UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a
satisfação da criança durante aleitamento materno
exclusivo**

Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Ribeirão Preto
2008

JULIANA CRISTINA DOS SANTOS MONTEIRO

**Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a
satisfação da criança durante aleitamento materno
exclusivo**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências junto ao Programa de Pós-
graduação Enfermagem em Saúde Pública.
Área de Concentração: Enfermagem em
Saúde Pública.
Inserida na linha de pesquisa: Assistência à
saúde da mulher no ciclo vital.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Márcia Spanó Nakano

Ribeirão Preto

2008

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

FICHA CATALOGRÁFICA

Monteiro, Juliana Cristina dos Santos

Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante aleitamento materno exclusivo. Ribeirão Preto, 2008.
120 f.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP - Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Nakano, Ana Márcia Spanó

1. Aleitamento materno. 2. Leite humano. 3. Saúde materno-infantil

FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante aleitamento materno exclusivo.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências junto ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas especiais da minha vida:

*À minha mãe **Clarinda** e ao meu pai **Luiz Antônio**, com amor e gratidão, por acreditarem nos meus sonhos e me incentivarem em todos os momentos.*

*À minha irmã **Janaína** e ao meu irmão **Júnior**, que apesar da distância, sempre estão comigo, brincando ou aconselhando. Ainda vamos formar nossa banda...*

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À querida Profª Drª Ana Márcia Spanó Nakano, pela dedicação ao longo deste trabalho, pela paciência e por aceitar me guiar pelos caminhos da pesquisa. Agradeço por acreditar em mim e me incentivar, desde a Graduação, quando me interessei pela área de Saúde da Mulher e Aleitamento Materno. Pela amizade e apoio durante as alegrias e dificuldades nesta trajetória, que proporcionaram meu crescimento profissional e pessoal. Ana, seus ensinamentos e sua dedicação são exemplos, que guardarei por toda a vida.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, pela minha vida e por estar sempre comigo.

À minha família, que é meu “porto seguro”, pelo apoio incondicional, pela dedicação, e por incentivar e celebrar comigo cada etapa vencida.

À Profª Drª Flávia Azevedo Gomes, pela valiosa colaboração que foi fundamental para a realização deste trabalho. Além disso, agradeço, principalmente, pela amizade durante toda esta trajetória, pelo apoio em todos os momentos, por dividir comigo alegrias e dificuldades nestes anos de convivência.

À Profª Drª Adriana Morais Leite, pelas contribuições no Exame de Qualificação, por ser sempre solícita e pela alegria contagiante, que transparece nas suas atitudes profissionais.

À Profª Drª Márcia Regina Cangiani Fabbro pela disponibilidade e pela convivência, permitindo a troca de experiências constante que muito contribuíram para meu crescimento profissional.

À Profª Drª Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão pela disponibilidade demonstrada em participar e compartilhar este momento comigo.

Às queridas Amanda Zapparoli, Juliana Stefanello, Luciana Barizon Luchesi, e ao querido Ricardo Arcêncio. Agradeço pela amizade e pelo carinho que tornaram mais prazerosa a vivência na Pós-Graduação e em Ribeirão Preto.

Aos meus queridos amigos Janaina Monteiro, Daniel Domingues, Francisco Nascimento, Lair Dias Zanguetin, Lindomar Rabaco, Luciana Santos Nascimento, Silvana Ruiz, que me proporcionam momentos de muita alegria quando estamos juntos, agradeço pela amizade que não tem preço.

Às minhas tias queridas Nita, Marinês e Luciana, pelo apoio e pela alegre convivência.

Às minhas avós Júlia e Ernestina e ao meu avô Ethelino, pelas orações e pelo apoio.

Às mulheres participantes deste estudo, que contribuíram para a construção e solidificação dos meus conhecimentos.

RESUMO

MONTEIRO, J.C.S. **Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante aleitamento materno exclusivo.** 2008. 120f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

As manifestações do comportamento da criança e a capacidade de amamentar são fatores reconhecidos, pela mulher, como determinantes do bem estar do filho. A decisão adotada pelas mulheres diante do curso da amamentação, particularmente sobre sua capacidade de amamentar, se baliza em percepções próprias relacionadas aos atributos do leite produzido e às respostas de satisfação do filho. Este estudo teve como objetivos: caracterizar a prática da amamentação realizada pelas mulheres com base nos indicadores da OMS; caracterizar a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) com base nos parâmetros: frequência e duração das mamadas, intervalo entre as mamadas, término da mamada, alternância e esvaziamento das mamas; identificar a percepção materna sobre o leite produzido e sua relação com a duração, condução do AME e percepção sobre a saciedade da criança; identificar os problemas percebidos pelas mulheres durante a amamentação e sua relação com a duração do AME. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo exploratório, que foi desenvolvido na UBDS Vila Virgínia, em Ribeirão Preto-SP. A amostra constituiu-se de 231 mulheres que acompanharam seus filhos de 0 a 4 meses, na consulta de puericultura ou para realização das vacinas, de fevereiro a agosto de 2008. Os dados foram coletados utilizando-se um questionário sobre a alimentação oferecida à criança, contendo 52 questões. Os dados foram processados e analisados no programa Statistical Analysis System (SAS), versão 9.0. Na análise realizou-se distribuição de frequências, médias, desvios-padrões, medianas, comparação entre médias, teste exato de Fisher e regressão logística. No momento da coleta de dados, 58,9% das crianças estavam recebendo AME e, para as outras crianças esta prática durou em média 47 dias (desvio-padrão = 35,4 dias). A média de mamadas foi de 9,4 por dia, 27 minutos cada mamada e intervalo de 1 hora e 54 minutos entre as mamadas. 88,3% das participantes ofereciam as mamas em livre demanda e o término da mamada era realizado pela criança em 87,0% dos casos. Após a mamada, 71,4% das mulheres sentiam a mama vazia. A percepção materna sobre o leite produzido apresentou resultado estatisticamente significativo quando associado com a saciedade da criança, indicando que as mulheres que perceberam a criança insatisfeita após a mamada têm 32 vezes a chance de apresentar uma percepção ruim sobre seu leite ($p < 0,01$; OR ajustado = 32,70 e IC 95% [14,73 – 72,59]). Foi verificada diferença estatística significativa entre os intervalos de mamadas feitos pelas mulheres que tinham uma boa percepção sobre o seu leite e aquelas que tinham uma percepção ruim. ($p < 0,01$, IC 95% [0,10 – 0,39]). Além disso, as mulheres que não apresentaram problemas durante a amamentação tem 2,53 vezes a chance de manterem o AME até os 4 meses de vida da criança ($p < 0,01$; OR = 2,53 e IC 95% [1,48 – 4,34]). Conclui-se que, para as participantes deste estudo, o indicador mais utilizado para avaliar o seu leite produzido foi a satisfação da criança, mostrando que as ações pró-amamentação devem ser revistas, no sentido de contemplar as necessidades das mulheres e incentivar a sua confiança na capacidade de boa produção láctea.

Descritores: Aleitamento materno. Leite humano. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

MONTEIRO, J.C.S. **Analysis of maternal perception about the milk produced and the child's satisfaction during exclusive breastfeeding.** 2008. 120f. Thesis (Doctoral) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2008.

Children's behavior and the capacity to breastfeeding are factors recognized by woman, as determinants of her child's well being. The women's decision to breastfeeding, particularly concerned about their capacity to breastfeed, is based on their own perceptions about the attributions given to the human milk and the signs of child's satisfaction. This study aimed: to characterize the breastfeeding practice by women based on World Health Organization's indicators; to characterize exclusive breastfeeding (EBF) practice based on the following parameters: frequency and length of time, interval between breastfeed, how breastfeed ends, breast's interchange and breast emptying; to identify women's perception about the milk produced and it's relation with the breastfeeding maintenance, exclusive breastfeeding behave and the perception of child' satiation; to identify problems perceived by women during breastfeeding and their relation with the exclusive breastfeeding lastingness. This is a cross-sectional descriptive study, developed in one Basic and District Health Unit in Ribeirão Preto – SP, Brazil. The sample was composed by 231 women that were previously schedule in the child care service or immunization for the children with ages from 0 to 4 months, from February to August 2008. Data collection was performed using a specific questionnaire, with 52 items related to nutrition offered to the children. Data were analyzed using Statistical Analysis System (SAS), vs. 9.0. In the data analysis, frequency distribution, mean, standard deviation, median, means comparison, Exact Fisher Test and logistic regression were used. When data were collected, 58,9% of children were receiving EBF and, for other children this practice lengthen 47 days (standard deviation = 35,4 days). Daily breastfeeding mean was 9,4, 27 minutes each breastfeed and interval of 1,54 hours. 88,3% of participants offered on-demand breastfeeding and the breastfeeding end was lead by child in 87,0% of occurrences. After breastfeeding, 71,4% of women felt the breast empty. Maternal perception about produced milk showed statistically significant result when associated with child's satiation, indicating that women who perceived the child insatiate after breastfeeding had 32 times the chance to have a bad perception about their own milk ($p < 0,01$; adjusted OR=32,70 and CI 95% [14,73-72,59]. Statistically significant difference was verified between the breastfeeding interval adopted by women who had good perception about their milk and by those who had a bad perception ($p < 0,01$, CI 95% [0,10 – 0,39]). Besides, women who do not presented problems during breastfeeding have 2,53 times chance to keep EBF until 4 months of child's life ($p < 0,01$; OR = 2,53 e CI 95% [1,48 – 4,34]). In conclusion, for the participants, the most used indicator to evaluate their own milk was child satisfaction, pointing that, actions pro-breastfeeding must be reviewed, in order to observe women's need and improve their confidence in their capacity to produce good milk.

Keywords: Breastfeeding. Human milk. Maternal and child health.

RESUMEN

MONTEIRO, J.C.S. Análisis de la percepción de la lactante sobre la leche producida y satisfacción del niño durante la lactancia materna exclusiva. 2008. 120f Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Las manifestaciones del comportamiento del niño y su capacidad de mamar son factores reconocidos por la mujer como un determinante para el bienestar del hijo. La decisión adoptada por las mujeres frente al curso de amamantación, particularmente sobre su capacidad de amamantar, está marcada por percepciones propias relacionadas a los atributos de la leche producida y las respuestas de satisfacción del hijo. Este estudio tuvo como objetivos: caracterizar la práctica de amamantación realizada por las mujeres con base en los indicadores de la OMS; caracterizar la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) con base en los parámetros: frecuencia y duración de las mamadas, intervalo entre las mamadas, finalización de la mamada, alternar y vaciar las mamas, identificar la percepción materna sobre la leche producida y su relación con la duración, conducción de la LME y percepción sobre la saciedad del niño; identificar los problemas percibidos por las mujeres durante la práctica de amamantación y su relación con la duración de la LME. Se trata de un estudio epidemiológico, transversal, descriptivo exploratorio, que se desarrolló en la Unidad Básica de Salud (UBDS) Vila Virginia, Ribeirão Preto-SP. La muestra se constituyó de 231 mujeres que acompañaban a sus hijos de 0 a 4 meses, en la consulta de puericultura o en la realización de vacunas, de febrero a agosto de 2008. Los datos fueron recolectados utilizándose un cuestionario sobre la alimentación ofrecida al niño, conteniendo 52 preguntas. Los datos fueron procesados y analizados en el programa Statistical Analysis System (SAS), versión 9.0. Para el análisis se realizó distribución de frecuencias, medias, desvíos patrón, medianas, comparación entre medias, test exacto de Fisher y regresión logística. En el momento de la recolección de datos, 58,9% de los niños estaban recibiendo LME y para los otros niños esta práctica duró en media 47 días (desvío patrón = 35,4 días). La media de mamadas fue de 9,4 por día, 27 minutos cada mamada e intervalo de 1,54 hora entre las mamadas, 83,3% de las participantes ofrecían las mamas a libre demanda y el término de la mamada era realizado por el niño en 87,0% de los casos. Después de la mamada, 71,4% de las mujeres sentían la mama vacía. La percepción materna sobre la leche producida representó un resultado estadísticamente significativo cuando era asociado con la saciedad del niño, indicando que las mujeres que percibían que el niño estaba insatisfecho después de la mamada tiene 32 veces la chance de presentar una percepción errada sobre su leche (p<0,01; OR ajustado = 32,70 e IC 95% [14,73 – 72,59]). Fue verificada una diferencia estadísticamente significativa entre los intervalos de mamadas hechas por las mujeres que tenían una buena percepción sobre su leche y por aquellas que tenían una percepción equivocada (p<0,01, IC 95% [0,10 – 0,39]). Además las mujeres que no presentaron problemas durante la amamantación tuvieron 2,53 veces la posibilidad de mantener LME hasta los 4 meses de vida del niño (p<0,01; OR = 2,53 e IC 95% [1,48 – 4,34]). Se concluye que, para las participantes de este estudio, el indicador más utilizado para evaluar la leche producida fue la satisfacción del niño, mostrándose que las acciones pro amamantación deben ser revistas, en el sentido de contemplar las necesidades de las mujeres e incentivar su confianza en la capacidad de buena producción láctea.

Palabras-clave: Lactancia Materna. Leche humana. Salud materno-infantil.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia, segundo idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda da família (em salários-mínimos de R\$ 415,00), durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.....	57
Tabela 2	Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia , segundo número de filhos, realização de pré-natal na última gestação e tipo de parto atual, durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	58
Tabela 3	Distribuição das crianças de 0 a 4 meses de idade atendidas na UBDS Vila Virgínia, segundo idade (meses), sexo, hospital em que nasceu quanto ao título de Hospital Amigo da Criança, durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	59
Tabela 4	Distribuição das crianças de 0 a 4 meses de idade atendidas na UBDS Vila Virgínia , segundo local da primeira mamada, tempo de ocorrência da primeira mamada, tipo de aleitamento (alta hospitalar e no momento da coleta de dados), durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008 ...	60
Tabela 5	Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia , segundo a condução da mamada na prática da amamentação exclusiva, durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	62
Tabela 6	Distribuição dos motivos alegados pelas mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia sobre a introdução de água, chá, suco, leite em pó, leite fluido e papinha na dieta da criança, durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.....	63
Tabela 7	Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia segundo problemas apresentados durante a amamentação da criança e tipo de problema, durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	64
Tabela 8	Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia segundo a sua percepção sobre os obstáculos encontrados durante a amamentação, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	65
Tabela 9 -	Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia, segundo a percepção sobre o apoio recebido durante a amamentação, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008...	65
Tabela 10	Distribuição mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia segundo sua opinião sobre as condições necessárias para amamentação, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008...	66

Tabela 11	Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia segundo a percepção sobre o leite produzido, a saciedade da criança após a mamada, o motivo da saciedade e da insatisfação da criança após a mamada, durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	67
Tabela 12	Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia, segundo a opinião sobre o que é ter uma boa produção de leite, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	68
Tabela 13	Comparação em média entre a percepção das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia sobre o seu leite produzido e a frequência das mamadas em 24 horas, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	69
Tabela 14	Comparação em média entre a percepção das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia sobre o seu leite produzido e a duração das mamadas em minutos, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	69
Tabela 15	Comparação em média entre a percepção das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia sobre o seu leite produzido e o intervalo entre as mamadas (em horas), no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	70
Tabela 16	Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia segundo a percepção sobre o seu leite produzido, associada à duração do AME, à condução da mamada e saciedade da criança após a mamada, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	71
Tabela 17	Análise da regressão logística para a percepção das participantes do estudo sobre o seu leite produzido associada às variáveis categóricas selecionadas. Ribeirão Preto, 2008	73
Tabela 18	Comparação em média entre a percepção das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia sobre a sua produção de leite e a duração do AME (em dias) entre aquelas que não estavam em AME (n = 95), no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	74
Tabela 19	Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia segundo os problemas na amamentação associados a prática do AME para a criança por ocasião da entrevista, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008	74

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	26
3 QUADRO TEÓRICO	28
3.1 A alimentação infantil enquanto uma prática construída: a mulher como fonte natural do alimento ideal no início da vida da criança.....	29
3.2 A amamentação eficaz – o manejo como fator determinante para uma boa produção de leite	38
3.3 Avaliação da mulher como nutriz	43
4 METODOLOGIA	45
4.1 Tipo de estudo	46
4.2 Local do estudo	47
4.3 Participantes do estudo	48
4.4 Procedimentos para coleta dos dados	49
4.5 Variáveis do estudo	50
4.6 Tratamento e análise dos dados	53
4.7 Aspectos éticos da pesquisa	54
5 RESULTADOS	55
5.1 Caracterização das participantes do estudo	56
5.2 Condições de amamentação e alimentação da criança	59
5.3 Percepção da mulher sobre sua produção láctea e saciedade da criança	66
5.4 Leite produzido, duração do AME e condução da mamada: análise de associações ...	68
6 DISCUSSÃO.....	76
6.1 Caracterização das participantes do estudo.....	77
6.2 Condições de amamentação e alimentação da criança	79

6.3 Percepção da mulher sobre sua produção láctea e saciedade da criança	86
6.4 Leite produzido, duração do AME e condução da mamada: análise de associações ...	88
7 CONCLUSÃO	92
8. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E A PESQUISA	96
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	112
ANEXO	119

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória acadêmica iniciou-se em 1998, ano de ingresso na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Durante a graduação, tive contato com as várias áreas de conhecimento em que um enfermeiro pode atuar. Cada campo de estágio possibilitava novas descobertas e, após realizar estágio voluntário na Maternidade do Complexo Aeroporto – MATER, ao final do terceiro ano, tive a certeza de que a área de saúde da mulher era a que deveria seguir. Percebi, então, que poderia contribuir para uma assistência humanizada e acolhedora à mulher durante o ciclo grávido-puerperal e toda a sua vida. No último semestre do curso, optei pelo estágio curricular supervisionado na MATER, onde realizei várias atividades voltadas para a assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal e ao recém-nascido.

Ainda na graduação aconteceram as primeiras aproximações com a pesquisa, quando participei de projetos de iniciação científica. No segundo semestre de 1998, fui convidada a participar de um projeto de pesquisa na área de Enfermagem Psiquiátrica, com uma bolsa subsidiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que teve a duração de dois anos. Neste período, não houve de minha parte uma identificação com esta área e, após conversar com a orientadora do projeto, fui estimulada pela mesma a me inserir em grupos de pesquisa na área que tivesse maior afinidade. Assim, ainda no ano de 2000, procurei conhecer as linhas de pesquisa em saúde da mulher, na EERP e, em 2001, fui contemplada com uma Bolsa-Trabalho, concedida pela Coordenadoria de Assistência Social da USP (COSEAS). O projeto da Bolsa-Trabalho era intitulado de “Recursos Humanos para o NALMA – Núcleo de Aleitamento Materno”. Neste período, além de auxiliar nas atividades do núcleo, desenvolvi um estudo qualitativo na MATER, sobre as dificuldades que as

puérperas apresentavam durante a amamentação. Estas vivências, durante a graduação, permitiram um grande aprendizado relativo ao desenvolvimento de pesquisas e à importância da inserção do pesquisador no campo assistencial.

Convicta de que a área de saúde da mulher era a que me traria maior satisfação profissional, decidi aprimorar meus conhecimentos teórico-práticos e, após a graduação, fui aprovada no processo seletivo para o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatológica – modalidade Residência, da EERP/USP. A especialização propiciou experiências valiosas na assistência à mulher e ao recém-nascido e contribuiu de maneira fundamental para minha capacitação profissional. Ao final do curso apresentei a monografia intitulada “Amamentação precoce na primeira meia hora de vida da criança: norma e prática”, sob a orientação da Prof^a Dr^a Ana Márcia Spanó Nakano. Este estudo objetivou verificar a operacionalização do quarto passo dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” na MATER, que é credenciada como Instituição Hospital Amigo da Criança, tendo por referência registros de prontuários de mulheres internadas para resolução da gestação na referida maternidade. Os resultados mostraram que 90.5% dos prontuários não tinham a informação da hora em que ocorreu o primeiro contato entre mãe e filho e o início da amamentação. Porém, quando se analisou os prontuários com registro, verificou-se que o quarto passo foi cumprido por parte significativa de mães (60.9%). Concluiu-se que existia, naquele momento a necessidade de se buscar alternativas para a realização e documentação do quarto passo e de conscientizar a equipe de enfermagem quanto à importância dos registros.

Os resultados desta monografia despertaram-me para a importância de continuidade na investigação da temática do aleitamento materno e, ao terminar a especialização, decidi dar continuidade à minha formação seguindo a carreira acadêmica. Assim, em 2004, ingressei no mestrado do programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (DMISP) da EERP/USP. O

mestrado possibilitou meu crescimento profissional, através do desenvolvimento de estudos e atividades científicas relacionadas com minha área de atuação e da investigação do significado do aleitamento materno para a mulher, no período de internação hospitalar para o parto. A defesa da dissertação de mestrado intitulada “Contato precoce e amamentação em sala de parto na perspectiva da mulher” ocorreu em janeiro de 2006, sob orientação da Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes e co-orientação da Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano. A pesquisa teve como objetivos conhecer e analisar as vivências, por parte das mulheres, em relação ao contato pele-a-pele precoce e amamentação imediatamente após o parto e, depreender os significados atribuídos pelas mulheres à esta vivência, identificando a reação das mulheres ante esta prática. Os resultados mostraram que, mesmo estando em situação inadequada devido ao cansaço e à dor, as mulheres aceitam com resignação e entendem o momento como importante para o bebê. Além disso, receber a criança pela primeira vez causa impacto e surpresa. Ficou evidente a assistência limitada aos aspectos práticos do cumprimento da norma de realização do contato precoce entre a mãe e o filho, sem considerar os reais sentimentos das mulheres, sendo necessário o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia pelo profissional de saúde.

Ainda durante o mestrado, tive a oportunidade de participar como pesquisadora do projeto multicêntrico denominado “Deficiência de ferro em crianças de 3 a 12 meses: compreensão de determinantes biológicos, sociais, e suas implicações para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo”, desenvolvido nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto e Rio de Janeiro, sob coordenação geral da Profa. Dra. Isília Aparecida Silva, e coordenação local da Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano. A participação no projeto multicêntrico motivou-me a dar continuidade na formação acadêmica, mantendo o meu interesse na temática aleitamento materno. Assim, ingressei no doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, do DMISP, na EERP/USP, em fevereiro de 2006.

Meu projeto do doutorado originalmente previa uma abordagem qualitativa dos achados da pesquisa multicêntrica, entretanto outra realidade se mostrou premente para ser investigada, a necessidade de elucidar aspectos da percepção materna sobre sua produção láctea, a forma como a mamada é conduzida e a percepção materna quanto à satisfação da criança, o que se tornou o objeto da tese ora apresentada.

Vale considerar que a nutriz muitas vezes não encontra o apoio necessário para estabelecer o aleitamento e continuar esta prática durante o período preconizado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde. Acreditamos que o resultado deste estudo traga uma nova perspectiva de enfrentamento desta situação e preencha as lacunas existentes nesta área do conhecimento.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A importância do aleitamento materno como meio ideal de nutrição da criança tem sido largamente divulgada pelo conhecimento científico, sendo que os seus benefícios estão claramente descritos. Pesquisas têm demonstrado as propriedades nutricionais e imunológicas do leite materno, que atendem satisfatoriamente às necessidades fisiológicas do lactente (MCKEEVER et al, 2002).

Apesar de todo este conhecimento acumulado pelos profissionais de saúde, a prática da amamentação persiste como importante preocupação da Saúde Pública. O desmame precoce, bem como a transição do desmame, implicam em maior risco de agravo à saúde da criança aumentando os índices de morbi-mortalidade infantil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF) recomendam que todos os bebês sejam amamentados com leite materno exclusivamente até o sexto mês de vida; depois disso o aleitamento materno deve ser complementado com outros alimentos até 2 anos ou mais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1993). Esta recomendação também é adotada oficialmente no Brasil (BRASIL, 1997). No entanto, em todo o mundo, apenas 35% de crianças recebem aleitamento materno exclusivo durante os primeiros quatro meses de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). No Brasil, dados coletados na pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde, em 1999, demonstraram que a duração média do aleitamento materno exclusivo foi de 23 dias (ARAÚJO, 2002).

Os alimentos complementares são nutricionalmente inferiores ao leite materno e sua introdução precoce na dieta do bebê reduz a duração do aleitamento materno, interfere na

absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, e pode ser fonte de contaminação das crianças (MONTE; GIUGLIANI, 2004), aumentando os índices de desnutrição nesta faixa etária.

Em revisão da literatura científica é possível evidenciar que a introdução precoce de alimentos complementares ao aleitamento materno pode levar a contaminação, diarreia, alergia alimentar, obesidade, anemia, além de interferir no aleitamento materno. Já a introdução tardia pode levar a um baixo ganho de peso e de estatura, e dificuldades adaptativas à alimentação da família (SZARFARC et al., 2004; GIUGLIANI; GIUGLIANI, 2004).

A introdução da alimentação complementar, portanto, é um período crítico que, muitas vezes, conduz à má nutrição e ao aumento dos riscos para a morbidade infantil, quando a criança não recebe uma dieta adequada. Este período envolve complexos fatores sociais, econômicos e culturais que interferem no estado nutricional da criança (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003). Assim, a prática do aleitamento materno exclusivo pelo período recomendado é tão importante quanto a introdução oportuna de alimentos na dieta do lactente (BRUNKEN et al., 2006).

Neste sentido, para que o lactente apresente um crescimento saudável, ele precisa receber, em momento oportuno, alimentos complementares adequados, que sejam ricos em energia, proteínas e micronutrientes como ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos, que seja isenta de contaminação, não muito salgada ou apimentada, fácil de ser consumida, em quantidade apropriada, disponível e acessível (GIUGLIANI; GIUGLIANI, 2004). O momento oportuno é quando a criança se torna apta a receber boa parte de alimentos de composição e consistência diferentes do leite materno. Só entre quatro a seis meses, quando o reflexo de extrusão desaparece, a criança consegue transportar alimentos semi-sólidos ao fundo da boca e engolir, e passa a apresentar maturidade fisiológica renal e

digestiva para receber estes alimentos (AKRÉ, 1997; EUCLYDES, 2000). Antes disso, a introdução de alimentos complementares não oferece vantagens e pode ser prejudicial para a criança (GIUGLIANI; GIUGLIANI, 2004).

No entanto, autores têm atribuído que a falta de informação das mulheres sobre a composição e qualidade do leite humano faz com que estas acabem por introduzir precocemente outros alimentos que não o leite materno, acarretando o desmame precoce (OSSADON et al. 2000; BUENO et al., 2002; PERCEGONI et al., 2002; GIUGLIANI, 2004). A introdução precoce de alimentos complementares na dieta da criança, motivada por uma percepção equivocada da mãe sobre as propriedades do leite materno, trará redução na produção láctea, devido à menor sucção da criança ao seio materno. Este fato demonstra claramente a falta de informações e conhecimento das mulheres acerca da produção de seu leite, o que as deixa mais vulneráveis a apresentarem dificuldades ao longo do processo da amamentação (GIUGLIANI, 2004).

As queixas de “pouco leite” ou “leite fraco” são os argumentos mais freqüentemente usados para justificar a introdução de alimentos complementares na dieta da criança; porém a maioria das mulheres apresenta condições biológicas de produzir leite suficiente para atender as necessidades de seu filho. Estudos realizados no Brasil sobre os fatores associados ao desmame confirmam que a introdução de outros tipos de leite e alimentos na dieta da criança é justificada pela inadequação da quantidade ou da qualidade do leite produzido (SIQUEIRA et al, 1994; ESCOBAR et al, 2002; BORGES; PHILIPPI, 2003; VOLPINI; MOURA, 2005; CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007).

A observação das manifestações do comportamento da criança, através do choro, sono, freqüência com que ela aceita e solicita a alimentação, o tempo das mamadas e o crescimento e desenvolvimento do filho são fatores reconhecidos pela mulher como determinantes do bem estar da criança; a sua capacidade de amamentar é reconhecida pelas suas condições física e

biológica de amamentar e manter-se saudável para que garanta a boa nutrição do filho. É por este método básico que a mulher realiza sua avaliação da alimentação da criança, o que a torna segura ou insegura para manter ou não o processo de amamentação (SILVA, 1997).

Segundo Ramos e Almeida (2003), em um estudo sobre as alegações maternas para o desmame, a amamentação nem sempre foi uma prática traduzida positivamente, e muitas vezes desperta nas mulheres sentimentos ambíguos e contraditórios, gerando indecisão e sofrimento, especialmente quando cabe a elas a decisão de continuar amamentando. Os conflitos surgem na medida em que o corpo materno, produtor de leite, se torna responsável e culpado pelo corpo do filho em condição de prejuízos e perigos, gerando as desordens entre maternidade e individualidade (NAKANO, 2003).

A avaliação sobre o leite materno produzido tem sido estudada por alguns autores, que constatarem indicadores semelhantes utilizados pela mulher para caracterizar esta produção: volume das mamas, quantidade de leite drenado e estado físico e psicológico da criança após a mamada (HILL, 1991; SILVA, 1997; BORGES; PHILIPPI, 2003). A OMS (2001) descreve que são inúmeras as causas que levam a nutriz a pensar que seu leite é insuficiente para sustentar a criança, entre elas estão fatores sociais, culturais, psicológicos, experiência anterior em amamentação sem sucesso, falta de informação, falta de apoio e incentivo.

A queixa de leite insuficiente reflete a avaliação da mulher sobre a qualidade de seu leite e sua capacidade de amamentar, ou seja, se produz leite suficiente para seu filho. A partir desta avaliação, ela poderá optar por oferecer outros tipos de leite e alimentos para a criança (BORGES; PHILIPPI, 2003). Porém, considerando que o índice de hipogalactia é muito baixo na população, não ultrapassando 1,5%, e que a produção de leite de baixo valor nutricional é situação muito rara (AKRÉ, 1994; ALMEIDA, 1999), as alegações maternas de leite insuficiente não se sustentam como motivo 'real' para oferecer outro tipo de leite ao

lactente, sendo, na verdade, motivos ‘percebidos’ por estas mulheres (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007).

Outro aspecto a ser considerado é que as ações em prol da amamentação centram-se em fazer com que as mulheres iniciem precocemente o aleitamento materno e o mantenham conforme as orientações da WHO (2002) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) que é exclusivamente até o sexto mês de vida, e complementado com outros alimentos até dois anos ou mais. No entanto, após a alta hospitalar o acompanhamento da nutriz e do recém-nascido por vezes é inadequado, aumentando o risco do desmame precoce que, em geral, se inicia logo nas primeiras semanas, quando as mães introduzem fórmulas infantis (LAMOUNIER et al., 2008). Percebe-se que, na prática profissional, não há uma continuidade efetiva das ações de proteção e apoio no decorrer do processo, onde as dificuldades e as decisões se estabelecem sem as orientações e informações adequadas.

Existe, portanto, uma falta de harmonia entre o avanço do conhecimento científico e a amamentação como prática socialmente instituída; apesar da propagação de todas as descobertas científicas referentes ao aleitamento, estas não estão sendo suficientes para garantir a introdução de valores culturais que modifiquem a tendência ao desmame (ALMEIDA, 1999).

Borges e Philippi (2003) destacam que a equipe de saúde deve estar atenta aos critérios que as nutrizes utilizam para decidirem sobre a continuação ou não da amamentação exclusiva. Os parâmetros adequados de leite produzido e o comportamento esperado da criança pequena devem ser informados às mulheres, a fim de contribuir para o aumento do período de amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, quando outros alimentos devem começar a ser introduzidos na dieta da criança. Tendo em vista que muitas mulheres optam por introduzir alimentos na dieta da criança antes deste período e, por vezes, sem orientação

adequada, a discussão sobre transição alimentar durante a assistência prestada à mulher torna-se importante.

Outro ponto a ser considerado é que, apesar dos avanços conquistados na amamentação por meio de pesquisas científicas, ações e políticas públicas, as taxas de desmame precoce indicam que este conhecimento não está chegando até as mulheres ou não está sendo apreendido por elas de maneira tal que mantenha a prática do aleitamento materno exclusivo pelo tempo preconizado pela OMS. A este respeito, a falta de acolhimento da equipe de saúde é apontada como fator que pode levar ao desmame precoce e prejudicar a saúde da criança (TAKUSHI et al., 2006).

Diante de tal realidade pretende-se com este estudo, analisar a percepção que as mulheres têm sobre o leite produzido, a saciedade da criança e a relação com a prática estabelecida para alimentar o filho menor de quatro meses.

Objetivos

2 OBJETIVOS

- Caracterizar a prática da amamentação realizada pelas mães de crianças de 0 a 4 meses de idade com base nos indicadores da OMS (1991).
- Caracterizar a prática da amamentação exclusiva pelas mães de crianças de 0 a 4 meses de idade com base nos parâmetros avaliados na condução da mamada: frequência e duração das mamadas, intervalo entre as mamadas, término da mamada, alternância e esvaziamento das mamas.
- Identificar a percepção materna sobre o leite produzido e sua relação com a duração e condução do AME e percepção sobre a saciedade da criança.
- Identificar os problemas percebidos pelas mulheres durante a prática da amamentação e sua relação com a duração do AME.

Quadro teórico

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 A alimentação infantil enquanto uma prática construída: a mulher como fonte natural do alimento ideal no início da vida da criança

Os motivos alegados pelas mães para o desmame precoce tem como justificativa de maior frequência a inadequação da quantidade ou da qualidade do leite produzido. Schwartz et al. (2002) observam que tal razão é mais alegada até a sexta semana de vida da criança. Segundo estes autores, apesar da insuficiência láctea se manter como justificativa após esta idade, outra razão se mostra mais frequente na nona e décima segunda semana de vida da criança, a “volta ao trabalho” seguindo-se da alegação de ser uma prática “inconveniente”.

A busca pela real causa do desmame precoce nos coloca diante de um fenômeno complexo que perpassa fatores diversos e de dimensões que vão além do determinismo biológico da lactação. Além do substrato anatômico e fisiológico, o fenômeno do aleitamento materno é dependente de fatores psicológicos, sociais e culturais. Entendemos que seja importante compreender a amamentação enquanto uma prática construída, conjugando os componentes biológicos aos elementos mais subjetivos da experiência da mulher ante a esta prática primordial de alimentação infantil.

Fatores socioeconômicos, culturais, geográficos, demográficos, psicológicos e resultantes da interação entre mãe e filhos atuam conjuntamente, e refletem no interesse materno e na qualidade da alimentação infantil. É preciso considerar ainda que, no saber popular sobre alimentação infantil, as mulheres sempre participaram da construção deste senso comum ao longo da sua trajetória (TAKUSHI et al., 2006), mesmo que muitas vezes

esta participação tenha sido desconsiderada ou desvalorizada. A construção e aprendizagem sobre dieta infantil podem acontecer pela experiência de vida e pela observação de alguém da família preparando a alimentação da criança pequena.

Desde os primórdios as mulheres procuram um substituto satisfatório para o leite humano, o que pode ser comprovado por objetos arqueológicos de 2000 A.C., como vasilhas e xícaras com biqueiras, encontrados em túmulos de crianças e que certamente serviam para alimentá-las (GRANT, 1968 apud ARANTES, 1995). A mamadeira já era conhecida na Grécia e na Itália em 4000 A.C., e também no Egito por volta de 888 A.C. Não se sabe ao certo qual seria o conteúdo destas mamadeiras, mas pelos registros históricos pode-se dizer que, quando um bebê não era amamentado por sua mãe, ele recebia o leite materno de outra mulher ou, em raras ocasiões, de outros animais, como vaca, cabra e ovelha (REA, 1990).

O período até o século XVIII foi pouco documentado no que diz respeito à alimentação da criança, mas por registros em diários particulares, sabe-se que durante o século XVI as mulheres amamentavam seus filhos. No entanto, no século XVII as crianças eram consideradas seres imperfeitos, geradas pelo pecado original e, devido a isto, eram tratadas com indiferença, rejeição e muitas vezes abandonadas (BADINTER, 1985).

Neste contexto, o envio das crianças para serem amamentadas por amas-de-leite generalizou-se no período em toda a Europa, principalmente na França, e entre as mulheres das classes altas, demonstrando os valores sociais dominantes na época, que eram: a prioridade dada aos interesses masculinos, a concepção da infância de acordo com os pensamentos de Santo Agostinho (que considerava a criança como o símbolo da força do mal), e o papel desempenhado pela mulher naquela sociedade (SANDRE-PEREIRA, 2003). A medicina da época, herdeira do pensamento aristotélico, prescrevia a abstinência sexual durante todo o período de aleitamento materno, pois o esperma poderia contaminar o leite e prejudicar a saúde da criança; surgia então a queixa dos maridos, pela privação aos seus

prazeres sexuais, o que motivava a contratação das amas-de-leite. Além disso, a mulher que amamentava não era vista com bons olhos, era considerada suja, e a amamentação era uma prática de desclassificação social e um ato animalesco (BADINTER, 1985).

No Brasil, a construção da alimentação infantil sofreu influências políticas, econômicas e culturais, incluindo o tipo de colonização ocorrida, e os hábitos alimentares conjugaram aspectos indígenas, europeus e africanos (TURANO; ALMEIDA, 1999). Até os séculos XVI e XVII o aleitamento materno das tribos Tupinambás brasileiras não havia sofrido influência européia. Com a colonização, as portuguesas trouxeram o hábito da utilização das amas-de-leite, sendo este papel exercido pelas escravas negras (SILVA, 1997). A dieta da criança, que não tinha qualquer distinção da dieta dos adultos entre os colonizadores europeus, passou a contar com papas e alimentos semi-sólidos, com a influência das mulheres africanas (FREYRE, 2000).

Na mesma época, em 1748, o médico inglês Cadogan defendia o aleitamento natural, fixando horários regulares durante 24 horas, para as mamadas, que deveriam ser em número de quatro apenas, iniciando assim, a rigidez de horários para o aleitamento materno, que ainda hoje é seguido por algumas mulheres (REA, 1990). No entanto, com a constatação de que as mulheres recusavam-se a amamentar seus filhos, em 1784 surge a primeira recomendação do médico inglês Underwood, para se utilizar o leite de vaca ao invés do leite humano.

Neste mesmo período, século XVIII, os índices de mortalidade infantil elevaram-se na Europa, fato este justificado pela entrega das crianças aos cuidados das amas-de-leite (BADINTER, 1985). Inicia-se, na Europa, articulações para que se realizem campanhas a fim de abolir o costume de entregar as crianças para serem criadas por amas-de-leite. O contexto deste acontecimento é marcado por três movimentos sociais distintos que se desencadearam nos séculos XVII, XVIII e XIX: a urbanização, a implantação do sistema capitalista de produção e a formação e consolidação dos estados nacionais, marcada pela Revolução

Francesa (MEYER, 2000). Os estados nacionais nascentes precisavam expandir sua população para o trabalho militar e econômico, a autoridade médica começava a substituir os curandeiros e parteiras leigas e o movimento intelectual, no âmbito do Iluminismo, contribuíram para que o papel da mulher como mãe fosse defendido, configurando um novo estatuto da maternidade, naquele momento (SCHIEBINGER, 1998).

Assim, no que tange ao aleitamento materno e à alimentação da criança, as transformações sociais, econômicas, científicas e políticas ocorridas no século XVIII e XIX levaram à “politização” do corpo feminino (MEYER, 2000), pois as mulheres, que deveriam ser as cuidadoras da prole, passam a ser responsabilizadas pela sobrevivência das crianças, consideradas o futuro da nação. A mulher deveria retornar à sua natureza, definida pela medicina como reprodutora e fonte natural de alimento, caracterizando o aleitamento materno como instintivo e, dessa forma, demarcando o controle social sobre o corpo da mulher (YALOM, 1997).

A normatização da sociedade no século XIX reiterou as desigualdades hierárquicas: mulheres e crianças eram o foco de atenção, devendo obedecer e seguir as normas do Estado de cunho sanitário e moral (MOREIRA, 2003). Configurava-se, assim, a puericultura, resultante de um grande projeto do Estado, o de regular todos os atos da vida, inclusive os mais íntimos e os mais privados, os que se realizam no seio da família (SILVA, 1990). A temática central da puericultura, nascida no final do século XIX, era a alimentação em geral, particularmente, o aleitamento materno: as relações e as práticas das mães para com os filhos, deveriam seguir normas rígidas que, tomando por base as noções de fisiologia e as regras higiênicas, visavam simultaneamente a educação do corpo e a educação moral. Vigorava, portanto, a noção de universalidade de que toda mulher é anatomicamente e fisiologicamente capacitada para amamentar seus filhos.

A puericultura deu “início ao processo de desapropriação do saber popular sobre alimentação infantil pelas ciências médicas” (TAKUSHI et al., 2006, p. 116). De maneira estratégica, o saber científico da medicina utilizou o aleitamento materno e a alimentação infantil para produzir novos comportamentos na vida da mulher (MOREIRA, 2003).

Fator importante a ser considerado foi a noção de “leite fraco” incorporada no início do século XX como justificativa para desmame. A dificuldade de explicar a falta de êxito de algumas mães em amamentar levou à construção social da hipogalactia como um fator explicativo do desmame. Este era um argumento reconhecido cientificamente, que não tornava as mulheres culpadas pelo fracasso na amamentação diante da sociedade e dos profissionais de saúde, sendo assimilado amplamente e utilizado até hoje (ALMEIDA, 1999).

Já no início do século XX, a institucionalização do nascimento e parto influenciou no aleitamento materno, contribuindo para a introdução precoce de outros alimentos na dieta do bebê e levando ao desmame. A mulher, que antes recebia e cuidava do bebê imediatamente após o parto, passa a ter um período de separação entre seu filho. Até a década de 1930, a medicina preocupou-se em prevenir infecções, sendo criados os berçários, com características estéreis e anti-sociais; ao nascer o bebê era encaminhado ao berçário e só retornaria aos braços da mãe quando ela já estivesse na enfermaria, em “boas condições” físicas para amamentá-lo, normalmente seis horas após o parto, iniciando aí a interferência no vínculo do binômio, e também no aleitamento materno. A primeira alimentação do recém-nascido deveria ser, água estéril ou solução de água com glicose. Se esta fosse deglutida e retida sem dificuldades, sinal da ausência de má formação ou distúrbios digestivos, na próxima mamada o aleitamento materno poderia ser iniciado (AVERY, 1984). A permanência do recém-nascido no berçário impunha um horário rígido para a amamentação, o que poderia não ser adequado às necessidades da criança. Isto condicionava a complementação ou suplementação

das mamadas ao seio com água glicosada, ou mesmo outros leites, desestimulando a lactação eficiente e provocando o desmame precoce (MARCONDES, 1991).

Neste contexto, temos que considerar também o papel das indústrias de leite em pó, que impulsionaram as mudanças na alimentação do lactente. Com a descoberta, em 1838, que o leite de vaca era mais rico em proteína do que o leite materno, o discurso em favor do leite de vaca passou a prevalecer nas questões sobre nutrição. A partir daí, as descobertas do leite condensado, da evaporação do leite de cabra e o estudo da composição do leite humano favoreceram a produção do leite artificial e, no final do século XIX, as indústrias americanas já se destacavam na produção do substituto do leite materno (REA, 1990). A necessidade de estabelecimento de um mercado dá origem à promoção comercial destes produtos, através de propaganda com estratégias de marketing muito bem utilizadas; lobbies junto às esferas de poder, que passam a desenvolver programas de suplementação alimentar baseadas na distribuição de latas de leite em pó; financiamento de eventos científicos, pesquisas, viagens, cursos, compra de equipamentos ou presenteando associações profissionais, trabalhadores de saúde ou instituições para que promovam a venda do leite industrializado (REA, 1990).

Neste período há um desestímulo ao aleitamento materno. De forma gradativa, ao longo do século XX a mulher se afastou da função de nutriz, devido à desvalorização da prática de amamentar pelos próprios profissionais de saúde, práticas hospitalares inadequadas principalmente no puerpério, pressões comerciais das indústrias de leite e produtos alimentícios, mudanças no estilo de vida da mulher e falta de orientações e informações corretas sobre esta questão (SILVA et al., 2005). Além disso, as mudanças na família nuclear, dificultando a transmissão natural dos costumes antigos e modo de alimentação da criança, entre outros fatores, levaram ao decréscimo do aleitamento materno, contribuindo para o aumento da morbi-mortalidade infantil (ISHISATO; SHIMO, 2002). No período de 1961 a

1973 o desmame precoce, associado a outros fatores como a má nutrição infantil, elevaram a taxa de mortalidade infantil em até 45% em nosso país (ZÚÑIGA; MONTEIRO, 2000).

Na época, a preocupação com esta situação levou o Brasil a participar, em 1979, da Reunião Conjunta da OMS/UNICEF Sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena, que culminou na elaboração do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. A partir daí, em 1980, inicia-se uma campanha em nosso país, a fim de sensibilizar políticos, autoridades de saúde, meios de comunicação e líderes comunitários para atuarem em favor do aleitamento materno, o que levou ao lançamento Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) no ano de 1981 (REA, 2003).

Os aspectos mais importantes do PNIAM foram: ter uma coordenação nacional, utilizar a mobilização social e realizar campanhas bem elaboradas na mídia. A partir daí, várias outras políticas começaram a ser implementadas em âmbito nacional como: a Portaria sobre Alojamento Conjunto (1981); início da implantação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (1985); modificação na Constituição Brasileira em 1988, ampliando para 120 dias a licença maternidade, (atualmente ampliada para 180 dias - sancionada pelo governo federal em 2008) e garantindo ao pai o direito a cinco dias de licença paternidade; aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes. Além disso, vimos acontecer no país: a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, no Brasil desde 1992; a comemoração da Semana Mundial do Aleitamento Materno, também iniciada em 1992; o Premio Galba de Araújo, instituída pelo Ministério da saúde em 1999, que reconhece os serviços de saúde que se destacam na assistência obstétrica e neonatal humanizada, entre outras políticas; cursos de aconselhamento para profissionais de saúde e de sensibilização para gestores, iniciada em 1996; cursos de aconselhamento para mães HIV positivas, aconselhamento sobre alimentação complementar (REA, 2003; MAIA et al. 2006). Além destas políticas, em 1999, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro lançou a Iniciativa

Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), mobilizando as unidades básicas de saúde para a adoção dos “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica a Saúde”, com ações de suporte não apenas para as mães e bebês, mas para suas famílias e a comunidade. Esta iniciativa passou a ter, então, investimentos do Ministério da Saúde, para aperfeiçoar e viabilizar a sua implementação em todo o país (OLIVEIRA; CAMACHO, SOUZA, 2005). Recentemente, em 2008, foi lançado pelo Ministério da Saúde o projeto Rede Amamenta Brasil, também voltada para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na rede de atenção básica, que vem investindo na realização de cursos para capacitar multiplicadores dos estados e municípios, a fim de auxiliar na expansão do suporte à amamentação nas redes de saúde (BRASIL, 2008).

Com a implementação destas políticas e programas, a duração mediana da amamentação que na década de 1970 era de 2,5 meses (VENANCIO; MONTEIRO, 1998) passa a ser de 10 meses em 1999, dados da Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal, realizada pelo Ministério da Saúde (REA, 2003). Entretanto, o Brasil ainda está longe de alcançar o recomendado pela OMS, e várias são as críticas às campanhas e programas de aleitamento materno.

Tanto no discurso oficial dos programas e políticas públicas como na sociedade em geral, a mulher tem o dever de amamentar por ter atributos físicos (útero, mamas) que determinam a função materna (gerar, parir, amamentar). Os documentos oficiais sobre aleitamento materno têm implementado ações de incentivo que impõem a prática do aleitamento materno à mulher, sem permitir qualquer questionamento quanto às possibilidades de realização (MOREIRA; NAKANO, 2002).

A noção de universalidade coloca a mulher como sendo naturalmente uma criatura generosa, abnegada e instintivamente mãe; estas definições de maternidade elaboradas pelo discurso higienista ainda se encontram nas configurações dos programas de aleitamento

materno, em especial no PNIAM. A dimensão da natureza biológica da maternidade é enfatizada e, neste sentido, a amamentação é vista de forma instintiva, não precisando ser ensinada (MEYER, 2000). O profissional de saúde, que detém o poder e o saber científico, assume o papel de regulador da amamentação, respaldando seu conhecimento nos benefícios nutricionais, imunológicos e fisiológicos da saúde da criança; as ações são fundamentadas no modelo biomédico, envolvendo um conjunto de procedimentos, normas e rotinas que permitem pouco espaço para a expressão da diferença. Falta ao profissional a formação adequada para lidar com a diversidade (NAKANO et al., 2007).

Na atualidade, a humanização da assistência em saúde tem a finalidade de tornar a mulher sujeito de suas escolhas. Num movimento inverso do que era preconizado até pouco tempo, tenta-se resgatar a participação efetiva das mulheres e sua família nos assuntos que envolvem a maternidade. No entanto, a hegemonia biomédica continua ditando os saberes científicos que, muitas vezes, estão distantes do campo de escolha e de possibilidade das mulheres, sendo contraditório aos seus conhecimentos (RYAN; GRACE, 2001; TORNQUIST, 2002). No que tange à amamentação, Meyer (2000) destaca que ao longo da década de 1990 ocorreu uma ruptura significativa nos saberes que norteavam as prescrições médicas, o que implica em modificações nas formas de como a mulher realiza o exercício da maternidade e da amamentação. O modelo da puericultura brasileira que vigorava, com um regime de disciplina e condicionamento à criança, passa a ser substituído pelo regime de livre demanda (MEYER, 2000).

Percebemos que muitos conceitos e práticas, que foram preconizadas por muito tempo, se tornaram ultrapassados, como os horários rígidos para as mamadas ao seio, o uso de água e chás nos primeiros meses de vida, a introdução precoce de outros alimentos na dieta da criança (GIUGLIANI; GIUGLIANI, 2004). Contudo, as ações de incentivo ainda priorizam as crianças e ressaltam as características do corpo feminino para exercer a função de nutriz.

As mulheres ainda não são chamadas a dialogar sobre suas condições concretas para amamentar e realizar a alimentação da criança, o que pode levar à insegurança e incerteza ao realizar esta prática e avaliar se suas condutas estão sendo a contento, tanto para elas quanto para seus filhos.

3.2 A amamentação eficaz – o manejo como fator determinante para uma boa produção de leite

A produção do leite é valorizada tanto pelos profissionais de saúde como pela nutriz, o que evidencia a capacidade que a mulher tem para fornecer o leite materno para alimentar o recém-nascido. Nos seres humanos, para que a mulher seja capaz de produzir leite e amamentar seu filho, ela deve ter mamas bem constituídas e com desenvolvimento adequado, isto é, preparadas por estímulo hormonal equilibrado e estar em condições adequadas de saúde (BAGNOLI; FONSECA, 2008).

A mama humana é um órgão dinâmico que atinge sua capacidade funcional completa com a produção de leite materno, ou seja, as etapas de desenvolvimento da mama só se completam quando a mulher tem a experiência da gestação, parto e amamentação (GEDDES, 2007). Estas etapas do desenvolvimento da mama ou mamogênese ocorrem nos períodos embrionário, puberal e na gestação. O início do crescimento da glândula mamária, o completo desenvolvimento e maturação dependem dos hormônios da gestação (HURST, 2007).

A partir da vigésima semana de gestação, inicia-se o processo de lactogênese, embora a placenta iniba a prolactina, em função das altas taxas de esteróides sexuais por ela produzido. A produção e a secreção do leite são processos bioquímicos e neuroendócrinos complexos,

estimulados a partir de terminações nervosas sensitivas presentes no mamilo e aréola mamária e ainda mediante controle hormonal, em interação com outros hormônios como prolactina, insulina, cortisol, ACTH, hormônio de crescimento, TSH, hormônio lactogênio-placentário, ocitocina, estrógeno e progesterona (RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2008).

A fase de lactogênese I é o estágio em que as glândulas mamárias desenvolvem a capacidade para secretar componentes do leite durante o segundo semestre da gestação. Durante esta fase, aproximadamente 30 ml de colostro por dia pode ser secretado, no entanto, como a secreção não é removida pela sucção, esta é reabsorvida pela circulação sanguínea (COX, 1998 apud KENT, 2007). A lactogênese II, que é o início da secreção láctea ocorre logo depois do parto, devido à queda de progesterona nos níveis sanguíneos maternos e conseqüente liberação de prolactina e ocitocina pela hipófise anterior e posterior respectivamente. Nesta fase, a síntese do leite é controlada pela ação hormonal e a apojadura, que ocorre em torno do terceiro ou quarto dia pós-parto, acontece mesmo que a criança não esteja sugando. Inicia-se então a fase III da lactogênese, chamada lactopoiese, que tem duração até o final da lactação, é de controle autócrino e depende do esvaziamento da mama, ou seja, pela qualidade e quantidade de sucção da criança, que passa a governar a síntese do leite maduro (GIUGLIANI, 2004).

O volume da produção de leite varia pouco entre os grupos populacionais, sendo que as mulheres nos países em desenvolvimento produzem um pouco mais do que aquelas dos países desenvolvidos. No início da produção, a secreção de leite por dia é em torno de 100 ml; já no quarto dia este volume aumenta para cerca de 600 ml por dia (BERENS, 2004). Se a criança se mantém em aleitamento materno exclusivo, a produção de leite, entre um até seis meses de vida, é relativamente estável, em torno de 850 ml de leite por dia (CREGAN e HARTMANN, 1999), variando conforme a demanda da criança.

Entre as mulheres, a capacidade de armazenamento da mama apresenta variações, que também podem ocorrer entre as duas mamas de uma mesma mulher. Os bebês de mães que apresentam menor capacidade de armazenamento sugam mais frequentemente do que os bebês de mães com maior capacidade de armazenamento. Durante o processo de desmame, quando os alimentos complementares são introduzidos, a produção láctea diminui, contribuindo para a redução da capacidade de armazenamento da mama (KENT et al., 2006).

Os bebês não esvaziam completamente a mama em cada mamada, sugando em média 67% do leite disponível, o que indica que eles se alimentam de acordo com seu apetite e não conforme o esvaziamento da mama. Além disso, a necessidade de leite da criança depende também do volume estomacal e/ou da velocidade de esvaziamento gástrico (KENT et al., 2006).

Quando o leite materno não está sendo suficiente para nutrir e desenvolver adequadamente a criança, alguns indicadores podem ser verificados: ganho de peso menor que 20 gramas por dia; frequência urinária menor que 6 vezes por dia; frequência de evacuações irregulares, com fezes em pequena quantidade, secas e duras; criança irritada, impaciente ou muito sonolenta; pele e mucosas secas; hipotonia muscular (GIUGLIANI, 2004; AMIR, 2006; HURST, 2007).

Estas são algumas evidências científicas que fundamentam e respaldam as ações dos profissionais de saúde junto às nutrizes. Particularmente tem sido valorizada a observação e avaliação da mamada de forma rotineira, conforme protocolo da OMS/UNICEF (1993).

A observação da mamada deve incluir a avaliação da posição da mãe e do recém-nascido, assim como da pega, permitindo a correção de possíveis erros e uma orientação adequada. O posicionamento incorreto da boca da criança em relação ao complexo aréolo-mamilar, a pega incorreta, interfere na dinâmica de sucção e extração do leite, o que pode gerar traumas mamilares, dor e desconfortos para a mãe, além de reduzir a quantidade de leite

materno obtido por mamada, determinando baixo ganho ponderal, choro e conseqüente introdução de complementos, podendo levar ao desmame precoce (MORAIS; THONSON, 2008).

As mesmas autoras reforçam que a quantidade e a qualidade da sucção são os principais determinantes da produção láctea. Acresça ao posicionamento e pega correta para uma amamentação eficaz outros aspectos do manejo, a duração e frequência das mamadas. Amamentar a criança sob livre demanda implica em não fixar horários para mamada nem tão pouco limitar a duração, permitindo que a criança estabeleça seu próprio ritmo.

Apesar de variável, durante o primeiro mês de vida o recém-nascido chega a necessitar de até 10 ou 12 mamadas por dia. A duração das mamadas também é variável, visto que algumas crianças sugam com mais vigor e terminam rapidamente, enquanto outras são mais vagarosas e sugam mais pausadamente, prolongando a mamada por mais tempo. A interrupção da mamada de uma criança mais lenta poderá impedir que receba quantidade de leite suficiente, particularmente o leite posterior que contém mais energia e proteínas, o que levará a diminuir o intervalo das mamadas e comprometer o crescimento (KING, 2001). Geralmente se observa adequação nos intervalos das mamadas de 2 a 3 horas durante o dia e até 4 horas à noite (MORAIS; THONSOM, 2008).

A nutriz deve estar atenta ao comportamento da criança para perceber seu ritmo alimentar. Após o recém-nascido esgotar a primeira mama e soltá-la, deve-se oferecer a segunda (KING, 2001). Segundo Giugliani (2004), qualquer fator materno ou da criança que limite o esvaziamento das mamas pode causar diminuição na síntese do leite, por inibição mecânica e química. A remoção contínua de peptídios supressores da lactação garante a reposição total do leite removido.

Morais e Thonsom (2008) referem que os profissionais de saúde devem corrigir a técnica de mamada, quando inadequada com base nos pontos anteriores apresentados,

entretanto sempre trabalhando a autoconfiança da mãe. Lembram ainda que, dentre as causas mais comuns de baixa produção de leite, estão as doenças maternas, a fadiga, o estresse, a dor para amamentar, a ansiedade, a falta de confiança, a rejeição à maternidade e o uso de medicamentos.

A atuação dos profissionais de saúde junto às mulheres que iniciam a experiência de amamentação se limita, na maioria das vezes, em contemplar os aspectos técnicos e normativos que conformam as ações de incentivo ao aleitamento materno (NAKANO et al., 2007), e muitas vezes, estas não encontram o apoio que necessitam dos serviços de saúde para continuarem a amamentação até o período preconizado. Assim, a falta de informações adequadas, dificuldade na compreensão das normas e rotinas estipuladas pelos profissionais de saúde, falta de acessibilidade e acolhimento dos serviços de saúde quando elas mais precisam, ou seja, nos momentos que apresentam as dificuldades no processo de amamentação e alimentação da criança, podem gerar a insegurança e a dúvida entre o que foi orientado pelo profissional e o que é apresentado na sua realidade, causando angústias e preocupações por sentirem-se responsabilizadas pela saúde de seus filhos.

A percepção de problemas durante o processo de amamentação é freqüentemente causada pela falta de confiança da mulher para amamentar, ou pela sua falta de entendimento da fisiologia normal da lactação. Por causa disto, alguns sinais são erroneamente associados à amamentação não eficiente: mamas mais “leves”; bebê que mama com maior freqüência; menor tempo de mamada; bebê agitado; bebê com crescimento mais lento após o terceiro mês de vida (AMIR, 2006). Se a mulher acredita que está com dificuldade para nutrir a criança, sua satisfação com o aleitamento materno diminui, o que influencia na decisão de introduzir outros alimentos na dieta da criança (COOKE; SHEEHAN; SCHMIED, 2003). O uso de complementos ou outros alimentos lácteos, entre outros fatores, pode levar a um esvaziamento inadequado das mamas; conseqüentemente ocorrerá uma diminuição na

produção láctea por inibição mecânica e química (GIUGLIANI, 2004), levando ao desmame real, que poderia ser evitado.

Observa Silva (2008) que o curso da amamentação não depende exclusivamente da instrumentalização na habilidade de manejar as técnicas da amamentação e o esvaziamento das mamas pelas mulheres.

É neste sentido que a percepção que as mulheres atribuem às diferentes situações que compõe a experiência da amamentação deve ser considerada. Entendemos que a decisão adotada pelas mulheres diante do curso da amamentação, particularmente sobre sua capacidade de amamentar, se baliza em percepções próprias relacionadas aos atributos do leite produzido e às respostas para as necessidades do filho (saciedade).

3.3 Avaliação da mulher como nutriz

Segundo Silva (2008), na experiência da amamentação a mulher faz uma avaliação contínua da sua capacidade de amamentar. A responsabilidade de provedora do alimento e bem-estar do filho faz com que ela assuma para si a responsabilidade de bem amamentar, o que significa ter leite em quantidade e qualidade.

A interpretação da mãe sobre sua capacidade de nutriz tende a se focar em indicadores concretos, avaliados conforme as expectativas e conhecimento materno. O processo de aprendizado da mãe para com o reconhecimento das necessidades do filho pequeno inicia com o nascimento, o que implica em observar a linguagem corporal da criança, de suas manifestações de comportamento, por meio de expressões paraverbais, gestuais, principalmente o choro, período de sono e vigília, a frequência com que ela aceita e solicita o

peito, o tempo gasto nas mamadas, além de outros indicadores de condições de saúde e desenvolvimento da criança (SILVA, 2008). As avaliações sobre a quantidade ou qualidade do leite são feitas à luz do confronto de suas expectativas do comportamento da criança a cada mamada que indique estar saciada.

Também o profissional de saúde toma como fator de avaliação de uma boa produção de leite os resultados observados na criança. Utilizando de monitoramento da ingesta inadequada de leite por meio do ganho de peso (criança abaixo do peso do nascimento no final da segunda semana de vida ou ganhando menos de 500g/mês no primeiro trimestre de vida) e controle do número de micções por dia (apresentar menos de 6 a 8 micções ao dia), além de sinais apresentados pela criança tais como: choro freqüente, sono inquieto, mamadas prolongadas e freqüentes (KING, 2001).

Silva (2008) acrescenta que a avaliação de boa produção de leite pela mulher se faz também pela sensação de mamas cheias e, concomitantemente, sobre a repercussão de amamentar em sua saúde, o que pode ser percebida como um processo harmonioso, ou ser vivenciado com desconfortos, dor, cansaço, desgaste físico e emocional. Ainda vale considerar o que esta prática representa no conjunto das outras atribuições sociais exercida, em termos de restrições que comprometam sua liberdade nas dimensões doméstica, profissional e pessoal.

Frente ao exposto, acreditamos que um maior entendimento sobre os fatores que influenciam a percepção materna sobre seu leite produzido se faz necessário, visto que este conhecimento poderá contribuir para as ações dos profissionais de saúde junto às mulheres que amamentam, na tentativa de prevenir o desmame precoce e a alimentação inadequada do lactente e diminuir a morbi-mortalidade infantil.

Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo exploratório.

Os estudos observacionais se caracterizam pela não intervenção do pesquisador na realidade, que apenas observa e registra as informações de seu interesse para análise posterior. Os estudos transversais constituem uma subcategoria dos estudos observacionais (PEREIRA, 1995).

Os estudos transversais são utilizados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo. A coleta de dados envolve um recorte único no tempo, sendo que os dados sobre a exposição e o desfecho são coletados simultaneamente (PEREIRA, 1995).

A condução de um estudo transversal envolve: a definição de uma população de interesse; estudo da população por meio da realização de censo ou amostragem de parte dela; e determinação da presença ou ausência do desfecho e da exposição para cada um dos indivíduos estudados (GORDIS, 2004).

Os estudos descritivos são utilizados para analisar a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos, com os objetivos de: identificar grupos de risco, o que informa sobre as necessidades e as características dos segmentos que poderiam beneficiar-se de alguma forma de medida saneadora; sugerir explicações para as variações de frequência, o que serve de base ao prosseguimento de pesquisas sobre o assunto, através de estudos analíticos (PEREIRA, 1995).

4.2 Local do estudo

Esta pesquisa foi realizada na Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) Dr. Marco Antonio Sahão – Vila Virgínia, no município de Ribeirão Preto-SP. Desde 1988, a Secretaria Municipal da Saúde tem implementado, em toda a rede de saúde, ações em prol do aleitamento materno, em parceria com o NALMA (Núcleo de Aleitamento Materno) da EERP/USP. As ações visam a promoção e estímulo ao Aleitamento Materno, desde o pré-natal até o puerpério e puericultura. Atualmente todas as Unidades de Saúde contam com enfermeiros capacitados para prestar assistência às mulheres e crianças durante a amamentação (RIBEIRÃO PRETO, 2003).

A escolha desta unidade deveu-se ao fato do aumento significativo do aleitamento materno exclusivo, que passou de 14,5%, em 1999, para 37,6%, em 2003, em menores de 4 meses. Além disso, na UBDS Vila Virgínia observa-se um dos maiores índices de nascidos vivos do município: 410 nascimentos em 2005 e 424 nascimentos em 2006, de um total de 7591 e de 7338 nascimentos, respectivamente, no município (RIBEIRÃO PRETO, 2007), apresentando, assim, um elevado número de atendimento de puericultura, pronto-atendimento em pediatria e realização de vacina da criança.

A UBDS Vila Virgínia está localizada na zona sul da cidade de Ribeirão Preto e faz parte do distrito sanitário Sul da Secretaria Municipal de Saúde. A unidade abrange uma população estimada de 39.733 habitantes de 17 bairros e parte de outros 4; realiza atendimento nas áreas programáticas de saúde da criança, saúde da mulher e saúde do adulto, pronto atendimento e algumas especialidades, não possui programas de saúde da família ou de agentes comunitários e funciona 24 horas por dia (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

4.3 Participantes do estudo

Fizeram parte do estudo 231 mulheres, sendo que o cálculo do tamanho amostral foi realizado com informações de uma amostra piloto, baseado na comparação de médias (ANOVA) entre quatro grupos:

- mães que estavam praticando aleitamento materno exclusivo (AME) e apresentavam boa percepção do leite produzido (1);
- mães que estavam praticando AME e apresentavam má percepção do leite produzido (2);
- mães que não estavam praticando AME e apresentavam boa percepção do leite produzido, quando amamentavam exclusivamente no peito (3);
- mães que não estavam praticando AME e apresentavam má percepção do leite produzido, quando amamentavam exclusivamente no peito (4);

sendo a comparação mais importante entre os grupos (1) e (3) para a variável “duração da mamada”.

Assim, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/m} + Z_{\beta})^2}{\delta^2}$$

sendo $m = 4$, Z , o quantil relacionado ao nível de significância e ao poder, α/m uma correção no nível de significância na presença dos quatro grupos e

$$\delta^2 = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sqrt{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}}$$

sendo μ_i e σ_i^2 a média e a variância relacionados aos dois grupos (1 e 3).

Os resultados foram obtidos com auxílio do software *R* versão 2.6.2. Considerando um poder de 80%, a amostra mínima deveria ser composta por 128 mulheres.

Desta forma, o estudo contou com 231 mães que comparecerem na unidade de saúde, acompanhando seus filhos na consulta de puericultura de rotina ou para realização das vacinas do 2º e 4º meses de vida, segundo calendário vacinal, no período de fevereiro de 2008 até agosto de 2008, e que atendiam aos critérios de inclusão: filhos com idade entre 0 a 4 meses de vida, residir no município de Ribeirão Preto, gestação ≥ 37 semanas e o filho não apresentar anormalidades que requeiram cuidados especiais na amamentação (prematuridade, filhos pequenos para a idade gestacional, mal formados, com fissura labial ou fenda palatina, com síndromes ou lesões neurológicas).

As participantes foram incluídas no estudo de acordo com os critérios estabelecidos e o aceite em participar da pesquisa. Foi assegurada a participação única de cada mulher, ou seja, não ter participado em momento anterior da mesma pesquisa.

4.4 Procedimentos para coleta dos dados

As mulheres foram convidadas a participar do estudo, de acordo com os critérios de inclusão, sendo as mesmas previamente esclarecidas sobre a pesquisa. Após terem ciência do projeto e dos aspectos éticos, as mulheres que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e, além disso, para as adolescentes, foi solicitado autorização do responsável legal (Apêndice B).

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário sobre a alimentação oferecida a criança desde as primeiras horas de vida até o presente (aleitamento materno e alimentação complementar); os procedimentos no manejo da amamentação: a frequência, duração e intervalo entre as mamadas; a percepção materna quanto ao

esvaziamento das mamas, os problemas percebidos pelas mulheres durante a prática da amamentação, satisfação da criança e percepção do leite produzido (Apêndice C). O instrumento proposto foi adaptado do questionário desenvolvido para pesquisa: Deficiência de ferro em criança de 3 a 12 meses: compreensão de determinantes biológicos, sociais e suas implicações para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo Silva (2007).

4.5 Variáveis do estudo

Para a análise descritiva, foram consideradas as seguintes variáveis:

- Variáveis relacionadas à mulher:
 - idade: em anos completos na data da coleta de dados;
 - estado civil: se a mulher é solteira, casada, mantém união estável, separada/desquitada/divorciada ou viúva;
 - escolaridade: analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo;
 - ocupação: do lar, doméstica/ faxineira, trabalhadora da indústria, trabalhadora do comércio, profissional liberal;
 - renda da família: em números de salários-mínimos;
 - realização de pré-natal: sim ou não;
 - número de filhos;
 - tipo de parto: normal, cesárea ou fórceps;
- Variáveis relacionadas à criança:

-
- idade: em meses, na data da coleta de dados;
 - sexo: masculino ou feminino;
 - hospital em que nasceu;
 - Hospital Amigo da Criança: sim ou não;
 - Variáveis relacionadas à amamentação / alimentação da criança:
 - local da primeira mamada: se na sala de parto, no quarto/enfermaria, ou em outro local;
 - tipo de aleitamento no momento da alta hospitalar: analisada a partir das categorias definidas pela OMS (1991) como: Aleitamento Materno Exclusivo (AME) - a criança recebe apenas leite materno, diretamente da mama ou extraído e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de medicamentos ou suplementos vitamínicos; Aleitamento Materno Predominante (AMP) - a criança recebe leite materno diretamente da mama ou extraído, e água ou bebidas a base de água (chás, sucos) e nenhum outro alimento líquido ou sólido; Aleitamento Materno (AM) - a criança recebe leite materno diretamente da mama ou extraído, independente de estar recebendo também qualquer outro alimento líquido ou sólido, inclusive outros leites; Desmame (D) - quando a criança já não recebe mais o leite materno, mas outros tipos de leite ou outros tipos de alimentos líquidos ou sólidos.
 - tipo de aleitamento no momento da coleta de dados: analisada a partir dos mesmos indicadores acima mencionados: AME; AMP; AM; D;
 - duração do AME: número de dias em que a criança recebeu AME;
 - problemas para amamentar: sim ou não;
 - tipo de problemas para amamentar: relacionado com as mamas, com o bebê, com as mamas e o bebê ou outros tipos de problema;
 - caracterização da prática da amamentação exclusiva pelas mulheres com base nos parâmetros:
 - oferecimento das mamas: livre ou em horários controlados;

- frequência das mamadas: número de mamadas por dia;
- duração das mamadas: em minutos;
- intervalo entre as mamadas: em horas;
- término da mamada: realizado pela criança ou interrompido pela mãe;
- alternância das mamas: se oferece apenas uma mama durante as mamadas, se oferece as duas mamas, ou se alterna as mamas mais de uma vez;
- momento da alternância das mamas: antes de sentir a mama esvaziar; ao sentir a mama esvaziar; quando o bebê larga a mama; estabelece tempo;
- esvaziamento da mama após a mamada: se continua cheia de leite, se foi esvaziada, ou se retirou o bebê antes de sentir a mama esvaziar;
- caracterização do tipo de alimento ofertado à criança: água, chá, suco, papa, leite em pó, leite fluido;
- motivo alegado pela mulher para a introdução do alimento na dieta da criança;
- percepção da mulher sobre a saciedade da criança após a mamada: sim ou não.
- percepção da mulher sobre o seu leite produzido: bom/forte/suficiente, ruim/fraco/insuficiente;
- percepção da mulher sobre o que é ter boa produção de leite;

Para a análise da associação, foram consideradas as seguintes variáveis:

- Variável dependente:
 - percepção da mulher sobre o seu leite produzido.
- Variáveis independentes:
 - percepção da mulher sobre a satisfação da criança após a mamada;
 - caracterização da prática da amamentação exclusiva com base na frequência e duração das mamadas, intervalo entre as mamadas, interrupção da mamada, alternância das mamas, esvaziamento da mama após a mamada;

- duração do AME, para as mulheres que não se encontravam mais praticando AME no momento da entrevista;
- problemas para amamentar;
- variáveis da mãe e da criança.

4.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram armazenados em um banco de dados (Excel) e para a análise estatística utilizamos o programa Statistical Analysis System (SAS), versão 9.0.

Com base na característica do estudo, a análise foi fundamentada na estatística descritiva e na realização de testes estatísticos para análise comparativa entre variáveis.

Os dados da análise descritiva estão apresentados na forma de distribuição de freqüências absolutas e relativas (percentuais) e, para as variáveis quantitativas, foram utilizados valores de médias, medianas, desvios-padrão, valores mínimos e máximos, para indicar a variabilidade das variáveis.

Para a análise de relação entre as variáveis dependente e independentes foram utilizados a comparação entre médias das variáveis quantitativas, o Teste Exato de Fisher, para avaliar a existência ou não de relação entre duas variáveis (a variável resposta e uma variável independente) e a Regressão Logística, para avaliar a relação entre a variável resposta e as variáveis independentes. Para todos os testes realizados adotou-se o p -valor (estatística do teste) com nível de significância de α menor ou igual a 0,05.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, atendendo a determinação da Resolução 196/96, sendo aprovado sob protocolo nº 0770/2007.

Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização das participantes do estudo

A Tabela 1 apresenta a distribuição das participantes deste estudo quanto às variáveis: idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda da família.

Fizeram parte deste estudo 231 mulheres, com idade entre 14 e 42 anos, com média de 26 anos e desvio padrão de 6,6 anos. A faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos (48,9%).

A maioria das mulheres vivia com companheiro, sendo que 108 (46,8%) mantinham união estável e 71 (30,7%) eram casadas.

Quanto à escolaridade, 37,2% das participantes cursaram o ensino fundamental, sem tê-lo concluído, seguido de 29,4% que concluíram o ensino médio e 44 (19,0%) cursaram o ensino médio, mas não concluíram.

No que se refere à ocupação, 162 mulheres (70,1%) não realizavam atividade fora do lar; as demais referiram trabalhar no comércio exercendo atividades de: arquivista, balconista, secretária, vendedora, garçonne, cozinheira, recepcionista; empregadas domésticas ou diaristas; trabalhadoras em indústria realizando serviços gerais, além de atuarem como profissionais liberais, tais como jornalista e médica. A renda da família (em salário mínimo equivalente à R\$ 415,00) foi informada por 178 participantes, e variou entre 0,15 e 25 salários-mínimos, sendo que a média foi de 2,6 salários-mínimos (desvio padrão = 2,4).

Tabela 1 – Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia, segundo idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda da família (em salários-mínimos de R\$ 415,00), durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Idade em anos (n = 231)		
Média: 26,0 (DP = 6,6)		
Mediana: 25,4		
Mínimo: 14,8		
Máximo: 42,8		
Faixa etária (n= 231)	Frequência	%
14 – 19	51	22,1
20 – 29	113	48,9
30 – 39	62	26,8
40 ou mais	5	2,2
Estado civil (n= 231)	Frequência	%
Solteira	47	20,4
Casada	71	30,7
União estável	108	46,8
Separada / Divorciada	4	1,7
Viúva	1	0,4
Escolaridade (n= 231)	Frequência	%
Sem escolaridade	2	0,9
Fundamental incompleto	86	37,2
Fundamental completo	18	7,8
Médio incompleto	44	19,0
Médio completo	68	29,4
Superior incompleto	5	2,2
Superior completo	7	3,0
Pós-graduação	1	0,4
Ocupação (n= 231)	Frequência	%
Do lar	162	70,1
Comércio	43	18,6
Doméstica / Diarista	14	6,0
Indústria	6	2,6
Profissional liberal	6	2,6
Renda da família (n= 178)		
Média: 2,6 (DP = 2,4)		
Mediana: 2,0		
Mínimo: 0,15		
Máximo: 25,0		

Analizando ainda as variáveis relacionadas à mulher, na Tabela 2 pode-se observar a distribuição das mulheres quanto às variáveis obstétricas: número de filhos, realização de pré-natal na última gestação, tipo de parto atual.

Observa-se que o número de filhos vivos variou entre 1 e 6 filhos, sendo que a média de filhos foi de 1,9 (desvio padrão=1,2). 228 participantes (98,7%) realizaram pré-natal, sendo que o número de consultas variou entre 2 a 20, e a média foi de 7,5 consultas (desvio-padrão = 2,7). No que tange ao tipo de parto, 158 (68,4%) realizaram parto normal, 67 (29,0%) realizaram parto cesárea e 6 (2,6%) realizaram parto fórceps.

Tabela 2 – Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia, segundo número de filhos, realização de pré-natal na última gestação e tipo de parto atual, durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Número de filhos (n = 231)		
Média: 1,94 (DP = 1,2)		
Mediana: 1		
Mínimo: 1		
Máximo: 6		
Realização de pré-natal (n = 231)	Frequência	%
Sim	228	98,7
Não	3	1,3
Número de consultas de pré-natal (n = 228)		
Média: 7,5 (DP = 2,7)		
Mediana: 7		
Mínimo: 2		
Máximo: 20		
Tipo de parto (n = 231)	Frequência	%
Normal	158	68,4
Cesárea	67	29,0
Fórceps	6	2,6

A Tabela 3 apresenta a distribuição de crianças quanto às variáveis: idade, sexo, e se o hospital em que nasceu recebeu o título de Hospital Amigo da Criança.

Quanto às variáveis relacionadas à criança, observa-se que 61 (26,4%) não haviam completado 1 mês de vida, 36 (15,6%) tinham 1 mês de vida completo, 45 (19,5%) tinham 2

meses de vida, 37 crianças (16,0%) tinham 3 meses de vida e 52 crianças (22,5%) tinham 4 meses completos.

Observa-se que 120 crianças (51,9%) eram do sexo masculino e 111 (48,1%) eram do sexo feminino.

Considerando o hospital em que a criança nasceu, 214 crianças (92,6%) nasceram em hospitais credenciados como Hospital Amigo da Criança.

Tabela 3 – Distribuição das crianças de 0 a 4 meses de idade atendidas na UBDS Vila Virgínia, segundo idade (meses), sexo, hospital em que nasceu quanto ao título de Hospital Amigo da Criança, durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Idade da criança (n = 231)	Frequência	%
0 mês	61	26,4
1 mês	36	15,6
2 meses	45	19,5
3 meses	37	16,0
4 meses	52	22,5
Sexo da criança (n = 231)	Frequência	%
Masculino	120	51,9
Feminino	111	48,1
Hospital Amigo da Criança (n = 231)	Frequência	%
Sim	214	92,6
Não	17	7,4

5.2 Condições de amamentação e alimentação da criança

A distribuição das crianças quanto ao local da primeira amamentação, tempo de ocorrência da primeira mamada, tipo de amamentação no momento da alta hospitalar após o parto e no momento da coleta de dados é apresentada na Tabela 4.

Neste estudo, observa-se que 170 bebês (73,6%) realizaram a primeira mamada no alojamento conjunto, 32 (13,9%) mamaram pela primeira vez na sala de parto e 29 bebês (12,5%) mamaram pela primeira vez na sala de recuperação ou no corredor da sala de parto. A primeira mamada ocorreu em média 87,6 minutos após o parto (desvio-padrão = 89,5; mínimo 1 minuto e máximo 360 minutos pós-parto).

No momento da alta hospitalar após o parto, a maioria das crianças (228 – 98,7%) estava recebendo AME e 3 crianças (1,3%) estavam em AM (recebendo leite materno e outros leites). Já no momento da coleta de dados, a maioria das crianças (136 – 58,9%) continuava recebendo AME, porém 35 (15,2%) recebiam AMP, 41 (17,7%) recebiam AM, e 19 (8,2%) estavam desmamadas. Vale ressaltar que as 3 crianças que saíram do hospital recebendo AM, passaram a receber AME em domicílio, segundo informações do questionário.

Tabela 4 – Distribuição das crianças de 0 a 4 meses de idade atendidas na UBDS Vila Virgínia, segundo local da primeira mamada, tempo de ocorrência da primeira mamada, tipo de aleitamento (alta hospitalar e no momento da coleta de dados), durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Local da primeira mamada (n = 231)	Frequência	%
Alojamento conjunto	170	73,6
Sala de parto	32	13,9
Outro local	29	12,5
Ocorrência da primeira mamada em minutos após o parto (n = 231)		
Média: 87,6 (DP = 89,5)		
Mínimo: 1		
Máximo: 360		
Tipo de aleitamento no momento da alta (n = 231)	Frequência	%
Aleitamento materno exclusivo	228	98,7
Aleitamento materno	3	1,3
Tipo de aleitamento na coleta de dados (n = 231)	Frequência	%
Aleitamento materno exclusivo	136	58,9
Aleitamento materno predominante	35	15,2
Aleitamento materno	41	17,7
Desmame	19	8,2

A caracterização da prática da amamentação exclusiva de acordo com os parâmetros estabelecidos para condução da mamada está apresentada na Tabela 5.

Verifica-se que a frequência das mamadas por dia variou de 3 a 20, com uma média de 9,4 mamadas por dia (desvio-padrão = 2,1). A duração em média de cada mamada foi de 27,3 minutos (desvio-padrão = 14,0), sendo a duração mínima de 1 minuto e a duração máxima de 90 minutos. O intervalo em média entre as mamadas foi de 1 hora e 54 minutos (desvio-padrão = 48 minutos), sendo a duração mínima de 18 minutos e a duração máxima de 4 horas.

Ainda caracterizando a prática da amamentação exclusiva, observou-se que para a maioria das mulheres (204 – 88,3%) o oferecimento das mamas era realizado em livre demanda, de acordo com a necessidade da criança, e 27 mulheres (11,7%) amamentavam mediante horários controlados.

Para 87,0% das participantes o término da mamada se dava de acordo com o desejo da criança e 30 mulheres (13,0%) disseram que interrompiam a mamada.

Quanto à alternância das mamas durante a mesma mamada, 121 mulheres (52,4%) ofereciam apenas uma mama, 103 mulheres (44,6%) ofereciam as duas mamas e 7 mulheres (3,0%) alternavam as mamas mais de uma vez. Das mulheres que realizavam alternância das mamas durante a mamada (n = 110), 37 delas (33,6%) estabeleciam tempo, 33 mulheres (30,0%) alternavam quando o bebê largava a mama, 32 (29,1%) alternavam ao sentir a mama vazia e 8 mulheres (7,3%) alternavam antes de sentir a mama esvaziar.

Quanto à percepção do esvaziamento da mama ao final da mamada, 165 mulheres (71,4%) sentia a mama vazia e leve, 62 mulheres (26,9%) sentiam que a mama continuava cheia e 4 (1,7%) retiravam o bebê da mama antes de sentir o esvaziamento.

Tabela 5 – Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia, segundo a condução da mamada na prática da amamentação exclusiva, durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Oferecimento das mamas (n = 231)	Frequência	%
Livre demanda	204	88,3
Horários controlados	27	11,7
Término da mamada (n = 231)	Frequência	%
Realizado pela criança	201	87,0
Interrompido pela mãe	30	13,0
Alternância das mamas durante a mamada (n = 231)	Frequência	%
Oferecia apenas uma mama	121	52,4
Oferecia as duas mamas	103	44,6
Alternava as mamas mais de uma vez	7	3,0
Momento da alternância das mamas (n = 110)	Frequência	%
Tempo pré-estabelecido	37	33,6
Quando o bebê larga a mama	33	30,0
Ao sentir a mama esvaziar	32	29,1
Antes de sentir a mama esvaziar	8	7,3
Esvaziamento da mama após a mamada (n = 231)	Frequência	%
Continuava cheia	62	26,9
Sentia a mama vazia e leve	165	71,4
Retirava bebê antes de sentir a mama vazia	4	1,7

Durante a coleta de dados, 95 crianças não estavam em AME. Para estas crianças a duração do AME variou entre 1 a 120 dias, sendo que a média foi de 47 dias (desvio-padrão = 35,4).

Das crianças que não estavam recebendo AME, 42 (44,2%) recebiam água; 25 (26,3%) recebiam chá; 19 (20,0%) recebiam suco; 41 (43,1%) recebiam leite em pó; 13 (13,7%) recebiam leite fluido; e 12 (12,6%) recebiam papinha.

A Tabela 6 apresenta os motivos alegados pelas mulheres para introduzir outros alimentos na dieta da criança. A maioria das mulheres ofereceu água para hidratar a criança (29 – 69%), chá para alívio das cólicas da criança (22 – 88%), leite em pó e leite fluido devido à queixa de leite fraco, pouco ou “leite secou” (19 – 46,4% e 6 – 46,1% respectivamente), suco e papinha porque o médico havia prescrito (7 – 36,8% e 5 – 41,6% respectivamente).

Tabela 6 - Distribuição dos motivos alegados pelas mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia sobre a introdução de água, chá, suco, leite em pó, leite fluido e papinha na dieta da criança, durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Motivo para introdução da água (n = 42)	Freqüência	%
Hidratação da criança	29	69,0
A mulher/ a família quis oferecer	8	19,0
Prescrito pelo médico	5	12,0
Motivo para introdução de chá (n = 25)	Freqüência	%
Para alívio das cólicas	22	88,0
Familiar orientou	3	12,0
Motivo para introdução de suco (n = 19)	Freqüência	%
Prescrito pelo médico	7	36,8
A mulher/ a família quis oferecer	7	36,8
Para variar a alimentação / fome	5	26,4
Motivo para introdução de leite em pó (n = 41)	Freqüência	%
Leite fraco/ pouco/secou	19	46,4
Prescrito pelo médico	8	19,5
A mulher quis oferecer	6	14,6
Retorno ao trabalho	5	12,2
Intercorrência mamária	2	4,9
Internação da puérpera	1	2,4
Motivo para introdução de leite fluido (n = 13)	Freqüência	%
Leite fraco/ pouco/secou	6	46,1
Retorno ao trabalho	3	23,1
A mulher quis oferecer	2	15,4
Não tinha dinheiro para fórmula	1	7,7
Prescrito pelo médico	1	7,7
Motivo para introdução de papinha (n = 12)	Freqüência	%
Prescrito pelo médico	5	41,6
A mulher/ a família quis oferecer	3	25,0
Retorno ao trabalho	2	16,7
Leite fraco/ pouco/secou	2	16,7

As participantes do estudo foram questionadas sobre problemas apresentados durante o processo de amamentação, relacionados especificamente com as mamas e com o bebê, conforme apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia segundo problemas apresentados durante a amamentação da criança e tipo de problema, durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Problemas durante a amamentação (n = 231)	Frequência	%
Não	132	57,1
Sim	99	42,9
Tipo de problema durante amamentação (n = 99)	Frequência	%
Mamas	86	87,0
Bebê	6	6,0
Mamas e bebê	4	4,0
Outros	3	3,0

A maioria das mulheres (132 – 57,1%) negou esta ocorrência. Para as 99 mulheres que apresentaram problemas, 86 (87,0%) referiram que estes estavam relacionados com as mamas, tais como fissura, ingurgitamento e dor ao amamentar; 6 (6,0%) apresentaram problemas relacionados ao bebê que tinha dificuldade para sugar, 4 (4,0%) apresentaram fissura e bebê com dificuldade para sugar e 3 mulheres (3,0%) apresentaram outros tipos de problemas (diabetes, mamoplastia).

Na busca de explorar o que as mulheres deste estudo consideraram por obstáculo na amamentação, apoio recebido e necessidades requeridas, utilizamos de questões abertas que nos permitiram apreender a opinião da mulher, sem impor respostas previamente elaboradas, que após a coleta de dados, foram categorizadas.

158 mulheres (68,4%) negaram ter qualquer tipo de obstáculo. Para 30 mulheres (13,0%) a falta de tempo para realização dos afazeres domésticos, cuidado de outros filhos e descanso foi considerada como obstáculo. Outros obstáculos citados foram: condições biológicas da mãe, como dor ao amamentar e pouco leite (16 – 6,9%); opinião da família e/ou vizinhos (13 – 5,6%), retorno ao trabalho (10 – 4,3%); dificuldade do bebê para sugar (4 – 1,7%). A Tabela 8 apresenta estas informações.

Tabela 8 - Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia segundo a sua percepção sobre os obstáculos encontrados durante a amamentação, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Obstáculos durante a amamentação (n = 231)	Frequência	%
Nenhum	158	68,4
Falta de tempo	30	13,0
Condições biológicas da mãe	16	6,9
Opinião da família e/ou vizinhos	13	5,6
Trabalho	10	4,3
Dificuldade do bebê para sugar	4	1,7

Quanto ao tipo de apoio que as mulheres receberam durante a amamentação do filho, conforme apresentado na Tabela 9, 85 mulheres (45,2%) referiram que não receberam nenhum apoio. Dentre as que receberam apoio, destaca-se a família como referência de suporte para 102 (54,3%) das participantes e apenas 1 mulher (0,53%) buscou o serviço de saúde.

Tabela 9 - Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia, segundo a percepção sobre o apoio recebido durante a amamentação, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Apoio no período de amamentação (n = 188)	Frequência	%
Família	102	54,3
Nenhum	85	45,2
Serviços de saúde	1	0,53

Foi verificada a opinião das mulheres sobre as condições necessárias para amamentar, conforme dados apresentados na Tabela 10. Para 56 delas (24,2%) é necessário ter boa alimentação e hidratação, 54 (23,3%) referiram necessidade de ter leite e 46 (20,0%) disseram que é preciso ter tranquilidade. Para 26 mulheres (11,2%) é preciso ter vontade e/ou responsabilidade para amamentar, 19 (8,2%) referiram a necessidade de tempo, 15 (6,5%)

disseram que é preciso receber carinho e apoio da família, para 12 mulheres (5,2%) é preciso ter boas condições de saúde e 3 (1,3%) referiram outras necessidades como higiene, boas condições financeiras para não precisar trabalhar e apoio dos serviços de saúde. As condições referidas como necessárias para amamentar foram contempladas segundo a opinião da maioria das mulheres (204 – 88,3%).

Tabela 10 - Distribuição mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram a UBDS Vila Virgínia segundo sua opinião sobre as condições necessárias para amamentação, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Condições necessárias para amamentar (n = 231)	Frequência	%
Ter boa alimentação e hidratação	56	24,2
Ter leite	54	23,3
Ter tranquilidade	46	20,0
Ter vontade e/ou responsabilidade	26	11,2
Tempo	19	8,2
Receber carinho e apoio da família	15	6,5
Ter boas condições de saúde	12	5,2
Outros	3	1,3

5.3 Percepção da mulher sobre sua produção láctea e saciedade da criança

A percepção das mulheres sobre o leite produzido e sobre a saciedade da criança ao final da mamada pode ser observada na Tabela 11.

Quanto à percepção das mulheres sobre o leite produzido, a maioria (164 – 71,0%) referiu que seu leite era bom (caracterizado como bom, forte, que sustenta, suficiente, saudável, nutritivo) e 67 mulheres (29,0%) referiram que seu leite era ruim (caracterizado como ruim, fraco, não sustenta, insuficiente, pouco).

A saciedade da criança ao final da mamada foi referida por 160 mulheres (69,3%). Para estas, o motivo da saciedade alegado com maior frequência (87 – 54,4%) foi porque a criança dormia após a mamada. Para as mulheres que não percebiam a criança satisfeita após a mamada (n = 71), o motivo mais alegado foi porque a criança chorava após a mamada (40 – 56,3%).

Tabela 11 - Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram a UBDS Vila Virgínia segundo a percepção sobre o leite produzido, a saciedade da criança após a mamada, o motivo da saciedade e da insatisfação da criança após a mamada, durante o período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Percepção sobre o leite produzido (n = 231)	Frequência	%
Bom	164	71,0
Ruim	67	29,0
Saciedade da criança após a mamada (n = 231)	Frequência	%
Sim	160	69,3
Não	71	30,7
Motivo da saciedade da criança após a mamada (n = 160)	Frequência	%
Criança dormia	87	54,4
Criança ficava calma / relaxada / alegre	40	25,0
Não aceitava mais/empurrava peito / ficava cheia	21	13,1
Criança arrotava / regurgitava	12	7,5
Motivo da insatisfação da criança após a mamada (n = 71)	Frequência	%
Criança chorava	40	56,3
Criança queria mamar no peito toda hora	24	33,8
Criança aceitava outro leite	7	9,9

A opinião da mulher sobre o que é ter uma boa produção de leite também foi investigada. Entre aquelas que responderam (n = 127), a maioria (70 – 45%) referiu que ter boa produção é satisfazer a criança, 57 (44,9%) disseram que é produzir grande quantidade de leite, como pode ser observado na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia, segundo a opinião sobre o que é ter uma boa produção de leite, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Opinião sobre boa produção de leite (n = 127)	Frequência	%
Satisfazer a criança	70	55,1
Produzir grande quantidade de leite	57	44,9

5.4 Leite produzido, duração do AME e condução da mamada: análise de associações

Estão apresentadas aqui as associações entre a variável dependente “percepção da mulher sobre o seu leite produzido” e as demais variáveis independentes referentes à condução da mamada e duração do AME.

Para as variáveis quantitativas “frequência das mamadas”, “duração das mamadas” e “intervalo entre as mamadas” foi realizada a comparação entre médias, a fim de identificar a diferença em média para as mulheres que apresentaram boa percepção sobre seu leite produzido e aquelas que apresentaram percepção ruim sobre seu leite.

Quanto à frequência das mamadas, em 24 horas, observa-se que as mulheres que apresentaram boa percepção sobre o seu leite produzido (n = 164) amamentavam em média 9,3 vezes por dia. Já as mulheres com uma percepção ruim (n = 67) amamentavam em média 9,8 vezes por dia, o que não demonstrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,08$, intervalo de confiança [IC] 95% [-1,16; 0,07]). A Tabela 13 apresenta esta análise.

Tabela 13 – Comparação em média entre a percepção das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia sobre o seu leite produzido e a frequência das mamadas em 24 horas, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Comparação	n	Média Ajustada	Erro Padrão	Diferença	IC 95%	p
Percepção boa	164	9,30	0,17	-0,55	-1,16 – 0,07	0,08
Percepção ruim	67	9,84	0,26			

No que tange a duração das mamadas em minutos, nota-se que para as mulheres com boa percepção sobre o seu leite ($n = 164$) cada mamada durava em média 27,3 minutos. As mulheres com uma percepção ruim ($n = 67$) apresentaram mamadas com duração em média de 26,8 minutos, não demonstrando diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$, IC 95% [10,10 – -1,74]), como pode ser visualizado na Tabela 14.

Tabela 14 – Comparação em média entre a percepção das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia sobre o seu leite produzido e a duração das mamadas em minutos, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Comparação	n	Média Ajustada	Diferença	IC 95%	p
Percepção boa	164	27,33	0,49	10,10 – -1,74	<0,01
Percepção ruim	67	26,84			

Na análise do intervalo entre as mamadas (em horas) verifica-se que, para as mulheres que apresentaram boa percepção sobre seu leite produzido ($n = 164$), o intervalo entre as mamadas foi de 2 horas e 4 minutos em média. Para as mulheres que não tinham boa percepção sobre seu leite ($n = 67$), este intervalo foi de 1 hora e 34 minutos em média, o que demonstrou diferença estatisticamente significativo entre os intervalos de mamadas feitos por estes grupos de mulheres ($p < 0,01$, IC 95% [0,10 – 0,39]), conforme apresentado na Tabela 15.

Tabela 15 – Comparação em média entre a percepção das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia sobre o seu leite produzido e o intervalo entre as mamadas (em horas), no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Comparação	n	Média Ajustada	Erro Padrão	Diferença	I.C 95%	p
Percepção boa	164	2h04	0h04	0h30	0,10 – 0,39	< 0,01
Percepção ruim	67	1h34	0h06			

A Tabela 16 apresenta os resultados do Teste Exato de Fisher para análise das associações entre a variável dependente “percepção da mulher sobre o seu leite produzido” e as variáveis categóricas nominais, referentes à duração do AME, à condução da mamada e à saciedade da criança após a mamada. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa para as seguintes variáveis: duração do AME, oferecimento das mamas, término da mamada, alternância das mamas durante a mamada e percepção do esvaziamento das mamas após a mamada.

Das 136 mulheres que amamentavam exclusivamente 75% referiram que seu leite era bom. O mesmo ocorreu para 65,3% das 95 mulheres que não estavam em AME.

Quanto à forma de oferecimento das mamas para o filho, das mulheres que ofereciam em livre demanda (n = 204), 70,1% referiram boa percepção sobre sua produção láctea, assim como aquelas mulheres que ofereciam as mamas em horários controlados (n = 27) a maioria apresentou boa percepção sobre seu leite (77,8%).

No que tange a forma de término da mamada, a boa percepção da produção láctea foi referida pela maioria das mulheres, tanto para aquelas que tinham a mamada terminada pela criança (n = 201), quanto para aquelas que interrompiam a mamada (n = 20), sendo que a boa percepção foi referida por 72,6% e 60,0%, respectivamente.

Tabela 16 – Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia segundo a percepção sobre o seu leite produzido, associada à duração do AME, à condução da mamada e saciedade da criança após a mamada, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	Percepção sobre o leite produzido						OR Bruto* IC 95%	p ^{1**}
	Boa		Ruim		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Aleitamento materno exclusivo								
Sim	102	75,0	34	25,0	136	58,9	1,59	0,14
Não	62	65,3	33	34,7	95	41,1	0,90 – 2,83	
Oferecimento da mama								
Livre	143	70,1	61	29,9	204	88,3	1,49	0,50
Horários Controlados	21	77,8	6	22,2	27	11,7	0,57 – 3,81	
Término da mamada								
Realizado pela criança	146	72,6	55	27,4	201	87,0	1,77	0,19
Interrompido pela mãe	18	60,0	12	40,0	30	13,0	0,8 - 3,91	
Alternância das mamas durante a mamada								
Oferecia apenas uma mama	84	69,4	37	30,6	121	52,4		0,77
Oferecia as duas mamas	74	71,8	29	28,2	103	44,6		
Alternava as mamas mais de uma vez	6	85,7	1	14,3	7	3,0		
Esvaziamento da mama após a mamada								
Continuava cheia	45	72,6	17	27,4	62	26,9		0,53
Sentia a mama vazia e leve	115	69,7	50	30,3	165	71,4		
Retirava bebê antes de sentir a mama vazia	4	100,0	0	0,0	4	1,7		
Saciedade da criança após a mamada								
Não	18	25,4	53	74,6	71	30,7	30,71	< 0,01
Sim	146	91,3	14	8,7	160	69,3	14,28 - 66,05	

¹ Teste Exato de Fisher

* OR Odds Ratio (Razão de Chance)

* *Estatisticamente significativo para o nível de significância $\alpha = 0,05$

No que diz respeito à alternância das mamas durante a mamada, também a maioria das mulheres apresentou boa percepção láctea, sendo: 69,4% das mulheres que ofereciam apenas uma mama ($n = 121$); 71,8% daquelas que ofereciam as duas mamas ($n = 103$); e 85,7% das mulheres que alternavam as mamas mais de uma vez durante a mamada ($n = 7$).

Quanto ao esvaziamento das mamas após a mamada, as mulheres que apresentaram boa percepção sobre sua produção láctea também foi maioria, sendo: 72,6% entre as mulheres que percebiam a mama vazia após a mamada ($n = 62$); 69,7% entre as mulheres que sentiam a mama vazia ($n = 165$); e todas as mulheres que retiravam a criança da mama antes de sentir a mesma ficar vazia ($n = 4$).

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a variável percepção sobre o leite produzido e a variável percepção da saciedade da criança após a mamada. Observa-se que o percentual de mulheres que percebiam a criança saciada após a mamada e que referiram boa percepção sobre seu leite é de 91,3%. As mulheres que não percebiam a criança saciada ao final da mamada têm 30 vezes a chance de apresentar uma percepção ruim sobre seu leite, quando comparadas às mulheres que percebiam a criança saciada ao final da mamada ($p < 0,01$; OR = 30,71 e IC 95% [14,28 - 66,05]).

Foi realizada análise de regressão logística, constante na Tabela 17, que mensura a associação acima descrita. Para o modelo de regressão final, foram utilizadas as variáveis “duração do AME”, “oferecimento da mama”, “término da mamada” e “saciedade da criança após a mamada”, sendo que para as três primeiras variáveis não foram encontradas associações estatisticamente significativas.

Observa-se que a variável “saciedade da criança após a mamada” apresentou-se estatisticamente associada à percepção da mulher sobre seu leite produzido, indicando que as mulheres que perceberam a criança insatisfeita após a mamada têm 32 vezes a chance de

apresentar uma percepção ruim sobre seu leite ($p < 0,01$; OR = 32,70 e IC 95% [14,73 – 72,59]).

Tabela 17 - Análise da regressão logística para a percepção das participantes do estudo sobre o seu leite produzido associada às variáveis categóricas selecionadas. Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis	OR* ajustado**	p ***
Aleitamento materno exclusivo		
Sim	0,94	0,89
Não	0,42 - 2,12	
Oferecimento da mama		
Livre	2,63	0,14
Horários Controlados	0,73 - 9,44	
Término da mamada		
Realizado pela criança	0,54	0,29
Interrompido pela mãe	0,18 - 1,66	
Saciedade da criança após a mamada		
Não	32,70	< 0,01
Sim	14,73 - 72,59	

* OR Odds Ratio (Razão de Chance)

** Ajustado para percepção 'ruim' sobre o leite produzido

*** Estatisticamente significativo para o nível de significância $\alpha = 0,05$

A fim de identificar a diferença, em média, da duração do AME (em dias) entre as mulheres que não estavam mais nesta prática ($n = 95$), com relação à percepção sobre o leite produzido, foi realizada comparação entre médias. Verifica-se que, para as mulheres que apresentaram boa percepção sobre seu leite produzido ($n = 62$), a duração média do AME foi de 56 dias. Para as mulheres que não tinham boa percepção sobre seu leite ($n = 33$), a duração média foi de 28 dias, o que demonstrou diferença estatisticamente significativa entre a duração do AME para estes grupos de mulheres ($p < 0,01$, IC 95% [47,48 – 66,00]), conforme apresentado na Tabela 18.

Tabela 18 – Comparação em média entre a percepção das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram na UBDS Vila Virgínia sobre a sua produção de leite e a duração do AME (em dias) entre aquelas que não estavam em AME (n = 95), no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

Comparação	n	Média Ajustada	Erro Padrão	Diferença	I.C 95%	p
Percepção boa	62	56,74	4,63	29,92	47,48 – 66,00	<0,01
Percepção ruim	33	28,82	4,37			

Para a análise da associação entre os problemas apresentados pela mulher durante a prática da amamentação e a duração do AME, foi realizado o Teste Exato de Fisher, conforme demonstrado na Tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição das mães de crianças de 0 a 4 meses de idade que compareceram a UBDS Vila Virgínia segundo os problemas na amamentação associados a prática do AME para a criança por ocasião da entrevista, no período de fevereiro a agosto de 2008. Ribeirão Preto, 2008.

	AME						OR Bruto* IC 95%	p ^{1 **}
	Não		Sim		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Problemas durante a amamentação								
Não	42	31,8	90	68,2	132	57,1	2,53	<0,01
Sim	53	53,5	46	46,5	99	42,9	1,48 – 4,34	
Total	95	41,1	136	58,9	231	100		

¹ Teste Exato de Fisher

* OR Odds Ratio (Razão de Chance)

** Estatisticamente significativo para o nível de significância $\alpha = 0,05$

Entre as mulheres que apresentaram problemas durante a prática da amamentação (n = 99), 53,5% não estava mais oferecendo AME para seus filhos, resultado que demonstra associação estatisticamente significativa entre estas variáveis. Observa-se que as mulheres que não apresentaram problemas durante a amamentação tem 2,53 vezes a chance de manterem o

AME até os 4 meses de vida da criança, em relação às mulheres que apresentaram problemas ($p < 0,01$; OR = 2,53 e IC 95% [1,48 – 4,34]).

Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização das participantes do estudo

O grupo estudado caracterizou-se pela predominância de mulheres jovens, sendo que 48,9% tinham idade entre 20 a 29 anos e média de 26 anos de idade. Estes dados estão em concordância com a percentagem nacional de idade das mulheres que pariram em 2005, que mostra a maioria (54,2%) nesta faixa etária (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2007). Estão de acordo também com os dados do município de Ribeirão Preto, que apresentam 53,0% das mulheres que pariram em 2007 nesta faixa etária (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

A maioria das mulheres de nosso estudo (77,5%) vivia com um companheiro, estando casadas ou em união estável. Alguns estudos apontam que a presença de um companheiro pode auxiliar durante a amamentação da criança por meio de atitudes de apoio à mulher, que favorecem a estabilização familiar e podem influenciar no sucesso ou fracasso da lactação (CASTELAIN-MEUNIER, 1993; BRITO; OLIVEIRA, 2006). Não podemos afirmar se as mulheres do estudo recebiam este apoio, apesar de grande parte delas terem um companheiro.

Quanto à escolaridade 38,1% das participantes não concluíram o ensino fundamental, incluso aí a percentagem de mulheres que eram analfabetas. De acordo com Neme (2000) poucos sistemas de ensino têm condições para receberem mulheres gestantes ou com filhos para realização das atividades escolares, fator que pode influenciar o abandono dos estudos pelas mulheres mediante a maternidade. No que tange à ocupação, 70,1% das mulheres não realizavam atividade remunerada. Apesar do aumento feminino na força de trabalho, o

espaço doméstico ainda apresenta padrões da família patriarcal, sendo conflituoso para a mulher trabalhar fora de casa, principalmente para aquelas das classes menos favorecidas, que priorizam o casamento e a família, em detrimento dos estudos ou de um emprego (ANYON, 1990; PACHECO, 2001). Além disso, a menor participação das mulheres de baixa renda na força de trabalho remunerado deve-se às dificuldades encontradas para sair do lar devido ao cuidado dos filhos, associadas à falta de creches no país e às menores oportunidades de emprego para mulheres de baixa escolaridade (HOFFMANN; LEONE, 2004), como as participantes deste estudo.

A renda mensal da família foi informada por 178 mulheres, e a média foi de 2,6 salários-mínimos. Alguns estudos apontam que a baixa renda familiar pode influenciar a manutenção do AME (VIEIRA; SILVA; VIEIRA, 2003; OLIVEIRA et al., 2005), no entanto o presente estudo não objetivou realizar esta análise.

A média de filhos entre as mulheres foi de 1,9 filho, estando em conformidade com a média brasileira que foi de 1,95 filho por mulher, em 2007 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). A maioria das participantes (98,7%) realizou pré-natal, sendo que o número de consultas variou entre 2 a 20, e a média foi de 7,5 consultas. A realização de um adequado acompanhamento pré-natal pode propiciar condições para que a gestação, o parto e o puerpério sejam realizados de forma humanizada e segura para a mulher e seu filho. O Ministério da Saúde preconiza que este acompanhamento se inicie precocemente e que sejam realizados no mínimo, seis consultas de pré-natal, o que foi contemplado pelas mulheres deste estudo (BRASIL, 2000a).

Quanto ao tipo de parto, 71,0% das mulheres tiveram parto vaginal e 29,0% foram submetidas ao parto cesárea. A cesárea pode desencorajar o aleitamento materno, pois implica em um tempo de separação mais longo entre o binômio mãe-filho após o parto, o que interfere no estabelecimento do vínculo e na instalação precoce e bem-sucedida da amamentação

(ROWE-MURRAY; FISHER, 2002; KROEGER; SMITH, 2004; SMITH, 2007). O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 466/00, estabelece que os hospitais podem ter diferentes limites para o parto cesárea, conforme a coordenação estadual. Para o estado de São Paulo, a projeção anual de limites percentuais para as taxas de cesárea foi de 25% em 2008, o que não ocorreu entre as participantes do estudo (BRASIL, 2000b).

A maioria das crianças (26,4%), filhas das mulheres estudadas, não tinham completado 1 mês de vida e, quanto ao sexo, 51,9% eram masculinos e 48,1% femininos, comprovando que, qualquer que seja o nível de desenvolvimento da área estudada, o número de nascimentos do sexo masculino é cerca de 5% maior que o feminino (RIPSA, 2007).

92,6% dos bebês nasceram em hospitais que têm o título de Amigo da Criança, fator importante para o incentivo à amamentação, já que estes hospitais se estruturam para realizar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (REA, 2003).

6.2 Condições de amamentação e alimentação da criança

Ao tratar das condições de amamentação da criança, ressaltamos que a maioria nasceu em Hospital Amigo da Criança. Considerando que estes hospitais adotam os chamados “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, e o 4º passo é “ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001), nota-se que a maior parte das mulheres do estudo não realizaram este passo, pois a primeira mamada do recém-nascido ocorreu 87 minutos após o parto, em média. Além disto, 73,6% dos binômios mãe-filho iniciaram a amamentação no alojamento conjunto,

confirmando a ocorrência da primeira mamada com mais de meia hora pós-parto, já que a transferência da mulher, do centro obstétrico para o alojamento conjunto, pode demorar mais do que este tempo.

No momento da alta hospitalar após o parto, 98,7% das crianças estavam recebendo AME, dado que está de acordo com a recomendação da OMS, que preconiza uma taxa de 92% de AME no período da alta (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1993). No momento da coleta de dados, esta percentagem caiu para 58,9%, ainda assim ficando à frente da percentagem do município de Ribeirão Preto, em 2003, equivalente a 45,4% para crianças até 4 meses de vida (RIBEIRÃO PRETO, 2003). A média da duração do AME no grupo estudado foi de 47 dias, estando compatível com a média do município em 1999, que foi de 45 dias, e à frente da média nacional de 1999 (última pesquisa nacional divulgada) que foi de 23 dias (ARAÚJO, 2002). Apesar destas taxas mais altas do AME, que refletem as ações em prol do aleitamento materno implantadas em toda a Rede Municipal de Saúde, os dados apresentam-se muito aquém do que é preconizado pela WHO (2002), ou seja, AME até os 6 meses de vida da criança. Cabe salientar que, até recentemente a OMS recomendava leite materno exclusivo por 4 ou 6 meses de vida do bebê, o que atualmente pode causar confusão tanto para as mulheres quanto para os profissionais de saúde (REA; TOMA, 2000). Porém, mesmo considerando o mínimo de 4 meses para o AME, as taxas ainda são consideradas baixas.

As participantes do estudo foram questionadas quanto aos fatores relativos à condução da mamada, durante o período de realização da amamentação exclusiva. Os dados encontrados apontam que a frequência, duração e intervalo entre as mamadas foi, em média, de 9,4 mamadas por dia, 27 minutos cada mamada e intervalo de 1 hora e 54 minutos entre as mamadas, respectivamente. A média de frequência das mamadas é semelhante aos achados

dos trabalhos de Carvalho et al. (1982), Dewey et al. (1991) e Nejar et al. (2004), que encontraram frequência de aproximadamente 10 mamadas em 24 horas. No estudo de Nejar et al., (2004) a média de duração da mamada foi aproximadamente de 20 minutos, tempo inferior ao que foi observado neste estudo. No estudo de Rodrigues (2006) a maioria das mulheres estudadas (77%) apresentou intervalo de mamadas entre 2 e 3 horas.

Quanto ao oferecimento das mamas, término da mamada, alternância das mamas durante a mamada e esvaziamento das mamas após a mamada, não foram encontrados na literatura científica trabalhos que tratassem sobre a maneira como a mulher conduz estas práticas. No entanto, percebe-se que a maioria das mulheres seguia as recomendações estipuladas, visto que 88,3% delas ofereciam as mamas em livre demanda e o término da mamada era realizado pela criança em 87,0% dos casos, sendo a amamentação realizada de acordo com a vontade da criança (AKRÉ, 1997).

No que tange a alternância das mamas, esta prática é desaconselhada por alguns autores, quando realizada durante a mesma mamada, pois isto pode impedir que a criança receba o leite posterior, que contém maior teor de gordura, sendo que a outra mama deve ser a primeira a ser oferecida na mamada seguinte (MUNIZ, 2001). Contudo, outros autores orientam que a criança, após esvaziar a primeira mama, pode sugar alternando quantas vezes forem necessárias, garantindo que ela receba o leite do final da mamada e que ambas as mamas recebam o estímulo da sucção necessária para a produção láctea, além de prevenir o acúmulo anormal do leite (KING, 2001). No presente estudo, a alternância das mamas durante a mesma mamada foi negada por pouco mais da metade das participantes (52,4%), e confirmada por 44,6%, sugerindo que as contradições das orientações sobre esta conduta podem estar influenciando as mulheres, de modo que elas ainda não identificaram a melhor orientação para esta prática.

Além disso, após a mamada, 71,4% das mulheres sentiam a mama vazia, o que vai ao encontro das recomendações, já que o não esvaziamento da mama após a mamada pode trazer consequências negativas para a produção de leite e para o crescimento do bebê (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1993; CARVALHAES; CORRÊA, 2003).

Entre as 95 crianças que não estavam recebendo AME, o alimento mais utilizado foi a água (44,2%), seguido do leite em pó (43,1%); ainda, 26,3% das crianças recebiam chá; 20,0% recebiam suco; 13,7% recebiam leite fluido e 12,6% recebiam papinha. Ressalta-se que as crianças do estudo tinham entre 0 e 4 meses e, nesta idade, a introdução de outros alimentos se faz desnecessária; no entanto, estudos apontam que tal prática é bastante difundida. Em Porto Alegre, um estudo demonstrou que a introdução de água, chás e outros tipos de leite foram introduzidos na dieta das crianças com 1 mês de vida, sendo que 25% das crianças estudadas recebiam água e chás e 16% recebiam outro tipo de leite além do materno (GIUGLIANI et al., 2008). Em outro estudo, no município de São Paulo, a idade mediana das crianças que receberam água e chá foi de 28 dias, leite não materno foi introduzido com 60 dias, as frutas e sucos de frutas com 106 dias, verduras e legumes com 137 dias (SIMON; SOUZA, SOUZA, 2003). Audi, Correa, e Latorre (2003) verificaram que, no município de Itapira, São Paulo, dentre os lactentes menores de 90 dias de vida, 23,6% tomavam água, e 24,8% tomavam chá, sendo a oferta de água crescente nos meses subsequentes e, até 120 dias, cerca de 40% das crianças recebiam outro leite.

Os motivos mais alegados pelas mães para introduzir outros alimentos na dieta da criança foram os mesmos descritos em vários outros trabalhos. O oferecimento da água ocorreu para hidratação da criança, como nos trabalhos de López, Contreras e Liaudat (2003) e Vieira e colaboradores (2004). O chá foi oferecido a fim de aliviar as cólicas nos bebês, assim como nos estudos de Marques e colaboradores (2001), Carvalhaes, Parada, e Costa

(2008). Outros tipos de leite foram oferecidos devido à queixa de diminuição do volume de leite ou leite fraco, como nos trabalhos de Marques e colaboradores (2001), Hailes e Wellard (2000), Escobar e colaboradores (2002), Ramos e Almeida (2003), Ricco, Del Ciampo, e Almeida (2008), entre outros. E o trabalho de Wright, Parkinson e Drewett (2004) apontou que aproximadamente a mesma percentagem de mulheres (40%) referiram que ofereciam frutas e outros alimentos sólidos para as crianças menores de 4 meses após receberem orientação médica. Os motivos alegados pelas mulheres confirmam que a introdução precoce de água, chá ou outros tipos de leite na dieta da criança é prática arraigada e, mesmo aumentando os riscos de morbidade infantil, continua sendo difundida culturalmente entre as mulheres (MARTINES; REA; ZOYSA, 1992; RAMOS; ALMEIDA, 2003).

No presente estudo, mais da metade das mulheres (57,1%) referiram problemas durante a amamentação, que se relacionavam principalmente com a ocorrência de fissura, ingurgitamento e dor ao amamentar. Esta incidência é maior do que as encontradas nos trabalhos de Dalmaso et al (1998), Weigert et al., (2003) e Nakano (2003), que foram de 51%, 43,0% e 43,6% e, respectivamente. Considerando que estes problemas estão associados com técnicas inadequadas durante a amamentação (INGRAN; JOHNSON; GREENWOOD, 2002), os dados demonstram que o manejo da amamentação realizado pelas participantes do estudo pode ser o fator causal destas intercorrências.

A decisão pela prática do aleitamento materno sofre influência de fatores pessoais, culturais, sociais, biológicos e ambientais (ALMEIDA, 1999; KONG; LEE, 2004). Neste sentido, a análise da percepção da mulher sobre a prática do aleitamento materno se faz importante, pois pode contribuir para a elaboração de ações que contemplem as necessidades reais da nutriz.

Quanto aos obstáculos encontrados no período de amamentação, 68,4% negou esta ocorrência, sendo a maioria. Dentre as que referiram obstáculos, a falta de tempo foi o fator

mais citado (13,0%), corroborando com o trabalho de Osório e Queirós (2007), e pode ser justificada pelo acúmulo de papéis como mulher/mãe/trabalhadora, que gera uma sobrecarga física e emocional e pode levar à interrupção do aleitamento materno (SPÍNDOLA, 2002). No entanto, a maioria dos trabalhos encontrados na literatura aponta especificamente, como obstáculos para a amamentação, o trabalho remunerado fora do lar (VIANA et al, 2007; SCAVENIUS et al. 2007; MACHADO; BOSI, 2008), que foi referido por 4,3% das participantes deste estudo. Este achado pode ser devido ao fato de que, em nossa amostra, a maioria das mulheres não realizava atividades fora do lar. Ressalta-se, ainda, que as crianças do estudo tinham entre 0 e 4 meses e, neste período, as mulheres que trabalham poderiam ainda se encontrar em licença-maternidade.

Entre as mulheres que referiram ter recebido algum tipo de apoio durante a amamentação, a maioria (54,3%) destacou a família como referência, da mesma maneira que em outros trabalhos (KONG; LEE, 2004; TEIXEIRA; NITSCHKE, 2008; MACHADO; BOSI, 2008). Destaca-se que apenas uma mulher referiu ter recebido o apoio dos serviços de saúde. Visto que, conforme citado anteriormente, o sistema de saúde do município de Ribeirão Preto desenvolve ações de incentivo e apoio ao aleitamento materno, estas ações podem não estar contemplando a real necessidade destas mulheres.

A este respeito Nakano et al. (2007, p. 237) observam que:

Na prática da amamentação, o núcleo familiar exerce funções sociais sustentadas por relações de intimidade, afeto e solidariedade. Na dinâmica familiar, mobilizam-se as reservas que propiciam às mulheres articular-se ou desarticular-se frente às vivências cotidianas de amamentação. Essas reservas vão além das físicas, incluindo os recursos psíquicos e socioculturais dos membros da família. (...) o cuidado prestado no contexto familiar, diante das dificuldades apresentadas pelas mulheres na amamentação inclui ações regidas pela emocionalidade e urgência em detrimento da racionalidade, mostrando que os insucessos das ações dos profissionais de saúde não se justificam pela inoperância técnica no manejo da amamentação, mas sim por esses não considerarem a pluralidade que envolve a amamentação e o contexto de vida dessas mulheres.

As mulheres do estudo também referiram sua opinião sobre as condições necessárias para a prática da amamentação, sendo que ter boa alimentação e hidratação (24,2%) e ter leite (23,3%) foram as respostas mais frequentes; ressalta-se que a maioria das mulheres (88,3%) referiu ter tais condições, o que pode ser considerado um fator facilitador para a amamentação. A alimentação da nutriz, como questão carregada de valores culturais e simbólicos, é descrita amplamente pela literatura científica, demonstrando que as puérperas são submetidas a um regime alimentar severo, visando garantir não só a recuperação da mulher no puerpério imediato e mediato, como também a qualidade do leite para a criança (DANIEL; CRAVO, 1989; VÍTOLO et al., 1994; ALMEIDA; KANTORSKI, 2000; ICHISATO; SHIMO, 2001; BAIÃO; DESLANDES, 2006). Mesmo não especificando o que seria uma “boa alimentação e hidratação”, nota-se a importância atribuída pelas participantes de nosso estudo à esta questão. Quanto à necessidade de “ter leite”, Nakano (2003), estudando as vivências de um grupo de mulheres relacionadas à amamentação, também encontrou esta necessidade como condição para a prática da amamentação.

A necessidade de apoio como condição para a prática da amamentação, pouco citada em nosso trabalho, foi verificada em alguns estudos. Silva (2005) realizou pesquisa qualitativa no município de São Paulo, com mulheres trabalhadoras e estudantes, e mostrou a necessidade de apoio da família e amigos, requerida pelas mulheres para manterem a amamentação (SILVA, 2005). O trabalho de Ramos e Almeida (2003) em Teresina, Piauí, seguindo o mesmo referencial metodológico, mostrou as necessidades de apoio familiar e dos serviços de saúde, percebida pelas mulheres. No presente estudo, a necessidade de apoio familiar como condição para amamentar foi referida por 6,5%, o que pode ser justificado pela porcentagem elevada de mulheres que referiram receber este apoio (44%).

6.3 Percepção da mulher sobre sua produção láctea e saciedade da criança

No que tange à percepção da nutriz sobre seu leite, 71,0% das mulheres referiram que seu leite era bom, caracterizando-o como bom, forte, que sustenta, suficiente, saudável, nutritivo, corroborando com os achados de Borges e Philippi (2003) que, ao estudarem a opinião de um grupo de mulheres sobre a quantidade de leite materno produzido, verificaram que 82,9% das mulheres acreditavam que sua produção de leite era suficiente para satisfazer as necessidades do bebê. No entanto, estes achados são diferentes dos observados em vários outros trabalhos, que demonstram a percepção negativa da mulher sobre seu leite. Neste sentido D'Avila, (1992), Segura-Millan, Dewey e Perez-Escamilla (1994), Abrão, Barros e Almeida (1997), Escobar et al., (2002) e Ricco, Del Ciampo e Almeida (2008) encontraram as seguintes percentagens para a percepção de leite fraco, insuficiente ou ausente: 47%; 80%; 48,3%; 38,9%; 45,5% respectivamente. É importante salientar que o objetivo destes trabalhos foi elucidar os fatores que levaram ao desmame, diferentemente do presente estudo que focou na percepção da mulher sobre seu leite e o desmame estava presente apenas para 8,2% das participantes. Assim, as percentagens maiores referentes ao aspecto negativo do leite, descritas acima, refletem o contexto específico de mulheres que já tinham o desmame como desfecho de sua experiência de amamentação e não devem ser comparadas aos achados do nosso estudo, visto que houve diferenças na forma de obtenção dos dados.

Após a mamada, a satisfação da criança foi percebida por 69,3% das mulheres. Esta avaliação foi feita através de características que a criança apresentava como: o sono, o relaxamento/contentamento ou a rejeição do peito após a mamada. Para Carvalhaes, Parada, Costa (2007) satisfazer a necessidade de sede ou de fome, foi o que levou as mães

a introduzirem outros alimentos na dieta da criança. Ou seja, a satisfação da criança mostra-se como importante indicador para a decisão da amamentação. No entanto, Cadwell (2007) destaca que a sonolência ou o relaxamento da criança após a mamada, considerados, no presente estudo, como fator positivo para demonstrar a satisfação da criança, não devem ser tomados como parâmetros únicos e absolutos para esta avaliação, pois estes indicadores também podem ser sinais de má nutrição, desidratação ou hipoglicemia. Esta autora reforça, ainda, que a criança muito sonolenta ou relaxada deve ser avaliada para assegurar a nutrição adequada.

No presente estudo, para 55,1% das mulheres a boa produção de leite significou satisfazer a necessidade da criança. Para 44,9% das mulheres, isto significou produzir grande quantidade de leite. De fato, quando a lactação está estabelecida e as mamadas ocorrem em livre demanda, a produção de leite potencial da mãe, em média, é maior do que o apetite da criança, ou seja, a amamentação precoce e exclusiva contempla as necessidades do bebê de até 4 a 6 meses de vida (DALY; HARTMANN, 1995; TOMA; REA, 2008). Percebe-se que as opiniões referidas pelas mulheres estão interligadas, e refletem a importância que elas atribuem às necessidades do filho (satisfação) e à capacidade de suas mamas (produzir leite em grande quantidade), corroborando com os trabalhos de Nakano (2003) e Carrascoza (2004), que apresentam o receio das mulheres de não estarem atendendo às necessidades nutricionais do bebê, com o leite produzido pelas suas mamas, sendo assim influenciadas pelas sugestões de complementação alimentar.

6.4 Leite produzido, duração do AME e condução da mamada: análise de associações

Aqui estão discutidos os resultados das análises de associações entre a variável dependente “percepção da mulher sobre o seu leite produzido” e as variáveis relacionadas à condução da mamada, duração do AME e satisfação da criança.

A comparação entre médias mostrou que não existe diferença estatística entre a frequência e a duração das mamadas feita pelas mulheres que apresentam boa percepção sobre seu leite e aquelas que têm percepção ruim, visto que as primeiras amamentavam 9,3 vezes por dia e durante 27,3 minutos; as demais amamentavam 9,8 vezes e durante 26,8 minutos. A literatura mostra que bebês que se alimentam exclusivamente de leite materno apresentam uma frequência alimentar flexível, podendo mamar de 6 a 12 vezes em 24 horas, sendo que a maioria dos recém-nascidos precisa de 8 a 10 mamadas para ganhar peso adequadamente; as mamadas são espaçadas gradualmente, à medida que o bebê cresce (AKRÉ, 1997; ALDEN, 2002). Além disso, a duração da mamada deve ser em tempo suficiente para assegurar que o bebê receba uma alimentação equilibrada, ou seja, a ingestão do leite inicial (desnatado) e o leite completo (gorduroso) que é liberado geralmente 10 a 20 minutos após o início da mamada, embora possa ocorrer antes (ALDEN, 2002). A amamentação ideal não depende do número de vezes que o bebê mama, ou do tempo gasto em cada mamada, pois alguns bebês podem sugar a mama por poucos minutos e receber quantidade suficiente de leite (CADWELL, 2007). Sendo assim, apesar de apresentarem percepções distintas, a frequência e a duração das mamadas foram semelhantes para as mulheres destes grupos e em condições que favoreciam a manutenção do AME.

Quanto ao intervalo entre as mamadas (em horas), existe diferença estatística significativa de 30 minutos entre os intervalos feitos pelas mulheres com boa percepção sobre

o seu leite (2 horas e 4 minutos) e as mulheres que têm percepção ruim (1 hora e 34 minutos). Apesar de este resultado apontar que as mulheres com percepção ruim amamentam com um intervalo menor, é importante salientar que as recomendações atuais orientam que o intervalo entre as mamadas deve ser estabelecido pela demanda do bebê, pois mamar com frequência, sem horários rígidos faz parte do comportamento normal da criança (GIUGLIANI, 2000; CADWELL, 2007). Corroborando com nossos achados de que as mulheres com percepção ruim do leite produzido amamentam com um intervalo menor, Cooke, Sheehan e Schmied (2003), em estudo realizado sobre as experiências das mulheres relacionadas ao aleitamento materno, destacam que para elas, a criança que mama pouco ou muito e várias vezes por dia pode levá-las a acreditar que seu leite está insuficiente, o que tem impacto significativo na decisão pelo desmame.

A análise das associações entre a variável dependente percepção da mulher sobre o seu leite produzido e as variáveis referentes à duração do AME, oferecimento das mamas, término da mamada, alternância das mamas durante a mamada e percepção do esvaziamento das mamas após a mamada não apresentou associação estatisticamente significativa. No entanto, pela análise verificou-se que a associação entre a variável dependente e a variável percepção da saciedade da criança após a mamada é estatisticamente significativa. Estes achados foram reforçados com a análise multivariada, que também mostrou resultado estatisticamente significativo para a esta última associação, ou seja, as mulheres que perceberam a criança insatisfeita após a mamada têm 32 vezes a chance de apresentar uma percepção ruim sobre seu leite, em relação às mulheres que perceberam a criança satisfeita.

Embora a prática clínica demonstre que a forma como as mulheres conduzem a mamada pode contribuir para o aumento das taxas de AME, pelo favorecimento da produção e da manutenção da lactação (KING, 2001), não foram encontradas publicações que avaliassem o impacto real da percepção da mulher sobre seu leite com base nos parâmetros de

avaliação utilizados na condução da mamada. Em nosso estudo, nota-se que as variáveis relacionadas à esta condução não influenciaram a percepção da mulher.

No entanto, no que tange à variável satisfação da criança, o presente estudo aponta a relação existente quando associada à variável dependente, corroborando com o trabalho de Cooke (2003), em que as mulheres australianas com percepção de leite insuficiente, se mostraram mais propensas a acreditarem que seus filhos não estavam saciados ou nutricionalmente bem alimentados. Apesar de poucos trabalhos terem investigado esta associação, nota-se a importância destes achados na contribuição dos estudos sobre o desmame precoce.

Para as mulheres que não estavam mais em AME, a comparação entre médias mostrou que existe diferença estatística entre o grupo de mulheres com boa percepção sobre seu leite, que amamentaram exclusivamente no peito em média por 56 dias, e aquelas com percepção ruim, que amamentaram por 28 dias em média, reforçando também a importância atribuída pela mulher à sua percepção, que pode influenciar na duração do AME.

A análise dos problemas apresentados durante a prática da amamentação demonstrou, no presente estudo, associação estatisticamente significativa; as mulheres que não apresentaram problemas tem 2,53 vezes a chance de manterem o AME até os 4 meses de vida da criança, em relação às mulheres que apresentaram problemas. Estes achados são semelhantes aos resultados de alguns outros trabalhos. Caldeira e Goulart (2000) demonstraram que as dificuldades no início da amamentação relacionadas às mamas são capazes de predizer maior risco de desmame precoce. Para Scott et al. (2006), a duração da amamentação está associada negativamente com as dificuldades relacionadas às mamas, como fissura e ingurgitamento. Cooke (2003) identificou que mulheres com problemas durante a amamentação tendem a ser menos satisfeitas com esta experiência. Destaca-se que as dificuldades para amamentar no pós-parto expressam as deficiências no aconselhamento da

mulher para a realização desta prática e é um bom indicador da qualidade da assistência relacionada ao aleitamento materno (ALVES, 2008), o que coloca os profissionais de saúde diante da necessidade de aprimorar suas intervenções, a fim de contribuir para a diminuição do desmame precoce.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem concluir que:

- A maioria das participantes apresentava condições sócio-demográficas favoráveis à prática da amamentação, tendo por base a literatura científica, pois eram mulheres jovens, que viviam com companheiro, não realizavam atividade fora do lar, tinham prole pequena, realizaram pré-natal e realizaram parto vaginal. No entanto, algumas condições desfavoráveis também foram predominantes, como: baixa escolaridade (a maioria não havia concluído o ensino fundamental) e baixa renda.
- A maioria das crianças de 0 a 4 meses de idade, filhas das participantes, apresentaram condições da primeira mamada desfavoráveis à amamentação, pois iniciaram o aleitamento no alojamento conjunto e, em média, 87 minutos após o parto, apesar de 92,6% destas terem nascido em instituições credenciadas como Hospital Amigo da Criança .
- Os tipos de aleitamento, conforme as categorias definidas pela OMS (1991), no momento da alta hospitalar, foram: 98,7% das crianças em AME e 1,3% das crianças em AM. No momento da coleta de dados, os tipos de aleitamento apontaram as seguintes frequências: 58,9% de AME; 15,2% de AMP; 17,7% de AM; 8,2% de D.
- Para as crianças que, no momento da coleta de dados, não estavam em AME, esta prática durou em média 47 dias.
- A prática da amamentação exclusiva pelas mães de crianças de 0 a 4 meses de idade com base nos parâmetros: frequência e duração das mamadas, intervalo entre as mamadas, término da mamada, alternância e esvaziamento das mamas foi caracterizada da seguinte maneira: médias de 9,4 mamadas por dia, 27 minutos cada

mamada e intervalo de 1 hora e 54 minutos entre as mamadas. 88,3% das participantes ofereciam as mamas em livre demanda; o término da mamada era realizado pela criança em 87,0% dos casos; 71,4% das mulheres sentiam a mama vazia após a mamada.

- 57,1% das participantes apresentaram problemas durante a amamentação relacionados especificamente com as mamas e o bebê. Entre as mulheres que relataram problemas com as mamas ($n = 99$), 87,0% referiram que estes estavam relacionados com fissura, ingurgitamento e dor ao amamentar.
- 71,0% das mulheres apresentaram boa percepção sobre o seu leite produzido e 69,3% das mulheres percebiam a criança saciada após a mamada.
- Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mulheres com percepção boa e percepção ruim sobre o leite produzido e as variáveis: frequência das mamadas (em horas) e duração das mamadas (em minutos).
- Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mulheres com percepção boa e percepção ruim sobre o leite produzido e a variável intervalo entre as mamadas (em horas); esta diferença foi de 30 minutos.
- Não houve associação estatisticamente significativa entre a variável dependente percepção da mulher sobre o seu leite produzido e as variáveis referentes à duração do AME, oferecimento das mamas, término da mamada, alternância das mamas durante a mamada e percepção do esvaziamento das mamas após a mamada.
- Houve associação estatisticamente significativa entre a variável dependente e a variável percepção da saciedade da criança após a mamada; as mulheres que perceberam a criança insatisfeita após a mamada têm 32 vezes a chance de apresentar uma percepção ruim sobre seu leite, em relação às mulheres que perceberam a criança satisfeita.

-
- Houve associação estatisticamente significativa entre a variável dependente e a variável problemas para amamentar: as mulheres que não apresentaram problemas tem 2,53 vezes a chance de manterem o AME até os 4 meses de vida da criança, em relação às mulheres que apresentaram problemas.

*Implicações para a prática
e a pesquisa*

8. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E A PESQUISA

Os resultados obtidos neste estudo apontam que a satisfação da criança é o indicador mais utilizado pela mulher para caracterizar se a sua produção de leite é boa ou ruim, em detrimento de fatores considerados importantes na avaliação da mamada pelos profissionais de saúde, como os parâmetros utilizados na condução da mamada.

Fica claro, portanto, que a avaliação da capacidade de amamentar é feita de maneira diferente pelas mulheres e pelos profissionais de saúde: as primeiras focam apenas nos sinais observados nos filhos; os profissionais priorizam as ações de acordo com o conhecimento científico relacionado à anatomia e fisiologia da lactação.

Durante muitos anos as habilidades e técnicas de aleitamento materno foram divididas entre as gerações, com as experiências e vivências passadas das avós e mães para as filhas. Com a institucionalização do parto e nascimento, as mulheres passaram a sofrer a influência do conhecimento científico na sua prática de amamentação. Esta intervenção, com normas e rotinas, que ao longo das últimas décadas tem sofrido alterações, podem se apresentar de forma distorcida para as mulheres, sendo as condutas incoerentes para elas.

Neste sentido, os resultados revelam que as mulheres deste estudo, ao expressarem suas percepções sobre a produção do leite materno, apresentam características próprias de seu modo de vida, suas experiências e vivências relacionadas à maternidade e à amamentação. Assim, intervenções e práticas que busquem “enquadrar” a mulher em normas rígidas e formatadas podem não contemplar o seu interesse e não apresentar contribuição para a melhoria da assistência em aleitamento materno; ao contrário, estas ações podem gerar dúvida, insegurança e culpa se a mulher não corresponder ao que é esperado socialmente para uma boa nutriz.

Os resultados deste trabalho, portanto, podem sensibilizar profissionais que atuam junto às mulheres e crianças pequenas, a fim de que considerem em suas práticas o aconselhamento, acolhimento e comunicação terapêutica, buscando a compreensão da mulher e o atendimento de suas reais necessidades. Neste aspecto, a questão da integralidade merece ser focalizada no cuidado à amamentação, a fim de que a mulher seja considerada neste processo em sua totalidade e não como a fragmentação da visão biomédica, contemplando, assim, outras determinações de ordem sócio-econômica e cultural.

Sobre o contexto social destas mulheres, é possível depreender o quanto a família assume um papel importante e decisivo na amamentação e, contrariamente, o quanto os serviços de saúde estão aquém de se constituírem referências de apoio efetivo às mulheres. Tais questões apontam para a necessidade de mudança no atual modelo de assistência, de maneira que contemple o espaço dos serviços de saúde como sendo capaz de traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades apresentadas pelas mulheres, criando vínculo com a comunidade e, junto com ela, construindo as ações que sejam condizentes com a realidade específica de cada mulher, criança e família. Por mais complexa que seja, esta realidade deve ser captada em sua expressão individual e não sob o formato de modelos pré definidos de amamentação.

A valorização da técnica na condução da mamada, dentro de parâmetros pré-estabelecidos pelo profissional de saúde como importante estratégia para o aumento das taxas de AME, devido ao favorecimento da produção e da manutenção da lactação, não se mostrou como fator de impacto para uma boa percepção materna da produção de leite, nem se refletiu na duração do AME. Estes achados não são conclusivos e requerem outras pesquisas para elucidar tal questão, visto que o presente estudo é pioneiro em propor tal análise.

A literatura científica é escassa no que tange à estudos que relacionem a percepção da mulher sobre suas experiências de amamentação e sua produção de leite, com fatores associados às recomendações para esta prática (condução da mamada, técnicas e manejo da amamentação). Importante considerar que a técnica na condução da mamada não garante por si só o sucesso na amamentação e, portanto, o profissional de saúde não deve supervalorizá-la, mas tê-la como mais uma estratégia que possibilite às mulheres realizar a amamentação satisfatória tanto para o bebê como para si. Os resultados deste estudo permitem identificar o quanto a percepção materna sobre o leite produzido e a saciedade da criança tem peso decisivo na prática da amamentação, o que nos alerta a valorizar a subjetividade das mulheres com relação à sua maternidade e amamentação.

Referências

REFERÊNCIAS*

- ABRÃO, A.C.F.V.; BARROS, S.M.O.; ALMEIDA, A.M. Desmame precoce: estudos das causas em crianças de 0 a 6 meses de idade: Dourados-MS. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.10, n.2, p.30-39, maio./ago. 1997.
- AKRÉ, J. **Alimentação infantil**: bases fisiológicas. Genebra: OMS, 1997. 89 p.
- ALDEN, K.R. Nutrição e alimentação do recém-nascido. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 555-582.
- ALMEIDA, F.D.O.; KANTORSKI, L.P. Convivendo com a mulher no período puerperal: uma abordagem cultural. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.2, p. 39-45, mai./ago. 2000.
- ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação**: um híbrido natureza – cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 166p.
- ALVES, C.R.L.; GOULART, E.M.A.; COLOSIMO, E.A.; GOULART, L.M.H.F. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1355-1367, jun. 2008.
- AMIR, L.H. Breastfeeding: managing ‘supply’ difficulties. **Australian Family Physician**, Melbourne, v. 35, n. 9, p. 686-689, sep. 2006.
- ANYON, J. Interseções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas à ideologia de papéis sexuais. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.73, p.13-75, mai. 1990.
- ARANTES, C.I.S. Breast-feeding - the view of women who breast-feed. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.71, n.4, p. 195-202, jul./ago.1995.
- ARAÚJO, M.F.M. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: CARVALHO, M.R; TAMEZ, R.N. **Amamentação**: bases científicas para prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.1-10.
- AUDI, C.A.F.; CORREA, A.M.S.; LATORRE, M.R.D.O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 85-93, jan./mar. 2003.
- AVERY, G.B. **Neonatologia** – fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1984. 1035 p.

* Este trabalho foi realizado segundo as normas:

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas. **Diretrizes para apresentação de teses e dissertações à USP**: documento eletrônico ou impresso. São Paulo: SIBi/USP, 2004.

- AVERY, M.D.; DUCKETT, L.; FRANTZICH, C.R. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. **Journal of Midwifery & Women's Health**, Silver Spring, v.45, n.3, p. 227-236, May/Jun. 2000.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.
- BAGNOLI, V.R.; FONSECA, A.M. Patologias da produção láctea: problemas anatômicos e endocrinológicos. In: ISSLER, H. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008. p.307-310.
- BAIAO, M.R.; DESLANDES, S.F. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 245-253, mar./abr. 2006.
- BERENS, P.D. Applied physiology in the peripartum management of lactation. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, Salt Lake City, v.47, n.3, p. 643-55, sep. 2004.
- BORGES, A.L.V.; PHILIPPI, S.T. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p. 287-92, mai./jun. 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil**. Área Técnica da Saúde da Criança, 2008. Disponível em: <www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/ATA/ATA04/Rede_Amamenta_Brasil_apresentacao_CIB_SET2008.ppt>. Acesso em: 12 set. 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a criança menor de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 45 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados ou a definição de outra(s) estratégia(s) para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado. **Portaria nº 466**, 14 de junho de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2000b. Seção 1, p. 4.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de aleitamento materno**. Normas técnicas. Brasília: Coordenação Materno-Infantil, 1997. 51p.
- BRITO, R.S.; OLIVEIRA, E.M.F. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.27, n.2, p.193-202, jun. 2006.
- BRUNKEN, G.S.; SILVA, S.M.; FRANÇA, G.V.; ESCUDER, M.M.; VENÂNCIO, S.I. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in Midwestern Brazil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.82, n.6, p. 445-51, nov./dez. 2006.
- BUENO, M.P.; SOUZA, J.M.P.; PAZ, S.M.S.R.; SOUZA, S.B.; CHEUNG, P.P.Y.; AUGUSTO, R.A. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de

coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.5, n. 2, p. 145-152, ago. 2002.

CADWELL, K. Latching-on and suckling of the healthy term neonate: breastfeeding assessment. **Journal of Midwifery & Women's Health**, Silver Spring, v.52, n.6, p. 638-642, nov./dec. 2007.

CALDEIRA, A.P.; GOULART, E.M.A. A situação do aleitamento materno em Montes Claros (MG): estudo de uma amostra representativa. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.1, p. 65-72, jan./fev. 2000.

CARRASCOZA, K.C. **Fatores determinantes do desmame precoce e do aleitamento materno prolongado**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2004.

CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L; COSTA, M.P. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 62-69, jan./fev. 2007.

CARVALHAES, M.A.B.L.; CORRÊA, C.R.H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.1, p.13-20, jan./fev. 2003.

CARVALHO, M.; ROBERTSON, S.; MERKATZ, R.; KLAUS, M. Milk intake and frequency of feeding in breast fed infants. **Early Human Development**, Philadelphia, v.7, n.2, p. 155-163, Nov. 1982.

CASTELAIN-MEUNIER, C. **Fiquem ligados papais: os homens diante da mulher e dos filhos**. São Paulo: Summus; 1993. 128 p.

COOKE, M.; SHEEHAN, A.; SCHMIED, V.A. Description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction and weaning in the first 3 months after birth, **Journal of Human Lactation**, Chicago, v.19, n.2, p.145-156, May. 2003.

CREGAN, M.; HARTMANN, P.E. Computerized breast measurement from conception to weaning: clinical implications. **Journal of Human Lactation**, Chicago, v.15, n.2, p. 89-96, Jun.1999.

DALMASO, A.S.W.; DOUEK, P.C.; ISSIER, H.; SÁ, M.B.S.R. Estudo de morbidade mamária em puérperas atendidas em programa de puericultura e apoio ao aleitamento materno de unidade básica de saúde em São Paulo. **Revista IMIP**, Recife, v.12, n.2, p.8-17, dez. 1998.

DALY, S.E.J.; HARTMANN, P.E. Infant demand and milk supply. Part 1: Infant demand and milk production in lactating women. **Journal of Human Lactation**, Chicago, v.11, p. 21-26, 1995.

DANIEL, J.M.P.; CRAVO, V.Z. O valor social da alimentação. **Boletim Anthropology**, v.2, n.4, p. 69-83, 1989.

D'AVILA, E.M.M. Aleitamento natural em um Centro Municipal de Saúde. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v.5, n.2, p. 157-70, jul./dez. 1992.

DEWEY, K.G.; HEINING, M.J.; NOMMSEN, L.A.; LONNERDAL, B. Maternal versus infant factors related to breast milk intake and residual milk volume: the darling study. **Pediatrics**, Evanston, v.87, n.6, p. 829-837, Jun. 1991.

ESCOBAR, A.M.U; OGAWA, A.R.; HIRATSUKA, M.; KAWASHITA, M.Y.; TERUYA, P.Y.; GRISI, S. Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.2, n.3, p.253-261, dez. 2002.

EUCLYDES, MP. **Nutrição do lactente**: base científica para uma alimentação adequada. 2.ed. Viçosa: Suprema, 2000. 488p.

FREYRE, G. **Casa-grande e senzala**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GEDDES, DT. Inside the lactating breast: the latest anatomy research. **Journal of Midwifery & Women's Health**, Silver Spring, v.52, n.6, p- 556-563, Nov. 2007.

GIUGLIANI, E.R.J.; ESPÍRITO SANTO, L.C.E.; OLIVEIRA, L.D.; AERTS, D. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: Associated factors and impact on breastfeeding duration. **Early Human Development**, Philadelphia, v.84, n.5, p.305-310, May. 2008.

GIUGLIANI, E.R.J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, v.5, (supl), p.s147-s154, nov./dez. 2004.

_____; GIUGLIANI, C. Alimentação da criança pequena. In: DUNCAN, B.B.; GIUGLIANI, E.R.J.; SCHIMIDT, M.I. (org). **Medicina Ambulatorial**: Condutas de atenção primária baseadas em evidência. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 240-250.

_____. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.3 (supl.), p. S238-S252, jul./ago. 2000.

GORDIS, L. **Epidemiology**. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004.

HILL, P.D. Some mothers who breastfeed perceive their milk supply as inadequate. Is it? Or, could that "insufficiency" have been avoided if the mother had had more help initially with breast feeding? **The American Journal of Maternal/Child Nursing**, Hagerstown, v.16, p.313-316, 1991.

HOFFMANN, R.; LEONE, E.T. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v.14, n.2, p.35-58, mai./ago. 2004.

HURST, N.M. Recognizing and Treating Delayed or Failed Lactogenesis II. **Journal of Midwifery & Women's Health**, Silver Spring, v.52, n.6, p.588-594, Nov./Dec. 2007.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 4, p. 578-85, jul./ago. 2002.

_____. Aleitamento materno e as crenças alimentares **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.5, p. 70-76. set./out. 2001.

INGRAN, J.; JOHNSON, D.; GREENWOOD, R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support fathers and families. **Midwifery**, Edinburgh, v.18, n.2, p. 87-101, Jun. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira - 2008**. Série Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 23. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2008. 280p.

KENT, J.C.; MITOULAS, L.R.; CREGAN, M.D.; RAMSAY, D.T; DOHERTY, D.A.; HARTMANN, P.E. Volume and frequency of breastfeeds and fat content of breast milk throughout the day. **Pediatrics**, Evanston, v.117, n.2, p. 387-395, Feb. 2006.

KING, F.S. **Como ajudar a mães a amamentar**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 189p.

KONG, S.K.F.; LEE, D.T.F. Factors influencing decision to breastfeed. **Journal of Advanced Nursing**, v.46, n.4, p. 369–379, May. 2004.

KROEGER, M.; SMITH, L.J. **Impact of birthing practices on breastfeeding**: Protecting the mother and baby continuum. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers; 2004.

LAMOUNIER, J.A.; BOUZADA, M.C.F.; JANNEU, A.M.S.; MARANHÃO, A.G.K.; ARAÚJO, M.F.M.; VIEIRA, G.O.; VIEIRA, T.O. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.26, n.2, p.161-169, jun. 2008.

LÓPEZ, V.B.; CONTRERAS, M.V.; LIAUDAT, A. Lactancia materna exclusiva e introducción de alimentos. **Diaeta**, Buenos Aires, v.21, v.105, p.8-16, oct-dic. 2003.

MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.L.M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 2, p. 187-196, jan-mar. 2008.

MAIA, M.G.M.; TAVARES-NETO, J., REGO, R.C.F.; MUNIZ, P.T. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno nas crianças menores de seis meses de idade, da cidade de Rio Branco (Acre). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n.1, p. 129-140, jan-jun. 2006.

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. 1790 p.

- MARQUES, N.M.; LIRA, P.I.C.; LIMA, M.C.; SILVA, N.L.; BATISTA FILHO, M.; HUTTLY, S.R.A., et al. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. **Pediatrics**, Evanston, v.108, n.1, p. 66-73, Jul. 2001.
- MCKEEVER, P.; STEVENS, B.; MILLER, K.L.; MACDONELL, J.W.; GIBBINS, S.; GUERRIERE, D.; DUNN, M.S.; COYTE, P.C. Home versus hospital breastfeeding support for newborns: a randomized controlled trial. **Birth**, New York, v.29, n.4, p. 258-265, Dec. 2002.
- MEYER, D.E. As mamas como instituintes da maternidade: uma história do passado? **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.25, n. 2, p.1-18, ago-dez. 2000.
- MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E.R.J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.5, (supl.), p.s131-s141, nov-dez. 2004.
- MORAIS, A.E.P.; THONSOM, Z. Manejo Clínico da Amamentação no Domicílio. In ISSLER, H. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008. p.330-334.
- MOREIRA, K.F.A. **Aleitamento materno à luz dos direitos reprodutivos da mulher: afinal do que se trata?** 2003. 187f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- MUNIZ, H.F. Intervenção nutricional no recém nascido de baixo peso em unidade básica de saúde. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Temas de Nutrição em Pediatria**, vol 3. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001. 99 p.
- NAKANO, A.M.S.; REIS, M.C.G.; PEREIRA, M.J.B.; GOMES, F.A. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p. 230-238, mar-abr. 2007.
- NAKANO, A.M.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, (supl.1), p. s355-s363, jan-fev. 2003.
- _____; MAMEDE, M.V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 69-76, jul. 1999.
- NEJAR, F.F.; SEGALL-CORRÊA, A.M.; REA, M.F; VIANNA, R.P.T; PANIGASSI, G. Breastfeeding patterns and energy adequacy. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 64-71, jan-fev. 2004.
- NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2000. 1362p.
- NEWTON, E. R. The epidemiology of breastfeeding. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, Lippincott, v.47, n.3, p.613-623, Sep. 2004.

OLIVEIRA, L.P.M.; ASSIS, A.M.O.; GOMES, G.S.S.; PRADO, M.S.; BARRETO, M.L. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1519-1530. set./out. 2005.

OLIVEIRA, M.I.; CAMACHO, L.A.; SOUZA, I.E. Promoção, proteção e apoio a amamentação na atenção primária a saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1901-1910. nov./dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Tradução de Maria Cristina Gomes do Monte. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001.

_____.; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança** – curso de 18 horas para equipes de maternidades. Manual Técnico. Genebra: OMS/UNICEF, 1993.

_____. **Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna**. Genebra: OMS, 1991.

OSÓRIO, C.S.; QUEIROZ, A.B.A. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 261-267, jun. 2007.

OSSANDÓN, M.; ILABACA, J.; GAJARDO, C.; CASTILLO, N.; NAMUR, L. Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v.71, n.2, p.98-106, mar. 2000.

PACHECO, A.L.P.B. Trabalho e família sob o olhar feminino. **Psico USF**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.11-19, jul-dez. 2001.

PERCEGONI, N.; ARAÚJO, R.M.A.; SILVA, M.M.S.; EUCLYDES, M.P.; TINOCO, A.L.A. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 01, p.15-35, 2002.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 583p.

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Maternal allegations for weaning: qualitative study. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.5, p.385-90, set-out. 2003.

REA, MF. A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, (supl. 1), p. s37-s45, jan-fev. 2003.

_____.; TOMA, T.S. Protection of mother's milk and ethics. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.4, p.388-395, Aug. 2000.

_____. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n.3, p.241-249, jun. 1990.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE - RIPSa. **Indicadores e dados básicos para saúde no Brasil** - 2007. Brasília: OPAS, 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2008.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria da Saúde. **Indicadores de mortalidade e nascimento no município de Ribeirão Preto, 2007**. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/vigilancia/vigep/tabnet/i16indice.htm>>. Acesso em: 01 set. 2008.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria da Saúde. **SINASC / SICA EV**, 2005. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/rede/I16apresentacao.htm>>. Acesso em: 30 jul.2008.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria da Saúde. Programa de aleitamento materno (PALMA). **Projeto amamentação e municípios: práticas alimentares no 1º ano de vida em dias nacionais de vacinação**, 2003. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/Ssauade/I16principal.asp?pagina=/ssauade/programas/aleita/palma.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2005.

RICCO, R.G; DEL CIAMPO, L.A.; ALMEIDA, C.A.N. Mama normal: anatomia, embriologia e lactogênese. In: ISSLER, H. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008. p.303-306.

RODRIGUES, P.A. **Estabelecimento da lactação: fatores associados à lactogênese II e as condutas nas intercorrências lactacionais em mulheres com acesso a orientação e serviço de saúde**. 2006 119 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n.1, p.85-94, jan-mar. 2004.

ROWE-MURRAY, H. J.; FISHER, J.R.W. Baby Friendly Hospital Practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. **Birth**, New York, v.29, n.2, p. 124-131, Jun. 2002.

RYAN, K.M.; GRACE, V.M. Medicalization and women's knowledge: the construction of understandings of infant feeding experiences in post-WW II New Zealand. **Health Care for Women International**, Wilmington, v. 22, n.5, p. 483-500, Jul. 2001.

SANDRE-PEREIRA, G. Amamentação e sexualidade. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.11, n.3, p.467-491, jul-dez. 2003.

SCAVENIUS, M.; VAN HULSEL, L.; MEIJER, J.; WENDTE, H.; GURGEL, R. In practice, the theory is different: a processual analysis of breastfeeding in northeast Brazil. **Social Science & Medicine**, v.64, n.2, p. 676-688. Jan. 2007.

SCHIEBINGER, L. Mamíferos, primatologia e sexologia. In: PORTER, R. (org.) **Conhecimento sexual, ciência sexual**. A história das atitudes em relação à sexualidade. São Paulo: UNESP, 1998.

SCHWARTZ, K.; D'ARCY, H.J.S; GILLESPIE, B.; BOBO, J.; LONGEWAY, M.; FOXMAN, B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. **The Journal of Family Practice**, Montvale, v.51, n.5, p.439-444, May 2002.

SCOTT, J.A; BINNS, C.W; ODDY, W.H; GRAHAM, K.I. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. **Pediatrics**; Evanston, v.117, n.4, p. e646-e655, Apr. 2006.

SCOTT, J.A.; SHAKER, I.; REID, M. Parental Attitudes Toward Breastfeeding: Their Association with Feeding Outcome at Hospital Discharge. **Birth**, New York, v.31, n.2, p. 125-131, June 2004.

SEGURA-MILLAN, S.; DEWEY, K.G.; PEREZ-ESCAMILLA, R. Factors associated with perceived insufficient milk in a low income urban population in Mexico. **The Journal of Nutrition**, Bethesda, v.124, p. 202-212, Feb.1994.

SILVA, A.A.M. **Amamentação**: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira. 1990. 320f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SILVA, I.A. Amamentação na perspectiva da mulher. In ISSLER, H. **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, prática e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008. p.3-7.

_____. **Deficiência de ferro em crianças de 3 a 12 meses**: compreensão de determinantes biológicos, sociais e suas implicações para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo. Projeto financiado pela FAPESP, 2007.

_____. A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.6, p.641-646, nov-dez. 2005.

_____. Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.2, p.241-249, abr-jun. 2000.

_____. **Amamentar**: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997. 268p.

SILVA, L.R.; VIEIRA, G.; DIAS, C.P.F.; DINIZ-SANTOS, D.R.; FERRAZ, F.; CARNEIRO, G.; CASQUEIRO, J.B.; BOAS, L.V.; OLIVEIRA, L.; SANTANA, M.C.; BARREIRO, P. Conhecimento materno sobre aleitamento: um estudo piloto realizado em Salvador, Bahia visando à elaboração de uma cartilha educativa. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 4, n. 3, p. 187-194, set-dez. 2005.

SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de

vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, vol.6, n. 1, p. 29-38, abr. 2003.

SIQUEIRA, R.; DURSO, N.; ALMADA, A.G.P.; MOREIRA M.T.; MASSAD, G.B. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.70, n.1, p. 16-20, fev. 1994.

SMITH, L. J. Impact of Birthing Practices on the Breastfeeding Dyad. **Journal of Midwifery & Women's Health**, Silver Spring, v.52, n.6, 621-630, Nov. 2007.

SPÍNDOLA, T. **Trabalho feminino... uma só mulher! Ambivalências do cotidiano**. 2002. 144 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SZARFARC, S.C.; SOUZA, S.B.; FURUMOTO, R.A.V; BRUNKEN, G.S.; ASSIS, A.M.O.; GAUDENZI, E.N.; SILVA, R.C.R.; SOUZA, J.M.P. Concentração de hemoglobina em crianças do nascimento até um ano de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.266-274, jan-fev. 2004.

TAKUSHI, S.A.M.; TANAKA, A.C.A.; GALLO, P.R.; BRESOLIN, A.M.B. Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n.2, p. 115-125, abr./jun. 2006.

TEIXEIRA, M.A.; NITSCHKE, R.G. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.1, p.183-191, jan./mar. 2008.

TOMA, T.S.; REA, M.F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, (supl.2), p. s235-s246, 2008.

TORNQUIST, C.S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n. 2, p.483-492, jul./dez. 2002.

TURANO, W.; ALMEIDA, C.C.C. Educação nutricional. In: GOUVEIA, E.L.C. **Nutrição, saúde e comunidade**. Rio de Janeiro: Revinter,1999. p.57-77.

VENANCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.1, n.1, p.40-49, abr. 1998.

VIANA, R.P.T.; REA, M.F.; VENÂNCIO, S.I.; ESCUDER, M.M. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2403-2409, out. 2007.

VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O.; ALMEIDA, J.A.G.; CABRAL, V.A. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.5, p.411-416, set./out. 2004.

- VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.5, p.449-454, set./out. 2003.
- VÍTOLO, M.R.; PATIN, R.V.; VON BULOW, A.C.; GANZERLI, M.; FISBERG, M. Conhecimentos e credences populares de puérperas na prática da amamentação. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.7, n.2, p.132-47, 1994.
- VOLPINI, C.C.A.; MOURA, E.C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.3, p. 311-319, mai-jun. 2005.
- WEIGERT, E.M.L.; GIUGLIANI, E.R.J.; FRANÇA, M.C.T.; OLIVEIRA, L.D.; BONILHA, A.; ESPÍRITO SANTO, L.C.; KÖHLER, C.V.F. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n.4, p.310-316, jul./ago. 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child nutrition**. Geneva: WHO, 2002. 156p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The food and nutrition program**. Geneva: WHO, 2001.
- WRIGHT, C.M.; PARKINSON, K.N.; DREWETT, R.F. Why are babies weaned early? Data from a prospective population based cohort study. **Archives of Disease in Childhood**, London, v.89, n.9, p. 813-816, Sep. 2004
- YALOM, M. **A História do seio**. Lisboa: Teorema, 1997.
- ZINN, B. Supporting the employed breastfeeding mother. **Journal of Midwifery & Women's Health**, Silver Spring, v.45, n.3, p.216-226, May/Jun. 2000.
- ZÚÑIGA, H.P.P; MONTEIRO, C.A. Uma nova abordagem para a ascensão da mortalidade infantil da cidade de São Paulo nos anos 60. In: MONTEIRO, C.A. (org). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: Evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, Nupens; 2000. p.157-72.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Nome da pesquisa: Leite produzido e a satisfação da criança na percepção de nutrizes: relação com as características da mamada e a introdução de alimentos complementares

Pesquisadora: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta pesquisa é compreender como é a prática da amamentação por um grupo de mães, para buscar identificar as dificuldades mais comuns nesta fase inicial de adaptação. Para isso faremos algumas perguntas sobre seus dados pessoais, como é a sua rotina em casa com a alimentação do bebê, ou seja, conhecer como você faz para amamentar seu bebê.

Você pode aceitar ou não participar, e caso aceite, assume-se o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade, assim como garantia que o desenvolvimento da pesquisa não acarretará risco ou desconforto a sua saúde.

A qualquer momento da pesquisa, caso não seja do seu interesse participar da mesma, haverá a possibilidade de retirar este consentimento e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde. Agradecemos a colaboração, e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Com este trabalho será possível melhor planejarmos as orientações e ações oferecidas às mulheres no momento da alta hospitalar, de modo que as mulheres sintam-se mais tranquilas e seguras com sua prática de amamentação, após alta hospitalar.

Caso você queira se comunicar conosco o endereço da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP é Avenida Bandeirantes n. 3900, fone (016) 36023405.

Atenciosamente,

Pesquisadora

Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano
Coordenadora do projeto

Eu, _____,
tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2007.

Assinatura da participante

APÊNDICE B– Termo de consentimento livre e esclarecido para adolescentes

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da pesquisa: Leite produzido e a satisfação da criança na percepção de nutrízes: relação com as características da mamada e a introdução de alimentos complementares

Pesquisadora: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde, contando com a autorização de seu responsável. A intenção desta pesquisa é compreender como é a prática da amamentação por um grupo de mães, para buscar identificar as dificuldades mais comuns nesta fase inicial de adaptação. Para isso faremos algumas perguntas sobre seus dados pessoais, como é a sua rotina em casa com a alimentação do bebê, ou seja, conhecer como você faz para amamentar seu bebê.

Você pode aceitar ou não participar, e caso aceite, assume-se o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade, assim como garantia que o desenvolvimento da pesquisa não acarretará risco ou desconforto a sua saúde.

A qualquer momento da pesquisa, caso não seja do seu interesse participar da mesma, haverá a possibilidade de retirar este consentimento e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde. Agradecemos a colaboração, e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Com este trabalho será possível melhor planejarmos as orientações e ações oferecidas às mulheres no momento da alta hospitalar, de modo que as mulheres sintam-se mais tranquilas e seguras com sua prática de amamentação, após alta hospitalar.

Caso você queira se comunicar conosco o endereço da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP é Avenida Bandeirantes n. 3900, fone (016) 36023405.

Atenciosamente,

Pesquisadora

Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano
Coordenadora do projeto

Eu, _____,
tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2007.

Assinatura da participante

Eu, _____,
autorizo a participação da minha filha na pesquisa.

Assinatura do responsável

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº _____ DATA ____/____/____

Entrevistadora:

Dados Identificação da mãe:

- Nome (iniciais): _____ 1. Data de nascimento? ____/____/____
 2. Cidade onde nasceu _____ Estado ____ 3. () Rural () Urbana
 4. Tipo do domicílio atual: () Casa () Apartamento () Barraco () Cortiço () Favela
 5. O local onde você mora é: () próprio () alugado () cedido () ocupado () Outros: _____
 6. Quantas pessoas moram com você? (apenas as fixas): _____
 7. Até que série/ano você estudou? _____
 8. Qual é a sua ocupação? _____
 9. Qual a renda da família? _____
 10. Qual seu estado civil?
 () Solteira () Casada () União estável () Separada/desquitada/divorciada () Viúva

Dados Obstétricos:

11. Você fez Pré-Natal () Sim () Não 12. Nº de consultas:.....
 13. Local – () UBS e/ou hospital público () consultório /convênio
 14. Número de Gestação..... 15. Número de Paridade.....
 16. Número filhos vivos: _____
 17. Tipo de parto atual : () Normal () Cesárea () Fórceps
 18. Data nascimento criança ----/----/---- 19. Sexo () masc () fem
 20. Nome do hospital _____ cidade _____
 Assinalar se é Hospital Amigo da Criança: () Sim () Não
 21. Local onde a criança está realizando o acompanhamento de Puericultura:
 () UBS/ UBDS/NSF () consultório particular/convênio

Dados referentes a amamentação no hospital

22. Você amamentou pela primeira vez: () sala de parto () quarto () outro local
 23. Registrar quantas horas logo após o parto: _____
 24. No momento da alta hospitalar, como o seu bebê era alimentado? (classifique conforme os indicadores abaixo)
 () aleitamento materno exclusivo () aleitamento materno predominante
 () aleitamento materno + outros leites () aleitamento artificial
 25. Você teve problemas para amamentar?:
 () Sim () Não (**Se não vá para questão 27**)
 26. **Se sim**, você teve problema com:
 a) as mamas () Especificar _____
 b) o bebê () Especificar _____
 c) as mamas e o bebê () Especificar _____
 d) outros () Especificar _____

Vamos falar agora sobre como você está alimentando seu filho, nestes últimos dias em sua casa.

27. O leite materno é o único alimento oferecido?

() sim () não (**Se não, vá para a 37 em diante**)

28. Você oferece o peito conforme:

() livre demanda () Horários controlados

29. Qual o intervalo entre as mamadas? (Anotar em horas) _____

30. Quantas mamadas/ dia ? _____

31. Qual a duração das mamadas em média? (Anotar em minutos)

32. O término da mamada, na maioria das vezes, ocorre:

() Porque a criança larga () você interrompe

33. Qual a sua percepção sobre o esvaziamento da mama após mamada?

() Mama continua cheia ao final da mamada () Mama parece estar vazia e leve ao final da mamada () Retira o bebê antes de sentir a mama esvaziar

34. A cada mamada você oferece:

() Apenas uma mama (**vá para a 36**) () As duas mamas () Alterna as mamas mais de 1 vez

35. Você troca o bebê de peito durante a mamada:

() Antes de sentir a mama esvaziar () Ao sentir a mama esvaziar

() bebê larga o peito () estabelece tempo

36. Você acha que a criança fica satisfeita ao término da mamada? Sim () Não ()
Por quê? (descreva com as palavras da mãe)

Vá para a questão 49 a 52

37. **Se não**, até que idade a criança mamou só leite materno (sem água, chá, outro leite ou alimento)? (Anotar em dias) _____

38. Que outro alimento ou líquido que você está oferecendo? (especificar o tipo de alimento, quando iniciou (em dias de vida da criança), frequência de oferecimento por dia/semana, quantidade e forma de preparo (**água**- com açúcar/sem açúcar, fervida filtrada; **chá e suco** – com açúcar / sem açúcar, diluído; **leite artificial- leite em pó** (fórmula láctea – nan 1 , nestogeno), **leite integral fluido** (com açúcar / sem açúcar, diluído)

Alimento/líquido	Introdução com quantos dias de vida da criança	Frequência por dia/semana	Quantidade oferecida por vez (colher, xícara, copo, mamadeira)	Forma de preparo

39. O que te fez oferecer este (s) alimento(s)? (responder para cada um com as palavras da mãe)

40. Quando você amamentava só no peito, oferecia:

☐ Sob livre demanda ☐ Horários controlados

41. Qual era o intervalo entre as mamadas? (Anotar em horas)_____

42. Quantas mamadas/ dia ?_____

43. Qual a duração das mamadas em média? (Anotar em minutos)

44. O término da mamada, na maioria das vezes, ocorria:

☐ Porque a criança larga ☐ interrompido pela mãe

45. Qual a sua percepção sobre o esvaziamento da mama após mamada?

☐ Mama continuava cheia ao final da mamada ☐ Mama parecia estar vazia e leve ao final da mamada ☐ Retirava o bebê antes de sentir a mama esvaziar

46. A cada mamada você oferecia:

☐ Apenas uma mama (**vá para 48**) ☐ As duas mamas ☐ Alterna as mamas mais de 1 vez

47. Você trocava o bebê de peito durante a mamada:

☐ Antes de sentir a mama esvaziar ☐ Ao sentir a mama esvaziar

☐ bebê larga o peito ☐ estabelece tempo

48. Você acha que a criança ficava satisfeita ao término da mamada? Sim ☐ Não ☐

Por quê? (descreva com as palavras da mãe)

Para todas as mães entrevistadas:

49. Neste período em que você está amamentando, o que você considera ter sido de apoio e/ou de obstáculo a sua amamentação? (descreva com as palavras da mãe)

50. Diante desta experiência, o que você considera que a mulher precisa para poder amamentar? Você teve ou está tendo esta condição? (descreva com as palavras da mãe)

51. O que você acha do leite que você produz? (descreva com as palavras da mãe sua percepção da quantidade e aspecto do leite)

52. Para você, o que é ter uma boa produção de leite? (descreva com as palavras da mãe)

Anexo

ANEXO

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 218/2008

Ribeirão Preto, 18 de setembro de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 109ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de setembro de 2008.

Protocolo: nº 0770/2007

Projeto: LEITE PRODUZIDO E SATISFAÇÃO DA CRIANÇA NA PERCEPÇÃO DE NUTRIZES: RELAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS DA MAMADA E A INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS COMPLEMENTARES.

Pesquisadores: Ana Márcia Spanó Nakano
Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Ana Márcia Spanó Nakano
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP