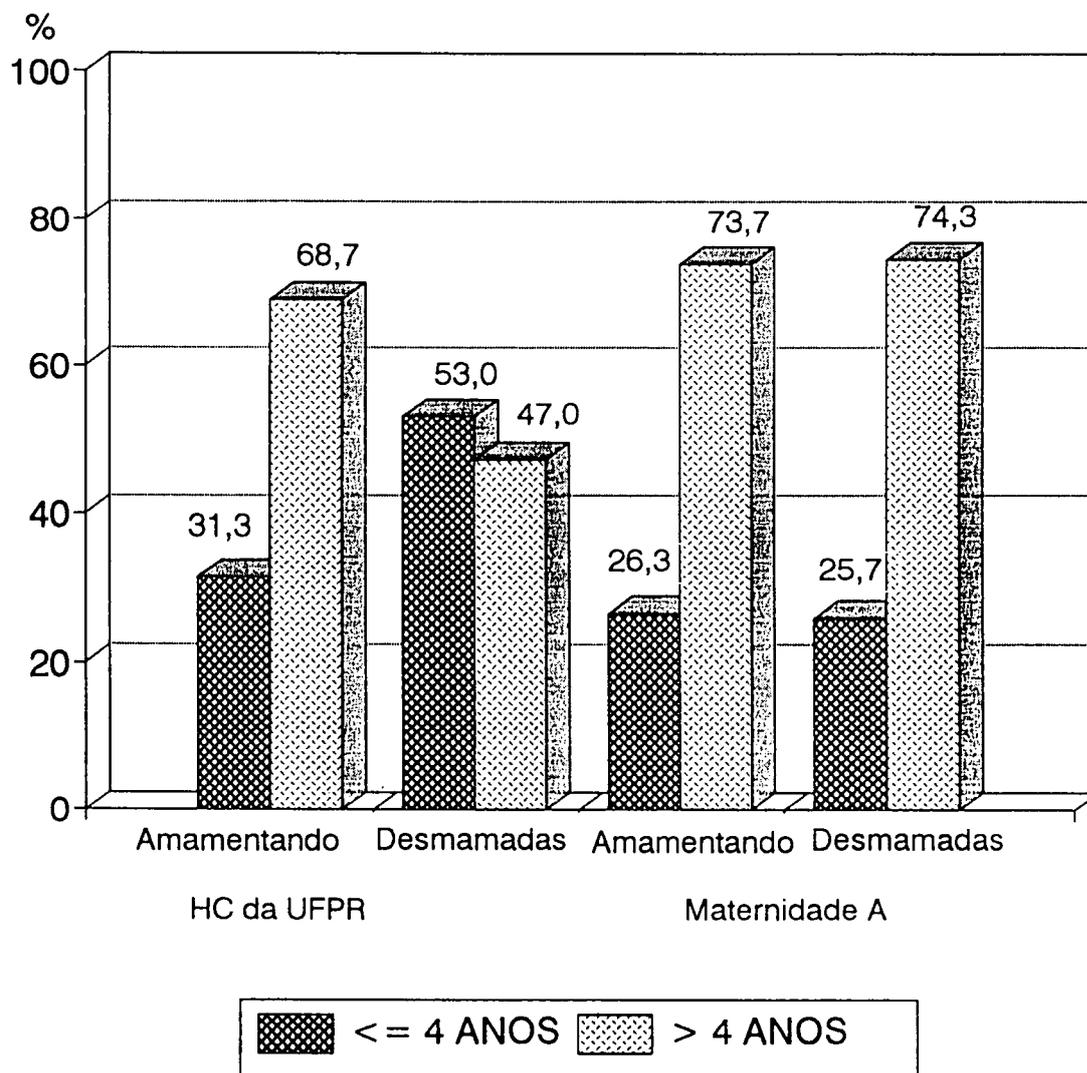
Local:	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
Escolaridade:				
<=4 anos	31,3	53,0	26,3	25,7
5 a 8 anos	50,6	35,3	57,9	56,2
9 a 12anos	16,9	8,8	15,8	18,8
>12 anos	1,2	2,9	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Aos 120 dias observou-se maior proporção de crianças amamentadas, no HC da UFPR, de mães com maior escolaridade, (mais de 4 anos de estudo), quando comparadas com a proporção de crianças amamentadas de mães com menor escolaridade (com 4 ou menos anos de estudo), com odds ratio de 2,47, CI de (1,01-6,06) e  $p=0,02$ .

Na Maternidade A não se observou associação entre a amamentação e a escolaridade materna.

Ao se comparar a proporção de crianças amamentadas de mães com 5 ou mais anos de estudo no HC da UFPR, em relação à Maternidade A, com as mesmas características, observou-se maior proporção de crianças amamentadas no HC da UFPR, com odds ratio de 3,05, CI de (1,07-8,80) e  $p=0,01$ .

GRÁFICO 4 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E A ESCOLARIDADE MATERNA ( menor e igual a 4 e maior de 4 anos de estudo)



### 8.2.2.5. Relação entre crianças amamentadas aos 120 dias e renda familiar

Não houve associação entre renda familiar e amamentação aos 120 dias, nas populações estudadas, como se pode observar nas Tabelas 6 e 7.

QUADRO 22. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e renda familiar. HC da UFPR e Maternidade A.

Local:	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
S.M.P.C.				
< 0,5	47,0	35,3	21,1	6,3
>=0,5	53,0	64,7	78,9	93,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

S.M.P.C. = salário mínimo per capita

### 8.2.2.6 Relação entre aleitamento materno aos 120 dias e situação do domicílio

Encontrou-se, aos 120 dias, a seguinte situação, em relação ao aleitamento materno e moradia.

QUADRO 23. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e situação de domicílio, HC da UFPR e Maternidade A.

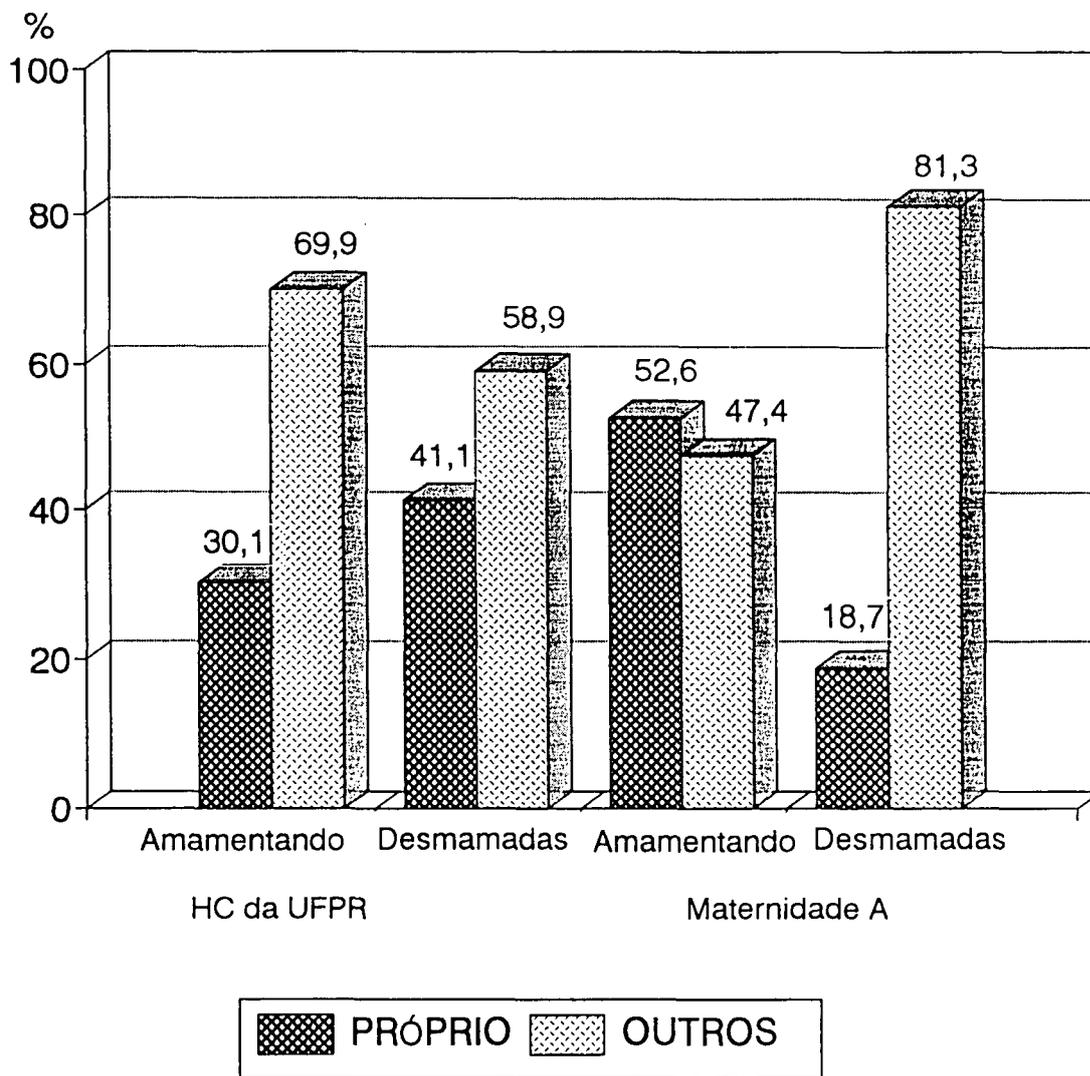
Local: Moradia:	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
Própria	30,1	41,1	52,6	18,7
Alugada	28,9	20,6	15,8	37,5
Cedida	27,7	32,4	31,6	31,3
Invadida	13,3	5,9	0,0	12,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Não se observou associação entre o tipo de habitação ocupada pelas mães e amamentação, na população do HC da UFPR.

Na Maternidade A observou-se maior proporção de crianças amamentadas quando as mães tinham moradia própria, em comparação com a proporção de crianças amamentadas morando em outros tipos de moradia (invasão, alugada ou cedida), com odds ratio de 4,81, CI de (0,84-30,73) e  $p=0,04$ .

Não foi possível fazer a comparação, quanto ao domicílio em terreno de invasão, devido ao pequeno número de mães moradoras neste tipo de habitação, na Maternidade A.

**GRÁFICO 5 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO (próprio e outros).**



**8.2.2.7 Relação entre aleitamento materno aos 120 dias e a constituição da família, HC da UFPR e Maternidade A.**

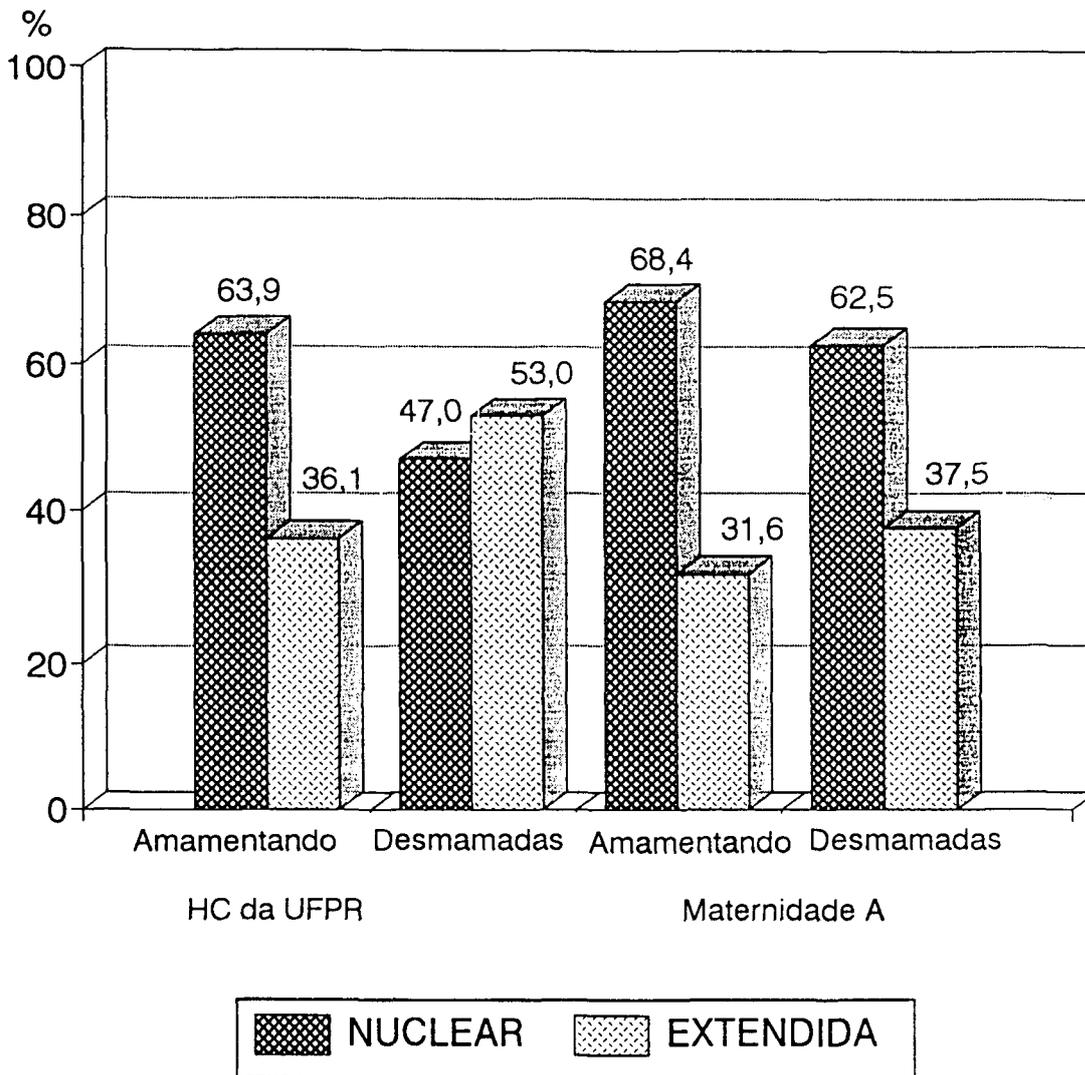
QUADRO 24. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e a constituição familiar. HC da UFPR e Maternidade A.

Local: Família:	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
Nuclear	63,9	47,0	68,4	62,5
Extendida	36,1	53,0	31,6	37,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Ao se comparar os dois tipos de famílias, nuclear e extendida, aos 120 dias, observou-se associação da amamentação, nas mães do HC da UFPR, quando as famílias eram constituídas somente de pai/mãe/filhos, ou mãe/filhos, isto é, famílias nucleares, ao compará-las às famílias que tinham mais parentes morando junto com, Odds ratio de 1,99, CI de (0,82-4.83) e  $p=0,09$ , (Tabela 6).

Ao se comparar as mães do HC da UFPR, convivendo em famílias nucleares, com as mães da Maternidade A, na mesma situação, observou-se maior proporção de crianças amamentadas em famílias nucleares no HC da UFPR do que na Maternidade A, com odds ratio de 2,55, CI de (0,84-7,75) e  $p=0,06$ , (Tabela 7).

GRÁFICO 6 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E A CONSTITUIÇÃO FAMILIAR (nuclear e expandida).



### 8.2.2.8 Relação entre aleitamento aos 120 dias e intenção da mãe de trabalhar fora, HC da UFPR e Maternidade A.

No HC da UFPR não se observou associação entre a intenção de trabalhar fora e amamentação. Na Maternidade A ocorreu associação entre a amamentação e a intenção de trabalhar fora, encontrando-se associação favorável à amamentação quando a mãe não tinha intenção de trabalhar fora de seu domicílio, com odds ratio de 3,78 e  $p=0,07$ .

Encontrou-se maior proporção de crianças amamentadas aos 120 dias no HC da UFPR, quando as mães tinham intenção de trabalhar fora, ao se comparar com a proporção de crianças amamentadas aos 120 dias na Maternidade A, com a mesma característica, com odds ratio de 3,37, CI de (1,05-10,97) e  $p=0,02$ .(Tabela 7).

---

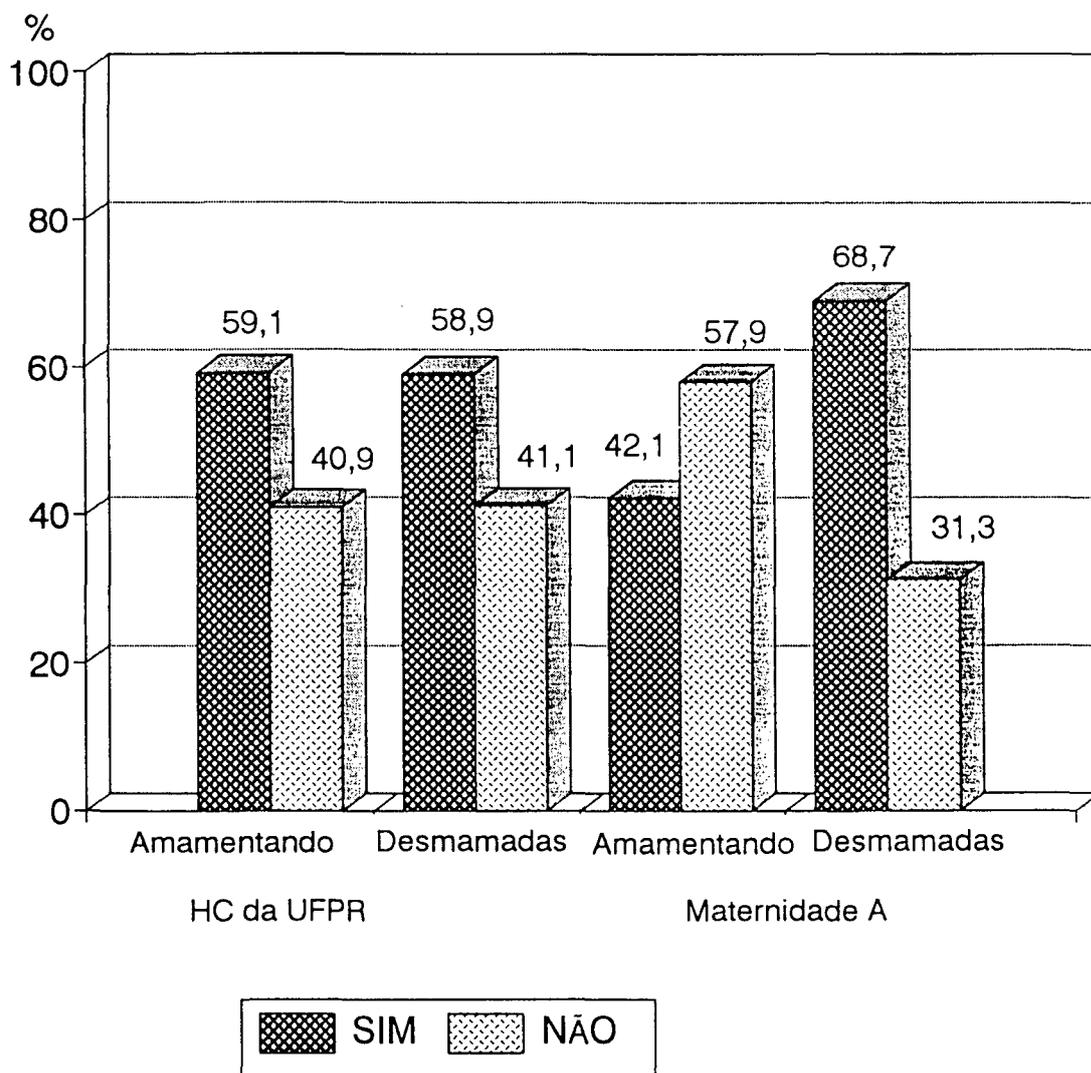
QUADRO 25. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e intenção de trabalhar fora. HC da UFPR e Maternidade A.

---

Local:	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
Intenção de trabalhar fora:				
Sim	59,1	58,9	42,1	68,7
Não	37,3	38,2	57,9	25,0
Outros	3,6	2,9	0,0	6,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

---

**GRÁFICO 7 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E INTENÇÃO DE TRABALHAR FORA (sim e não).**



### 8.2.3. Características de pré-natal e parto, aos 120 dias.

A distribuição das mães, aos 120 dias, e as características do pré-natal, parto e do aleitamento materno, apresentam-se na Tabela 8.

TABELA 8. Distribuição da população aos 120 dias e características relacionadas ao pré-natal e parto no HC da UFPR e na Maternidade A.

	HC da UFPR		Maternidade A		p
	n	%	n	%	
Realização pré-natal					
sim	111	94,2	35	100,0	ns
não	6	5,9	0	0,0	
Nº consultas					
< 6	19	16,2	7	20,0	0,60
>=6	98	83,8	28	80,0	
Intercorrências no pré-natal					
não	78	66,7	29	82,9	0,06
sim	39	33,3	6	17,1	
Paridade					
multíparas	69	59,0	20	57,1	0,84
primíparas	48	41,0	15	42,9	
Tipo parto					
normal/forceps		76		21	0,59
cesárea	41	35,1	14	40,0	
Total	117	100,0	35	100,0	

p=nível de significância  
ns = não significativo

O Odds ratio do aleitamento materno e variáveis de pré-natal e a paridade estão na

Tabela 9.

TABELA 9. Odds ratio de aleitamento materno, aos 120 dias, no HC da UFPR e Maternidade A, e variáveis de parto e pré -natal.

Variável	Odds ratio	CI	p
<b>Pré-natal</b>			
HC (sim vs não)	1,23	(0,11 - 9,09)	ns
A (sim vs não)	(*)	(*)	(*)
<b>Número de consultas</b>			
HC (<6 vs >=6)	1,18	(0,36 - 4,56)	ns
A (<6 vs >=6)	2,50	(0,33 -29,50)	ns
<b>Intercorrências no pré-natal</b>			
HC (não vs sim)	0,78	(0,30 - 1,99)	ns
A (não vs sim)	8,18	(0,73-407,91)(**)	p=0,05
<b>Paridade</b>			
HC (multíparas vs primíparas)	1,99	(0,82 - 4,83)	p=0,09
A (multíparas vs primíparas)	2,79	(0,57 -14,22)	ns
<b>Tipo de parto</b>			
HC(cesárea vs normal)	2,68	(0,97 - 7,66)	p=0,04
A (cesárea vs normal)	0,75	(0,15 - 3,59)	ns

CI = intervalo de confiança - 95%

p = nível de confiança

(\*) = todas as mães da Matr. A fizeram pré natal

\*\* = Cornfield não acurado, usado limite exato de Mehta/Pathel/Gray

ns = p > 0,1 = não significativo

A comparação de crianças amamentadas aos 120 dias entre as duas instituições, segundo as variáveis , estão na Tabela 10.

**TABELA 10.** Odds ratio do aleitamento materno aos 120 dias entre HC da UFPR e Maternidade A e variáveis de pré-natal e parto

Variável	Odds ratio	CI	p
Mães com pré-natal HC vs A	2,08	(0,89 - 4,88)	0,06
Número de consultas ≥6 HC vs A	2,38	(0,93 - 6,12)	0,04
< 6 HC vs A	1,12	(0,08 - 10,20)(*)	ns
Intercorrências no pré-natal sim HC vs A	14,50	(1,30-708,56)(*)	p=0,01
não HC vs A	1,38	(0,51 - 3,66)	ns
Paridade Multíparas HC vs A	1,78	(0,53 - 5,91)	ns
Primíparas HC vs A	2,50	(0,66 - 9,67)	ns
Tipo de parto cesárea HC vs A	4,86	(1,08 - 22,83)	p=0,01
normal HC vs A	1,36	(0,46 - 4,04)	ns

ns = não significativo

(\*)= limite de confiança exato de Mehta/Pathel/Gray

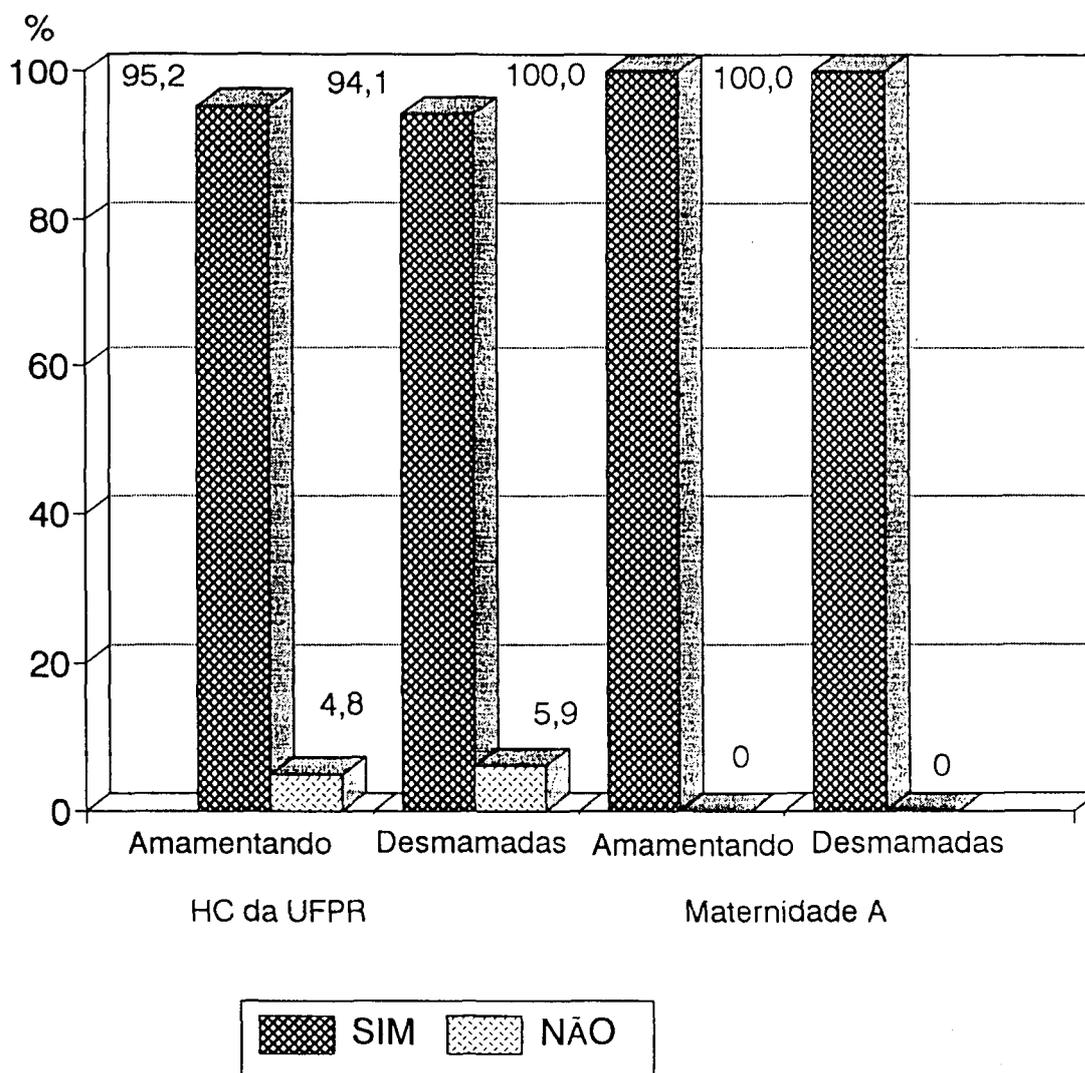
### 8.2.3.1. Relação entre o aleitamento materno e realização do Pré-natal no HC da UFPR e Maternidade A

QUADRO 26. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e pré-natal. HC da UFPR e Maternidade A

Local:	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentados n=83 %	Desmamados n=34 %	Amamentados n=19 %	Desmamados n=16 %
Pré Natal:				
Sim	95,2	94,1	100,0	100,0
Não	4,8	5,9	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Observou-se que a proporção de crianças amamentadas, aos 120 dias, no HC da UFPR, com pré-natal, foi maior do que a proporção de crianças amamentadas na Maternidade A, com odds ratio de 2,08, CI de (0,89-4,88) e  $p=0,06$ , devendo este resultado ser considerado com cuidado pois na Maternidade A todas as mães haviam feito o pré-natal.

**GRÁFICO 8 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E REALIZAÇÃO DO PRÉ NATAL ( sim e não).**



---

QUADRO 27. Odds ratio do aleitamento materno quanto as características do local da realização do Pré-Natal, no HC da UFPR, fora do HC da UFPR e na Maternidade A.

---

Local:	Odds Ratio	CI	p
Mães com Pré-Natal HC vs A	2,08	(0,89-4,88)	p=0,06
Mães do HC com Pré-Natal no HC vs Pré fora HC	1,57	(0,61-4,00)	ns
Mães do HC com Pré-Natal Fora HC vs mães A	1,55	(0,54-4,48)	ns
Mães do HC com Pré-Natal no HC vs mães A	2,44	(0,96-6,19)	p=0,03

---

CI = intervalo de confiança de Cornfield 95%

p = nível de significância.

ns =  $p > 0,1$  = não significativo

A proporção de crianças amamentadas de mães que fizeram pré-natal no HC da UFPR não foi muito diferente das mães do HC da UFPR que fizeram o pré-natal fora da instituição.

Maior associação com o aleitamento materno no HC da UFPR, foi observada quando a mãe havia realizado o pré natal dentro no HC da UFPR ao compará-las com a proporção de crianças amamentadas na Maternidade A, com odds ratio de 2,44, CI de (0.96-6,19) e  $p=0,03$ , existindo associação positiva entre a variável realização do pré-natal no HC da UFPR e o aleitamento materno.

### 8.2.3.2. Relação entre aleitamento materno e número de consultas no Pré-Natal, HC da UFPR e Maternidade A

As mães segundo o número de consultas realizadas no pré-natal tiveram a seguinte distribuição segundo Quadro 28.

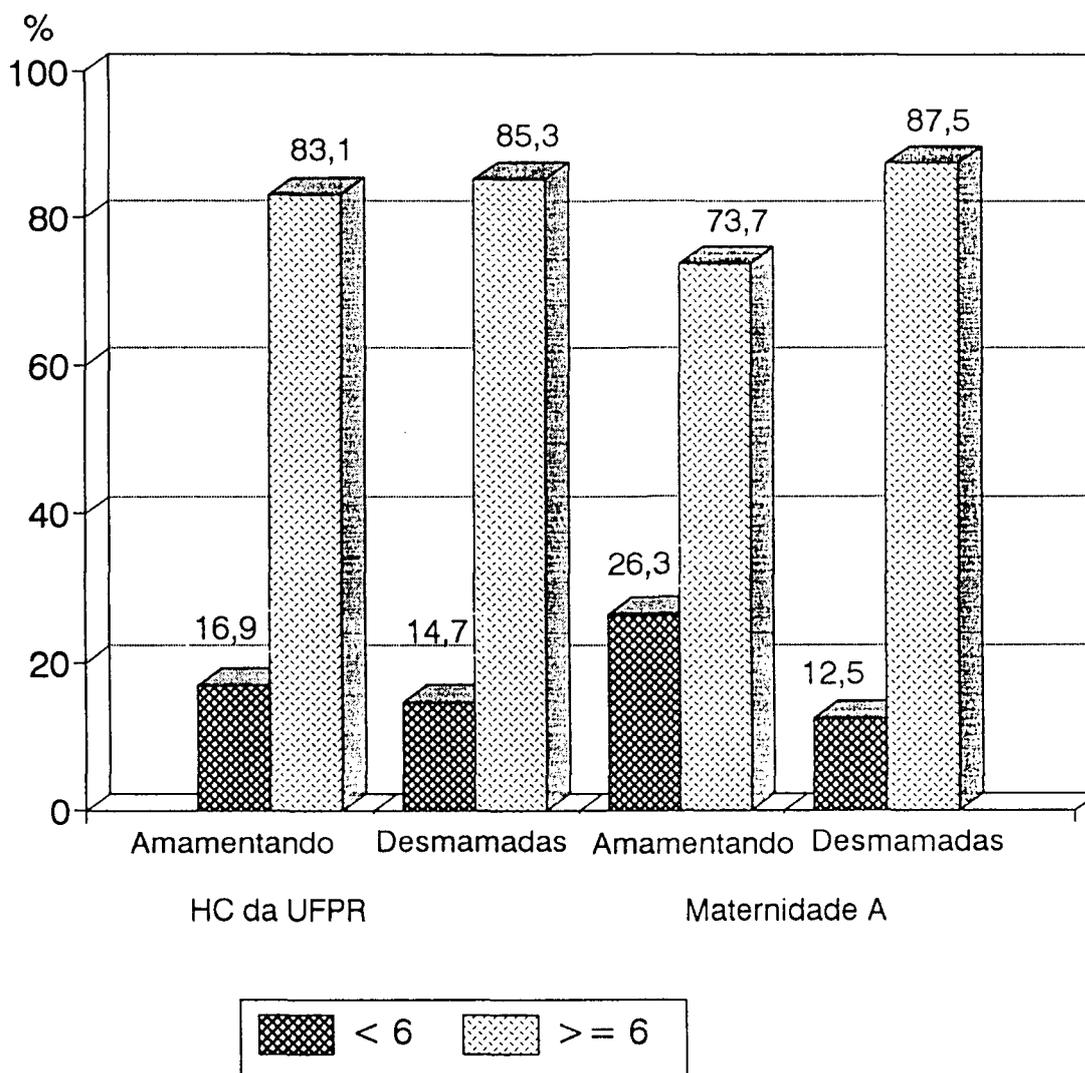
QUADRO 28. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e número de consultas. HC da UFPR e Maternidade A.

Local	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
Número de Consultas				
< 6	16,9	14,7	26,3	12,5
>=6	83,1	85,3	73,7	87,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

O número de consultas maior ou igual a 6 não se associou à amamentação tanto na população do HC da UFPR quanto na população da Maternidade A, quando estudadas isoladamente.

Maior proporção de crianças amamentadas foi observada no HC da UFPR em relação à proporção de crianças amamentadas da Maternidade A, quando as mães tinham comparecido a 6 ou mais consultas durante o pré-natal, com odds ratio de 2,38, CI de (0,93-6,12) e  $p=0,04$ , (Tabela 10).

GRÁFICO 9 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E NÚMERO DE CONSULTAS .



### 8.2.3.3. Relação entre o aleitamento materno aos 120 dias e intercorrências no pré-natal. HC da UFPR e Maternidade A

Em relação ao aleitamento materno aos 120 dias e intercorrências no pré-natal obteve-se:

QUADRO 29. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e intercorrências no pré-natal, HC da UFPR e Maternidade A

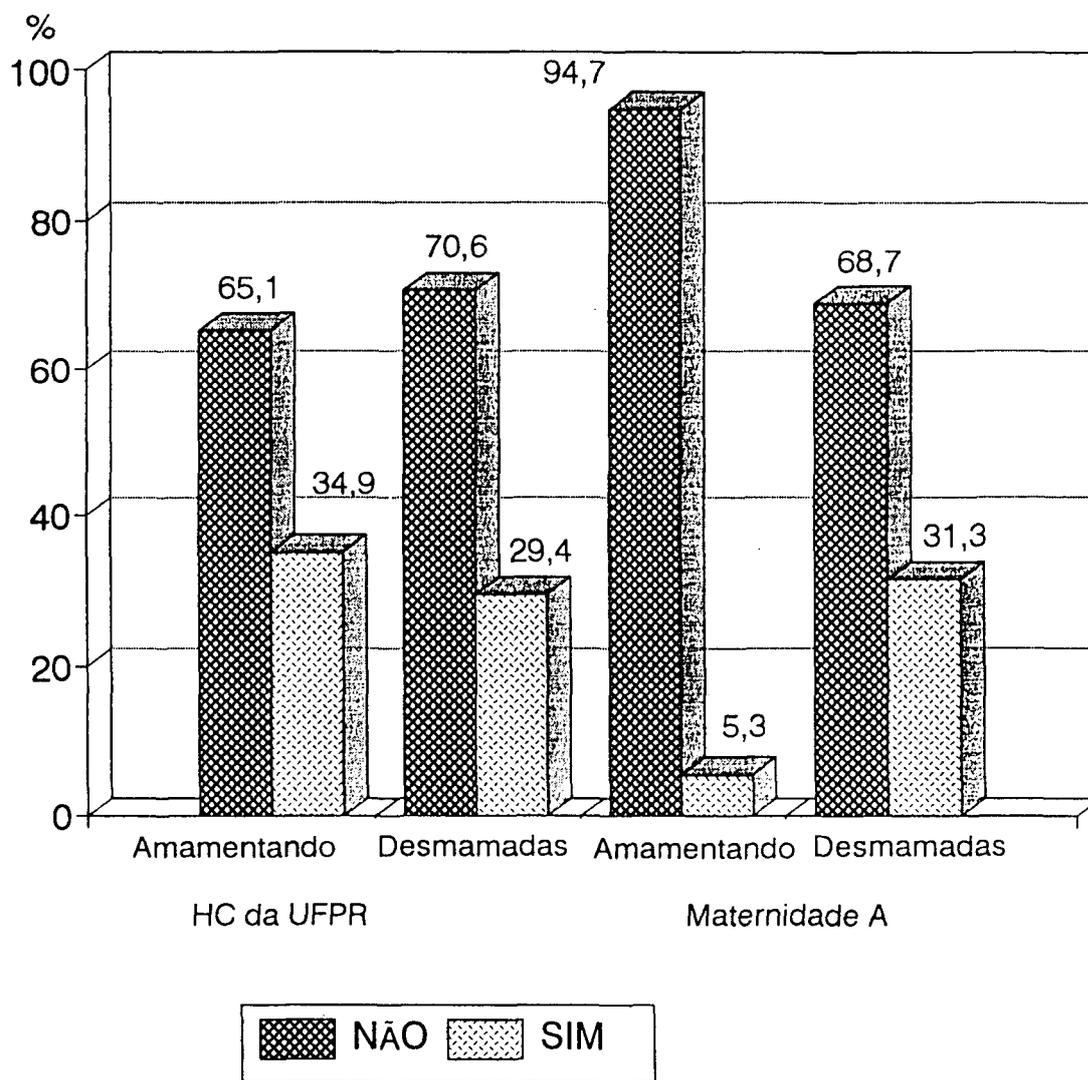
Local:	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
Intercorrências:				
Não	65,1	70,6	94,7	68,7
Sim	34,9	29,4	5,3	31,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

No HC da UFPR não se observou associação entre a amamentação e o fato da mãe ter tido intercorrências no pré-natal (Tabela 9).

Na Maternidade A observou-se maior proporção de crianças amamentadas quando a mãe não apresentou intercorrências no pré-natal, quando comparadas com mães que tiveram intercorrências, com odds ratio de 8,18, CI de (0,73-407,91) (Mehta/Pathel/Gray) e  $p=0,06$  (teste exato de Fisher).(Tabela 9).

Maior proporção de crianças amamentadas, aos 120 dias, foi observada no HC da UFPR, em relação à Maternidade A, quando as mães tiveram intercorrências no pré natal, com odds ratio de 14,5, CI de (1,32-708,56) e  $p=0,01$ .(Tabela 10).

GRÁFICO 10 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ NATAL (sim e não).



#### 8.2.3.4. Relação entre o aleitamento materno aos 120 dias e paridade, no HC DA UFPR e Maternidade A

A distribuição segundo o tipo de aleitamento que as crianças estavam recebendo, aos 120 dias, e paridade encontra-se no quadro abaixo.

QUADRO 30. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e paridade. HC da UFPR e Maternidade A.

Local:	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
Paridade:				
Múltiparas	63,9	47,1	68,4	43,8
Primíparas	36,1	52,9	31,6	56,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

A proporção de crianças amamentadas de mães múltiparas, foi maior do que a proporção de crianças amamentadas de mães primíparas, dentro da população do HC da UFPR, com odds ratio de 1,99, CI de (0,82-4,83), porém com  $p=0,09$  (Tabela 9). Na Maternidade A não se observou tal associação.

Quando se analisou as mães segundo o número de filhos, maior proporção de crianças amamentadas, aos 120 dias foi observada quando as mães tinham apenas 2 filhos quando comparadas com a proporção de crianças amamentadas de mães com maior número de filhos no HC da UFPR, com odds ratio de 2,64, CI de (0,91-8,05) e  $p=0,05$  (Quadro 31).

A amamentação prevalece no HC da UFPR, quando se comparam as mães, com dois filhos, das duas instituições, com Odds de 4,29, CI de (0,87-22,10) e p=0,03. (Quadro 31).

---

QUADRO 31. Comparação de crianças amamentadas aos 120 dias de mães com dois filhos, HC da UFPR e Maternidade A

---

Local/Paridade	Odds Ratio	CI	p
Mães do HC 2 filhos vs >2 filhos	2,64	(0,91- 8,05)	p=0,05
Mães com 2 filhos HC vs A	4,29	(0,87-22,10)	p=0,03

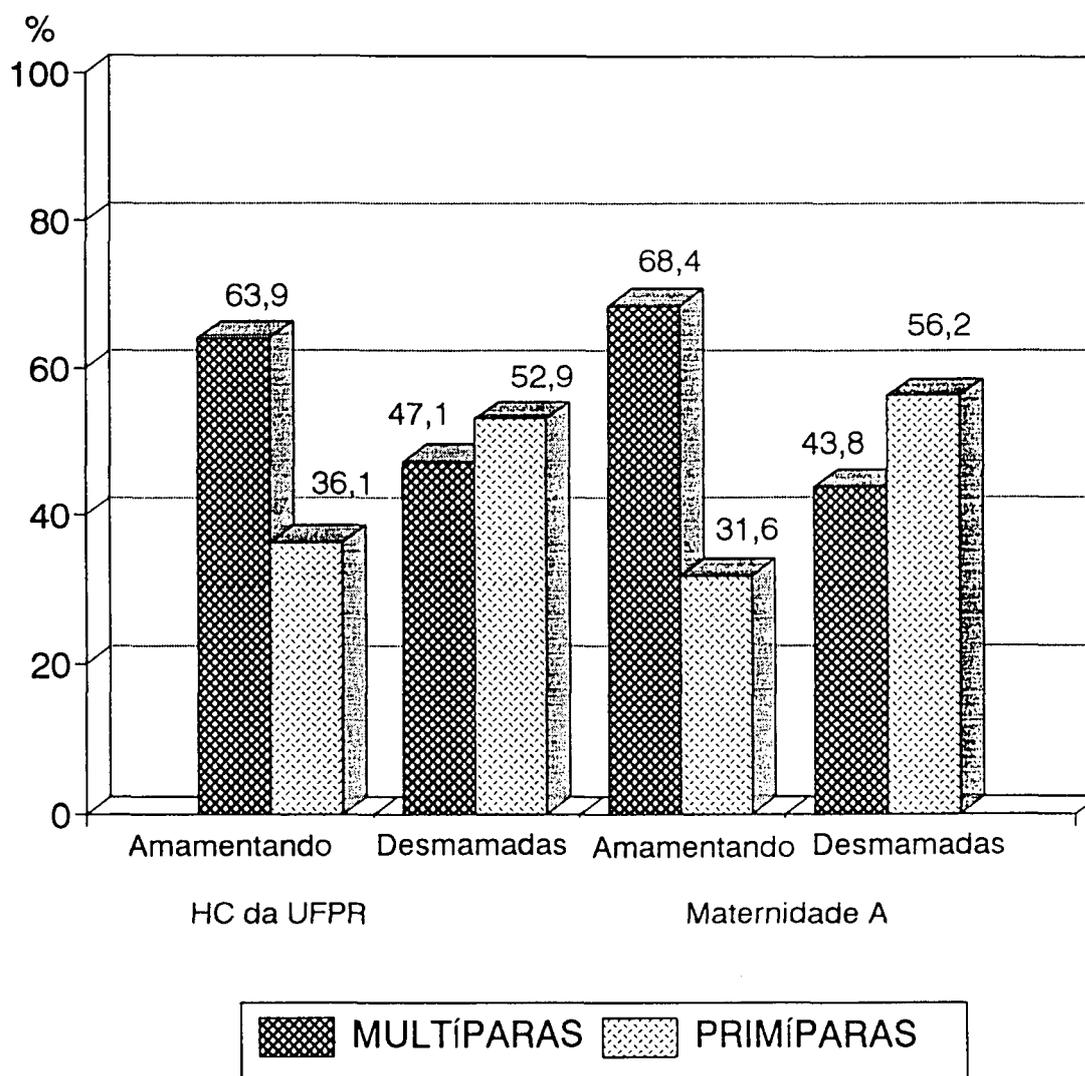
---

OR = Odds ratio

CI = intervalo de Confianças de Cornfield 95 %

p = nível de significância

GRÁFICO 11 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E A PARIDADE (multiparas e primiparas).



**8.2.3.5. Relação entre aleitamento materno aos 120 dias e tipo de parto, HC da UFPR e Maternidade A.**

QUADRO 32. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e tipo de parto. HC da UFPR e Maternidade A.

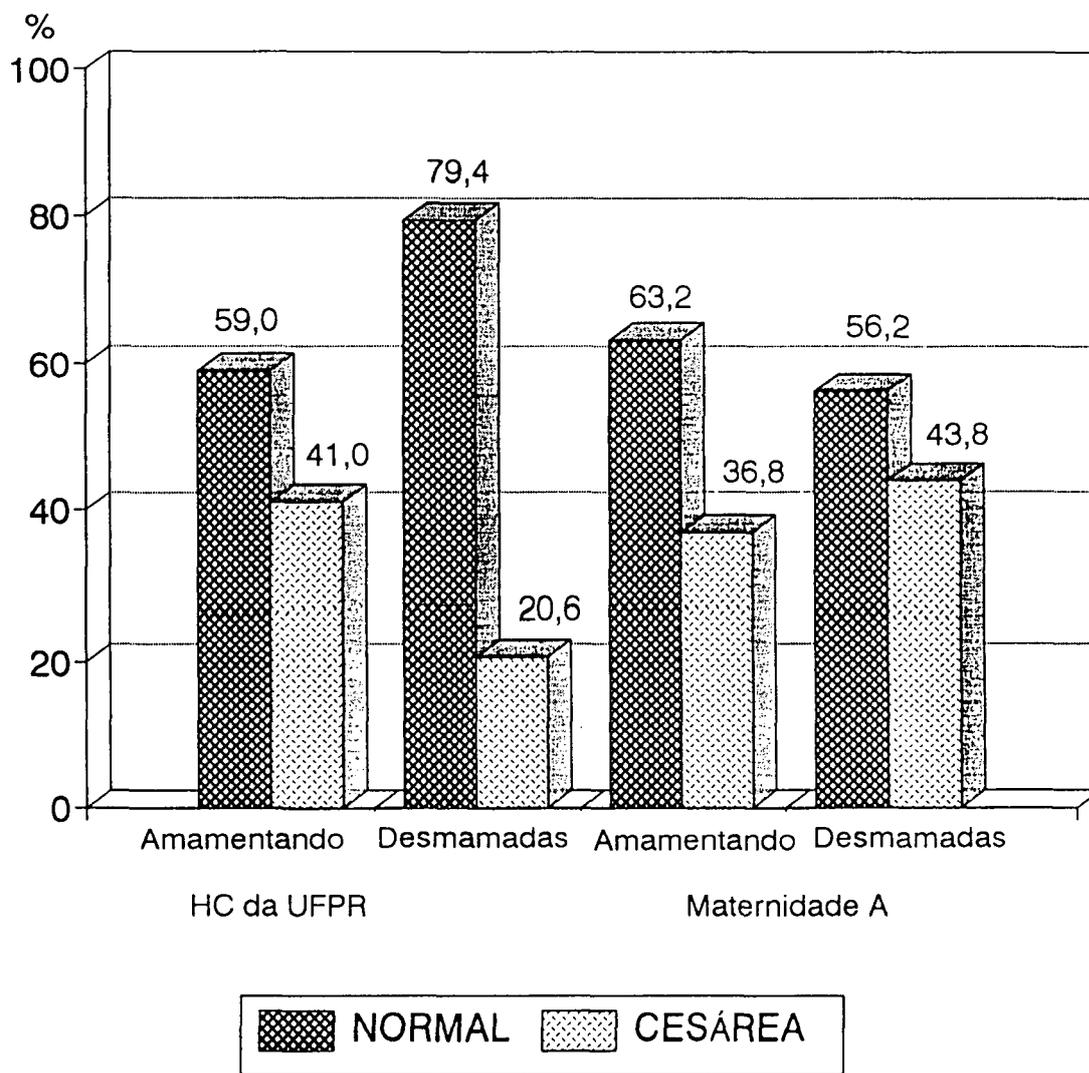
Local:	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
Parto:				
Normal	57,8	73,5	63,2	56,2
Cesárea	41,0	20,6	36,8	43,8
Forceps(*)	1,2	5,9	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

(\*) = para cálculo da odds ratio foram agrupadas com parto normal

No HC da UFPR, a cesárea mostrou associação com a amamentação com odds ratio de 2,68, CI de (0,97-7.66) e com  $p=0,04$ . Na Maternidade A não se observou tal associação.

Maior proporção de crianças amamentadas de parto do tipo cesáreo foi observada no HC da UFPR em relação a Maternidade A, com odds ratio de 4,86, CI de (1,08-22,83) e  $p=0,02$ , (Quadro 32).

GRÁFICO 12 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E O TIPO DE PARTO (normal e cesárea).



#### 8.2.4. Características relacionadas à amamentação

A distribuição da população, aos 120 dias, segundo as características de amamentação, ficou com o perfil que se segue:

TABELA 11. Distribuição da população e características da amamentação aos 120 dias. HC da UFPR e Maternidade A

	HC da UFPR		Maternidade A		p
	n(*)	%	n(*)	%	
Intenção de amamentar	117	100,0	35	100,0	ns
Experiência Anterior					
>=4 meses	36	52,2	7	35,0	0,35
< 4 meses	33	47,8	13	65,0	
Primeira mamada horas após parto					
>=4 horas	102	87,2	28	80,0	0,23
< 4 horas	15	12,8	7	20,0	
Problemas para amamentar					
não	59	50,4	22	62,8	0,22
sim	56	47,9	12	34,2	
outros	2	1,7	1	3,0	
Total	117	100,00	35	100,0	

ns = não significativo

(\*)refere-se somente às multiparas

p= nível de significância

TABELA 12. Odds ratio e aleitamento materno aos 120 dias e características da amamentação. HC da UFPR e Maternidade A.

	Odds Ratio	CI	p
Experiência anterior			
HC(>=4 vs <4)	3,10	(0,83 -12,11)	p=0,05
A (>=4 vs <4)	5,14	(0,37-149,76)	ns
Horas após parto para 1ª amamentação			
HC(<4 vs >=4)	2,97	(0,61 -28,45)**	ns
A (<4 vs >=4)	2,50	(0,33- 29,70)**	ns
Problemas para amamentar			
HC (sim vs não)	1,27	(0,53 - 3,07)	ns
A (sim vs não)	2,02	(0,39 -10,81)	ns

\*\* = Cornfield não exato, usou-se limite exato de Mehta/Pathel/Gray.

ns =  $p > 0,1$  = não significativo

Na Tabela 13 encontram-se os dados de odds ratio entre as duas maternidades.

TABELA 13. Odds Ratio e aleitamento materno aos 120 dias entre mães do HC da UFPR e Maternidade A e características de amamentação

	Odds Ratio	CI	p
Experiência anterior			
HC vs A			
< 4 meses	1,71	(0,37- 7,71)**	ns
>=4 meses	1,03	(0,02-12,12)**	ns
Horas após parto			
HC vs A			
>=4 horas	2,19	(0,86- 5,57)	p=0,06
< 4 horas	2,60	(0,18-43,45)**	ns
Com problemas para amamentar			
HC vs A	2,96	(0,69-13,35)	p=0,08(*)
Sem problemas para amamentar			
HC vs A	1,86	(0,59 - 5,85)	ns

OR = Odds Ratio

CI = intervalo de Confiança de Cornfield 95%

p = nível de significância

ns =  $p > 0,1$  = não significativo

(\*) = Teste exato de Fisher

(\*\*) = Cornfield não exato, usou-se limite exato de Mehta.

#### 8.2.4.1. A intenção da mãe em amamentar, ao nascimento, e a prática de amamentação, aos 120 dias.

No HC da UFPR, 6,9% das mães tinham abandonado o aleitamento materno no primeiro mês. Estes índices continuam a cair até os 120 dias, quando terminou o período de observação. Na Maternidade A a queda da amamentação foi mais rápida no primeiro mês, sendo aproximadamente 3 vezes maior do que a observada no HC da UFPR, no mesmo período, tendo 17,4% das mães introduzido alimentos no primeiro mês e 26,1% no segundo, estabilizando-se entre os 90-120 dias.

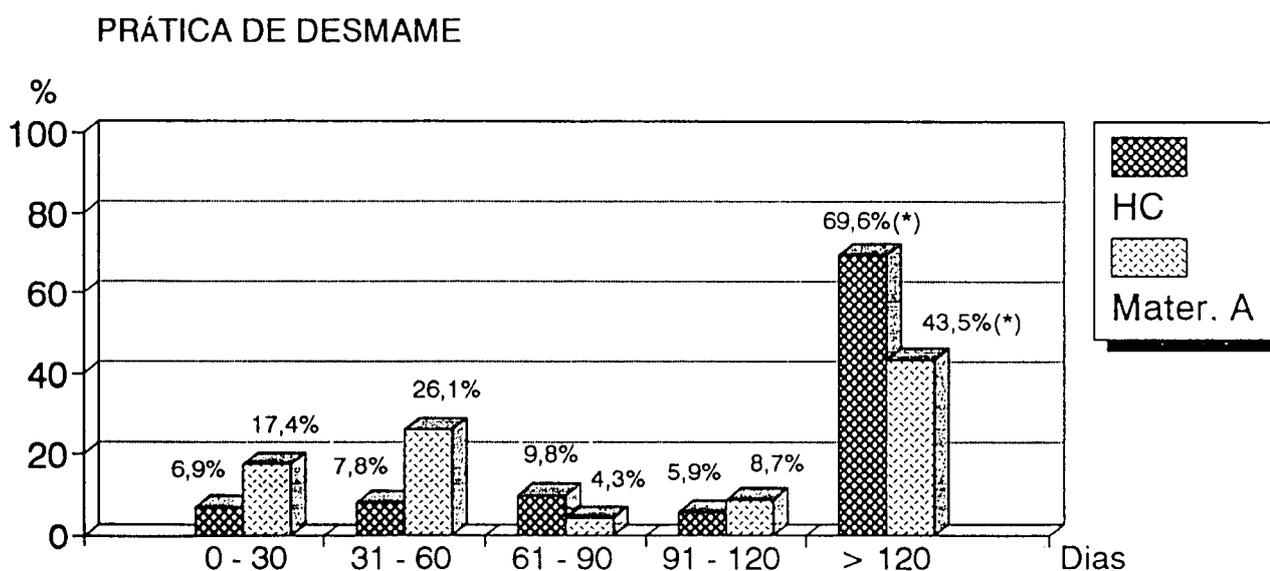
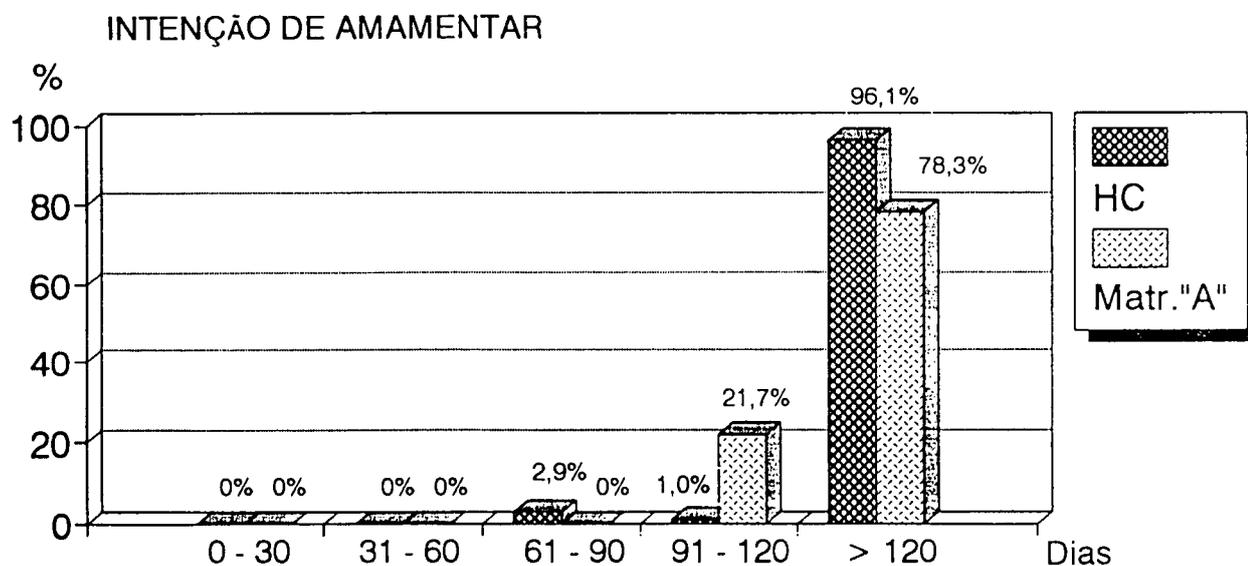
QUADRO 33. Intenção vs prática de amamentar. HC da UFPR e Maternidade A

Dias	0-30 %	31-60 %	61-90 %	91-120 %	>120 %
<b>Intenção</b>					
HC n=102(*)	0,0	0,0	2,9	1,0	96,1
A n=23 (*)	0,0	0,0	0,0	21,7	78,3
<b>Prática</b>					
HC n=102(*)	6,9	7,8	9,8	5,9	69,6
A n=23 (*)	17,4	26,1	4,3	8,7	43,5**

(\*) = foram excluídas as mães que não expressaram a intenção, não sabiam quanto tempo iriam amamentar.

\*\*=ainda amamentando aos 120 dias

GRÁFICO 13 - INTENÇÃO VS PRÁTICA DE AMAMENTAÇÃO. HC DA UFPR E MATERNIDADE A.



(\*) = ainda amamentando aos 120 dias

**8.2.4.2 Relação entre o aleitamento materno aos 120 dias e experiência prévia de amamentação, HC da UFPR e Maternidade A.**

QUADRO 34. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e experiência anterior, HC da UFPR e Maternidade A

Local:	HC da UFPR n=69(*)		Maternidade A n=20(*)	
	Amamentadas n=53(*) %	Desmamadas n=16(*) %	Amamentadas n=13(*) %	Desmamadas n= 7(*) %
Experiência prévia:				
< 4 meses	41,5	68,7	53,8	85,7
>=4 meses	58,5	31,3	46,2	14,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

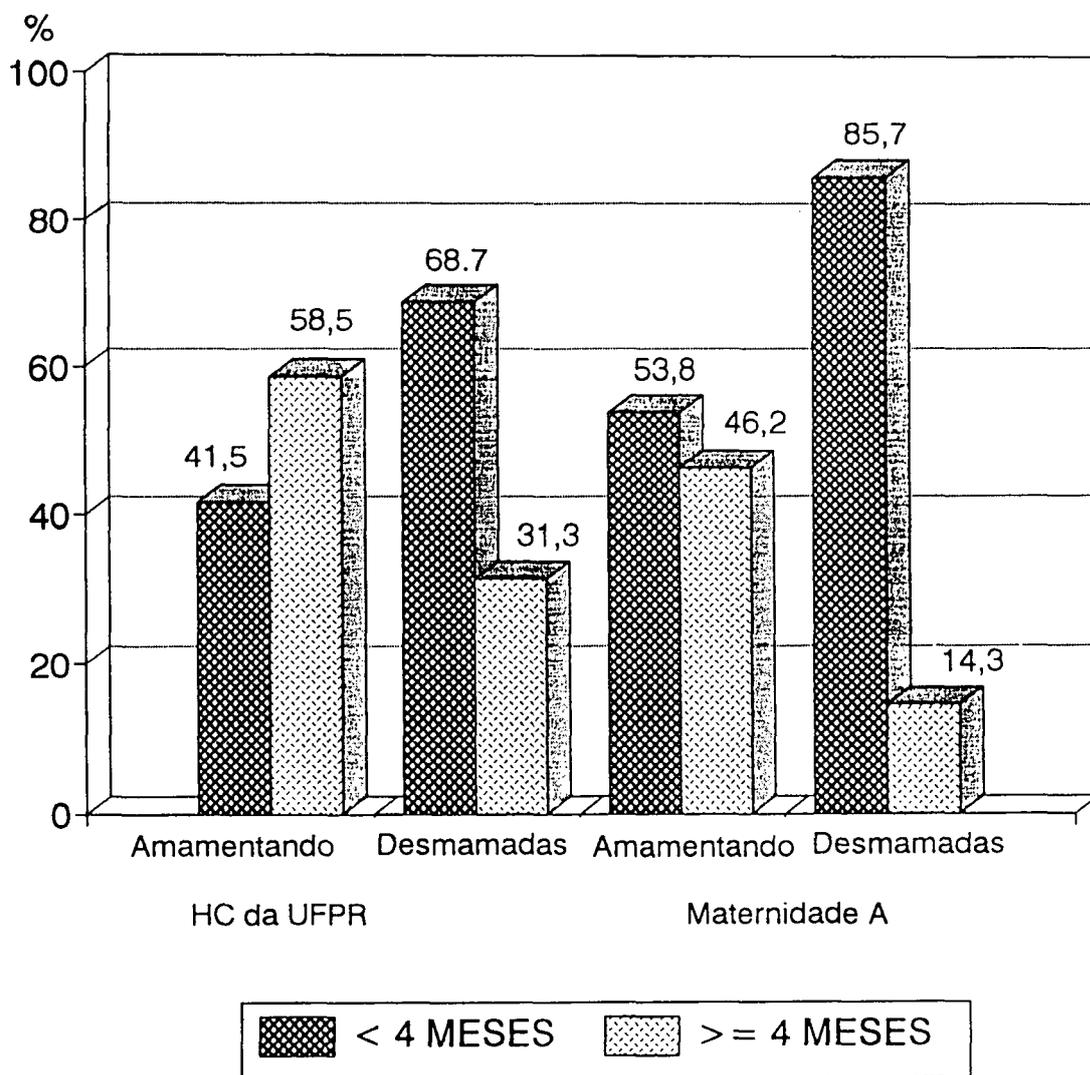
(\*) = somente mães multíparas

Maior proporção de crianças amamentadas ao seio foi observada, no HC da UFPR, quando a mãe tinha experiência positiva anterior em amamentação; com Odds ratio de 3,10, CI de (0,83-12,22) e p=0,05.

Na Maternidade A não se observou associação significativa (Tabela 12).

Não foram observadas diferenças entre as duas entidades quando comparadas entre si, (Tabela 13).

**GRÁFICO 14 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E A EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM AMAMENTAR (menor de 4 meses e maior/igual a 4 meses).**



**8.2.4.3 Relação entre aleitamento materno aos 120 dias e o intervalo entre o parto e a primeira mamada, HC da UFPR e Maternidade A.**

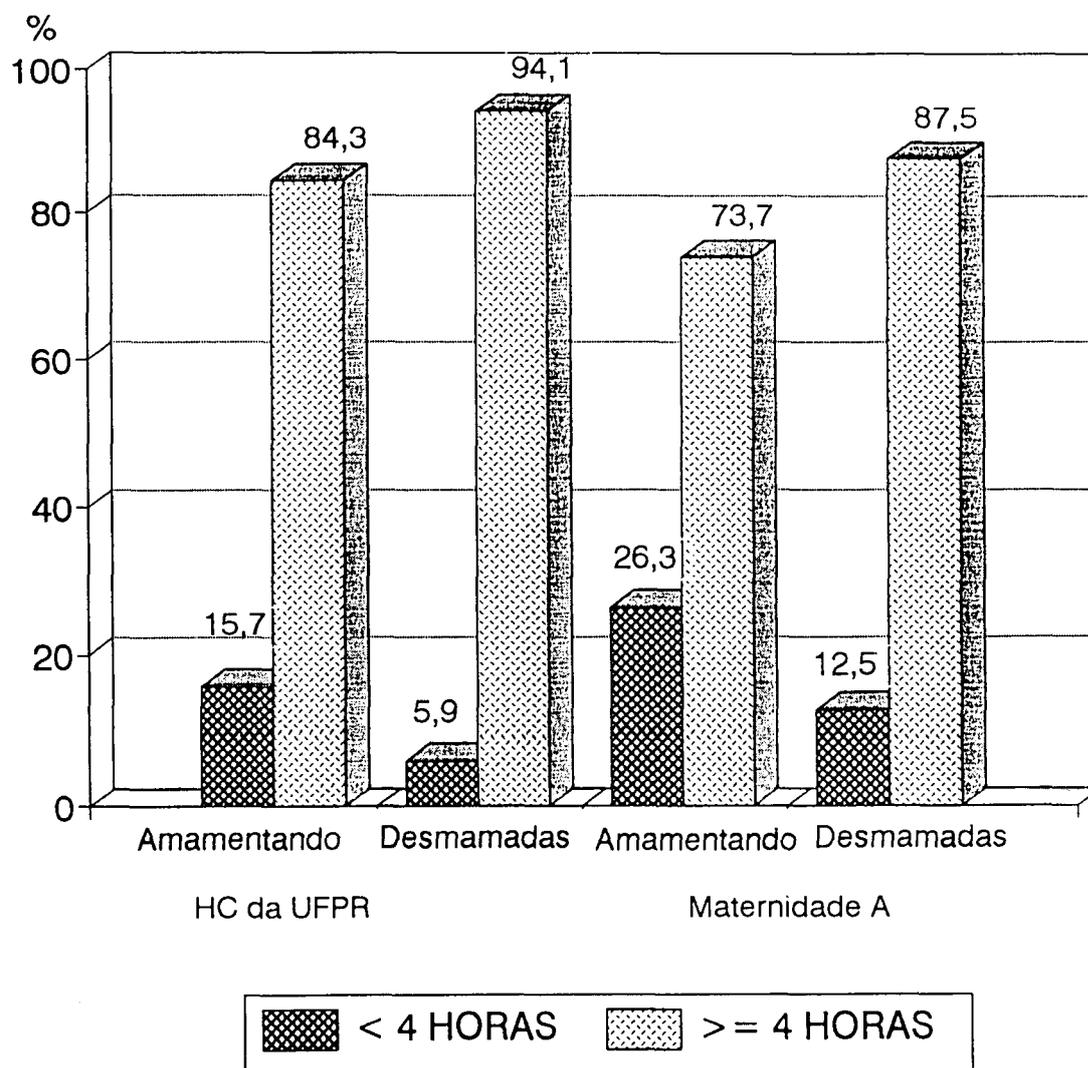
QUADRO 35. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e o intervalo entre o parto e a primeira mamada, HC da UFPR e Maternidade A

Local:	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83 %	Desmamadas n=34 %	Amamentadas n=19 %	Desmamadas n=16 %
Intervalo:				
< 4 horas	15,7	5,9	26,3	12,5
>=4 horas	84,3	94,1	73,7	87,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Não se observou associação significativa entre a amamentação e o intervalo de tempo entre o parto e a primeira mamada nas duas maternidades, quando estudadas isoladamente. (Tabela 12).

Ao se comparar a proporção de crianças amamentadas, que vieram para ser amamentadas com mais de 4 horas de vida no HC da UFPR e na Maternidade A, encontrou-se maior proporção de crianças sendo amamentadas no HC da UFPR em relação a Maternidade A com odds ratio de 2,19, CI de (0,86-5,57) e  $p=0,06$ .

GRÁFICO 15 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E O INTERVALO ENTRE O PARTO E A PRIMEIRA MAMADA (menor de 4 e maior ou igual a 4 horas).



#### 8.2.4.4 Relação entre o aleitamento materno aos 120 dias e problemas para amamentar no período neonatal precoce

O fato de ter apresentado problemas para amamentar logo após o nascimento não se associou à amamentação significativamente, quando se analisou cada entidade em separado, (Tabela 12).

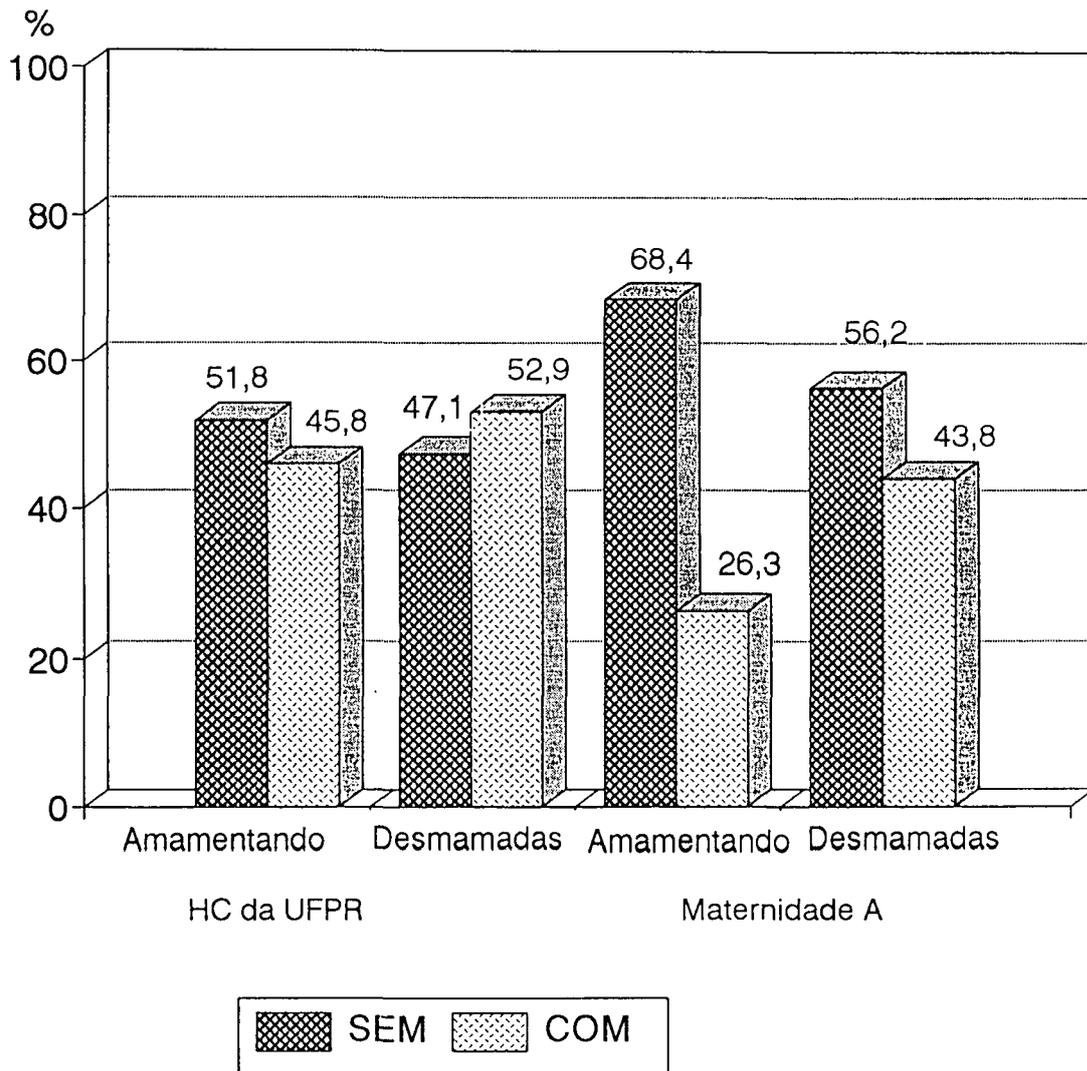
QUADRO 36. Proporção de crianças amamentadas aos 120 dias e problemas para amamentar no período neonatal precoce, HC da UFPR e Maternidade A.

Local:	HC da UFPR n=117		Maternidade A n=35	
	Amamentadas n=83	Desmamadas n=34	Amamentadas n=19	Desmamadas n=16
Problemas:	%	%	%	%
Sem	51,8	47,1	68,4	56,2
Com	45,8	52,9	26,3	43,8
Outros(*)	2,4	0,0	5,3	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

(\*) = não sabiam referir (foram excluídas do cálculo de odds ratio)

A proporção de crianças amamentadas, no HC da UFPR, quando as mães tiveram problemas para amamentar, foi maior do que na Maternidade A, com odds ratio de 2,96, CI de (0,69-13,35) e  $p=0,08$  (teste exato de Fisher), (Tabela 13).

**GRÁFICO 16 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS AMAMENTADAS AOS 120 DIAS E PROBLEMAS PARA AMAMENTAR NO PERÍODO NEONATAL PRECOCE (com e sem).**



## 8.2.5 Características relacionadas a orientação sobre amamentação

### 8.2.5.1. Relação entre o tipo de aleitamento aos 120 dias e locais onde a mãe recebeu orientação, HC da UFPR e Maternidade A.

Na Tabela 14 apresentam-se os resultados sobre a orientação em aleitamento materno recebida no HC da UFPR e na Maternidade A.

TABELA 14. Distribuição da população aos 120 dias e orientação recebida sobre aleitamento materno, no HC da UFPR e Maternidade A.

Local:	HC da UFPR		Maternidade A	
	n	%	n	%
Recebeu orientação				
SIM	102	87,2	20	57,2
NÃO	15	12,8	15	42,8
Número de locais (nº vezes) (*) onde recebeu orientação				
0	15	12,8	15	42,8
1	30	25,6	18	51,5
2	42	35,9	2	5,7
3	28	23,9	0	0,0
>3	2	1,8	0	0,0
Locais (**)				
Pré-natal	69	58,9	11	31,4
Maternidade	81	69,2	2	5,7
Puericultura	32	27,3	4	11,4
Outros	20	17,0	5	14,2
Não recebeu	15	12,8	15	42,8

(\*) = mais de um estímulo por mãe

(\*\*) = mais de um local por mãe

Não foi possível estabelecer associação entre os locais onde a mãe recebeu orientação sobre a amamentação e o aleitamento materno dentro do HC da UFPR.

As mães que tiveram maior número de contatos com a instituição, isto é, fizeram pré-natal, ficaram no alojamento conjunto e acompanharam todas as consultas de puericultura, foram as que tiveram maior proporção de crianças amamentadas aos 120 dias.

**QUADRO 37. Odds Ratio do aleitamento materno aos 120 dias e locais que a mãe entrou em contato no HC da UFPR (\*) vs Maternidade A**

	Odds Ratio	CI	p
População Total HC("B"+"C"+"D"+"E") vs A	2,06	(0,88- 4,79)	p=0,07
Mães HC("C"+"E") vs A	2,06	(0,86- 4,95)	p=0,08
Mães HC("B"+"D"+"E") vs A	2,28	(0,94- 5,57)	p=0,04
Mães HC ("D"+"E") vs A	2,44	(0,96- 6,19)	p=0,04
Mães HC ("E") vs A	2,38	(0,92- 6,19)	p=0,05
Mães HC("C"+"E") sem faltas no acompanhamento vs A	2,95	(1,11- 7,94)	p=0,02
"E" sem faltas no acompanhamento vs A	3,12	(1,07- 9,19)	p=0,02

CI = intervalo de confiança de Cornfield 95%

p = nível de confiança

(\*) todas ficaram no alojamento conjunto.

"B"= Mães com único contato aos 120 dias;

"C"= Mães freqüentaram a puericultura no HC;

"D"= Mães fizeram pré-natal no HC;

"E"= Mães que fizeram pré-natal no HC e puericultura no HC.

#### **8.2.5.2. Relação entre aleitamento materno aos 120 dias e informações recebidas (qualidade/técnica/cuidados).**

Observou-se que as mães do HC da UFPR, que referiram ter recebido as três informações, (qualidade do leite materno, técnica de amamentar e cuidados com os seios), tenderam a amamentar mais do que as mães com as mesmas características da Maternidade A, com odds ratio de 5,06, CI de (0,69-44,60), e  $p=0,07$ .

#### **8.2.6 Conhecimentos sobre a amamentação no momento perinatal e a amamentação aos 120 dias.**

Não se observou diferença na proporção de crianças amamentadas entre as mães do HC da UFPR e da Maternidade A em relação aos conhecimentos sobre o aleitamento materno no momento perinatal (duração e intervalo das mamadas, comparação do leite materno com outros leites sobre qualidades em relação à doenças, ganho de peso, e desenvolvimento), aos 120 dias.

### 8.2.7. A amamentação e os aspectos relacionados à condição feminina

Ao se comparar as respostas afirmativas para a delimitação de liberdade não se encontrou relação com a amamentação aos 120 dias. Entretanto observou-se associação entre a resposta para a alteração de estética corporal e amamentação. Proporção maior de crianças amamentadas aos 120 dias foi observada quando a mãe deu resposta negativa para a alteração de estética corporal no HC da UFPR, com odds ratio de 2,63, CI de (0,81-8,55) e  $p=0,06$  ( teste exato de Fischer).

---

QUADRO 38. Relação entre aleitamento materno e a resposta para a alteração da estética feminina, HC da UFPR e Maternidade A.

---

	Odds Ratio	CI	p
HC(não vs sim)	2,63	(0,81-8,55)	$p=0,06$ (*)
HC vs A (não)	2,17	(0,80-5,88)	$p=0,09$

---

(\*) = teste exato de Fisher  
 $p$  = nível de confiança

Na Maternidade A não se observou associação entre respostas quanto à estética feminina e a amamentação. Ao se comparar as duas entidades, maior proporção de crianças amamentadas no HC da UFPR foi observada, quando as mães opinaram que a amamentação não altera a estética do corpo, com odds ratio de 2,7, CI de (0,80-5,88) e  $p=0,09$ .

### 8.2.8. A amamentação aos 120 dias e o tipo de acompanhamento, no HC de UFPR.

QUADRO 39. Relação do aleitamento materno aos 120 dias e o tipo de acompanhamento feito pela mãe no Ambulatório de Puericultura do HC da UFPR.

Acompanhamento:	Mensal Sem faltas		Mensal Com faltas		Contato Único	
	n	%	n	%	n	%
Leite materno						
Amamentadas	49	77,7	17	56,7	17	70,8
Desmamadas	14	22,2	13	43,3	7	29,1
Total	63	100,0	30	100,0	24	100,0

Ao se comparar estas populações, infere-se que as mães que foram acompanhadas mensalmente e que não tiveram nenhuma falta em consulta, são estas que apresentaram maior proporção de crianças amamentadas aos 120 dias, em relação às mães com faltas, com odds ratio de 2,68, CI de (0,95-7,58), com valor de  $p=0,04$ .(Quadro 40).

Entre as mães com um único contato e as com seguimento mensal (com e sem falta) não houve diferença significativa, quadro abaixo:

---

Quadro 40. Odds ratio e aleitamento materno aos 120 dias e tipo de contato, único contato vs contato mensal, HC da UFPR.

---

Contato/Local	Odds Ratio	CI	p
contato 120 HC vs mensal HC	1,01	(0,33-2,97)	ns
mensal s/f HC vs mensal c/f HC	2,68	(0,95-7,58)	p=0,04

---

CI = intervalo de confiança de Cornfield 95%

p = nível de significância

HC = Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

s/f = sem falta c/f = com falta

mensal = mães com retorno agendado mensalmente

contato 120 dias = primeiro contato realizado 120 dias após a entrevista inicial.

Em relação ao número de faltas às consultas no Ambulatório de Puericultura, observou-se o mesmo número de faltas às consultas mensais, tivessem elas feito ou não o pré-natal no HC da UFPR. Foram, porém, as mães que não fizeram pré-natal no HC da UFPR, que apresentaram maior média de faltas por mãe e foram as que mais abandonaram o acompanhamento na Puericultura, quadro abaixo.

---

QUADRO 41. Mães com acompanhamento mensal com faltas e com contato perdido e situação de pré-natal no HC da UFPR

---

	Faltosas		Média faltas n	Contato Perdido	
	n	%		n	%
Mães com Pre-natal no HC	18	24,0%	1,7	10	13,3%
Mães sem Pré-natal no HC	10	23,8%	2,6	13	31,7%

---

### **8.2.9. Motivos para a introdução de outros alimentos**

A idade média das crianças à época da introdução da mamadeira, foi de 87 dias para as crianças que ainda estavam recebendo leite materno aos 120 dias. A idade de introdução para aquelas que haviam abandonado totalmente a amamentação materna antes dos 120 dias, foi de 38 dias.

Ao final de 120 dias entrevistaram-se 117 mães do grupo do HC da UFPR, sendo que destas 42,7% estavam em amamentação exclusiva, 28,2% estavam dando leite materno e outros alimentos, e 29,1% não estavam amamentando mais.

Para a análise de introdução de leite não materno, consideraram-se apenas as crianças com seguimento mensal, foram acompanhadas 93 mães e destas colocou-se a seguir as causas de introdução de outro leite que não o materno ou outro tipo de alimento não lácteo.

Em função das faltas às consultas analisou-se cada retorno de maneira independente, excluindo-se na consulta seguinte as mães que abandonaram totalmente o leite materno no período anterior, quanto as seguintes variáveis: dificuldades encontradas para amamentar, ajuda no serviço doméstico recebido pelas mães, o apoio recebido para amamentar e a intenção de introduzir outros alimentos.

Os dados não foram tratados estatisticamente, optando-se por fazer a análise qualitativa e estão colocados nos quadros abaixo.

QUADRO 42. Dificuldades encontradas para amamentar, em porcentagem, nas mães do HC da UFPR

Tipo de leite(@): Dificuldades: Intervalo em dias	artificial			misto			materno(***)		
	n(**)	n	%	n(**)	n	%	n(**)	n	%
até 15 (*)n=87	25	8	32,0	23	10	43,5	39	5	12,8
16-30 (*)n=80	21	6	28,6	22	7	31,8	37	9	24,3
31-60 (*)n=79	20	9	45,0	23	5	21,7	36	3	8,3
61-90 (*)n=62	11	1	9,1	19	3	15,8	32	2	6,3
91-120 (*)n=66	4	1	25,0	24	3	12,5	38	4	10,5

(@) = tipo de leite aos 120 dias.

(\*) = Total de mães que compareceu no período e entrou no período amamentando

(\*\*) = total de mães de cada grupo, de acordo com o tipo de leite aos 120 dias, no período

(\*\*\*) = leite exclusivo ou predominantemente materno

Das mães que terminam o período de observação em aleitamento artificial, 32,0% encontraram dificuldades para amamentar, enquanto que apenas 12,8% que terminaram em aleitamento predominantemente materno referiram dificuldades.

Quanto à alteração do sono da criança e o tipo de aleitamento praticado foram as seguintes as porcentagens encontradas:

QUADRO 43. Porcentagem de mães que referiram alteração do sono da criança - HC da UFPR

Tipo de leite(@): Sono: Intervalo	artificial			misto			materno(***)		
	n(**)	n	%	n(**)	n	%	n(**)	n	%
até 15 dias (*)n=87	25	5	20,0	23	0	0,0	39	8	20,5
até 30 dias (*)n=80	21	4	19,0	22	5	22,7	37	5	13,5
até 60 dias (*)n=79	20	3	15,0	23	4	17,4	36	4	11,1
até 90 dias (*)n=62	11	3	27,3	19	4	21,1	32	1	3,1
até 120 dias (*)n=66	4	2	50,0	24	5	20,8	38	7	18,4

(@) = tipo de leite aos 120 dias

(\*) = total de mães que entrou no período amamentando e compareceu em consulta.

(\*\*) = total de mães de cada grupo, de acordo com o tipo de leite oferecido aos 120 dias

(\*\*\*)= leite exclusivo ou predominantemente materno

Observou-se porcentagens próximas de mães nos dois grupos estudados, em aleitamento artificial e predominantemente materno, nos primeiros 60 dias, que referiram a criança ter apresentado alteração de sono.

A ajuda no serviço doméstico que a mãe tinha recebido e o tipo de alimentação praticado aos 120 dias está descrito no Quadro 44.

QUADRO 44. Porcentagem de mães que referiram não ter tido ajuda no serviço doméstico, no HC da UFPR.

Tipo de leite(@): Intervalo	artificial			misto			materno(***)		
	n(**)	n	%	n(**)	n	%	n(**)	n	%
até 15 dias (*)n=87	25	10	40,0	23	6	26,1	39	7	17,9
até 30 dias (*)n=80	21	10	47,6	22	10	45,5	37	11	29,7
até 60 dias (*)n=79	20	9	45,0	23	11	47,8	36	19	52,8
até 90 dias (*)n=62	11	8	72,7	19	11	57,9	32	17	53,1
até 120 dias (*)n=66	4	2	50,0	24	9	37,5	38	23	60,5

(@) = tipo de leite aos 120 dias

(\*) = total que entrou amamentando no período e que compareceu naquele período

(\*\*) = total de cada grupo, de acordo com o tipo de leite oferecido aos 120 dias

(\*\*\*)= leite exclusivo ou predominantemente materno

No grupo de mães que termina o período de observação oferecendo leite artificial a seus filhos, até os 30 dias foram as que relataram em maior porcentagem não ter tido ajuda no serviço doméstico, 40,0% nos primeiros quinze dias e 47,6% até os 30 dias de vida da criança.

As mães que amamentaram com leite materno predominante ou exclusivo até os 120 dias são as que referiram ter tido maior ajuda no serviço doméstico, pois apenas 17,9% até os 15 dias e 29,7% até os 30 dias após o parto que disseram não ter tido ajuda.

Observou-se que 23,1% das mães aos 15 dias e 24,3% aos 30 dias após o nascimento de seus filhos, referiram não ter tido apoio para amamentar no grupo que termina os 120 dias em aleitamento predominantemente materno (ou exclusivo).

No grupo que termina os 120 dias oferecendo leite artificial, menor porcentagem de mães referia não ter tido apoio, 8,0% aos 15 dias e 14,3% aos 30 dias.

---

QUADRO 45. Porcentagem de mães que referiam não ter apoio em casa para amamentar, HC da UFPR

---

Tipo de leite(@): Apoio em casa: intervalo:	artificial			misto			materno***		
	n(**)	n	%	n(**)	n	%	n(**)	n	%
até 15 dias (*)n=87	25	2	8,0	23	3	13,0	39	9	23,1
até 30 dias (*)n=80	21	3	14,3	22	3	13,6	37	9	24,3
até 60 dias (*)n=79	20	9	45,0	23	2	8,7	36	5	13,9
até 90 dias (*)n=62	11	2	18,2	19	2	10,5	32	3	9,4
até 120 dias (*)n=66	4	2	50,0	24	2	8,3	38	4	10,5

(@) = tipo de leite aos 120 dias

(\*) = total de mães que entrou no período amamentando

(\*\*) = total de mães de cada grupo, de acordo com o tipo de leite oferecido aos 120 dias

(\*\*\*)= leite exclusivo ou predominantemente materno

Apresenta-se, no Quadro 46, a porcentagem de mães que ainda não haviam introduzido a mamadeira ou outro tipo de alimento na dieta alimentar de seus filhos, mas já haviam pensado em fazê-lo.

QUADRO 46. Porcentagem de mães que referiram ter pensado em oferecer outro alimento a seus filhos, HC da UFPR

Tipo de leite(@): Intervalo:	artificial			misto			materno(***)		
	n(**)	n	%	n(**)	n	%	n(**)	n	%
até 15 dias (*)n=78	16	8	50,0	23	6	26,1	39	11	28,2
até 30 dias (*)n=71	13	7	53,8	21	9	42,9	37	12	32,4
até 60 dias (*)n=58	4	4	100,0	18	11	61,0	36	11	30,5
até 90 dias (*)n=42	-	-	-	10	9	90,0	32	18	56,2
até 120 dias (*)n=38	-	-	-	-	-	-	38	18	47,4

(@) = tipo de leite aos 120 dias

(\*) = total de mães que compareceu excluídas as que introduziram outro leite no período anterior.

(\*\*) = total de mães de cada grupo excluídas as que introduziram no período anterior

(\*\*\*) = leite exclusivo ou predominantemente materno

No Quadro 47 encontram-se os motivos apresentados pelas mães para terem pensado em oferecer a mamadeira a seus filhos, sendo que o principal motivo para ter pensado em oferecer outro alimento foi o "leite fraco" ou insuficiente.

QUADRO 47. Motivos referidos pelas mães por terem pensado em introduzir outro tipo de leite ou alimento. HC da UFPR (\*)

Intervalo Dias:	15 n=78 %	30 n=71 %	60 n=58 %	90 n=42 %	120 n=38 %
Motivos:					
"Leite fraco"/ insuficiente	36,0	43,0	46,1	33,3	27,8
Vontade materna(**)	20,0	18,0	15,3	18,5	16,6
Causas maternas(***)	20,0	10,0	7,6	4,0	6,1
Trabalho	16,0	18,0	23,0	30,0	16,1
Influência familiar	4,0	8,0	8,0	3,1	5,6
Vontade do bebê	0,0	0,0	0,0	11,1	22,2
Saúde do bebê	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6
Outros	4,0	3,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(\*) = nas que ainda não haviam introduzido, estavam só com leite materno.

(\*\*) =vontade materna= relacionadas ao desejo materno

(\*\*\*)= causas maternas= relacionadas a problemas de saúde materna

A época da introdução da mamadeira ou outro tipo de alimento foi mais precoce no grupo que terminou o período de observação em aleitamento artificial, sendo que nos primeiros 30 dias 41,2% das mães já havia introduzido outro tipo de alimento.

**QUADRO 48. Porcentagem cumulativa de início de desmame, segundo tipo de alimentação aos 120 dias no HC da UFPR**

Tipo leite aos 120 dias:	população acumulada				% acumulada do total que introduziu	
	artificial		materno(*)		total	
	n	%	n	%	n	%
Período						
30 dias	14	41,2	1	3,0	15	22,3
60 dias	24	70,6	4	12,1	28	41,8
90 dias	33	97,1	10	30,3	43	64,2
120 dias	34	100,0	33	100,0	67	100,0

(\*) = recebendo leite materno e outro tipo de leite ou alimento ao final de 120 dias.

A mediana geral de introdução de outros leites ou outro tipo de alimento para este grupo de mães (as 93 em seguimento) foi de 61 dias, sendo mais precoce para as mães que abandonaram totalmente o leite materno, 43 dias, e para as que ainda estavam amamentando mas oferecendo algum outro alimento, que foi de 90 dias.

Nas mães que foram acompanhadas mensalmente, obteve-se as seguintes respostas como motivo para a introdução de alimentos:

QUADRO 49. Motivos de introdução dos alimentos em mães com acompanhamento mensal no HC da UFPR

Intervalo Dias:	15	30	60	90	120
	(*)n=9	(*)n=5	(*)n=13 (@)	(*)n=15 (@)	(*)n=14
	%	%	%	%	%
"Leite fraco"/ insuficiente	44,4	80,0	69,0	46,7	14,3
Causas maternas	44,4	20,0	7,8	13,3	0,0
Vontade do bebê	11,2	-	-	-	-
Para acostumar	-	-	-	26,7	28,6
Trabalho da mãe	-	-	7,8	13,3	50,0
Vontade materna	-	-	15,4	-	-
Influência familiar	-	-	-	-	7,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

(\*) = considerou-se somente as mães que entraram no período sem terem ainda introduzido nenhum outro alimento, excluiu-se as que já haviam dado no período anterior  
 (@) = aos 60 dias 3 mães introduziram e suspenderam e aos 90 dias uma mãe introduziu e suspendeu.

O "leite fraco" ou insuficiente foi colocado como o motivo principal para terem introduzido outros tipos de alimento, durante os 120 dias de observação. Apenas nos primeiros 15 dias os motivos de causas maternas, como fissuras ou outros problemas de saúde, foi igual ao do "leite fraco" ou insuficiente. 44,4%.

Ao se acompanhar os motivos para a introdução de outros alimentos nas mães em acompanhamento mensal, 33% das mães, ao final dos 120 dias, apresentaram motivos diferentes dos que haviam sido citados no período do acontecimento.

No Quadro 50 encontram-se os motivos apresentados pelas mães para terem introduzido os alimentos, no HC da UFPR e na Maternidade A.

QUADRO 50. Motivos de introdução de alimentos, apresentados pelas mães no HC da UFPR e Maternidade A

Locais: Motivos	HC da UFPR		Maternidade A	
	n	%	n	%
"Leite fraco"/ Insuficiente	22	32,8	10	41,7
Trabalho da mãe	16	23,9	2	4,2
Vontade da criança/ acostumar	11	16,4	5	20,8
Causas maternas	9	13,4	0	0,0
Influência familiar	3	4,5	1	4,1
Doença da criança	3	4,5	2	8,3
Vontade materna	1	1,5	4	16,7
Outros	2	3,0	1	4,2
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

Ao se analisar toda a população do HC da UFPR, 117 mães, o "leite fraco" ou insuficiente continuou como principal motivo apresentado para a introdução de outros alimentos, 32,8%. Na Maternidade A, este também foi o primeiro motivo apresentado por 41,7% das mães que introduziram alimentos até os 120 dias.

### 8.3. ANÁLISE QUALITATIVA

Nesta parte da apresentação do trabalho não houve preocupação em fornecer dados estatísticos, mas sim apresentar as respostas das questões em aberto que foram realizadas na entrevista na forma como foram colocadas pelas mães. Fatos peculiares a determinadas situações ligadas à amamentação e que podem de alguma forma ajudar a visualizar melhor o contexto da entrevistada e a compreender melhor a situação que leva ou não a mãe amamentar, foram apresentados.

Ao se referir sobre metodologias de pesquisa, DEMO (1991) afirma que a metodologia qualitativa é fundamental para que a ciência capte a realidade não mensurável e não por isso menos importante, mas sobretudo que nunca desiste de questioná-la. No ponto de vista deste autor:

*"Por mais que as taxas possam assemelhar-se, porque técnicas de coletas são mais ou menos as mesmas e por mais que as concepções da realidade possam aproximar-se entre si, há sempre um lastro próprio de definição e sobretudo de interpretação analítica. Assim uma taxa não evidencia, apenas indica, relevâncias possíveis, dentro do recorte feito no real."*

A interpretação do discurso das mães sem sua correlação estatística é uma tentativa de entender algumas colocações que mostram atitudes não exteriorizadas no momento da pesquisa por receio de explicitarem comportamentos considerados não socialmente aceitáveis.

Este tipo de metodologia tem como objetivo superar as limitações das tradicionais análises de conteúdo que substituem o critério estatístico quantitativo, impossibilitado de ir além do conteúdo manifesto e procura através do discurso encontrar um quadro mais próximo de uma determinada situação de vida, que no presente caso é da amamentação.

A dificuldade em se estabelecer o diálogo entre entrevistado e o informante é ilustrado na fala da primigesta "...é difícil falar sobre amamentação, acho tudo estranho, tudo surpresa..." (HC-A37).

O modo como a informação é transmitida, reflete as diferenças culturais entre o informante e o informado, decorrentes das vivências próprias e hábitos culturais, que diferem de indivíduo para indivíduo.

Este diálogo poderá mudar atitudes, e não apenas transmitir conhecimentos.

*"Os valores e os conceitos ordenados segundo esquemas lógicos distintos, constituindo visões de dois mundos diferentes, terminam por caracterizar dois discursos, que se desenvolvem em paralelo..."* (SUCUPIRA, 1981).

Ao se estabelecer este paralelismo, é possível passar a informação que resultará em novo conhecimento, mas as mudanças de atitudes dependerão da representatividade que irá ter o novo conhecimento adquirido.

A seguir são colocados os comentários a partir de situações semelhantes encontradas.

### **8.3.1 Motivos para amamentar.**

Dentro das respostas obtidas para o motivo de amamentar encontra-se que, muitas vezes, o discurso reproduz uma necessidade aprendida onde quem passou a informação, a fez sentir como necessária, porém sem que haja o entendimento do porque e para que a ação deve ser realizada.

É o que BOLTANSKY (1974) mostra:

*"O que se exige em definitivo é a adesão a certas regras, das quais não sabem porquê, que ponham em prática técnicas desligadas do saber racional que as fundamenta e lhes dá sentido."*

É o que aparece na seguinte fala "...só falaram para insistir bastante, mas não foi dito porquê...", (HC-B27) ao lhe ser perguntado qual orientação que havia recebido sobre aleitamento materno.

A resposta mais freqüente para justificar o aleitamento materno foi que o "leite materno é melhor", ( HC-A25, HC-C13), sem qualquer explicação que justifique esta avaliação.

A qualidade do leite materno na proteção contra as doenças foi a segunda resposta mais dada como motivo para amamentar, porém foram poucas as mães que a fundamentaram, "contém substâncias que agem contra as doenças, protegendo o bebê...",(HC-C10).

Entre outros motivos para amamentar, o fato de "ser prático", foi principalmente correlacionado à necessidade de ter que levantar de madrugada para preparar a mamadeira.

Os exemplos do já visto, ou já vivido, como experiência positiva, foram fatores importantes na amamentação "...Deu para o outro filho..." (HC-V7), "...Viu dar de mamar na aulinha do pré-natal e achou bonito..."(HC-C20).

Algumas mães justificam a necessidade de amamentar às vezes, como obrigação, "...dever de toda mãe..." (HC-A32), ..."se não der pode ficar doente..." (HC-A28), mas muitas vezes como fonte de prazer "...sonho de toda mãe..."(HC-B20).

Estas respostas estão de acordo com as fundamentações de BADINTER (1989) sobre a evolução cultural e social, na valorização da criança e na cobrança à mãe como única responsável em prover o bem estar dos filhos.

Algumas mães demonstravam intenção em amamentar mas ao mesmo tempo já colocavam situações impeditivas para o êxito de tal prática, decorrentes de uma experiência anterior negativa ou de dificuldades que estavam sendo encontradas, "...Vou tentar mas não junta leite e acaba secando..."(HC-V5), "...vou dar, mas atrapalha o serviço..."(HC-C3), "...estou pensando em dar mamadeira porque o outro deu muito trabalho..."(M.A-32).

As causas relacionadas ao fator emocional aparecem na fala espontânea de uma mãe (HC-B25), que apresenta a amamentação "dependente da cabeça da mãe", ou como outra (HC-B15) que não havia amamentado anteriormente seu filho "porque não tinha paciência e não insistiu". Ainda assim esta mãe na resposta sobre os motivos para amamentar referiu o fato de "ser prático", afirmando que "para amamentar a mulher tem que ter preparo psicológico". Esta mãe, na maternidade, estava muito irritada, querendo dar mamadeira para fazer seu filho parar de chorar, dizendo que estavam matando-o de fome.

O reflexo da ejeção do leite e sua relação com fatores emocionais foi associado adequadamente por algumas mães. Uma delas (HC-C32) disse que "...o leite não seca, na realidade elas querem parar de amamentar para o conforto delas, se mamar sempre continua a ter leite...". Esta foi a fala da mãe no primeiro encontro, porém aos 120 dias, esta mesma mãe referiu que o bebê não quis pegar no seio, sendo que durante 20 dias, ela esgotava o seio e oferecia o leite materno na mamadeira. Após esta data, segundo ela, o leite havia "secado". Constata-se a distância entre a intenção de amamentar, fundamentada nas informações recebidas e a disponibilidade para esta prática a partir de situações vivenciadas pela mãe.

De outro lado o desconhecimento de como atuar frente a determinadas situações, por falta de conhecimentos bem fundamentados, faz com que a mãe atribuía o insucesso da amamentação a fatos que provavelmente estão ligadas ao acaso e não são as verdadeiras causas do desmame

Qualquer motivo de choro da criança é interpretado pela mãe como fome, a qual passa a considerar o leite materno como fraco ou insuficiente.

Diante do choro, o resultado poderá ser a oferta da mamadeira e o conseqüente desmame. Mesmo tendo noção de que a criança chora por diferentes motivos, a tendência das mães é de relacioná-lo de imediato à fome, negando outras causas para o choro.

A insegurança frente ao poder nutritivo do leite materno e o desconhecimento da causa da situação específica que esta ocasionando o choro naquele momento, levam a mãe a buscar

explicações dentro do seu conhecimento. É o que SUCUPIRA (1981) infere ao se referir sobre o comportamento das mães frente às doenças apresentadas por seus filhos:

*"Ao não ter acesso a uma explicação sobre o diagnóstico, as mães estabelecem reações causais que permitem uma explicação própria para o diagnóstico, o que muitas vezes gera condutas conflitantes com as determinações médicas."*

Na busca rápida de soluções, tudo é tentado pelas mães. A solução mais rapidamente encontrada é ofertar a mamadeira.

"...Ele tomou a mamadeira e dormiu"...(HC-V18), "...agora que está na mamadeira, está dormindo e não chora..." ( HC-A28) .

O efeito imediato comprova que a hipótese elaborada previamente estava correta, reforçando o pensamento da ineficiência do leite materno.

Até onde a percepção das mães é correta, na questão de insuficiência do leite é de difícil avaliação. O que se pode observar é que a maior parte destas crianças apresentavam um crescimento pondero-estatural satisfatório, o que não justificava o complemento ao leite materno.

### **8.3.2. Situações de vida**

A influência do meio ambiente e as situações de vida vão representar dentro do cotidiano da mãe fator de estímulo ou de fracasso para o aleitamento materno.

Uma das mães (HC-A29), jovem adolescente, disse que incomodava acordar a noite, além de que o marido, muito jovem, continua querendo sair de casa para se divertir. A avó, então, orientou para dar mamadeira. Esta mãe foi obrigada pelos pais a viver com o atual companheiro depois que ficou grávida e as relações pessoais do casal mudaram muito depois

que passaram a viver juntos. Aos 65 dias, esta mãe introduziu a mamadeira, porque o bebê só "mamava e chorava".

A atitude assumida pelo companheiro frente à amamentação e as relações entre o casal mostraram-se importantes para dar a continuidade da alimentação ao seio.

Uma outra mãe, (HC-V25), multipara, com filho de outra união, comentou que o marido dizia que antes ele não tinha responsabilidade sobre o outro filho, não assumindo responsabilidades paternas, pois o outro filho não era dele, "...mas agora em lugar de assumir este, ele ficou pior, sai e só retorna ao lar de madrugada". Esta mãe, aos 95 dias, introduziu mamadeira.

No interior das famílias, o modo como é vista a prática do aleitamento materno através das gerações, pode influir positivamente ou negativamente na manutenção desta prática. Algumas mães acreditam que o insucesso em amamentar seja uma característica familiar.

Exemplo desta situação é a mãe (HC-B5), em cuja família ninguém havia amamentado. Uma única exceção foi feita por uma prima que havia feito o seguinte comentário sobre a amamentação: "...achava muito chato ficar dependurada o dia todo com o bebê...". Tanto a bisavó como a avó do lactente achavam que o leite materno não sustentava. Esta mãe introduziu mamadeira 15 dias após o nascimento e desmamou totalmente com 45 dias. Para reforçar que só o conhecimento não é suficiente, tratava-se de uma universitária, fisioterapeuta, a qual acreditava, por mais que tivesse sido orientada, que leite materno não sustentava. No discurso dos 120 dias esta foi a causa dada para o desmame.

### **8.3.3. Leite "Fraco"**

Outro aspecto para ser discutido, que comumente aparece nas pesquisas como causa de desmame é a questão do leite fraco e do leite insuficiente. A este último é atribuído com maior frequência como causa de desmame.

Há a dificuldade da decodificação do discurso médico sobre as qualidades do leite materno e a aceitação, do mesmo pelas mães.

Uma das mães (HC-B28), dizia à respeito do leite materno ser fraco: "...os médicos dizem que não tem, mas para a gente tem, é aquele parecido com água, mas eles dizem que é a aguinha que não dá doença...", (amamentava com leite exclusivo até os 120 dias). Igual dificuldade na aceitação do discurso médico foi feita pela mãe (M.A.-R27), "...apesar dos médicos dizerem que não existe leite fraco, eu acho que é aquele que parece água". Tratava-se de uma mãe que ainda amamentava com leite exclusivo aos 120 dias. Outro relato é o da mãe (HC-V37), "...já disseram que não tem leite fraco, mas o meu parece uma aguinha amarela e sem cor...". Esta mãe estava se referindo ao colostro, e com 60 dias, quando abandonou a pesquisa, ainda amamentava com leite materno exclusivo.

Há mães que consideram que tem bastante leite, chegando até a vazar, mas que apesar da quantidade ele é fraco não sustentando a criança. Um exemplo disto é a mãe (HC-A25) que apesar de dizer que tinha bastante leite, acredita que o mesmo é fraco porque o bebê continuava chorando. Outra mãe, (HC-V30), mesmo sentindo peito cheio, achava que o leite é fraco como água, pois "o bebê mamava a já queria mamar de novo", "...Leite de peito não sustenta...". Este é o mesmo discurso de outras mães.

A conceituação de alimentos fortes e fracos, segundo a cultura de cada povo, coloca em nosso população o leite "fraco" como o leite que não tem cor, que parece água, provavelmente comparado ao leite de vaca, que, segundo a mãe (HC-A9): "...o leite de vaca é tão forte, que até pode fazer mal para a criança..."

A ansiedade gerada pelo choro da criança e a falta de apoio e conhecimentos sobre as características do leite materno aumentam a tensão, podendo levar a mãe a apresentar atitudes como a da mãe (HC-A23), que ficava, segundo suas palavras, desesperada com o choro do próprio filho. O bebê toda vez que ia ao seio gritava, apesar do seio estar tão cheio que tinha que freqüentemente esgotá-lo. Persistia a crença de que o leite era fraco. Esta mãe solucionou o choro da criança dando a mamadeira, após o que, a criança, segundo a mãe, dormiu bem.

### **8.3.4 Colostro**

Nos relatos obtidos observou-se , também, que a informação a respeito do colostro necessita ser avaliada, pois foi deficitária, não só no pequeno número de vezes que apareceu espontaneamente, mas também na qualidade de respostas obtidas.

O colostro aparece poucas vezes nas respostas como um fator de proteção, mas uma das mães em uma definição completa, e num processo de elaboração, reconstituiu a informação e refere-se a ele como "...o colossal para proteger das doenças, e com ele é mais difícil ficar doente..."(M.A-R3).

Foram poucas as mães que referiram-se a ele corretamente. A mãe (HC-V29) assim se expressou: "...aprendi sobre o primeiro leite que era importante, para mim aquilo era sujeira...". Aos 120 dias ainda amamentava exclusivamente ao seio.

### **8.3.5. Experiências positivas**

As experiências positivas anteriores, influem no sucesso da amamentação. Uma situação é melhor resolvida se já foi vivenciada, pessoalmente ou por pessoas próximas, influenciando também na própria tomada de decisões.

Apesar de ser o primeiro filho, uma mãe relata (HC-A38): "...minha prima insistiu para que eu amamentasse, pois eu não queria, mas vi o resultado no filho dela bem grandão e bem forte...". Ao término dos 120 dias esta mãe ainda estava dando leite exclusivo.

Outra mãe, (M.A-R14), citou exemplos de família, onde disse ter perdido os irmãos por falta de leite materno. Esta mãe estava dando alimentação mista aos 116 dias após o parto.

### 8.3.6 O apoio

O apoio nos momentos estressantes é fundamental para diminuir a ansiedade e a escolha de soluções provavelmente será feita de forma menos emocional.

Foram muitas as repostas afirmativas ao se perguntar se as mães tinham apoio para amamentar, deve-se contudo, avaliar a qualidade do apoio recebido.

O exemplo desta qualidade é o que a mãe (HC-A33) apresentou, ao se referir que tem a avó para apoiar, mas que esta só atrapalhava, em vez de ajudar. Estava com leite exclusivo aos 120 dias.

O marido e avó da mãe (HC-A29) apoiavam, mas achavam que o leite dela era fraco e que ela deveria dar mamadeira, além do que seria mais fácil alimentar o bebê com mamadeira, pois qualquer um poderia fazê-lo. Esta mãe terminou o período de observação com leite misto.

Outros exemplos podem ser citados, como o da mãe (HC-V6), onde a "...avó tem na cabeça que leite materno não sustenta, que eu tenho que tirar o bebê do peito...", mas esta mãe conseguiu terminar o período de 120 dias com leite exclusivo.

Uma mãe (HC-V36) comentou que o marido achava que não tinha leite. Ela terminou o período de 120 dias com leite artificial. O mesmo tipo de relato feito pela mãe (HC-V3), onde tanto o marido como a avó, mandavam dar mamadeira. Esta mãe, aos 120 dias, oferecia leite artificial a seu filho.

Foi a mãe (HC-V12) que resumiu bem o tipo de apoio que podem estar recebendo no ambiente do lar, pois, em relação ao primeiro filho, relata que "...todo mundo dava palpites, que não tinha condições de amamentar, deste aqui já até compraram a lata de leite...". Para o filho atual achava que estava melhor preparada para conseguir amamentar. Aos 120 dias, ainda amamentava exclusivamente.

A avó do bebê da mãe (HC-A2) chegou a indagar no serviço de saúde freqüentado pelo neto, quando se iria iniciar mamadeira para o bebê, pois na opinião dela a mãe da criança iria ficar debilitada se continuasse amamentando.

### **8.3.7 Proteção conferida pelo leite materno**

Não basta ter acesso ao saber científico, a informação médica pode vir modificada ou deslocada quando é decodificada, BOLTANSKY citado por MARINHO (1989).

Ao se falar em fatores imunológicos, a idéia que o leite materno pode contra tudo e salva, de forma mágica pode ser a interpretação da informação de que ele protege contra as doenças ao diminuir a probabilidade de vir a adoecer devido aos elementos presentes no leite materno.

Este distanciamento entre a informação e a compreensão das mães fica sugerido com o relato de uma mãe, (HC-V35), que informou que apesar de estar amamentando ao seio, sua criança ficou doente, apresentando aos 45 dias pneumonia. Logo depois do fato ocorreu o desmame (aos 53 dias).

Quando a mágica se desfaz, isto é, a criança que está sendo amamentada fica doente, a desconfiança pode permear as informações fornecidas pelos profissionais da saúde.

### **8.3.8 Fatores econômicos**

A situação econômica das mães do HC da UFPR apareceu no maior número de respostas nas quais o leite ia ser ofertado por ser econômico.

A decisão de amamentar aparece em algumas respostas como decorrente da total falta de opção da mãe e não como uma escolha, "...não tenho condições de comprar outro leite..", (HC-V27), "...a gente pobre tem que dar pelo preço que está o outro leite..", (M.A.-R45), "...as

vezes não tenho dinheiro...", (HC-C12). Poder-se-ia deduzir que se ela tivesse condições de optar, talvez escolhesse não amamentar, ou que o desmame ocorra quando houver condições de comprar o leite.

A mãe (HC-V15) ao falar da filha mais velha disse ter dado de mamar até 8 meses e que depois do desmame esta criança não recebeu nenhum outro tipo de leite. Segundo a mãe, a criança não quis mais leite nenhum. Outra mãe afirmou que ia oferecer outros alimentos mas não pretendia oferecer nenhum outro tipo de leite em substituição ao materno. O leite materno para muitas crianças foi a única possibilidade de consumo de leite pois o custo do leite artificial inviabiliza seu uso na alimentação de muitas crianças.

### **8.3.9 Horário de amamentação**

A orientação da amamentação sob livre demanda foi interpretada como um fator de indisciplina por algumas mães. Foi a mãe (M.A.-R5) que expôs bem a opinião a esse respeito: "...Deus me livre de fazer a vontade do bebê, tem que ter horário, senão ele se acostuma...", (leite exclusivo). Este discurso reflete uma linha educacional tradicional de certos educadores que preconizavam a rigidez de horários e hábitos no modo como a mãe deveria educar os filhos (MOTA, 1990).

O tempo de duração da amamentação também está ligado à disponibilidade da mãe: "...deve ser de 15 minutos porque a gente não tem tanto tempo para ficar dando de mamar...", (M.A.-R25).

O horário do aleitamento materno é por um lado fator de disciplina e por outro, fator delimitador da liberdade pessoal da mulher e sobrecarga de trabalho.

A amamentação sob livre demanda é então interpretada por algumas mães como estar a disposição da criança o dia inteiro, um fator que interfere na rotina diária.

A mamadeira é uma opção na família numerosa. Para uma mãe, (HC-A29), dar de mamar dava mais trabalho e tinha que ter paciência. Na mamadeira qualquer um na família podia alimentar a criança.

A amamentação, no seu aspecto temporal é percebida como ocupando um tempo longo, independente do tempo real, "...dar de mamar prende pois tem que ficar meia hora com o bebê no colo amamentando e atrapalha o serviço...". Com esta mãe, (HC-V37), perdeu-se contato.

A representação que muitas mães tem sobre o tempo dispendido para amamentar aparece na fala da mãe (HC-V9) quando diz que o seu bebê "...mamava de hora em hora por isso dei mamadeira...". Ao ser questionada sobre o intervalo em horas, disse não ter relógio. Não foi importante quanto demorou no tempo real, mas para ela a percepção temporal foi de uma fração de tempo muito pequena entre um intervalo e outro da mamada.

### **8.3.10 O trabalho materno (fora e dentro do lar)**

A amamentação somada ao trabalho doméstico, já realizado de rotina, traduziu-se como sobrecarga de tarefas a serem realizadas. A ocupação do tempo que seria necessário a outras ações como cuidar dos afazeres domésticos é expressa na fala da mãe (HC-B5), "...mamadeira qualquer um pode dar, ou ele toma sozinho...", ou então, "..tenho que parar o serviço e dar de mamar e isso toma tempo...", (HC-B19).

Aliado ao fator tempo há a questão da mãe que tem que trabalhar fora de casa, somando-se às tarefas diárias.

A amamentação aparece para algumas mães, como uma sobrecarga do trabalho. Uma mãe (HC-B10) disse que: "...dar de mamar prende, não deixa fazer nada...". Outras mães foram da mesma opinião, "...quando tenho tempo, dou de mamar, quando não, dou mamadeira...", (HC-A6), "...introduzi para poder fazer o serviço da casa...",(HC-V3),, "...mamadeira é mais fácil, mama e dorme e não fica incomodando o dia inteiro...", (HC-A2), "...dar de mamar é perder

tempo e dói muito...", (HC-43). Esta última mãe já estava trabalhando no retorno de 15 dias, como diarista e após esta data não foi possível contactá-la.

Uma outra mãe (HC-B28) disse que a criança tinha fome, justamente às 18 horas, quando tinha muito serviço acumulado.

Em depoimento dado pela mãe (HC-V27) observou-se que esta referia como motivo para desmamar o seguinte fato : "...porque a criança mamava e chorava...", porém em entrevistas anteriores achava que amamentar dava trabalho porque tinha que largar o serviço e ir dar de mamar. Ao se perguntar a esta mãe se gostaria de tentar relactar, ela disse que não, pois com a criança na mamadeira tinha tempo para fazer o serviço doméstico.

### **8.3.11 A responsabilidade materna**

A interpretação da responsabilidade do papel da mulher na amamentação vem muitas vezes ligada a um sentimento de culpa: "...Do outro filho qualquer gripinha achava que era porque não havia dado o leite materno e se culpava...", (HC-V18), ou então "...se não der, eles podem ficar doentes...", (HC-C20).

Outras vezes a amamentação aparece como uma condição de obrigatoriedade dentro da função de ser mãe "...é uma obrigação de mãe...", (HC-V3), "...ficou das mães de darem...", (HC-C6).

### **8.3.12 A imagem corporal**

Ao se indagar sobre a imagem corporal, a resposta dada tende a negar a condição de mulher em função do papel de mãe, como nos relatos: "...desde que se é mãe, não pode pensar nela...", (M.A.-R12), "...deve assumir...", (HC-V4) e que "...cai o seio, mas não tem nada a ver, primeiro a saúde do filho...", (M.A-R20)

Apesar de algumas mães considerarem que a amamentação é um fator que compromete a estética corporal, para estas os valores estéticos são colocados em segundo plano, já que a complementação da maternidade é a lactação

A amamentação pode vir como uma necessidade da mulher dentro de seu papel de mãe, ligada ao dever e que, mesmo que possa gerar sofrimento, deve ser cumprido, "...já pensei em dar mamadeira, o seio é mais difícil, mas depois coloquei na cabeça que mulher que põe o filho no mundo tem que sofrer..." foi o comentário da mãe (HC-V33) que ofereceu o peito até 90 dias quando se perdeu contato.

### **8.3.13 A liberdade pessoal**

O sentimento presente em algumas mães de cerceamento de liberdade é expresso em várias falas: "...estar sempre a disposição da criança", (HC-A8), "...não poder fazer nada...", (HC-V18), "...mama pouco e chora, não dá para fazer nada, atrapalha , tenho que ficar só com ele..", (HC-A41).

A criança é sentida como alguém capaz de manipulá-las, que exige a presença da mãe o tempo todo. A mãe deixa de ter vontade própria, para satisfazer a da criança. "Já pensei em dar mamadeira quando quero comer e tenho que ficar dando de mamar", (HC-A4).

Algumas mães referiram que a amamentação interferiu no relacionamento sexual, "...às vezes quando estou com meu namorado, tenho que parar, para dar de mamar...", (HC-A15)

A amamentação compromete a liberdade para exercer outras atividades, "...mamadeira qualquer um pode dar, peito toma tempo..." (HC-B22), "quando quero sair tenho vontade de dar mamadeira...", (HC-B20).

Entretanto esta mesma relação entre a mãe e o filho é sentida por outras como uma troca constante de afeto "...não prende, ficam ligados ...", (HC-V29), "...não prende, aproxima...", (HC-A11).

Estas relações vão estar na dependência direta das vivências de cada uma, ou da expectativa que cerca esta gravidez.

#### **8.3.14 As causas de desmame**

No acompanhamento prospectivo da amamentação pôde-se notar que as causas dadas para o desmame sofrem alteração de conteúdo com o passar do tempo.

O motivo apresentado logo após a ocorrência do desmame, em 33% das vezes, não foi o mesmo fornecido ao final do acompanhamento. Houve uma mudança no discurso, ou mais de um fator levou a mãe a desmamar.

As causas mais comuns no início da amamentação são relacionadas à má preparação dos mamilos e erros de técnica de amamentação.

Após 60 e 90 dias as causas relacionadas ao leite "fraco" ou "insuficiente", apresentadas como "mama e chora", são as mais freqüentes. Aos 90 e até os 120 dias quando se deu o fim do período de observação, a necessidade de retorno ao trabalho passa a ser importante, como também é o oferecimento dos alimentos para a adaptação da criança a dieta e aos hábitos familiares.

Ao se acompanhar as causas de desmame pode-se observar que as mães se preocupam com o retorno ao trabalho muito antes da data de seu efetivo acontecimento e se não forem apoiadas em relação a amamentação, podem introduzir precocemente o suplemento infantil.

As orientações sobre esgotar o seio e ofertar o leite na ausência da mãe, não foram muito aceitas. Uma das mães relatou que o leite tinha azedado ao ser aquecido para ser oferecido ao bebê. Outro aspecto referido é o fato de não ser prático.

Muitas vezes a mãe apresenta motivos que sejam aceitos por ela própria e pelos que a rodeiam, não exteriorizando porém os reais. Uma mãe, (HC-V30), justificou a introdução de outro tipo de alimento, "...porque a criança já estava na idade...", mas disse nos retornos posteriores, que desde os 15 dias de vida da criança já dava mamadeira esporadicamente, porque muitas vezes era complicado amamentar, tendo que interromper o serviço. Esta mãe tinha que buscar água muito longe e ainda estava ajudando o marido a construir a casa.

A mesma justificativa apresentada por outra mãe, (HC-A21), "...que estava na idade...", mas aos 15 dias dizia que amamentar "...é ter que estar à disposição da criança...", e aos 28 dias de vida do bebê, "...que estava difícil combinar o serviço da casa com a disposição da criança...".

Outra mãe (HC-A29) justificou a introdução da mamadeira porque "...o bebê chorava de fome, pois o leite não sustentava, que dar de mamar cansava...", e a sogra ainda havia orientado para que tirasse o bebê do peito.

A mãe (HC-A6) parou de dar porque o "...leite secou..", pois a médica mandou completar com mamadeira. Entretanto desde a maternidade esta mãe havia dito que: "...pretendia dar mamadeira de vez em quando para o bebê ficar gordinho e quando ela estivesse cansada...".

Embora a mãe (HC-A9) tenha apresentado como motivo para oferecer mamadeira o fato do bebê mamar e chorar, desde os 13 dias após o parto havia pensado em oferecer mamadeira porque o bebê chorava muito e a mãe não conseguia comer, e ainda que: "...dar de mamar doía de matar e na mamadeira era mais fácil pois após a mamadeira o bebê dormia...".

Uma outra mãe, (HC-B35), explicou que a introdução da mamadeira aconteceu porque: "...o leite estava fraco o bebê queria passar o dia mamando...". Porém em outro retorno disse que dava mamadeira desde que este nasceu, porque gostava de sair e era só arrumar o bebê com a mamadeira e ele não incomodava, pois mamava sozinho.

Constata-se que o motivo expresso nem sempre corresponde às razões que parecem efetivamente ter levado ao desmame. Nota-se que na justificativa assumida há uma preocupação com a criança enquanto as razões identificadas durante o seguimento apontam para questões relacionadas à mãe.

### **8.3.15 Dificuldades para amamentar**

A depressão durante a amamentação foi referida por duas mães, (HC-A31) e (HC-B31), sendo que a última não conseguiu amamentar, mesmo tendo apoio da família. Uma das mães, (HC-V3), achava que: "...amamentar era mais fácil que dar mamadeira, mas que a criança continuava com fome...".

Já foi visto que o choro da criança foi relatado com frequência pelas mães como dificuldade encontrada para amamentar.

A mãe assumir que não gosta de amamentar não é uma resposta fácil de se dar e foi somente aos noventa dias que a mãe (HC-B35) contou que não gostava de dar de mamar.

A mãe (HC-B21) também relatou, aos 120 dias, que a dificuldade para amamentar foi "ela não gostar, pois estava muito frio e o bebê mordida o seio e preferiria dar mamadeira, pois qualquer um poderia dar, não dependendo só da mãe".

Ainda como dificuldade para amamentar apareceu o fato desta prática ser cansativa, principalmente quando se contrapunha a mamadeira que é vista como mais rápida, (HC-A29).

A limitação da liberdade se apresentou como uma dificuldade para a mãe (HC-B20), pois ficava difícil ter que sair e deixar o bebê com outras pessoas.

Neste relato de experiências individuais procurou-se entender a representação que o aleitamento materno tem nesta população estudada, para se procurar aproximar mais a ação, a promoção e o incentivo ao aleitamento materno do objeto deste que é mãe, e esta, que é ao mesmo tempo objeto e também sujeito, pois a promoção transcende a mãe, para ter como objeto final a manutenção do aleitamento materno.

Apesar de que muitas mães apontem uma causa responsável pelo desmame, na realidade o que se observou foi que nem sempre aquela era a causa principal e na maioria das vezes não era a única. Por outro lado pôde-se observar que algumas mães, apesar de explicitarem dificuldades, incertezas e inseguranças em relação ao leite materno, permaneciam amamentando até os 120 dias.

Na realidade o desmame é o resultado de um processo conflituoso, onde as influências positivas e negativas se contrapõem às informações recebidas nas atividades de promoção ao aleitamento materno desenvolvidas na maternidade do HC da UFPR.

## 9. COMENTÁRIOS

Por ser a amamentação um processo que envolve uma ampla gama de variáveis, emocionais, sociais, culturais, ambientais, sabe-se da dificuldade de controlar os fatores intervenientes no processo, e da possibilidade destes se confundirem levando à omissão de dados importantes, ou a enfatizar os que não são relevantes.

Vários autores, como BARROS *et al.* (1991), já haviam chamado a atenção para a complexidade do tema.

Como caracterização geral da população estudada, no HC da UFPR tem-se que foi formada por mães que tinham predominantemente idade entre 20-30 anos, 50,7%, com renda familiar menor que 0,5 salários mínimos per capita mensal, 52,7%, com 4 ou menos anos de estudos 40,0% e que moravam em casa cedida ou alugada, 56,0% e por 11,3% delas viverem em condições precárias (terreno de invasão). Constitui-se principalmente de mulheres casadas (com companheiro 86,0%) e que viviam em famílias nucleares, 63,3%. Logo após o nascimento da criança, 57,3% delas tinha intenção de trabalhar.

Na Maternidade A as mães apresentaram melhor nível econômico, pois menor porcentagem delas vivia com menos de 0,5 salário mínimo de renda per capita mensal, 20,4% era menor o número de mães com baixo nível de escolaridade 4 ou menos anos de estudo, 25,0%, sendo semelhante o número de mães vivendo em casa alugada ou cedida, 56,8%. Foi menor o número de mães habitando condições precárias de moradia, terreno de invasão, 6,8%.

As populações analisadas neste estudo divergiram de forma significativa ( $p < 0,05$ ) quanto ao nível de renda econômica e razoavelmente ( $p < 0,10$ ) quanto à escolaridade, na entrevista inicial. Aos 120 dias os dois grupos se diferenciaram apenas quanto a renda econômica.

Deve-se enfatizar que a amostra da pesquisa inicial refere-se a 150 mães no HC da UFPR e 44 Mães da Maternidade A e que a amostra, ao final dos 120 dias de observação, ficou reduzida a 117 mães no HC da UFPR e a 35 mães na Maternidade A. Foi aos 120 dias, com esta população reduzida, que se fez a análise estatística de associação com o aleitamento materno.

Ao final dos 120 dias, as variáveis que se associaram significativamente ( $p < 0,05$ ) com amamentação, dentro da população do HC da UFPR, foram:

escolaridade da mãe

tipo de parto

As variáveis que se encontraram associadas à amamentação, porém ao nível de  $p > 0,05$  e  $< 0,10$ , no HC da UFPR, foram:

constituição familiar

paridade

experiência anterior

estética corporal

Na Maternidade A a variável que se associou significativamente ( $p < 0,05$ ) com a amamentação foi o tipo de habitação e as variáveis que se associaram com a amamentação porém com  $p > 0,05$  e  $< 0,10$  foram a intenção da mãe de trabalhar fora e as intercorrências no pré-natal.

Ao se comparar as duas populações, HC da UFPR e Maternidade A, aos 120 dias, observou-se, com razoável significância ( $p > 0,05$  e  $p < 0,10$ ), maior proporção de crianças amamentadas na população do Hospital de Clínicas da UFPR onde se desenvolvem atividades de promoção e incentivo ao aleitamento materno. Obteve-se que aos 120 dias, 70,9% de crianças eram amamentadas no HC da UFPR e 54,3% na Maternidade A.

WINIKOFF *et al.* (1987) comparando a incidência de duração do aleitamento materno em um hospital, onde se desenvolveram ações de promoção ao aleitamento materno com outro hospital nas vizinhanças, obtiveram que no local de intervenção os índices após as ações, subiram de 15% para 56%, e no local de controle de 28% para 41%.

Quanto as variáveis significativamente associadas à amamentação ao se comparar as duas instituições, HC da UFPR vs. Maternidade A, foram:

- mães de cor branca
- escolaridade da mãe maior de 4 anos de estudo
- morar em casa não própria (alugada, cedida, invadida)
- parto cesárea
- ter feito pré-natal no HC da UFPR
- mais de 6 consultas de pré-natal
- intercorrências no pré-natal
- intenção de trabalhar fora

Outras variáveis também estiveram associadas à amamentação, quando comparadas as duas instituições entre si, porém com menor nível de significância ( $p > 0,05$  e menor que 0,10) e foram :

- estado civil.
- constituição familiar
- problemas para amamentar
- a estética corporal

## 9.1 DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

Aos 120 dias, 70,9% das mães do HC da UFPR estavam amamentando, sendo que em aleitamento predominantemente materno 42,7%. Na Maternidade A 54,3% estavam amamentando aos 120 dias.

FAVARETO e THOMSON (1991), avaliando o programa de estímulo ao aleitamento materno do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Londrina, que funciona desde 1976, obtiveram em 1988/89 os mesmos índices de 1984/85, isto é, 63,6% para crianças sendo amamentadas aos 6 meses.

Índices semelhantes aos encontrados por estes autores foram também observados por DANKO *et al.* (1990), no México, com 50% das crianças ainda sendo amamentadas aos 5 meses.

ROMO *et al.* (1991) obtiveram em Malinalco, México, que 65% das mães amamentaram seus filhos exclusivamente até o 3º mes de vida.

Entre as mães do HC da UFPR aos 120 dias, obteve-se maior proporção de crianças sendo amamentadas, quando comparadas com a Maternidade A. Esta diferença entre as duas instituições foi razoavelmente significativa, (odds ratio de 2,61 e  $p < 0,06$ ).

A duração média estimada do aleitamento materno foi de 108 dias no HC da UFPR, e de 82,94 dias na Maternidade A, e a mediana estimada no HC da UFPR foi de 126 dias. As diferenças entre as médias estimadas das instituições foi significativa,  $p < 0,05$ . Isto confirmou que as mães que estiveram em contato com o HC da UFPR amamentam mais, mesmo considerando as mães que abandonaram a pesquisa.

Quanto à média estimada do aleitamento predominantemente materno no HC da UFPR foi de 88,62 dias e na Maternidade A de 80,27 dias.

A mediana de duração do aleitamento materno, em São Paulo, na área de abrangência do Centro de Saúde do Butantã, em 1983, foi de 84 dias, (ISSLER *et al.*, 1989). No ano de 1981,

BERQUÓ *et al.* (1984) encontraram que a duração média estimada de aleitamento materno, em São Paulo, foi de 89,4 dias, e no Recife foi de 66,3 dias para aquele mesmo ano.

## 9.2 IDADE

Na população do HC da UFPR, 26,0% dos partos ocorreram em mulheres com menos de 20 anos.

Observou-se que 6,7% delas tinham menos de 15 anos no momento do parto e que o parto para estas jovens mães ocorreu em época muito próxima à menarca, o que aumenta a probabilidade de intercorrências na gestação e parto, comprometendo o crescimento da própria adolescente (BRASIL *et al.*, 1991).

Os índices referentes às mães menores de 20 anos, foram mais elevados que os 12,5% da amostra nacional de 1990 do IBGE-PNAD (1992), e que os 13,8% encontrados por MARTINES *et al.* (1989) no Rio Grande do Sul, mas próximos dos 27,3% encontrados no Pará, por GOMES (1992).

Não se observou associação entre amamentação e idade materna nas duas instituições, quando estudadas isoladamente. Ao se comparar as duas instituições entre si, também não se observou-se associação com a amamentação.

Autores, como BAUZÁ *et al.* (1982), no Uruguai, encontraram que as mães adolescentes tendem a amamentar menos que as mães com mais de 19 anos de idade, fato que não se observou na presente pesquisa.

### 9.3. COR DAS MÃES

A distribuição segundo a cor, no presente estudo, seguiu os padrões regionais, sendo observada maior porcentagem de mulheres brancas.

Não se observou dentro do HC da UFPR ou na Maternidade A associação entre a amamentação e a cor da mãe, nem foi possível avaliar-se adequadamente a população de negras, por esta ser muito pequena na amostra.

Ao se comparar as duas populações, HC da UFPR e Maternidade A, maior proporção de crianças amamentadas foram observadas nas mães brancas do HC da UFPR aos 120 dias, em relação às mães brancas da Maternidade A, (odds ratio de 2,61 e  $p < 0,05$ ).

BEE *et al.* (1991) analisando três populações de diferentes raças, observou que as mulheres brancas com maior escolaridade tiveram maior probabilidade de amamentar, quando comparadas com mães mexicanas e negras de menor nível educacional. Um aspecto discutível neste estudo é o fato de que as mulheres brancas que tiveram maior probabilidade de amamentar foram as de maior escolaridade, o que poderia significar melhores condições de vida.

#### 9.4. ESCOLARIDADE

Encontrou-se no momento inicial da pesquisa, no HC da UFPR, que 40,0% das mães tinham 4 ou menos anos de estudo, dados estes próximos da amostra populacional nacional em 1990 (IBGE, 1992) de 40,2%, na Maternidade A a porcentagem de mães com menor escolaridade foi de 25,0%.

As duas populações se diferenciaram com razoável significância ( $p < 0,10$ ) em relação à escolaridade materna.

Aos 120 dias a amamentação foi positivamente associada com o maior nível de instrução, maior proporção de crianças amamentadas foi observada nas mães com maior escolaridade quando se considerou somente a população do HC da UFPR, (odds ratio de 2,47 e  $p < 0,05$ ). Dentro da Maternidade A não se observou associação da escolaridade com amamentação (odds ratio de 0,93), Uma possível hipótese para este fato, é que por possuírem renda econômica maior, a escolaridade deixaria de ser um fator determinante.

Quando ambas as populações tinham 4 ou mais anos de estudo, foi maior a proporção de crianças amamentadas no HC da UFPR, (odds ratio de 3,05 e  $p < 0,05$ ).

O nível da escolaridade, segundo MONTEIRO (1988) atua direta ou indiretamente na saúde, fazendo-se através da interação do indivíduo com o meio ambiente, com os outros e com as instituições em geral.

*"No caso específico da saúde infantil, é fácil verificar que um maior nível de escolaridade dos pais poderá, por exemplo, levar a um melhor entendimento dos mecanismos etiológicos das doenças infantis e a uma maior eficiência nos cuidados higiênicos com as crianças".*

Sugere-se que este fato ocorra porque as mulheres com melhor escolaridade tenham maior acesso e entendimento das informações dadas. Não se deve esquecer que a própria escolaridade reflete o nível sócio econômico e que portanto pode ser considerada indicador deste, o que pode alterar indiretamente os índices de amamentação, confundindo as variáveis.

A forma indireta da escolaridade agir sobre a saúde seria permitir que os indivíduos com maior escolaridade tenham melhores oportunidades de emprego e salários. Ela seria um marcador do nível sócio-econômico, estando associada ao nível de renda.

KURINIJI *et al.* (1988) estabelecem pouca relação entre o leite materno e etnias, porém associaram-no positivamente ao nível educacional.

Para GROSSMAN *et al.* (1989) a escolaridade foi um dos fatores que se associou significativamente com a amamentação, mães de maior escolaridade tiveram maior probabilidade de manter a amamentação.

## 9.5. ESTADO CIVIL

Na população inicial do HC da UFPR 86,0% das mães viviam com o companheiro, proporção semelhante a observada na Maternidade A, que foi de 84,1%.

Aos 120 dias a situação da mulher em relação a ter a presença do companheiro, não foi associada a amamentação nas mães do HC da UFPR, quando estudada isoladamente.

Quando se comparou as mães solteiras das duas instituições, foi na Maternidade A que se observou maior probabilidade das crianças não estarem sendo amamentadas porém apenas com razoável significância ( $p < 0,10$ ).

A ausência do companheiro pode representar maior encargo à mãe e este fato pode se associar negativamente à amamentação.

O apoio em momentos estressantes, como é o parto e os fenômenos que o acompanham, pode ser um fator importante na iniciação e na manutenção de amamentação. Este apoio dado pelos profissionais de saúde que auxiliam vencer as incertezas e as dúvidas, podem ser fundamentais para o sucesso da amamentação.

Entre os familiares, a presença do marido e suas atitudes frente ao aleitamento materno podem influir para o sucesso ou o fracasso desta prática.

Apesar da importância que tem sido dada à amamentação, 12,0% das mães, até o momento do nascimento, ainda não haviam conversado com seus maridos a respeito do aleitamento materno no HC da UFPR, e 7,0% na Maternidade A.

MACGOWAN *et al.* (1991) apontam que, além da escolaridade, o fato da mulher ser casada aumenta a incidência de amamentação, talvez por promover estabilidade emocional e econômica à mulher.

BIRENBAUN *et al.* (1989) apresentam dados que relacionam positivamente o aleitamento materno às atitudes positivas do marido frente a amamentação. Este fator, para os autores, foi o que apresentou maior influência na manutenção da amamentação.

## 9.6. RENDA FAMILIAR

Os números encontrados para o HC da UFPR na entrevista inicial foram de 52,7% de mães com menos de 0,5 salário mínimo per capita. Em relação à renda familiar, esta porcentagem se aproximou da média nacional para o ano de 1990, que foi de 51,4% de indivíduos vivendo com renda menor de 0,5 salário mínimo per capita, (IBGE-PNDA, 1992).

Diferenciaram-se significativamente ( $p < 0,05$ ), as mães do HC da UFPR e da maternidade A em relação à renda familiar, sendo que nesta última entidade era de 20,4% o total das mães que viviam com menos de 0,5 salário mínimo per capita mensal.

Esperava-se que nesta população, à semelhança de outras pesquisas realizadas, onde mulheres de melhor renda amamentam mais do que as de baixa renda, o desempenho delas em relação a amamentação fosse melhor que no HC da UFPR, o que, porém, não aconteceu.

No HC da UFPR, apesar de maior porcentagem de mães terem menor renda familiar, foi nesta população que se observou maior proporção de crianças amamentadas aos 120 dias.

STEWART *et al.* (1991), entre outros fatores, encontraram associação positiva entre a amamentação e mães de maior nível renda.

## 9.7. TIPO DE DOMICÍLIO

No HC da UFPR um número maior de mães moravam em condições precárias, terreno de invasão 11,3%, quando comparadas com a população da Maternidade A 6,8%, porém esta diferença não foi significativa entre as duas populações.

Define-se terreno de invasão quando construiu-se moradia em terreno pertencente a outrem, geralmente constituindo-se a moradia de madeira, precária, muitas vezes sem água e luz e contendo um só cômodo.

No HC da UFPR não se encontrou diferenças entre as proporções de crianças amamentadas, aos 120 dias, em relação ao tipo de moradia.

Foi observada maior proporção de crianças sendo amamentadas quando moravam em casa própria, na Maternidade A, (odds ratio de 4,81 e  $p < 0,05$ ). O fator casa própria é também um indicador de renda, que poderia indiretamente representar um fator de estabilidade.

Ao se comparar as duas populações observou-se maior proporção de crianças sendo amamentadas entre as mães do HC da UFPR, moradoras em casa alugada/cedida/invasão em relação às mães da Maternidade A, nas mesmas condições.

O que se observou foi que as mães do HC da UFPR que estiveram sob a influência de ações de promoção ao aleitamento amamentaram mais que da Maternidade A as mães sob as mesmas condições ambientais adversas, (odds ratio de 4,19 e  $p < 0,05$ ).

## 9.8. CONSTITUIÇÃO FAMILIAR

No momento da entrevista inicial, o número de famílias constituídas apenas de pai, mãe e filhos ou mãe e filhos foi de 63,3% no HC da UFPR e 68,4% na Maternidade A. As famílias em que havia a presença de outros parentes na população do HC da UFPR foi de 36,7% e de 31,6% na Maternidade A. As mães que disseram não ter o pai morando na mesma casa e que não tinham outras pessoas morando no mesmo domicílio representaram 2% delas no HC da UFPR.

As amostras populacionais nacionais mostram que as famílias onde não há presença do pai corresponderam a 13,9%, (IBGE, 1992) número próximo ao encontrado na população do HC da UFPR, que foi de 14,0% e de 15,9% na Maternidade A.

A presença de outras pessoas, além do pai, morando na mesma casa foi associada negativamente à amamentação no HC da UFPR, (odds ratio de 1,99 e  $p < 0,10$ ) e quando comparada com a Maternidade A (odds ratio de 2,55 e  $p < 0,10$ ).

O número de pessoas morando na casa é citado por alguns pesquisadores como um dos fatores associados ao aleitamento materno (GIUGLIANI *et al.*, 1992). Estes autores obtiveram ainda que, a ajuda nos serviços domésticos faz diminuir o risco de interrupção precoce da amamentação mas a presença de outros familiares faz com que o risco da descontinuidade da amamentação aumente.

Sugeriu-se que a presença de outras pessoas, principalmente da avó, possa muitas vezes ter uma influência negativa na amamentação. Estas avós pertencem a uma geração em que o desmame faz parte de sua história de vida, não podendo portanto ser um apoio para um fato que ela vivenciou negativamente. RUDOLPH (1985) já havia observado a falta da história do aleitamento nas gerações prévias.

Dificuldades econômicas e a urbanização das cidades trazem, como consequência, mudanças no comportamento das famílias. Há a perda da característica de família estendida e a família nuclear é o novo padrão adotado. Não há modelos a serem seguidos, perde-se o

incentivo das mulheres mais velhas da família e o trabalho doméstico tem que ser desenvolvido sozinho, sobrecarregando a nova mãe.

Resultados diferentes dos GIUGLIANI *et al.* (1992), porém, foram encontrados por KOBAYASHI (1989) no Japão, que obteve como um fator positivamente ligado à amamentação, a mãe estar apoiada pela família. No referido estudo a avó estava morando na mesma casa.

Esta associação também foi observada em pesquisa realizada com crianças pré-termos, onde o suporte familiar foi positivo para manter a amamentação (KAUFMAN e HALL, 1989).

## 9.9. TRABALHO MATERNO

Porcentagem semelhante de mães que tinham intenção de trabalhar fora, no momento inicial da entrevista, foi observada tanto no HC da UFPR 57,3% como na Maternidade A 56,8%.

Na Maternidade A, quando as mães não tinham intenção de trabalhar fora, observou-se maior proporção de crianças sendo amamentadas, quando comparadas com as mães que tinham intenção de trabalhar.

Maior proporção de crianças amamentadas foi observada nas mães do HC da UFPR, mesmo tendo intenção de trabalhar fora, quando comparadas às mães com a mesma característica da Maternidade A, (odds ratio de 3,37 e  $p < 0,05$ ).

Concomitantemente às mudanças sociais, a mulher começa a desenvolver atividades fora do ambiente doméstico. Há maior participação da mulher no mercado de trabalho, porém esta participação nem sempre é acompanhada do apoio de leis trabalhistas, que assegurem o direito à creche ou de licença para a amamentação.

Mesmo em países em que existe legislação é grande o número de mães que não têm este direito assegurado. A mulher sai para o trabalho, porém ao retornar, continua a exercer as mesmas atividades domésticas. Assume, desta forma, dupla carga de trabalho fora e dentro do lar. Amamentar é mais uma tarefa dentre as muitas a serem desenvolvidas.

AUERBACH e GUSS (1984) associaram a amamentação negativamente ao retorno da mãe ao trabalho. A influência foi relacionada principalmente à data de retorno, mais do que às horas que a mãe passava fora trabalhando, quanto mais precoce este retorno, maior foi o abandono da amamentação. Segundo estes autores o aleitamento materno poderia ser de maior duração se as mães enquanto estivessem fora trabalhando, esgotassem o seio.

Estes achados são discutíveis, pela dificuldade em realizar a estocagem de leite no local de trabalho, seu transporte e a sua manipulação.

VERRONEN citado por AUERBACH E GUSS (1984) afirma que mulheres que retornavam ao trabalho só após 16 semanas tinham maior probabilidade de continuar a amamentar.

KURINIJI *et al.* (1989) levantam importante discussão ao estabelecerem o decréscimo da amamentação ao início do trabalho da mulher fora do lar, nos Estados Unidos, lembrando que naquele país ainda não havia lei de proteção às lactantes. A mesma associação foi encontrada por CHALMERS *et al.* (1990).

Em estudo realizado por RYAN E MARTINEZ (1989), o fato da mãe trabalhar fora foi associado ao desmame. Entre as mães que trabalhavam o dia inteiro, 10% amamentavam até os seis meses, enquanto 24% das mães não empregadas o faziam.

## 9.10. PARIDADE

A população, no momento inicial, do HC da UFPR, constituiu-se predominantemente de múltiparas, 62,7%, e 59,1% na Maternidade A.

Maior proporção de crianças amamentadas foi observada quando as mães eram múltiparas, no HC da UFPR, (odds ratio de 1,99  $p < 0,10$ ), quando comparadas com primíparas.

A paridade é um fator relacionado, em outros trabalhos, à amamentação. Ser primípara, no presente estudo, foi fator que mostrou razoável associação negativa à amamentação. Nas mães com dois filhos, no HC da UFPR, foi onde se observou maior proporção de crianças amamentadas, na própria instituição, (odds ratio de 2,64 e  $p < 0,10$ ) e quando comparadas com a Maternidade A (odds ratio de 4,29 e  $p < 0,05$ ) provavelmente aliando a experiência prévia ao fato de não estarem sobrecarregadas de funções domésticas, que um grande número de filhos traz.

Mostrando que a experiência prévia é importante na amamentação, em estudo realizado por BEVAN *et al.* (1984), uma das variáveis que mais se relacionou favoravelmente ao aleitamento materno foi o fato da mãe ser múltipara e ter tido experiência positiva no aleitamento materno prévio. No estudo citado, a maior escolaridade, o apoio do marido e o número de filhos influenciaram positivamente. Para BRESOLIN *et al.* (1985) foram as mães múltiparas, porém, com menor número de filhos que mais tempo amamentaram.

### 9.11. TIPO DE PARTO

O total de partos cesáreos realizados no HC da UFPR foi próximo dos índices nacionais, de 31,8% em 1989 (IBGE, 1992), porém acima dos índices considerados ideais, onde se espera que, em média, ocorram em 10 a 15% do total de partos.

O parto cesáreo foi associado, no presente estudo, positivamente com amamentação no HC da UFPR, pois observou-se maior proporção de crianças amamentadas aos 120 dias quando a mãe tinha sido submetida a cesárea, em comparação com a proporção de crianças amamentadas de mães com parto normal, (odds ratio de 2,68 e  $p < 0,05$ ).

Esta associação é contrária a observação de vários autores, onde nos estudos realizados, o parto cesáreo foi associado negativamente à amamentação, ou não se encontrou associado.

Um destes autores é MANSBACH (1991) que aconselha a orientar e encorajar às mulheres que tiveram seus filhos com parto cesáreo, pois no estudo realizado pelo autor, este foi um dos fatores que influenciou em iniciar aleitamento materno, não estando porém relacionado à duração.

VICTORA *et al.* (1990) comparando mães com parto vaginal às com cesárea eletiva e de urgência, observou que não havia diferença quanto ao tempo de duração do aleitamento materno e o tipo de parto realizado. A cesárea tornava-se um fator de risco para o desmame somente quando era realizado de urgência.

Curiosamente, no presente estudo, as mães que mais amamentaram foram aquelas que tiveram filhos de parto cesáreo. Uma explicação é que estas mães permaneceram mais tempo internadas e, portanto, com maior probabilidade de entrarem em contato com as ações de promoção ao aleitamento materno em desenvolvimento no HC da UFPR.

Observa-se que alguns países que têm como norma manterem as mães por períodos mais longos de internação pós parto, como a Finlândia, têm altos índices de amamentação.

## 9.12. PRÉ NATAL

No HC da UFPR grande porcentagem das mães havia realizado o pré-natal (92,0%), sendo que na Maternidade A todas as mães o haviam feito. Esta não é a realidade brasileira, já que para o Brasil, no ano de 1989, apenas 61,9% das mulheres fizeram o pré natal (IBGE, 1992).

Ao se comparar as mães do HC da UFPR, com e sem pré-natal e a sua relação com o aleitamento materno, aos 120 dias, não se observou diferenças na proporção de crianças amamentadas nas duas situações.

Ao comparar-se mães do HC da UFPR com pré-natal, e as mães da Maternidade A, foram as primeiras que mostraram maior proporção de crianças sendo amamentadas aos 120 dias, com razoável significância, (odds ratio de 2,08 e  $p < 0,10$ ).

Esta proporção se acentua no HC da UFPR, quando se comparou somente as mães com pré-natal realizado na instituição, HC da UFPR. Este dado mostra que o fato de realizar o pré-natal no HC da UFPR associou-se positivamente à amamentação, de forma significativa, (odds ratio 2,44  $p < 0,05$ ).

O pré-natal foi considerado adequado, quando foram feitas pelo menos 6 consultas durante a gestação, o que permite supor que tenham tido melhor qualidade no atendimento.

Na Maternidade A maior número de mães havia realizado 6 ou mais consultas de pré-natal, 81,8%, e no HC da UFPR, 76,0%.

Não se associou no HC da UFPR ou na Maternidade A o número de consultas e amamentação, quando analisadas em cada instituição, separadamente.

Ao se comparar as duas instituições entre si, as mães, com 6 ou mais consultas, no HC da UFPR, mostraram maior proporção de crianças amamentadas aos 120 dias, em relação à Maternidade A, com a mesma característica, (odds ratio de 2,38 e  $p < 0,05$ ).

O comparecimento a um maior número de consultas, no HC da UFPR, associou-se positivamente à amamentação, em relação à Maternidade A. Isto pode sugerir que a maior frequência ao serviço permitiu às mães terem tido contato mais vezes com as ações de promoção ao aleitamento materno.

A realização do pré-natal e a orientação sobre o aleitamento materno neste período tem sido relatado, por outros autores, como um fator positivamente associado à amamentação.

A utilização do pré-natal desde os primeiros meses da gravidez foi associado positivamente com a amamentação por GROSSMAN, *et al.* (1989).

Ainda estes autores, GROSSMAN *et al.* (1990), em estudo posterior com mães de baixa renda, relacionaram que a participação delas em grupos de orientação no pré-natal sobre o aleitamento materno, associou-se positivamente com a duração da lactação. Não observou, entretanto, a existência de tal associação com o apoio dado pelos profissionais de saúde após o parto.

Outros pesquisas confirmam a importância do pré-natal como o momento propício à orientação sobre a amamentação. GRANZOTO *et al.* (1991) obtiveram associação positiva entre a realização do incentivo ao aleitamento materno no pré-natal e a amamentação. A participação de mãe de baixa renda sócio-econômica em programa de orientação ao aleitamento materno, fez com que o índice de amamentação fosse maior no grupo que recebeu orientação no pré-natal (KISTIN *et al.*, 1990).

### 9.13. INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

O Hospital de Clínicas da UFPR é um hospital de referência às gestações de alto risco, e mesmo após terem sido excluídas as crianças com menos de 2500g e as que apresentaram intercorrências que impediram a mãe e o recém-nascido de ficarem juntos, permaneceu a população inicial no HC da UFPR, que havia apresentado intercorrências no pré-natal com 30,0%, na Maternidade A este número foi menor, com 18,2%. Esta diferença entre as duas populações foi de razoável significância  $p < 0,10$ , aos 120 dias.

Poderia se supor que o fato de ter intercorrências no pré-natal pudesse ser um fator que interferisse na amamentação futura, porém não foi observada diferença entre as mães do HC da UFPR, que tiveram ou não intercorrências, quando comparadas entre si.

Na população do HC da UFPR, apesar de grande parte das mães terem apresentado intercorrências no pré-natal, este fato não foi associado à amamentação, até os 120 dias, porém na Maternidade A este fato foi associado negativamente, (odds ratio 8,18 e  $p < 0,10$ ).

Ao se comparar as mães que apresentaram intercorrências do HC da UFPR com o grupo da maternidade A, observou-se que a proporção de crianças amamentadas foi maior no primeiro grupo, (odds ratio de 14,5  $p < 0,05$  )

#### 9.14. INTENÇÃO DE AMAMENTAR

Todas as mães, no momento da entrevista, tinham intenção de amamentar por períodos maiores que três meses. O que se observou, porém, é que a pretensão foi diferente da prática, pois o desmame ocorreu antes do prazo pretendido para amamentar.

No HC da UFPR, já no primeiro mês, 6,9% das mães haviam abandonado o aleitamento materno, mantendo-se estes índices de desmame constantes mês a mês. Na Maternidade A, 17,4% já o haviam feito no primeiro mês e 26,1% no segundo. Para os demais meses as taxas de desmame foram semelhantes às do HC da UFPR.

Há um distanciamento entre intenção e prática, pois na prática o desmame ocorreu mais precocemente do que se dizia pretender amamentar.

BERQUÓ *et al.* (1984) encontraram que 96,7% das mães em São Paulo, pretendiam amamentar seus filhos entre 90 e 180 dias, mas apenas 24,1% haviam amamentado por este período. Outros autores como VESTERMARK *et al.* (1991) obtiveram resultados semelhantes.

### 9.15 EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM AMAMENTAÇÃO

Na amostra inicial no HC da UFPR, entre as mães multíparas 56,4% havia tido experiência anterior positiva em amamentação e na Maternidade A 46,2% das mães havia amamentado o filho anterior por mais de 4 meses.

No HC da UFPR, ao se comparar as multíparas em relação à amamentação de seu último filho, considerando como experiência positiva ter amamentado 4 ou mais meses, observou-se maior proporção de crianças amamentadas, aos 120 dias, quando as mães tinham experiência positiva anterior, (odds ratio 3,10  $p < 0,10$ ).

Na Maternidade A esta associação não foi significativa.

A experiência prévia positiva em amamentação tem sido associada positivamente com maior duração da amamentação por diferentes autores, entre eles BECERRA e SMITH (1990).

## 9.16. DIFICULDADES PARA AMAMENTAR

Na entrevista entre 12 e 48 horas após o parto no HC da UFPR maior porcentagem de mães referiu estar encontrando problemas para amamentar, 44,7%, quando comparadas com as mães da Maternidade A, 34,1%.

O fato de ter respondido positivamente a ter tido problemas no período pré-natal, não foi fator que se associou à amamentação para as mães do HC da UFPR.

Quando as mães apresentaram problemas para amamentar, foi observada maior proporção de crianças amamentadas no HC da UFPR em relação às mães da Maternidade A, com a mesma característica, (odds ratio de 2,96 e  $p < 0,10$ ).

O que talvez se pode inferir é que as mães desta instituição estavam melhor preparadas para enfrentar estas dificuldades ou que receberam maior apoio para resolvê-los.

O manuseio adequado dos problemas para amamentar é um fator citado como necessário para diminuir as barreiras que impedem o início ou a continuidade do aleitamento materno (LAWRENCE, 1989).

### 9.17. INTERVALO ENTRE A PRIMEIRA MAMADA E O PARTO

No HC da UFPR 11,3% das mães amamentaram com menos de 4 horas após o parto e 18,2% das mães da Maternidade A.

Não foi observado associação entre a amamentação e o intervalo entre o parto e a primeira mamada.

Maior proporção de crianças amamentadas aos 120 dias foi observada no HC da UFPR em relação à Maternidade A, quando a criança demorou mais que 4 horas para ser amamentadas, (odds ratio de 2,19 e  $p < 0,10$ ).

Autores já haviam alertado para a importância de diminuir o tempo entre o parto e a primeira mamada, constituindo-se este um dos passos para o sucesso da amamentação

Quanto maior o intervalo entre a primeira mamada e o parto, maior foi o risco da mãe não amamentar, KURINIJI e SHIONO (1991).

## 9.18. ORIENTAÇÃO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

No HC da UFPR, até o momento da entrevista, 14,0% das mães diziam não ter recebido orientação sobre amamentação. Entre as demais mães, 86,0% já haviam recebido, em qualquer ocasião prévia, pelo menos uma vez orientação sobre aleitamento materno. Do total de 150 mães do HC da UFPR, 24,0% havia recebido orientação em 3 ou mais locais diferentes.

Na Maternidade A 61,4% das mães receberam orientação sobre aleitamento materno. A diferença entre as duas maternidades foi significativa.

O local que as mães do HC da UFPR mais referiram ter recebido orientação, foi no próprio alojamento conjunto, 65,3% das mães, sendo o segundo local mais citado o pré-natal, em 60,0%.

Quando se analisaram somente as mães que haviam feito o pré-natal no HC da UFPR, 70,6% destas referiram ter recebido orientação durante a gestação e ao se estudar o grupo de primíparas com pré-natal realizado na instituição, encontrou-se que 67,5% delas informaram terem sido orientadas.

Segundo dados apresentados por KOCH (1979) em relação à orientação recebida no pré-natal, 54% das mães tinham recebido orientação no pré-natal em maternidades de Curitiba, naquela ocasião.

Os resultados da presente pesquisa aproximaram-se dos obtidos por GOMES *et al.* (1992), já citado anteriormente, que avaliando a orientação recebida pelas mães em hospital do Pará, evidenciou que 65,93% das mães haviam recebido orientação no pré-natal.

SOUZA *et al.* (1991), na Bahia., obtiveram que 53,8% das mães diziam ter sido orientadas sobre aleitamento materno uma ou duas vezes, sendo que 47,5% das orientações foram dadas após o parto.

GRANZOTO *et al.* (1992), comparando dois grupos de mães, no grupo que havia recebido orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, 64% das mães ainda amamentava aos 4 meses, enquanto do grupo que não havia recebido orientação apenas 33% o fazia.

### 9.19. TIPO DE ORIENTAÇÃO RECEBIDA

Em relação ao tipo de orientação recebida, na entrevista inicial, no HC da UFPR 47,3% das mães haviam recebido informações a respeito da qualidade do leite materno, técnica de amamentação e cuidados com os seios. Na Maternidade A 18% delas haviam recebido as três informações.

Ao se comparar as mães do HC da UFPR que receberam 3 ou mais das informações e mães com igual número de informações na Maternidade A, maior proporção de crianças amamentadas, aos 120 dias, foi encontrada quando a mãe recebeu três ou mais informações no HC da UFPR, porém estes dados devem ser interpretados com cuidado devido ao pequeno número da mostra na Maternidade A que apresentou esta característica.

GOMES, *et al.* (1992) obtiveram que 23,4% das mães diziam ter sido orientadas a favor do leite materno, 11,9% sobre as qualidades do mesmo e cuidados com os seios. Enquanto que no trabalho já citado de SOUZA *et al.* (1991), 83,3% das mães referiam orientação sobre o valor do leite materno e 14,3% sobre problemas para amamentar.

Estes dados se aproximam dos de KOCH (1979), no Paraná, onde 60,6% foram orientadas e destas 84,1% referiram ter recebido orientação sobre as vantagens do leite materno.

## 9.20. CONHECIMENTOS SOBRE AMAMENTAÇÃO

Quando da entrevista inicial, na Maternidade A, onde menor número de mães dizia ter recebido orientação, foram estas que responderam com maior frequência que o tempo de duração da mamada seria estabelecida pelo próprio lactente, 72,7%, e no HC da UFPR, 47,3% responderam da mesma forma.

Ao se referirem ao intervalo entre as mamadas, 52,0% das mães do HC da UFPR opinaram que este deveria ocorrer sob livre demanda e 34,1% das mães Maternidade A tiveram a mesma opinião. Observou-se o distanciamento da informação recebida já que no HC da UFPR mais de 64% das mães dizia ter recebido orientação sobre técnica de amamentação.

Sobre a necessidade de estabelecer horários para amamentar, neste trabalho de KOCH (1979), 2% das mães opinaram que a amamentação deveria ocorrer sob livre demanda. Na atual pesquisa 52,0% das mães do HC da UFPR e 34,1% das mães da Maternidade A tiveram a mesma opinião, indicando a incorporação de novas orientações mais liberais para o aleitamento materno.

Quanto à duração das mamadas, no estudo já citado de KOCH (1979), 10% das mães eram da opinião que o bebê deveria mamar quanto quisesse, enquanto no presente estudo, 47,3% no HC da UFPR e 72,7% na Maternidade A concordaram com esta assertiva.

No HC da UFPR 21% das mães e 11% da Maternidade A disseram que não havia diferença entre o leite materno e os outros leites para proteger a criança contra as doenças. Para 8,6% do HC da UFPR e 9,1% da Maternidade A, apenas o modo de preparação do leite artificial poderia torná-lo igual ao materno. Provavelmente para estas mães as diferenças são devidas à contaminação ou diluição inadequada, não identificando, portanto, as qualidades protetoras existentes no leite materno.

Se o tipo de leite relacionava-se com o desenvolvimento da criança 30,7% das mães no HC da UFPR não viram diferença entre o leite materno e outros tipos de leite, 27,3% das mães da Maternidade A opinaram da mesma forma. Do total de 44 mães da Maternidade A 11,4%

acharam que com outros leites, que não o materno, a criança se desenvolveria melhor. No HC da UFPR, 48,0% e na Maternidade A 54,5%, das mães foram da opinião que com o leite materno a criança se desenvolveria melhor.

Quanto ao peso da criança, 10,0% das mães no HC da UFPR opinaram que a criança ganha mais peso na mamadeira e 2,7% delas citaram exemplos positivos relacionados à mamadeira, e 22,0% disse que ganham peso igual, seja na mamadeira ou com leite materno.

A relação da criança ganhar mais peso com a mamadeira não é apenas opinião local, ISENALUMHE (1990) analisando uma população na Nigéria, ao mostrar a foto de um bebê obeso a 308 pessoas, 71% delas acharam que este bebê era alimentado com mamadeira e 73% delas opinaram que este bebê era forte e saudável, sendo que todos os bebês mostrados eram alimentados com leite materno.

Analisando o conhecimento e o grau de informação das mães, WINIKOFF *et al.* (1986) descrevem que 88% das mães concordaram com o fato do leite materno fazer bem para a saúde física da criança, e 75% deste alimento fazer bem também para saúde mental. Faltava, porém, informação às mães pesquisadas, pois aproximadamente 50% delas não sabia que não eram necessários suplementos, e grande parte das mães não estava certa a respeito de se o tamanho do seio estava ou não relacionado com a quantidade de leite produzido. Segundo ainda estes autores, o conhecimento do manejo do aleitamento materno pela equipe médica era inadequado.

Aos 120 dias não foi possível estabelecer relação entre os locais que maior influência tiveram na manutenção do aleitamento dentro do HC da UFPR, seja pré-natal, alojamento conjunto ou no ambulatório de puericultura. Observou-se que as mães que tiveram maior oportunidade de contato com a instituição, isto é, fizeram pré-natal, ficaram no alojamento conjunto, acompanharam todas as consultas de puericultura sem nenhuma falta, foram as que apresentaram maior associação com o aleitamento materno.

Os dados obtidos por KOCH (1979) em maternidades do Paraná, indicavam que 38% das mães haviam recebido orientação em serviços médicos, proporção bem menor aos observados atualmente, 86,0% no HC da UFPR e 61,4% na Maternidade A.

CUNNIGHAN e SEGRE (1990) encontraram, que na Jamaica, onde foi instituída a promoção ao aleitamento materno desde 1970, somente educar as mães era insuficiente, havendo a necessidade, naquele país, de enfatizar as práticas hospitalares que favorecessem a amamentação e entre elas o início precoce do aleitamento.

## 9.21 MOTIVOS PARA AMAMENTAR

Entre os motivos apresentados pelas mães no HC da UFPR para amamentar destacaram-se: a resposta porque "é melhor" por 18,0%.

Motivos condicionavam a amamentação a situações específicas tais como, "se tiver leite", "mas o meu leite acaba" foram citados por 6,0%. Algumas mães, 1,3%, apesar de explicitarem intenção de amamentar, apresentaram nas respostas dos motivos opinião que demonstrava atitude contraditória à prática da amamentação como: "atrapalha fazer o serviço", "mas vou dar leite de vaca também".

A justificativa para amamentar pelo fator econômico apareceu em 14,0% das mães, demonstrando a preocupação das mães do HC da UFPR, onde é menor a renda per capita, enquanto que, na Maternidade A apenas 4,5% das mães entrevistadas responderam que iriam amamentar devido a esse motivo.

A razão econômica como categoria para escolha da amamentação, em mães com baixos níveis de instrução, já havia sido relatada por BERQUÓ *et al.* (1984).

A referência aos aspectos imunoprotetores para valorizar o aleitamento materno apresentada no presente trabalho por 17,3% das mães do HC da UFPR, também foi identificada em outros trabalhos. OLIVEIRA FILHO *et al.* (1986) que encontraram no Pará, como primeira causa para as mães amamentarem, o fato de que o leite materno "evita doença", resposta fornecida por 60% das mães pesquisadas.

## 9.22. LEITE INSUFICIENTE

Um dos motivos constantemente apresentados pelas mães como causa de desmame é o leite ser insuficiente, afirmação freqüentemente observada em diferentes países e culturas (KING, 1991).

No HC da UFPR 19,3% das mães, no momento inicial, diziam não saber reconhecer o leite insuficiente, e portanto desconheciam como controlar tal situação. A conceituação objetiva de que a criança deveria ganhar peso foi dada por apenas 6,5% das mães do HC da UFPR e menor número ainda da Maternidade A, 4,5%.

Ao se colocar às mães a importância da manutenção do aleitamento materno, um dos tópicos que muitas vezes não é mencionado, principalmente às mães sem experiência em amamentação, é como elas vão interagir com o bebê para terem ciência de que seu leite será suficiente ou não.

A informação que sempre é passada afirma que o leite materno é suficiente para promover o crescimento e desenvolvimento de seu filho, não se explicando à mãe como avaliar que a nutrição do bebê está adequada.

KOCTURCK e ZETTERSTROM (1988) em trabalho realizado em Istambul, verificaram que mesmo quando as mães não estavam sob stress psicossocial, as muito jovens com pouca instrução estavam, sempre prontas a interpretar qualquer reação adversa nas suas crianças como um indicativo de leite insuficiente.

Alguns autores, como HUBBARD (1978) associavam "o leite insuficiente" a fatores econômicos, psicológicos e sociais decorrentes das mudanças ocorridas com a urbanização das cidades.

COSTA *et al.* (1993) obtiveram como causa para o desmame parcial, no Pará, em 40% das mulheres que o leite tinha diminuído.

### 9.23. LEITE "FRACO"

Outro conceito citado pelas mães em pesquisas sobre causas de desmame é de que o leite materno é fraco. Obteve-se como resposta que não existe leite "fraco" em 46,6% das 150 mães do HC da UFPR e porcentagem semelhante foi obtida junto às mães da Maternidade A, 43,2%.

Na opinião de 53,4% das mães do HC da UFPR o leite fraco existia e a primeira característica apontada foi a cor clara do leite, amarelo ou transparente, 8%. Na Maternidade A a principal categoria apresentada para leite fraco foi a própria falta de definição, pois 15,9% apesar de acreditar na sua existência, não conseguiram explicar o que fosse leite fraco.

Na entrevista inicial 3,3% das mães do HC da UFPR e 2,3% das mães da maternidade A disseram que "fraco" era o leite delas naquele momento. Apesar de algumas referirem ter recebido orientação a respeito de aleitamento materno, elas persistiam com dúvidas, pois continuavam a dar as seguintes respostas: "dizem que não tem, mas tem".

Grande porcentagem destas mães haviam recebido as informações, porém aparentemente a fundamentação não foi suficiente para mudar os conceitos já incorporados. Em geral estas informações que traduzem mudanças nas orientações médicas, entram em conflito com o saber tradicional, sendo necessário período de tempo para que o processo de incorporação e aceitação de novos conceitos possa ocorrer (BOLTANSKI, 1974).

Outro conceito de leite fraco é freqüentemente relacionado com o leite que não sustenta ou pelo choro da criança. A dificuldade de interpretar o choro da criança, leva a mãe a relacioná-lo com a fome, omitindo as outras causas de choro. Em tribos do deserto de Kalahari, na África Central, o choro de fome da criança é apenas atendido pela mãe, mas o choro de dor produz resposta de todos os adultos da tribo (LOZOFF *et al.*, 1977).

Para BERQUÓ *et al.* (1984) a mãe ansiosa com o choro de seu filho, atribui-lhe significado de que o leite é fraco ou insuficiente e que ela não está sendo uma boa mãe. Este fator gerador de ansiedade, que concomitante a outras variáveis como o cansaço, podem prejudicar a ejeção adequada do leite materno.

#### 9.24. A AMAMENTAÇÃO

A elaboração do ato de amamentar, como a ação era desenvolvida e as implicações que a atenção à criança exigiria, em termos de trabalho materno a ser realizado, apareceu em pequena porcentagem de mães.

Ao compararem o ato de amamentar com o de fazer a mamadeira, 86,7% das mães do HC da UFPR disseram que fazer a mamadeira consumia maior tempo e atenção. O uso da mamadeira ocasionava transtornos quando a mãe precisava se locomover junto com a criança.

Dar de mamar representava mais trabalho que a mamadeira para 6,0% das mães no HC da UFPR e 11,4% na Maternidade A.

A concepção da amamentação como tarefa exaustiva foi uma das razões encontradas em São Paulo e Recife para 91,0% de um grupo de puérperas não amamentar (BERQUÓ *et al.*, 1984).

## 9.25. A AMAMENTAÇÃO E A LIBERDADE PESSOAL DA MULHER

No período da lactação a mãe tem que estar sempre presente, pois não há quem a substitua. Este fato impede que a mãe se afaste por períodos maiores, o que é percebido, para algumas mães, como fator de limitação da liberdade pessoal.

Neste estudo, 56,7% das mães no HC da UFPR e 47,4% das mães da Maternidade A responderam que a amamentação interferia na liberdade pessoal.

Entre estas mães, 35,3% do HC da UFPR e 33,3% da Maternidade A disseram que a liberdade da mulher diminuía, mas referiam-se positivamente a este fato dizendo: "Dar de mamar prende, mas é mais contato com o bebê", "é mais carinho".

## 9.26. A AMAMENTAÇÃO E ASPECTOS RELACIONADOS A CONDIÇÃO FEMININA

A amamentação implica em transformações funcionais que se refletem em mudanças estruturais do corpo da mulher, e como a mulher aceita estas mudanças observadas em seu corpo?

A preocupação com o próprio corpo foi relacionada à amamentação de forma negativa em 32,0% das mães do HC da UFPR e 20,5% da Maternidade A, as quais opinaram que a amamentação altera o corpo da mulher de forma negativa.

Este fato associou-se negativamente à amamentação no HC da UFPR, pois foram estas mães que tenderam a amamentar menos, quando comparadas com as mães que disseram que amamentação não deforma o corpo da mulher, (odds ratio de 2,63 e  $p < 0,10$ ), devendo-se porém considerar o pequeno tamanho da amostra.

Em São Paulo, segundo BERQUÓ *et al.* (1984), entre as cinco categorias mais escolhidas dentro do inventário das atitudes maternas em relação à amamentação, a de estragar os seios esteve presente em 39% das mães entrevistadas.

## 9.27. A ALIMENTAÇÃO MATERNA E A AMAMENTAÇÃO

Houve referência às restrições alimentares durante a amamentação em 15,3% das mães do HC da UFPR e 25,0% na Maternidade A. Segundo estas mães não deveriam ser consumidos determinados tipos de alimentos, pois podiam trazer algum transtorno para a criança tais como cólicas.

Entre estes alimentos foram mencionados as gorduras, aqueles considerados ácidos ou azedos, como laranja, vinagre, abacaxi e limão. Outros ainda foram citados como inadequados; peixes e ovos fritos. Certos alimentos foram relacionados positivamente ao aleitamento materno devendo ser consumidos durante o período da lactação. Tais alimentos foram considerados como "fortes" sendo citados: polenta, cerveja preta, canjica, frutas e verduras

Há trabalhos que mostram a relação do tipo de alimentação recebida pela mãe e o comportamento da criança ao ser amamentada. No caso específico, MENNELLA e BEAUCHAMP (1991) deram alho para as mães ingerirem e observaram que as crianças passaram a sugar mais.

Na comunidade de Malinalco, México, foram detectadas várias crenças relacionadas à produção láctea e os "remédios" para ajudar na ejeção do leite materno. Os autores enfatizaram a importância de se considerar os fatores culturais nos estudos sobre lactação (ROMO *et al.*, 1991).

## 9.28. MOTIVOS PARA INTRODUIZIR A MAMADEIRA

A época de início do uso da mamadeira e os motivos para sua introdução foram diferentes ao se comparar as mães do HC da UFPR que ainda amamentavam aos 120 dias com aquelas que já estavam em alimentação artificial ou mista. Nestas últimas 41,2% já introduziram o leite artificial no primeiro mês.

Os motivos apresentados para a introdução, no HC da UFPR, foram problemas, como causas maternas (fissuras) em 44,4%, e de "leite fraco", em de 44,4% das mães.

Entre as 93 mães que fizeram o seguimento mensal, as que terminaram o período em aleitamento misto introduziram a mamadeira mais tarde, pois no final dos 30 dias apenas 3,0% delas tinha dado mamadeira. Entre os 60-90 dias foi que se observou a maior porcentagem de introdução de mamadeira neste grupo, 66,7%.

WINIKOFF e LAUKARAN (1989) observaram que quanto mais tarde se introduzia a mamadeira, maior era a probabilidade das crianças continuarem recebendo o leite materno.

Em relação às dificuldades encontradas para amamentar foram as mães que terminaram os 120 dias em aleitamento artificial e misto foram as que disseram terem encontrado maiores dificuldades nos primeiros quinze dias para amamentar. Nestes grupos se observou a maior porcentagem de dificuldades encontradas para amamentar, fazendo exceção na segunda quinzena, quando as mães em aleitamento materno também relatam dificuldades em índices próximos ao verificados para os outros dois grupos.

Quanto aos motivos apresentados para a introdução de outro alimento, variam de acordo com o período investigado. Durante os primeiros 90 dias a causa principal foi de leite fraco, porém entre 90-120 dias o trabalho materno foi mais importante. Este período coincide com o término da licença maternidade.

As causas relacionadas à saúde materna, principalmente fissuras no seio, ficaram restritas aos primeiros quinze dias, o que reflete a necessidade de melhor preparação da mãe no pré-natal e maior orientação de como transpor este problema.

A vontade materna, isto é o desejo de não amamentar, como motivo expresso para o desmame, aparece em percentuais pequenos, provavelmente por se pensar que este motivo pode não ser bem aceito ao ser apresentado.

Na Maternidade A os motivos de vontade materna aparecem em maior porcentagem, 18,7% por abandonaram o aleitamento materno. Uma das hipóteses a ser considerada é que não tendo compromisso com o programa, estas mães ficaram menos inibidas para expressarem a real causa da abandono. Nesta maternidade o motivo de trabalho foi encontrado em porcentagens menores.

Ao se acompanhar mês a mês os motivos apresentados pelas mães para iniciarem outros tipos de alimentos, o "leite materno fraco" ou insuficiente devido ao choro do bebê ou a necessidade de amamentar freqüentemente foi durante todo o período de acompanhamento uma das principais razões para o desmame.

O leite insuficiente foi a razão dada por 27,6% das mães, sendo a segunda causa de desmame encontrada por ISSLER, *et al.* (1982).

MOURA (1986) também obteve que "leite fraco" ou que não sustenta foi o principal motivo apresentado pelas mães para introduzirem a mamadeira.

O leite insuficiente tem sido relatado em diferentes trabalhos, de diferentes localidades, como a causa mais freqüente de introdução de outros alimento, sendo esta causa referida por PANT e CHOTHIA (1990), em Baroda (Índia).

BRITO *et al.* (1979), em Londrina, encontraram que causa de desmame esteve relacionada aos conceitos de "leite fraco" ou insuficiente em 66,7%.

MARTINS (1976) encontrou como primeira causa de desmame, em 55,7% dos casos, a referência que o leite havia diminuído.

COSTA *et al.* (1993) encontraram como causa para o desmame parcial a diminuição do volume de leite referida por 40%, porém a justificativa que elas apresentaram para outras mães não amamentarem foi por poder ocasionar a flacidez dos seios, 46%.

A causa de introdução de mamadeira encontrada por VERRONEN (1982) foi a dificuldade com a lactação, sendo que 36% das mães apresentaram crises transitórias da lactação, conseguindo ter sucesso em continuar a amamentar com técnicas adequadas.

Dentre as dificuldades para amamentar a depressão foi uma delas, colocada durante a análise do discurso, outros autores já haviam apresentado a depressão materna pós parto influenciando negativamente na atitude materna para amamentar (TAMMINEN, 1988).

## 9.29. AJUDA NO SERVIÇO DOMÉSTICO

É durante o primeiro mês de vida da criança que a mãe encontra-se com maiores atribuições devido principalmente aos cuidados necessários dispensados ao lactente.

A referência à ajuda nas tarefas domésticas foi encontrada em níveis mais altos nas mães que terminam os 120 dias com leite exclusivo, sendo esta ajuda realizada principalmente nos primeiros 30 dias.

A ajuda nos serviços domésticos pode representar uma contribuição para que a mãe tenha mais tempo para dispensar à criança.

Foram as mães que abandonaram o aleitamento materno as que menos ajuda nos serviços domésticos receberam. Nos primeiros quinze dias, 40% das mães que terminaram o período de observação em aleitamento artificial, não tiveram nenhuma ajuda, enquanto que apenas 18% das mães que terminaram o período em aleitamento materno exclusivo não contaram com ajuda, neste mesmo período.

MARTINES *et al.* (1989) relatam que a ajuda nos serviços domésticos diminui risco de interrupção precoce da amamentação.

### 9.30. APOIO

Discute-se a qualidade do apoio que as mães recebem em casa, pois foram as que ainda estavam em aleitamento exclusivo aos 120 dias, que menos apoio referiram ter recebido para amamentar, no domicílio, durante o primeiro mês.

Importante lembrar que foram as mães que tem famílias nucleares que também mais amamentaram. Este fato deve-se provavelmente à qualidade do apoio, pois as avós e outros parentes são de um período em que amamentar não era comum. Autores como LINDENBERG *et al.*, 1990, associaram como causa de introdução precoce de outros leites a frequência de pessoas dando apoio.

As mães que apresentaram menor número de dificuldades para amamentar, contaram com mais ajuda no serviço doméstico e disseram ter recebido menos apoio em casa para amamentar, foram as que em maior porcentagem terminaram o período de observação de 120 dias, amamentando ao seio.

Como as mães que amamentaram mais, nesse estudo, foram as que receberam maior ajuda nas tarefas domésticas e que no entanto, referiram ter tido menos apoio para a amamentação, pode-se pensar que mais que o discurso favorável ao aleitamento materno, é justamente o fato concreto expresso na ajuda no trabalho doméstico, liberando a mãe para os cuidados com a criança, que possa influir positivamente na manutenção da amamentação.

### 9.31. INTENÇÃO DE OFERECER A MAMADEIRA

Nestas mães, com seguimento mensal, com o objetivo de identificar o grau de ansiedade em relação ao aleitamento materno, perguntou-se a quem ainda não havia introduzido a mamadeira, se já havia pensado em fazê-lo e qual fora o motivo.

O que se observou é que antes que ocorresse a introdução da mamadeira muitas mães já estavam pensando em fazê-lo.

Entre as mães que chegaram aos 120 dias em aleitamento artificial e foram acompanhadas mensalmente, 50% delas, nos primeiros quinze dias, tinha intenção de oferecer a mamadeira à criança e no mês seguinte 58,3% das que ainda não haviam introduzido pensavam em fazê-lo.

O mesmo comportamento foi apresentado pelas mães que terminaram o período com aleitamento misto, porém um pouco mais tarde. É a partir da segunda quinzena que 42,9% das mães disseram pensar em introduzir mamadeira ou outro tipo de alimento.

Esta atitude foi observada em porcentagem bem menor nas mães que terminaram o período com leite materno exclusivo. Foi a partir dos 60 dias que 56,2% das mães começaram a pensar em dar outro leite ou alimento.

As respostas apresentadas por estas mães como explicação por terem pensado em oferecer a mamadeira foram o "leite fraco" ou insuficiente e a segunda causa foi a vontade materna.

Observa-se, portanto, que a decisão para a introdução de novos alimentos já está delineada previamente.

A dúvida que é colocada pela idéia do leite fraco, foi a primeira causa apresentada para a mãe ter pensado introduzir outro alimento, no grupo acompanhado mensalmente.

Causas relacionadas com a vontade materna tais como: porque tem que acordar a noite, dificuldade para sair, interferir no serviço doméstico, atrapalhar o ato sexual, impedir da mãe de comer quando quer, não gostar de amamentar, foram manifestadas durante todo o período por 18%.

Os motivos apresentados, mudam quando a mãe introduz de fato a mamadeira, quando então ela passa a apontar outras razões para tal decisão e não mais a vontade de fazê-lo, provavelmente por julgá-los mais aceitáveis.

Porém os motivos relacionadas à vontade materna apareceram em 18%, quando se perguntou de forma indireta sobre oferecer a mamadeira, pois como causa expressa de introdução só foi referida aos 90 dias, sendo que aos 120 dias aparecem em índices baixos de 1,5%. Outros autores já haviam descrito este fato anteriormente.

Outros autores já haviam verificado esta mudança de discurso, SJÖLIN *et al.* (1977) perguntando às mães porque as outras mães desmamavam, também encontrou índices diferentes dos motivos dados por elas para terem desmamado.

REA e CUKIER (1988) observaram que a razão prioritária para a introdução da mamadeira aos 38 dias foi o choro do bebê, porém que o motivo mudava quando se permitia que mãe revisse o seu discurso, aumentando então a frequência dos motivos relacionados à vontade materna .

## CONCLUSÕES

1. A variável sócio-econômica que apresentou associação estatisticamente significativa com o aleitamento materno dentro do HC da UFPR, foi a escolaridade. Entretanto, não se pode afirmar que esta variável seja, definitivamente, um fator decisivo para a amamentação, pois não foi encontrada tal associação na outra maternidade.

Faz-se necessário rever a forma e o conteúdo da informação, já que as mães de menor escolaridade, dentro do HC da UFPR, apresentaram menor proporção de crianças amamentadas.

2. A constituição familiar, onde viviam apenas pai, mãe e filhos sem parentes, foi a outra variável que se associou porém com razoável significância.
3. Das mães casadas, 56,4% delas no HC da UFPR tinham experiência positiva em amamentar o penúltimo filho, e que este fato foi importante no sucesso da amamentação. Entre as multíparas, as mães com apenas dois filhos foram as que mais amamentaram. Para a mãe é importante, o fato de já ter vivenciado a amamentação, pois poderá mais facilmente achar as soluções para os problemas encontrados, mas ao mesmo tempo é necessário ter tempo disponível para se dedicar ao filho.

As primíparas necessitam ser melhor acompanhadas, pois foi neste grupo que se observou menor proporção de crianças amamentadas, quando comparadas com as multíparas. Maior atenção também deve ser prestada às mães com mais de 2 filhos pois no grupo de multíparas, foram elas que menor taxa de amamentação apresentaram ao final de 120 dias.

4. Na análise das condições que interferem com a prática de amamentação, o efeito aparente de um dado fator não deve ser visto isoladamente, uma vez que a resultante pode acontecer por diferentes circunstâncias que esta variável condiciona. Um exemplo disto, foi observado neste estudo, ao se encontrar correlação positiva da amamentação com o parto cesáreo no HC da UFPR. Provavelmente, o parto cesáreo, ao aumentar a

permanência da mãe na maternidade, possibilitou um maior contato com as ações do programa desenvolvidas nesta maternidade.

5. Todas as mães expressaram, no momento da entrevista inicial, a intenção de amamentar, ainda que algumas o tivessem feito com ressalva. Observou-se que esta intenção ficou distante da prática, pois o abandono da amamentação se deu em tempo anterior ao pretendido.

Considerando que a amamentação, não é, atualmente, uma prática comum no ambiente de vida das mães e que, portanto, não constitui um modelo de comportamento a ser imitado, torna-se necessário uma ação intensiva para que a intenção se converta efetivamente em prática.

6. Apesar de maior porcentagem das mães referir ter recebido orientação sobre aleitamento materno no HC da UFPR, quando comparadas com o hospital onde tais práticas não existem, sendo esta diferença significativa, constatou-se que ainda foi considerável o número de mães no HC da UFPR, que informava não ter sido orientada, seja no pré-natal ou no alojamento conjunto. Práticas mais intensivas, sejam individuais ou em grupos, devem ser realizadas para se envolver maior número de participantes.
7. O grau de conhecimento sobre a amamentação pode ser considerado adequado, porém a discussão sobre alguns conceitos, como horário de amamentação devem ser revistas, abordando o tema dentro da realidade materna. O conhecimento é necessário, mas não é suficiente para mudar o comportamento. Outras circunstâncias são necessárias além das ações educativas.

Na área da saúde o profissional além de fornecer o apoio, identificar-se com o problema e informar sobre o assunto, deve se colocar disponível, para ajudar as mães a criarem atitudes favoráveis à amamentação, viabilizando assim a mudança de comportamento

8. Não basta porém apenas a informação, a revisão das práticas hospitalares deve ser também realizada, já que foi pequeno o número de crianças que veio com menos de 4 horas para serem amamentadas pela primeira vez. Este fato dentro do HC da UFPR, como em outros estudos, foi um fator positivamente associado a amamentação.
9. Os motivos para amamentar coincidiram, em geral, com aqueles encontrados em literatura, sendo que a resposta "é melhor", não acompanhada de outra explicação e a afirmação de que "protege contra doenças", foram as duas primeiras respostas obtidas.

Para se tentar conseguir aumentar os índices da amamentação, deve-se rever a fundamentação à informação dada. Deste modo, as mães poderão compreender porque o leite materno é de fato melhor, fazendo com que aquele tipo de afirmação, não constitua apenas a resposta que as mães imaginam seja a mais adequada.

Enfatiza-se aqui mais uma vez, a necessidade de reavaliar o conteúdo educativo usado das ações do Programa de Promoção Aleitamento Materno.

10. A amamentação ainda é percebida por muitas mães como um dever a ser cumprido e a necessidade de ficarem junto aos filhos, como um limitador de liberdade pessoal. Ao mesmo tempo, para algumas delas, a alteração da forma dos seios, decorrente da lactação, foi um fator *negativamente associado a amamentação*.
11. As ações educativas de promoção ao aleitamento materno devem envolver a família, principalmente o pai. O auxílio nas tarefas domésticas mostrou-se mais importante do que uma postura explícita de apoio ao aleitamento materno. Entretanto, a compreensão, por partes dos familiares, da importância da amamentação e das dificuldades que a mulher enfrenta neste momento, poderá contribuir de maneira importante.

As condições favoráveis criadas e a solidariedade que a mãe recebe neste período, tanto na família, quanto na comunidade e no trabalho, são fundamentais para aumentar a disponibilidade materna à amamentação.

12. Os problemas para amamentar apresentados no período peri-natal, não foi fator impeditivo para amamentação no HC da UFPR, pois estas mães amamentaram mais do que as da Maternidade A nas mesmas condições.

Porém ao se estudar os motivos de introdução da mamadeira no HC da UFPR, foram as mães que encontraram dificuldades para amamentar durante os 120 dias da pesquisa, que introduziram mais cedo os substitutos do leite materno.

13. Os motivos apresentados para a introdução de substitutos do leite materno foram os já observados na literatura, o leite "fraco" ou "insuficiente". A referência do choro da criança como indicador de fome apareceu como um dos aspectos mais importantes para gerar dúvidas sobre a amamentação.

Apesar dos conhecimentos sobre a amamentação apresentadas pelas mães fossem bastante razoáveis, persistiu a noção de insuficiência do leite materno tanto no aspecto quantitativo como das suas propriedades nutricionais. Conclui-se que é importante aumentar a confiança das mães nas qualidades do leite

14. Constatou-se que as mães que tiveram maior contato com as ações do programa, em virtude de terem feito o pré-natal, permanecido no alojamento conjunto e acompanhado todas as consultas de puericultura, apresentaram maior proporção de crianças amamentadas ao final de 120 dias.

15. As mães que apresentaram condições sócio-econômicas adversas de situação de vida, foram beneficiadas pelas ações de incentivo ao aleitamento materno desenvolvidas no HC da UFPR, pois verificou-se que foram as mulheres solteiras, em piores condições de moradia, com intercorrências no pré-natal que apresentaram maior proporção de crianças amamentadas aos 120 dias, quando se comparou as duas instituições.

16. Em função das mães do HC da UFPR apresentarem maior proporção de crianças amamentadas e um período mais longo de amamentação, do que as mães da outra maternidade e considerando que as populações eram bastante semelhantes, pode-se concluir que as ações do Programa Promoção ao Aleitamento Materno, contribuíram para as diferenças encontradas nestes índices.

Entretanto, estes resultados apontam a necessidade de uma reavaliação tanto dos conteúdos informativos como das formas de transmissão destes conteúdos.

O objetivo deste trabalho não foi esgotar o assunto amamentação, pois seria uma simplificação irreal e irresponsável de um tema complexo e multifacetado. O objetivo principal foi de dimensionar o impacto das ações que estão sendo realizadas na entidade e, dentro do contexto encontrado, abrir campo para novas pesquisas dimensionando as ações realizadas. Desta forma procurar aumentar a confiança das mães em sua capacidade para amamentar, na busca de melhorar os resultados na continuidade do aleitamento materno.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AHMED, F.; CLEMENS, D. J.; RAO, M. R. et al. Community-based evaluation of the effect of breast-feeding on the risk of microbiologically confirmed or clinically presumptive shigellosis in Bangladeshi children. **Pediatrics**, Evanston, v. 90, n. 3, p. 406- 411, September, 1992.
2. ALLEN, J. C.; KELLER, R. P.; ARCHER, P.; NEVILLE, M. Studies in human lactation: milk composition and daily secretion rates of macronutrients in first year of lactation. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 54, p. 69-80, 1991.
3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Nutrition. The use of whole cow's milk in infancy. **Pediatrics**, Evanston, v. 90, p.1105- 1109, 1992.
4. AMINE, E.; AL-AWADI, F.; RABIE, M. Infant feeding pattern and weaning practices in Kuwait. **Journal of the Royal Society of Health**, London, v.109, p. 178-180, 1989.
5. ANDERSON, J. E.; MARKS, J. S.; PARK, T. Breast-feeding, birth interval, and infant health. **Pediatrics**, Evanston, v. , p. 695-701, 1984.
6. AUERBACH, K. G.; GUSS, E. Maternal employment and breast-feeding. **American Journal Diseases of Children**, Chicago, v. 138, p.958-960, 1984.
7. BABSON, G.; BENDA,, G. Growth graphs for the clinical assessment of infants varying gestational age. **The Journal of Pediatrics**, ST. LOUIS, v.89, p. 814-820, 1876
8. BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro. NOVA FRONTEIRA, 1985.
9. BAISH, M. J.; FOX, R. A.; GOLDEBERG, B. Breast-feeding attitudes and practices among adolescents. **Journal of Adolescent Health Care**, New York, v.10, p. 41-45, 1989.
10. BALMER, S. E.; WHARTON, B. A. Diet and fecal flora in the newborn. Breast milk and infant formula. **Archives Diseases of Children**, London, v. 64, p. 1672-1677,1989.

11. BARR, R. G.; KRAMER, M. S.; PLESS, B. I. et al. Feeding and temperament as determinants of early infant crying/fussing behavior. **Pediatrics**, Evanston, v. 84, p. 514-521, 1989.
12. BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. **Epidemiologia da Saúde Infantil**, São Paulo, Hucitec, 1991.
13. BARROS, M. D. Imunoglobulinas e células no colostro e no leite humano. **Dissertação apresentada para obtenção de Título de Mestre em Pediatria**, UFPR, Curitiba, 1977.
14. BARROS, M. D.; KULESZA, T. M.; RANNA, W.; CARNEIRO-SAMPAIO, M. M. S. Papel do leite materno na defesa do lactente contra infecções. **Pediatria (S. Paulo)**, v.4, p. 88-103, 1982.
15. BAUZÁ, C. A.; ROSSELO, J. L. D.; BIELASWSKI, J. Estudio epidemiológico sobre practicas de lactancia materna. **Archivos Pediatricos Uruguay**, v. 53, p. 33-46, 1982.
16. BECERRA, J. E.; SMITH, J. Breastfeeding patterns in Puerto Rico. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 80, p. 694-697, 1990.
17. BEE, D. E.; BARANOWSKI, T.; RASSIN, D.; RICHARDSON, J.; MIKRUT, W. Breast-feeding initiation in a triethnic population. **American Journal Diseases of Children**, Chicago, v. 145, p. 306-309, 1991.
18. BEEKEN, S.; WATERSTON, T. Health service support of breast-feeding- are we practising what we preach? **British Medical Journal**, London, v. 305, p. 285-287, 1992.
19. BERQUO, E.; CUKIER, R.; SPINDEL, C. R.; REA, M. F. Caracterização e determinantes do Aleitamento materno. **Cadernos Cebrap**, Nova série, São Paulo, 1984.

20. BEVAN, M. L.; MOSLEY, D.; LOBACH, K. S.; SOLIMANO, G. R. Factors influencing breast feeding in an urban WIC program. **Journal of The American Dietetic Association**, Chicago, v. 84, p. 563-567, 1984.
21. BIRENBAUN, E.; FUCHS, C.; REICHMAN, B. Demographic Factors influencing the initiation of breast-feeding in an Israeli urban population. **Pediatrics**, Evanston, v. 83, p. 519-523, 1989.
22. BOLTANSKI, L. **Puericultura y Moral de Clase**. Barcelona, Laia, 1974.
23. BORBA JÚNIOR, A. A. O aleitamento materno sob o ponto de vista médico social. **These de dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia**, 1913.
24. BORTOFF, J. Persistence in breast-feeding: a phenomenological investigation. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 15, p. 201-209, 1990.
25. BRASIL, A. L. D.; COELHO, M. R. V.; LOPEZ, F. A.; NOBREGA, F. J. Gravidez e lactação na Adolescência. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.9, p. 39-43, 1991.
26. BRESOLIN, A. M. B.; UNO, L. Y.; ROSSI, L. L. Aleitamento materno de crianças matriculadas no Instituto da Crianças "Prof. Pedro de Alcântara". **Pediatrics** (S. Paulo), São Paulo, v.7, p. 85-94, 1985.
27. BRITO, A. S. J.; THOMSON, Z.; MUARREK, M. H. et al. Um programa de estímulo ao aleitamento materno - avaliação prévia. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.46, p. 155-159, 1979.
28. BUTTE, N. F.; GRAZA, C.; SMITH, E. O.; NICHOLS, B. B. Human milk intake and growth in exclusively breast-fed infants. **The Journal of Pediatrics**, St. Louis, v.104, p. 187-194, 1984.

29. \_\_\_\_\_; VILLAPANDO, S.; WONG, W. W. et al. Human milk intake and growth faltering of rural Mesoamerindian infants. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.55, p. 1109-1116, 1992.
30. CAMPINO, A. C. C. Aspectos sócio-econômicos da desnutrição no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, S. Paulo, v.20, p. 83-101, 1986.
31. CANESQUI, A. M. Antropologia da alimentação. **Revista de Saúde Pública**, S. Paulo, v. 22, p. 207-216, 1988.
32. CARVALHO, A. B. R.; BRITO, A. J.; THOMSON, Z. Crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 68, p. 328-334, 1992.
33. CARVALHO, A. B. R. apud MOURA, E. F. A.; SANTORO, J. R. Prevalência em diferentes países. Revisão. **Medicina**, São Paulo, v.11, p. 33-37, 1986.
34. CHALMERS, B.; RANSOME, O. J. working while breast feeding among coloured women. **Psychological Reports**, Missoula, v. 67, p.1123-1128. 1990.
35. CHRISTENSSON, K.; SILES, C.; MORENO, L. et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to skin or in a cot. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, v.81, p. 488-493, 1992.
36. CHRISTIAN, P. S.; GUJRAL, S.; ABBI, R. D.; GOPALDAS, T. Relationship between maternal and infant nutritional status. **Journal of Tropical Pediatrics**, London, v.35, p. 71-76, 1989.
37. CHUA,S.; VIEGAS, O. A. C.; COUNSILMAN, J. J.; RATNAM, S. S. Breastfeeding trends in Singapore. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 28, p. 271-274, 1989.

38. CLAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C. Alojamento conjunto. Considerações sobre uma prática benéfica para a saúde materno-infantil. **Revista Paulista Pediatria**, v.8, p. 122-127, 1990.
39. CLEMENTE, F, citado por BORBA JÚNIOR. Tese de dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, 1913.
40. COELHO, M. V.; NOBREGA, F. J.; SOLÉ, D.; LOPEZ, F. A. Estudo da imunoglobulinas no colostro de puérperas, segundo o nível sócio-econômico, o estado nutricional, a paridade e o tempo e coleta. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 65, p. 65-71, 1989.
41. COPPA, G. V.; GABRIELLI, O.; PIERANE, P. et al. Changes in carbohydrate in human milk over 4 months of lactation. **Pediatrics**, Evanston, v.91, p. 637-641, 1993.
42. COSTA, M. C. O.; FIGUEIREDO, E. M.; SILVA, S. B. Aleitamento materno: causas de desmame e justificativa para amamentar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 69, p. 176-178, 1993.
43. COUTINHO, S. B.; LIMA, M. C.; TEIXEIRA, M. L. P. D. et al. Influência do tipo de aleitamento sobre o ganho pondo-estatural de crianças no 1º ano de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 64, p. 75-82, 1988.
44. CRONENWETT, L.; STUKEL, T.; KEARNEY, M. et al. Single daily use in the early weeks postpartum and breast-feeding outcomes. **Pediatrics**, Evanston, v. 90, p. 760-766, 1992.
45. CULLEY, P.; MILAN, P.; ROGINSKI, C. et al. Are breast-fed babies still getting a raw deal in hospital? **British Medical Journal**, London, v. 2, p. 891-893, 1979.

46. CUNNINGHAM, A. S.; JELLIFFE, D.; JELLIFFE, E. F. P. Breast-feeding and health in the 1980s: A global epidemiologic review. **The Journal of Pediatrics**, St. Louis, v.118, p. 659-666, 1991.
47. CUNNINGHAM, W. E.; SEGREE, W. Breast feeding promotion in an urban and rural Jamaican hospital. **Social Science and Medicine**, Oxford, v.30, p. 341-348, 1990.
48. DALLMAN, P. R. Progress in the prevention of iron deficiency in infants. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, supp., v. 365, p. 28-37, 1990.
49. DANKO, R. A.; SELWYN, B. J.; ZAMORA-ROMERO, R.; CHAVEZ-ORDONEZ, X. P. A simplified methodology for the community-based assessment of breast-feeding and amenorrhoea in Mexico. **Bulletin of The World Organization**, v. 68, p. 223-230, 1990.
50. DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; BURTON, A. H.; DICKER, R. C. Epi Info, Version 5: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers. **Center Diseases Control**, Atlanta, Georgia, USA, 1990.
51. DEBERT, G. G. Problemas relativos à utilização da história devida e história oral. In CARDOSO, R. **A aventura antropológica**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986, p.141-156.
52. DEJTIAR, R.; SILVA, R. B. L.; LEONE, C. Aleitamento natural e desmame- atitudes das mães. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 10, p. 26-32, 1985.
53. DEMO, P. Pesquisa, **Principio Cientifico e Educativo**. 2ª edição, São Paulo, CORTEZ, 1991, p. 18-28.
54. DEWEY, K.; HEINIG, M. J.; NOMMSEN, L. A. et al. Growth of breast-fed and formula-fed infants from 0 to 18 months: the DARLING study. **Pediatrics**, Evanston, v. 89, p. 1035-1041, 1992.

55. \_\_\_\_\_; HEINIG, M. J.; NOMMSEM, L. A. et al. Breast-fed infants are leaner than formula-fed infants at 1 y of age: the DARLING study 1-3. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 57, p. 140-145, 1993.
56. DUSDIEKER, L. B.; STUMBO, P. J.; BOOTH, B. M.; WILMOTH, R. N. Prolonged maternal fluid supplementation in breast-feeding. **Pediatrics**, Evanston, v. 86, p. 737-740, 1990.
57. FALTH-MAGNUSSON, K.; KJELLMAN, N. I. M.; MAGNUSSON, K. E. Effects of various types of diets on food allergy in the infant. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, suppl. 351, p. 53-56, 1989.
58. FARUQUE, A. S. G.; MAHALANABIS, D.; ISLAM, A. et al. Breast feeding and oral rehydration at home during diarrhoea to prevent dehydration, **Archives of diseases in Childhood**, London, v. 67, p. 1027-1029, 1992.
59. FAVARETO, J.; THOMSON, Z. Avaliação do programa de estímulo ao aleitamento materno do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Londrina. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 67, p. 388-392, 1991.
60. FEACHEN, R. G.; KOBLINSKY, M. A. Interventions of the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. **Bulletin of the World Organization**, v. 62, p. 271-291, 1984.
61. FEINSTEIN, J. M.; BERKELHAMER, J. E.; GRUSZKA, M. E. et al. Factors related to early termination of breast-feeding in an urban population. **Pediatrics**, Evanston, v.78, p. 210-215, 1986.
62. FETERLY, K.; GRAUBARD, B. Racial and educational factors associated with breast-feeding. **JAMA**, Chicago, v. 251, p. 1820, 1984.
63. FIGUEROA, M. L.; LLOSA, L.; ALVAREZ, J. La situación nutricional y de la salud de la mujer latinoamericana. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion**, v. 37, p.705-721, 1988.

64. FOMON, S. **Nutricion Infantil**. 2ª edição, México, INTERAMERICANA. 1976,. p. 1-17 e p. 90-103.
65. FORMAN, M. R. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding en less-developed countries. **Pediatrics**, Evanston, v.84, suppl., p. 667-694, 1984.
66. \_\_\_\_\_; LEWANDO-HUNDT, G; GRAUBARD, B. I. et al. Factors influencing milk insufficiency and its long-term health effects: The Bedouin infant feeding study. **International Journal of Epidemiology**, v. 21, p. 53- 58, 1992.
67. FRANK, D. A.; WIRTZ, S. J.; SORENSON, J. R.; HEEREN, T. Commercial discharge packs and breast-feeding counseling; effects on infant-feeding practices in a randomized trial. **Pediatrics**, Bethesda, v. 80, p. 845-854, 1987.
68. GARCIA, R. R.; SHEFER, L.A. Nuevos conceptos de lactancia, su promocion y la educion de los profesionales de la salud. **Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 111, p. 1-15, 1991.
69. GEERVANI,P.; JAYASHREE, G. A study on nutritional status of adolescent and adult pregnant and lactating women and growth of their infants. **Journal of Tropical Pediatrics**, London, v. 34, p. 234- 237, 1988.
70. GIRIJA, A.; GEERVANI, P.; NAGESWARA, R. Influence of dietary supplementation during lactation performance. **Journal of Tropical Pediatrics**, London, v. 30, p. 140-144, 1984.
71. GIUGLIANI, E. R. J.; ISSLER, R. M. S.; JUSTO, E. B. et al. Risk factors for early termination of breast-feeding in Brazil. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, v. 81, p. 484-488, 1992.
72. GOMES, A. C. S.; CARDOSO, M. L.; MOURA, E. F. A.; MARÇAL, N, W. Aleitamento ao seio. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 68, p. 123-126, 1992.

73. GRANZOTO, J. A.; BERTONI, A. L.; VECCHI, A. A.; RODRIGUES, E. A importância do incentivo pré-natal na amamentação da primíparas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 68, p. 34-37, 1992.
74. GRAY-DONALD, K.; KRAMER, M. S.; MINDAY, S.; LEDUC, D. Effect of formula supplementation in the hospital on the duration of breast-feeding: a controlled clinical trial. **Pediatrics**, Evanston, v. 75, p. 514-518, 1985.
75. GROSS, B. A. Is the lactational amenorrhea method a part of natural family planning? Biology and policy. **American Journal Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 165, p. 2014-2019, 1991.
76. GROSSMAN, L. K.; LARSEN-ALEXANDER, J. B.; FITZSIMMONS, S. M.; CORDERO, L. Breastfeeding among low-income, high-risk women. **Clinical Pediatrics**, Cleveland, v. 28, p. 38-42, 1989.
77. \_\_\_\_\_; HARTER, C.; SACHS, L.; KAY, A. The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breast-feeding in low-income women. **American Journal of diseases of Children**, Chicago, v.144, p. 471-474, 1990.
78. \_\_\_\_\_; FITZSIMMONS, S. M.; LARSEN-ALEXANDER, J. B. et al. The infant feeding decision in low and upper income women. **Clinical Pediatrics**, Cleveland, v. 29, p. 30-37, 1989.
79. GUERIOS, F. J. **Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina e Cirurgia do Paraná**, 1922, Curitiba.
80. GUERRA, A. J. M.; SANTOS, N. T.; SANTOS, L. A. et al. Estudo comparado do aleitamento materno, morbidade infecciosa e crescimento em duas comunidades sócio-econômicas e culturalmente desfavorecidas. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 7, p. 126- 134, 1989.

81. HABICHT, J. P.; DAVANZO, J.; BUTZ, W. Mother's milk and sewage. Their interactive effects on infant mortality. **Pediatrics**, Evanston, v. 81, p. 456-461, 1988.
82. HAHN, P. Obesity and atherosclerosis as consequence of early weaning. Weaning "Why, What, When? Ed. A. Ballabriga and Rey. **Nestlé Nutrition**, Vevey/ Raven Press, New York, 1987.
83. HAMILL, P. V. V.; DRIZD, T. A.; JOHNSON, C. L. et al. Physical growth: National Center for Health Statistics percentiles. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.32, p. 607-629, 1979.
84. HÄNSON, L. Ä.; ASHARF, R.; CRUZ, J. R. et al. Immunity related to exposition and bacterial colonization of the infant. **Acta Paediatrica Scandinavica Suppl.** 365 , Stockholm, p.38-45, 1990.
85. HELSING, E. citado por FOMON, J. in **Nutrition Infantil**. 2ª edição. México, Interamericana, p. 1-18, 1976
86. HENDERSHOT, G. E. Domestic review. Trends in breast-feeding. **Pediatrics**, Evanston, v. 74, suppl, p. 591-602, 1984.
87. HIBBERD, C. M.; BROOKE, O. G.; CARTER, N. D. et al. Variation in the composition of breast milk during the first 5 weeks of lactation: implication of the feeding preterm infants. **Archives of Disease Children**, London, v. 57, p. 658-662, 1982.
88. HILLERVICK-LINDQUIST, C. Studies on perceived breast milk insufficiency. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Suppl. 376, Stockholm, p 1-28, 1991.
89. HITCHCOCK, N. E.; COY, J. The growth of healthy Australian infants in relation to infant feeding and social group. **The Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 150, p. 306-311, 1989.

90. HOFMEYER, G. J.; NIKODEM, V. C.; WOLMAN, W. et al. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 98, p. 756-764, 1991.
91. HOFVANDER, Y.; HAGMAN, U.; HILLERVICKC.; SJÖLIN, S. The amount of milk consumed by 1-3 months old breast or bottle-fed infants. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, v.71, p.. 953-958, 1982.
92. HOWIE, P. W.; FORSYTH, J. S.; OGSTON, S. A. et al. Protective effect of breast feeding against infection. **British Medical Journal**, London, v. 300, p. 1-16, 1990.
93. HUBBARD, C. Maternal practices of baby feeding and hygiene in the city of Ludhiana, Punjab, India. **Indian Journal of Pediatrics**, New Delhi, v. 45, p. 318-322, 1978.
94. HURLEY, L. S.; LÖNNERDAL, B. Oligoelements en la leche materna. 15º Seminário Nestle Nutrition S.A., Vevey, Suiza, 1989.
95. HUTTLY, S. R. A.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. et al. Do mothers overestimate breast feeding duration? An example of recall bias from a study in southern Brazil. **American Journal of Epidemiology**, London, v. 132, p. 572-575, 1990.
96. IBGE, FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Crianças e Adolescentes, **Indicadores sociais**. Rio de Janeiro, 1992.
97. IBRAHIM, M. M.; PERSSON, L. A.; OMAR, M. M.; WAL, S. Breast feeding and the dietary habits of children in rural Somalia. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, v. 81, p. 480-483, 1992.
98. IMONG, S. M.; JACKSON, D. A.; WONGSAWASDII, L. et al. Predictors of breast milk intake in rural northern Thailand. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, New York, v. 8, p. 359-370, 1989.

99. ISENALUMHE, A. E. Bottle-feeding: an already entrenched practice that needs active discouragement in developing communities. *Hygie*, Paris, v.X, p. 30-33, 1990.
100. ISSLER, H.; MARCONDES, E. Técnica do aleitamento materno. *Pediatria*, (S. Paulo), v. 2, p. 13-20, 1980.
101. \_\_\_\_\_; COELHO, H. A.; CONCEIÇÃO, J. A. N. et al. Aleitamento materno em população migrante brasileira. *Pediatria* (S. Paulo), v. 4, p. 35-45, 1982.
102. \_\_\_\_\_; LEONE, C.; QUINTAL, V. S. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de São Paulo, Brasil. *Boletim of Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 106, p. 513-522, 1989.
103. JACKSON, A. D.; IMONG, S. M.; WONGSAWASDI, L. et al. Weaning practices and breast-feeding duration in Northern Thailand. *British Journal of Nutrition*, London, v. 67, p. 149-164, 1992.
104. JACOBSON, S. W.; JACOBSON, J. FRYE, K. F. Incidence and correlates of breast-feeding in socioeconomically disadvantaged women. *Pediatrics*, Evanston, v.88, p. 728-736, 1991.
105. JELLIFFE, D.; JELLIFFE, E. F. P. The volume and composition of human milk em poorly nourished communities. *The American journal of Clinical Nutrition*, Bethesda, v. 31, p. 492-515, 1978.
106. \_\_\_\_\_. Key elements en breastfeeding promotion programmes around the world. *NU Nytt om U-landshälsovård*, Uppsala, v.5, p.10-13, 1991.
107. JOESOEUF, M. R.; ANNEST, J. L.; UTOMO B. A recent increase of breastfeeding duration in Jakarta, Indonesia. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 79, p.36-38, 1989.

108. JONES, R. E. the effect of initiation of child supplementation on resumption of post-partum menstruation. **Journal of Biosocial Science**, Cambridge, v.22, p. 173-189, 1990.
109. KAPIL, U.; MANOCHA, S. Knowledge and attitude towards breastfeeding among adolescent girls. **Indian Journal of Pediatrics**, New Delhi, v.57, p. 401-404, 1990.
110. KAPLAN, E. L.; MEIR, P. Nonparametric estimation from incomplete observations. **Journal of the American Statistical Association**, v. 53, p. 457-481, 1958.
111. KAUFMAN, K. J.; HALL, L. A. Influences of the social network on choice and duration of breast-feeding in mothers of preterm infants. **Research in Nursing & Health**, New York, v.12, p. 149-159, 1989.
112. KENNEDY, K. I.; PARENATEU-CARREAU, S. FLYNN A. et al. The natural family planning-lactational amenorrhea method interface: Observations from a prospective study of breastfeeding users of natural family planning. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Oxford, v. 165, p. 2020-2026, 1991.
113. KING, F. S. **Como ajudar as mães à amamentar**. Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 1991.
114. KISTIN, N.; BENTON, D.; RAO, S. SULLIVAN, M. Breast-feeding rates among black urban low- income women: effect of prenatal education. **Pediatrics**, Evanston, v. 86, p. 741-746, 1990.
115. KOBAYASHI, M. Promoting breast-feeding. A successfully regional project in Japan. **Acta Paediatrica Japonica**, Tokyo, v. 31, p. 4094-410, 1989.
116. KOCH, R. M. **Cuidados na Amamentação. Conhecimentos de um grupo de primiparas de parto hospitalar, em Curitiba**. Dissertação de Mestrado apresentado à escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1979.

117. KOCTÚRK, T.; ZETTERTRÓM, R. Breast-feeding and its promotion. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, v. 77, p. 183-190, 1988.
118. \_\_\_\_\_. The promotion of breastfeeding and maternal attitudes. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, v. 78, p. 817-823, 1989.
119. KRAMER, M. S.; BARR, R. G.; LEDUC, D. G. et al. Infant determinants of childhood weight and adiposity. **The Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 107. p.104-107, 1985.
120. KURINIJ, N.; SHIONO, P. H.; RHOADS, G. G. Breast-feeding incidence and duration in black and white women. **Pediatrics**, Evanston, v.81, p. 365- 371, 1988.
121. \_\_\_\_\_; SHIONO, P. H.; EZRINE, S. F. et al. Does maternal employment affect breast-feeding?. **American Journal of Public Health**, Washington, v.79, p.1247-1250, 1989.
122. \_\_\_\_\_; SHIONO, P. H. Early supplementation of breast-feeding. **Pediatrics**, Evanston, v. 88, p. 745-750, 1991.
123. KUSIN, J. A.; VAN STEENBERG, W. M.; DE WITH, C.; JANSEN, A. A. J. Infant nutrition and growth in relation to maternal nutrition in rural Kenya. **Journal of Tropical Pediatrics**, London, v. 31, p. 24-30, 1985.
124. LAWRENCE, R. A. Breastfeeding and medical disease. **Medical Clinics of North America**, Philadelphia, v. 73, p. 583-603, 1989.
125. LEVI-STRAUSS, C. **Tristes trópicos**. Tradução Jorge Constante Pereira, Lisboa. Edições 70. 1955.
126. LIMA, A. A. A.; FANG, G. SCHORLING, J. B.; ALBUQUERQUE, L. et al. Persistent diarrhoea in Northeast Brazil: etiologies and interactions with malnutrition. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, suppl.381, p. 39-44, 1992.

127. LIMA, F. M. L. S.; WEHBA, J.; FAGUNDES NETO, U. Análise comparativa das causas de morbidade em lactentes de alto nível sócio-econômico em aleitamento natural exclusivo e artificial no primeiro ano de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.8, p. 55-58, 1990.
128. LINDNBERG, C. S.; ARTOLA, R. C.; ESTRADA, V. J. Determinants of early infant weaning: a multivariate approach, **International Journal of Nursing Studies**, v. 27, p-35-41, 1990.
129. \_\_\_\_\_; \_ARTOLA, R. C.; JIMENEZ, V. The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, Great Britain, v.27, p. 179-186, 1990.
130. LONDON, S. J.; COLDITZ, G. A.; STAMPFER, M. J. et al Lactation and risk of breast cancer in a cohort of us women. **American Journal of Epidemiology**, USA, v. 132, p. 17-26, 1990.
131. LOZOFF, B.; BRITTENHAM G. M.; TRAUSE, M. A. et al. The mother-newborn relationship: limits of adaptability. **The Journal of Pediatrics**, St. Louis, v.91, p. 1-12, 1977.
132. LUCAS, A.; LUCAS, P. J.; BAUM, J. D. Pattern of milk flow in breast-fed infants. **The Lancet**, London, v.14, p. 57-58, 1979.
133. MACGOWAN, R. J.; MACGOWAN, C. A.; SERDULA, M. K. et al. Breast-feeding among women attending women, infants, and children clinics in Georgia, 1987. **Pediatrics**, Bethesda, v. 87, p. 361-366, 1991.
134. MANCINI, I.; SOARES, F. J. P.; SOLÉ, D.; NASPITZ, C. Anticorpos ao leite de vaca em crianças normais segundo o tipo de aleitamento. **Jornal de Pediatria**, v.62, p. 103-106, 1993.

135. MANSBACH, I. K.; GREENBAUN, C. W.; SULKES, J. Onset and duration of breast feeding among Israeli mother: relationship with smoking and type delivery. **Social Science and Medicine**, Great Britain, v. 33, p. 1391-1397, 1991.
136. MARDONES, F.; VIAL, I.; VIO, F. et al. Algunos determinantes recientes de la lactancia en Chile. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 60, p. 54-62, 1989.
137. MARINHO, A. S. N. **O discurso da amamentação**. Dissertação para obtenção de grau de mestre. Fundação Getúlio Vargas. Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais. Centro de Pós-Graduação. 1989. Rio de Janeiro.
138. MARTINES, J. C.; ASHWORTH, A.; KIRKWOOD, B. Breast-feeding among urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 67, p. 151-161, 1989.
139. MARTINS FILHO, J. **Contribuição ao estudo do aleitamento materno em Campinas**, Tese de livre docência apresentada à Faculdade de Medicina da UNICAMP. 1976. Campinas, São Paulo.
140. MEIGS, apud CONE, E. T. Commentaries, **Pediatrics**, Bethesda, v.86, p. 473-474, 1990.
141. MENNELLA, J. A.; BEAUCHAMP, G. K. Maternal diet alters the sensory qualities of human milk and the nursing's behavior. **Pediatrics**, Bethesda, v. 88, p. 737-744, 1991.
142. MICKIERNAN, J.; HULL, D. The constituents of neonatal milk, **Pediatrics Research**, Baltimore, v. 16, p.60-64, 1982.
143. MIDDLEMORE, M. **Mãe e filho na amamentação**. Rio de Janeiro, Ibrex. 1974.
144. MILLA, P. J. The weaning's gut. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, suppl. 323, p. 513-517, 1986.
145. MINISTÉRIO DA SAÚDE-INAN. **Reunião estratégica de estímulo ao aleitamento materno no Brasil**. Brasília 1979.

146. MINISTÉRIO DA SAÚDE-INAN. **Programa Nacional de incentivo ao aleitamento materno**. Brasilia, 1991.
147. MINISTÉRIO DA SAÚDE-INAN, PUC, SESPR, SMSPR. **Programa de aleitamento materno**. Brasilia, 1991.
148. MONTEIRO, C. A. **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo**. São Paulo, HUCITEC-EDUSP, p. 21-32, 1988
149. \_\_\_\_\_ **A. Saúde e nutrição das crianças de São Paulo**. São Paulo, HUCITIEC-EDUSP, p. 55-70. 1988.
150. MOON, J. L.; HUMENICK, S. S. Breast engorgement: contributing variables and variables amenable to nursing intervention. **Journal Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Philadelphia, July/august, p. 309-315, 1989.
151. MORLEY, D. **Pediatria no Mundo em Desenvolvimento. Prioridades**. São Paulo, Edições Paulinas, p. 83-99. 1980.
152. MOTA, J. A. C. **Ideologia implícita no discurso da amamentação materna e estudo retrospectivo comparando crescimento e morbidade de lactentes em uso de leite humano e de leite de vaca**. Tese apresentada para a obtenção de Título de Mestre em Pediatria. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1990.
153. MOTARJEMI, Y.; KÁFERTEIN, F.; MOY, G.; QUEVEDO, F. Contaminated weaning food: a major risk factor for diarrhoea and associated malnutrition. **Bulletin of The World Health Organization**, v. 71, p. 79-92, 1993.
154. MOURA, E. F. A.; SANTORO, J. R. **Aleitamento materno. I. Prevalência em diferentes países**. **Medicina**, v.11, p. 33-37, 1980.

155. MOURA, E. F. A. Aleitamento ao seio. Frequência de crianças amamentadas dentro do primeiro ano de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.61, p. 27-29, 1986.
156. MULLER, M. **O matador de bebês (The baby killer)**. São Paulo, CEMICAMP, 1981.
157. NAING, K. M.; COT, T. Growth and milk intake of exclusively breast-fed Myanmar infants. **European Journal of Clinical nutrition**, London, v. 45, p. 203-207, 1991.
158. NEVILLE, M. C.; ALLEN, J. C.; ARCHER, P. C. et al. Studies in human lactation: milk volume and nutrient composition during weaning and lactogenesis. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.54, p. 81-92, 1991.
159. NOMMSEN, L. A.; LOVELADY, C. A.; HEINEG, M. J. et al. Determinants of energy, protein, lipid, and lactose concentrations in human milk during the first 12 mo of lactation: the DARLING Study. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 53, p. 457-465, 1991.
160. OLIVEIRA FILHO, A. D.; SILVA, C. J. V.; DIAS, T. R. Influência da Orientação Pré e Perinatal sobre o Aleitamento Materno: Estudo com 100 puérperas da Maternidade da Hospital de Aeronáutica de Belém. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 60, p. 21-24, 1986.
161. OMS/ UNICEF. Reunião Conjunta sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância. Genebra, outubro de 1979.
162. \_\_\_\_\_ **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**. Genebra, 1989.
163. OMS/OPAS. **Proposta para o estabelecimento da metodologia para vigilância do aleitamento materno**. Washington DC, S/62/ 87, 1982.

164. PALTI, H.; VALDERAMA, C.; POGRUND, R. et al. Evaluation of the effectiveness of a structured breast-feeding promotion program integrated into a maternal and child health service in Jerusalem. **Israel Journal of Medical Sciences**, Tel Aviv, v.24, p. 342-348, 1988.
165. PANT, I.; CHOTHIA, K. Maternal knowledge regarding breast feeding and weaning practices. **Indian journal Pediatric**, New Delhi, v.57, p. 395-400, 1990.
166. PENNA, H. A. O.; LIMA, I. N.; SLYWITCH, M. V. Bases bioquímicas e fisiológicas da alimentação, in MARCONDES, E. **Higiene Alimentar**. 1ª edição, São Paulo, Sarvier, p. 27-71, 1982.
167. PENROD, J. C.; ANDERSON, K.; ACOSTA, P. B. Impact on iron status of introducing cow's milk in the second six months of life. **Journal Pediatrics Gastroenterology Nutrition**, v.10, p. 462-467, 1990.
168. PÉREZ, A.; VALDÉS, V. Santiago breastfeeding promotion program: preliminary results of an intervention study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 165, p. 2039-2044, 1991.
169. PINILLA, T.; BIRCH, L. L. Help me make it through the night: behavioral entrainment of breast-fed infant's sleep patterns. **Pediatrics**, Evanston, v. 91, p. 436-444, 1993.
170. PISACANE, A.; GRAZIANO, L.; MOZZARELLA, G. et al. Breast-feeding and urinary tract infection. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 120, p. 87-89, 1992.
171. POPKIN, B. M.; AKIN, J. S.; FLIEGER, W.; WONG, E. L. Breastfeeding trends in the Philippines, 1973 and 1983. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 79, p. 32-35, 1989.
172. \_\_\_\_\_: ADAIR, L.; AKIN J. S. et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. **Pediatrics**, Evanston, v. 86, p. 874-882, 1990.

173. \_\_\_\_\_; CANAHATI, J.; BAILEY, P. E.; O'GARA, C. An evaluation of national breast-feeding promotion programme in Honduras. **Journal of Biosocial Science**, Cambridge, England, v. 23, p. 5-21, 1991.
174. PRENTICE, A. M.; WHITEHEAD, R. G.; ROBERTS, S. B. et al. Dietary supplementation of Gambian nursing mothers and lactational performance. **The Lancet**, London, p. 886-888, 1980.
175. \_\_\_\_\_; ROBERTS, S. B.; PRENTICE, A. et al. Dietary supplementation of lactating Gambian women, I. effect on breast-milk volume and quality. **Human Nutrition: Clinical Nutrition**, v. 37c, p. 53-64, 1983.
176. RASSIN, D. K.; RICHARDSON, C. J.; BARANOWSKI, T. et al. Incidence of breast in a low group of mothers in the United States: ethnic patterns. **Pediatrics**, Evanston, v.73, p. 132-137, 1984.
177. REA, M. F.; CUKIER, R. Razões de desmame e introdução da mamadeira. Uma abordagem alternativa para estudo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.22, p. 184-191, 1988.
178. REA, M. **As políticas de alimentação infantil e a prática de amamentar: o caso de São Paulo**. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1989
179. REZLER, A. G. Evaluacion de actitudes. **Cuadernos de Salud Publica**, Ginebra, v.52, p. 79-94, 1974.
180. ROLLET, C. Allaitement mise en mourrice et mortalité infantile en France a la fin du XIXe siècle. **Population**, v.6, p. 1190-1203, 1978
181. ROMO, S. E. P.; ARRONIZ, F. R.; OGAZON, A. Y.; CONTRERAS, P. A. Principales aspectos socioculturales relacionados con la lactancia en Malinalco, Edo. de Mexico. **Archivos latinoamericanos de Nutricion**, Guatemala, v. 41, p. 182-190, 1991.

182. \_\_\_\_\_; CONTRERAS, M. P. A.; ARRONIZ, F. R.; YSUNGA-OGAZON, A. Conducta de lactancia y atencion del parto en un grupo de mujeres de una comunidad rural mexican. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion**, Guatemala, v.41, p. 307-326, 1991.
183. ROSNER, A. E.; SCHULMAN, S. K. Birth interval among breast-feeding women not using contraceptives. **Pediatrics**, v.86, p. 747-752, 1990.
184. ROTCH, apud CONE, E. T. Commentaries. **Pediatrics**, Bethesda, v 86, p. 473-474, 1990.
185. RUDOLPH, A. J. Failure to thrive in the perinatal period. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, suppl. 319, p. 55-61, 1985.
186. RYAN, A. S.; MARTINEZ, G. A. Breast-feeding and the working mother: a profile. **Pediatrics**, Evanston, v. 83, p. 524-531, 1989.
187. \_\_\_\_\_; RUSH, D.; FRITZ, W. et al. Recent declines in breast-feeding in the United States, 1984 through 1989. **Pediatrics**, Evanston, v.88, p. 719-727, 1991.
188. SAADEH, R.; BENBOUZID, D. Breast-feeding and child-spacing: importance of information collection for public health policy. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 68, p. 625-631, 1990.
189. SAZAWAL, S.; BHAN, M. K.; BHANDARI, N. Type of milk feeding during acute diarrhoea and the risk of persistent diarrhoea: a case control study. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, suppl. 381, p. 93-97, 1992.
190. SCHIMDT, et al, apud MOURA, E. F. A. Aleitamento ao seio. Frequencia de crianças amamentads dentro do primeiro ano de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 61, p. 27-29, 1986.

191. SCHUTZMAN, D. L.; HERVADA, A. R.; BRANCA, P. A. Effect of water supplementation of full-term newborns on arrival of milk in the nursing mother. **Clinical Pediatrics**, v. 25, p. 78-80, 1986.
192. SCRIMSHAW, N. S.; BEHAR, M. apud HUBBARD, C. Maternal practices of baby feeding and hygiene in the city of Ludhiana, Punjab, India. **Indian Journal of Pediatrics**, New Delhi, v. 45, p. 318-322, 1978.
193. SEWARD, J. F.; SERDULA, M. Infant feeding and infant growth. **Pediatrics**, Evanston, v. 74, suppl, p. 728-761, 1984.
194. SHOHAM-YAKUBOVICH, I.; PLISKIN, J. S.; CARR, D. Infant feeding practices: an evaluation of the impact of health education course. **American Journal of Public Health**, Washington, v.80, p. 732-733, 1990.
195. SISKIND, V.; DEL MAR, C.; SCHOFIELD, F. Infant feeding in Queensland, Australia: Long - term trends. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 83, p. 103-106, 1993.
196. SJÖLIN, S.; HOFVÄNDER, Y.; HIILERVIK, C. Factors related to early termination of breast feeding. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, v. 66, p.505-511,1977.
197. SJÖLIN, S.; HOFVANDER, Y.; HILLERVIK, C. A prospective study of individual courses of breast feeding. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, v. 68, p. 521-529, 1979.
198. SKIBSTED, L.; LANGE, A. Breast-feeding in a Danish alternative birth center compared with the obstetrical ward. **Early Human Development**, v. 21, p. 115-124, 1990.
199. SLAVEN, S.; HARVEY, D. apud MOON, J. L.; UMENICK, S. S. Breast engorgement: contributing variables and variables amenable to nursing intervention. **Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Philadelphia, July/august, p. 309-315, 1989.

200. SLOPER, K.; BAUM, J. D. Factors influencing breast feeding. **Archives of Diseases in Childhood**, London, v. 50, p. 165-170, 1975.
201. SOUZA, L. S. F.; SOUZA, E. L. S.; BARRETO, M. R. R. et al. Determinantes do êxito do aleitamento natural. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.67, p. 42-50. 1991.
202. STEWART, J. F.; POPKIN, B. M.; GUILKEY, D. K. et al. Influences on the extent of breast-feeding: a prospective study in the Philippines. **Demography**, v.28, p. 181-198, 1991.
203. STOPIGLIA, O.; SANTOS, S. R. F.; MARTINS FILHO, J.; ALEMIDA, A. J. O alojamento conjunto: o sistema da Maternidade de Campinas( vantagens e desvantagens). **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 7, p.37-42, 1984.
204. SUCUPIRA, A. C. L. Relações Médico-Paciente nas Instituições de Saúde Brasileiras. **Dissertação de Mestrado. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP**, São Paulo, 1981.
205. TAMMINEN, T. The impact of mother's depression on her nursing experiences and attitudes during breastfeeding. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, v. 77, p. 87-94, 1988.
206. TANZER, F.; GUMUSER, C. A study of the growth of 200 newborn babies for a period of 6 months according to the type of nutrition. **Annals of Tropical Paediatrics**, Great Britain, v. 9, p. 54-58, 1989.
207. TERUYA, K. M.; NASCIMENTO, E. T.; BUENO, L. G. S. et al. Incentivo ao aleitamento materno( uma experiência pioneira). **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.4, p.43-46, 1983.
208. \_\_\_\_\_; MURAHOVSKI, J.; TOMA, T. S. Centro de lactação de Santos, **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 68, p. 186- 188, 1992.

209. THOMSON, Z. Fatores associados ao desmame em grupo populacional, Londrina-PR. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.46, p. 93-98, 1979.
210. \_\_\_\_\_; BRITO, A. S. J.; CORDONI JR, L. Avaliação de um programa de estímulo ao aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.53, p. 179-182, 1982.
211. \_\_\_\_\_; CARVALHO, A. B. R.; BRITO, A. S. J. et al. Leite materno: alimento exclusivo até o sexto mês de vida. Relação com mudança de rotina alimentar. **Pediatria**, (S.Paulo), v.8, p. 196-199, 1986.
212. UNDERWOOD, B. A.; HOFVANDER, Y. Appropriate timing for complementary feeding of breast-fed infant. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, suppl. 294, p.1-27, 1982.
213. UNICEF. **Tendências na amamentação e seu impacto na saúde da criança**. Genebra.(E/ICEF/ CRP/ 78 - 10), 1978.
214. \_\_\_\_\_ **Estratégia para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento**. Genebra, (E/ICEF/1990 / p/ I.40), 1990.
215. VENTURA, A.; GRECCO, L.; BALLI, F. et al. Cow's milk allergy in the first year of life. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, suppl.348, p. 1-14, 1988.
216. VERRONEN, P. Breast feeding : reasons for giving up and transient lactational crises. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, v. 71, p. 447-450, 1982.
217. \_\_\_\_\_,apud AUERBACH, K. G. e GUSS, E.Maternal employment and breast feeding. **American Journal Diseases of Chilren**, Chicago, v.138, p.958-960, 1984.
218. VESTERMARK, V.; UOGDALL, C.: K.; PLENOV, G. et al. The duration of breast-feeding. **Scandinavian Journal Social Medicine**, Stockholm, v.19, p. 105-109, 1991.
219. VIAZZO, P. P. Breastfeeding wet nursing and the organization of child care in the past. **NU Nytt om U-landshälsovård**, v.5, p. 28-31, 1991.

220. VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P.; MARTINES, J. C.; BARCELOS, L. B. Is prolonged breast-feeding associated with malnutrition. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 39, p. 307-314, 1984.
221. VICTORA, C. G.; SMITH, P. G.; VAUGHAN, J. P. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **The Lancet**, London v.2, p. 319-322, 1987.
222. \_\_\_\_\_; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. **Epidemiologia da Desigualdade**. São Paulo, HUCITEC. p. 117-127, 1988
223. \_\_\_\_\_; HUTTLY, S. R. A.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. Cesarean section and duration of breast feeding among Brazilians. **Archives diseases in Childhood**, v. 65, p. 632-634, 1990.
224. \_\_\_\_\_; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C. et al, Deaths due to dysentery, acute and persistent diarrhoea among Brazilian infants. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Stockholm, suppl. 381, p. 7-11, 1992.
225. VILLA, T. C. S.; PELÄ, N. T. R. Aleitamento materno e suplementação alimentar. **Boletim Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 106, p. 108-116, 1989.
226. WADE, K. B. Colocacion del bebe al pecho durante el amamantamiento. Evaluacion y tecnicas esenciales que el personal de enfermaria y los clinicos deben conocer, in RODRIGUES-GARCIA, R.; SCHAFFER, L. A.; YUNES, J.; Washington DC. **Educacion en lactancia**. OPAS, p. 171-185, 1990.
227. WAILOO, M. P.; PETERSEN, S. A.; WHITAKER, H. Disturbed nights and 3-4 month old infants: the effects of feeding and thermal environment. **Archives Diseases in Childhood**, London, v. 65, p. 199-501, 1990.
228. WATERLOW, J. C.; THOMSON, A. M. Observations on the adequacy of breast-feeding. **The Lancet**, London, v.4, p. 238-242, 1979.

229. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommended length of exclusive breast-feeding, age of introduction of complementary foods and the weaning dilemma.** Washington. WHO/ CDD/ EDP/ 92.5, 1992.
230. WICKES, I. G. *A history of infant feeding. Part I. Primitive peoples: ancient works: renaissance writers.* **Archives Diseases in Childhood**, London, v.28, p. 151- 158, 1953
231. \_\_\_\_\_. *A history of infant feeding. Part II. Seventeenth and eighteenth centuries.* **Archives Diseases in Childhood**, London, v. 28, p. 232-240, 1953.
232. \_\_\_\_\_. *A history of infant feeding. Part III. Eighteenth and nineteenth century writers.* **Archives Diseases in childhood**, London, v.28, p. 332-340, 1953.
233. \_\_\_\_\_. *A history of infant feeding. Part IV. Nineteenth century continued.* **Archives Diseases in Childhood**, London, v. 28, p. 416-422, 1953.
234. \_\_\_\_\_. *A history of infant feeding. Part V.-Nineteenth century concluded and twentieth century.* **Archives Diseases in Childhood**, v. 28, p. 495-502, 1953.
235. WILLIAMSON, N. E. *Breastfeeding trends and the breastfeeding promotion program in the Philippines.* **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, Limerick, v. 31, p.31-41, 1990.
236. WINIKOFF, B.; BAER, E. C. *The obstetrician's opportunity: Translating "breast is best" from theory to practice.* **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 138, p. 105-117, 1980.
237. \_\_\_\_\_; LAUKARAN, V. H.; MYERS, D.; STONE, R. *Dynamics of infant feeding: mothers, professionals, and the institutional context in a large urban hospital.* **Pediatrics**, Evanston, v.77, p. 357-365, 1986.

238. \_\_\_\_\_; MYERS, D.; LAUKARAN, V. H.; STONE, R. Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: applications of lessons learned. **Pediatrics**, Evanston, v. 80, p. 423-433, 1987.
239. \_\_\_\_\_; LAUKARAN, V. H. Breast feeding and bottle feeding controversies in the developing world: evidence from a study in four countries. **Social Science and Medicine**, v. 29, p. 859-868, 1989.
240. WORTHINGTON-ROBERTS, B. S.; VERMEERSCH, J.; WILLIAMS, S. R. **Nutrição na gravidez e na lactação**. 3ª edição, Rio de Janeiro, INTERAMERICANA, 1986.
241. WRIGHT, A. L.; HOLBERG, C. J.; MARTINEZ, F. D. et al. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. **British Medical Journal**, London, v. 299, p. 946-949, 1989.
242. YAMAUCHI, Y.; YAMANOUCHI, I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. **Pediatrics**, Evanston, v. 86, p. 171-175, 1990.
243. ZIEGLER, E. E.; FOMON, S. J.; NELSON, S. E. et al. Cow milk feeding in infancy: further observations on blood loss from the gastrointestinal tract. **Journal of Pediatrics**, v. 116, p. 1-18, 1990.
244. ZIVE, M. M.; MCKAY, H. FRANK-SPOHRER, G. C. et al. Infant-feeding practices and adiposity in 4-y-old Anglo and Mexican-Americans. **American journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 55, p. 1104-1105, 1992.