

# **Conhecimentos de gestantes sobre aleitamento materno, em Centros de Saúde do município de São Paulo**

**Glauce Cirne de Medeiros**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FSP/USP para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de concentração: Nutrição**

**Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sonia Buongiorno de Souza**



**SÃO PAULO**

**2008**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

## DEDICATÓRIA

Ao meu noivo, **Renato**, que me incentivou desde o início e me deu força nos momentos mais “espinhentos”; que me cobre sempre com seu amor e sua atenção; que me fez descobrir o real significado da palavra “amor” e, por isso, fez-me uma pessoa melhor e mais feliz;

A minha querida mãe, **Vilany**, que sempre fez o que podia, e o que não podia, pelos seus quatro filhos; a quem eu serei eternamente grata;

Ao meu pai, **Adelson** (*in memoriam*), que estaria muito orgulhoso nesse momento;

A minha irmã, **Glaucey**, com quem dividi toda a vida acadêmica e muitos outros momentos importantes; “*é uma coisa tão triste...*”; e ao meu cunhado e ex-professor, **Valter**, sempre presente com seu humor singular;

Ao meu irmão, **Glauco**, e a **Ariadna**, que me deram um casal de sobrinhos, a **Rayssa** e o **Vinícius**;

A minha irmã, **Glauciene**, e ao **Fernando**, que me deram mais um casal de sobrinhos, o **Fernandinho** e a **Lais**;

Aos meus sogros, **César** e **Sonia Menin**, que sempre me deram carinho e apoio, desde o momento que começaram a fazer parte da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

**A todas as gestantes, que hoje estão com seus bebês no colo, e dispuseram-se a conversar comigo, muitas vezes me revelando muito mais do que pretendia a entrevista;**

**À querida professora, Sonia Buongiorno de Souza, que me acolheu e orientou prontamente esse trabalho sempre com muita dedicação;**

**Ao professor José Maria Pacheco de Souza, com suas valiosas contribuições na análise estatística;**

**A todos os profissionais de saúde que me receberam nos Centros de Saúde e colaboraram com a captação das gestantes;**

**Ao meu amigo, Glauco Augusto de Souza, pela tradução do resumo.**

***“O leite humano é produzido no peito e na cabeça!”***

(Dr. Marcus Renato. Existe leite fraco? Disponível em:  
<http://www.mulheresdepeito.blogspot.com.br/>. Acesso em: 24/05/2008)

## RESUMO

Medeiros GC. Conhecimentos de gestantes sobre aleitamento materno, em Centros de Saúde do município de São Paulo. São Paulo; 2008. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

**Introdução.** Evidências científicas têm constantemente apontado a importância do aleitamento materno (AM) para a saúde de crianças em todo o mundo. Apesar disso, o desmame precoce ainda tem frequência considerável. Vários fatores têm sido associados ao desmame, dentre eles a falta de conhecimento materno a respeito do processo e da prática da amamentação. **Objetivos.** Verificar conhecimentos de gestantes sobre AM e a associação entre esses conhecimentos com variáveis sócio-demográficas. **Metodologia.** A amostra foi constituída de 360 gestantes, determinada a partir da demanda do pré-natal de quatro Centros de Saúde Escola do município de São Paulo. A investigação foi feita através da aplicação de um questionário pré testado. Um banco de dados, com os resultados dessas variáveis, foi elaborado e analisado através do *software Epi Info versão 3.4.3*. A associação entre as variáveis foi avaliada através do modelo de regressão linear múltipla, com nível de significância  $p < 0,05$  e intervalo com 95% de confiança. **Resultados.** Dos 12 conhecimentos investigados: duração do AM; efeitos do AM na contracepção, na recuperação do peso pré-gestacional, na prevenção do câncer de mama e ovário, na prevenção de doenças da criança; efeito da sucção na lactação; diferença entre a composição do leite materno e as fórmulas lácteas infantis; inexistência de leite materno fraco; não associação entre AM e flacidez mamária; inexistência de alimentos que aumentam ou diminuem a lactação; a média de acertos foi de 5,51 ( $dp=1,87$ ). O maior número de conhecimentos das gestantes associou-se com: ser casada ( $p=0,0074$ ), ter maior idade gestacional ( $p=0,0278$ ), maior número de filhos ( $p=0,0094$ ), maior escolaridade ( $p=0,0004$ ), ter participado de palestra sobre AM ( $p=0,0010$ ) e referir como fonte de conhecimento sobre AM os profissionais de saúde ( $p=0,0107$ ). **Conclusões.** As gestantes apresentaram, aproximadamente, metade dos conhecimentos corretos sobre AM. Sugere a necessidade de realização de um pré-natal de qualidade, tendo em vista que é nesse tipo de serviço que as gestantes adquirem esses conhecimentos. Maior atenção deveria ser dada às gestantes com menor escolaridade, nulíparas e que estejam no início da gestação.

**Descritores:** Aleitamento Materno. Amamentação. Conhecimentos. Gestantes.

## ABSTRACT

Medeiros GC. Conhecimentos de gestantes sobre aleitamento materno, em Centros de Saúde do município de São Paulo./ Knowledge of breastfeeding among pregnant women at São Paulo (Brazil) primary health care units [dissertation]. São Paulo (Brasil): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.

**Introduction:** Scientific evidence has constantly indicated the importance of breastfeeding (BF) to children's health all over the world. However, early weaning still persists with considerable frequency. Several reasons have been associated to such early weaning, one of them being the lack of knowledge about the breastfeeding process and practice. **Objectives:** To determine pregnant women's knowledge about BF and test association between such knowledge and the various socio-demographic variables of the mothers. **Methodology:** The sample consisted of 360 pregnant women, the point of departure of which was determined by the prenatal care program demand at four São Paulo primary health care units. The investigation was carried out through a questionnaire. A data bank was compiled with the results of such variables and analysed by software Epi Info version 3.4.3. The variables association was assessed using the multivariate linear regression, with level significance  $p < 0,05$  and CI=95%. **Results:** Of the 12 knowledges investigated: BF duration, BF effects on contraception, on earlier return to prepregnancy weight, on breast and ovarian cancer prevention, on child illness prevention, suction effects on lactation, difference between human milk and other baby milk compositions, weak human milk inexistence, disassociation between BF and mammary flaccidity, inexistence of foods which can increase or decrease lactation; the average correct matches was 5,51 (sd=1,87). A higher level of knowledge was associated with: being married ( $p=0,0074$ ), being an longer gestational age ( $p=0,0278$ ), larger number of children ( $p=0,0094$ ), better education ( $p=0,0004$ ), having attended talks on BF ( $p=0,0010$ ), and referring to health area professionals as source of information about BF ( $p=0,0107$ ). **Conclusion:** The pregnant woman have presented, approximately, a half of corrects knowledge about BF. Such results suggest the need for a good quality prenatal, bearing in mind that it is during this process that pregnant women become aware of breastfeeding, as well as other health issues. More attention should be paid to poorly educated mothers, those who have never given birth before, and those who are in the beginning of pregnancy.

**Keywords:** Breastfeeding. Knowledge. Pregnant women.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1) Aleitamento Materno: Conceitos e Importância .....	1
1.2) Evolução do Aleitamento Materno e Políticas Públicas no Brasil .....	5
1.3) Duração e Frequência do Aleitamento Materno .....	8
1.4) Razões para o Desmame Precoce .....	12
1.5) O Pré-natal e o Aleitamento Materno .....	16
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>21</b>
3.1) Delineamento e amostra .....	21
3.2) Locais do estudo.....	21
3.2.1) CSE Vila Mariana	
3.2.2) CSE Barra Funda	
3.2.3) CSE Pinheiros	
3.2.4) CSE Butantã	
3.3) Coleta de Dados .....	30
3.3.1) Coleta de dados piloto	
3.4) Variáveis Estudadas.....	32
3.4.1) Variáveis Independentes: sócio-demográficas e relativas à gestação.....	33
3.4.2) Variáveis Dependentes: conhecimentos sobre aleitamento materno .....	36
3.5) Análise dos Dados .....	38
3.6) Considerações Éticas .....	40
3.7) Cronograma de Atividades do Mestrado .....	42
3.8) Orçamento do estudo .....	43
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
4.1) Características sócio-demográficas e relativas à gestação.....	44
4.2) Conhecimentos sobre aleitamento materno .....	53
4.3) Variáveis associadas aos conhecimentos sobre aleitamento materno .....	61

	Pág.
<b>5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>68</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO 1: Termos de Concordância dos CSEs .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO 2: Cartão da Gestante SES-SP .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO 3: Questionário.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO 5: Parecer do Comitê de Ética da FSP/USP .....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO 6: Parecer do Comitê de Ética da Santa Casa – SP .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO 7: Folha de Rosto do CONEP .....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO 8: Termo de Responsabilidade da Pesquisadora .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO 9: Saídas do Epi Info: Regressões Lineares Simples .....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO 10: Saída do Epi Info: Regressão Linear Múltipla .....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO 11: Apresentação do Currículo Lattes: orientando e orientador .....</b>	<b>128</b>

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- AM = Aleitamento Materno**
- AME = Aleitamento Materno Exclusivo**
- BLH = Banco de Leite Humano**
- CNES = Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**
- CSE = Centro de Saúde Escola**
- DUM = Data da Última Menstruação**
- FSP = Faculdade de Saúde Pública**
- IG = Idade Gestacional**
- IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança**
- INAN = Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição**
- NBCAL = Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes**
- OMS = Organização Mundial da Saúde**
- PCSP = Prefeitura da Cidade de São Paulo**
- PNIAM = Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**
- PSF = Programa de Saúde da Família**
- SISVAN = Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**
- SUS = Sistema Único de Saúde**
- UNICEF = Fundo das Nações Unidas para a Infância**
- USP = Universidade de São Paulo**

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

	Pág.
<b>QUADRO 1:</b> Frequências (%) de aleitamento materno de crianças com até 6 meses de vida, segundo países da Europa (WHO, 2007b) .....	8
<b>QUADRO 2:</b> Mediana de duração de aleitamento materno, segundo países da América Latina (PAHO, 2007).....	9
<b>QUADRO 3:</b> Correspondência entre a nomenclatura utilizada na entrevista e a nomenclatura utilizada na análise do estudo para a obtenção da variável “ <i>escolaridade</i> ” das gestantes .....	34
<b>QUADRO 4:</b> Respostas consideradas corretas, segundo variáveis/afirmativas avaliadas pelas gestantes dos 4 CSEs.....	37
<b>TABELA 1:</b> Dados sócio-demográficos, segundo as subprefeituras estudadas do município de São Paulo (SEADE, 2008) .....	24
<b>TABELA 2:</b> Resultados da regressão linear simples entre o número de conhecimentos corretos e as variáveis quantitativas das gestantes (n = 360), São Paulo – SP, 2008 .....	61
<b>TABELA 3:</b> Resultados da regressão linear simples entre o número de conhecimentos corretos e as variáveis qualitativas das gestantes (n = 360), São Paulo – SP, 2008 .....	62
<b>TABELA 4:</b> Resultados da regressão linear múltipla entre o número de conhecimentos corretos e as variáveis independentes das gestantes (n = 360), São Paulo – SP, 2008 .....	63

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<b>FIGURA 1:</b> Evolução na duração mediana de aleitamento materno no Brasil 1975, 1989, 1996 e 1999 (SENA <i>et al</i> , 2007a) .....	10
<b>FIGURA 2:</b> Mapa das Subprefeituras e dos Distritos do Município de São Paulo 2004 (SEADE, 2008).....	23
<b>FIGURA 3:</b> Mapa da Subprefeitura Vila Mariana (PCSP, 2008c).....	25
<b>FIGURA 4:</b> Mapa da Subprefeitura Lapa (PCSP, 2008e).....	27
<b>FIGURA 5:</b> Mapa da Subprefeitura Pinheiros (PCSP, 2008g).....	28
<b>FIGURA 6:</b> Mapa da Subprefeitura Butantã (PCSP, 2008i).....	30
<b>FIGURA 7:</b> Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo faixa etária (anos), São Paulo – SP, 2008 (n = 360).....	44
<b>FIGURA 8:</b> Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo naturalidade (Estados e regiões), São Paulo – SP, 2008 (n = 360).....	45
<b>FIGURA 9:</b> Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo faixas de escolaridade (anos completos), São Paulo – SP, 2008 (n = 360).....	45
<b>FIGURA 10:</b> Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo número de filhos, São Paulo – SP, 2008 (n = 360).....	47
<b>FIGURA 11:</b> Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo estado marital, São Paulo – SP, 2008 (n = 360).....	48
<b>FIGURA 12:</b> Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo trabalho extradomiciliar, São Paulo – SP, 2008 (n = 360).....	48
<b>FIGURA 13:</b> Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo faixas de renda <i>per capita</i> mensal (nº de salários mínimos, São Paulo – SP, 2008 (n = 360).....	49
<b>FIGURA 14:</b> Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo faixas de idade gestacional (IG) (semanas), São Paulo – SP, 2008 (n = 360).....	50
<b>FIGURA 15:</b> Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo participação em palestra sobre aleitamento materno, São Paulo – SP, 2008 (n = 360) .....	51

Pág.

**FIGURA 16:** Fonte de conhecimento sobre aleitamento materno, segundo nº de citações das gestantes dos 4 CSEs, São Paulo – SP, 2008 ..... 51

**FIGURA 17:** Frequência (%) de acertos das gestantes dos 4 CSEs, segundo conhecimentos sobre aleitamento materno, São Paulo – SP, 2008..... 54

**FIGURA 18:** Alimentos que aumentam a lactação, segundo número de citações das gestantes dos 4 CSEs, São Paulo – SP, 2008..... 59

# 1. INTRODUÇÃO

---

---

## 1.1) Aleitamento Materno: Conceitos e Importância

O aleitamento materno é incomparavelmente a melhor forma de suprir a alimentação de crianças recém-nascidas, garantindo o crescimento e desenvolvimento saudáveis (AKRÉ, 1997). Por isso, é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças de todo o mundo (WHO, 2003).

A falta de aleitamento materno – especialmente o aleitamento materno exclusivo, durante a metade do primeiro ano de vida – é importante fator de risco para a morbimortalidade na infância (WHO, 2003).

O leite de mamíferos é espécie-específico e qualquer outra forma de alimento substituto terá composição bastante diferente do leite (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005). A comparação entre leite humano e leite de vaca é inapropriada, tendo em vista as diferenças estruturais e qualitativas de proteínas, gorduras e biodisponibilidade de minerais. A proteção imunológica conferida ao bebê, impossível de ser alcançada por outro tipo de alimento, é a qualidade proeminente do leite materno (AKRÉ, 1997).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado *aleitamento materno exclusivo* (AME) o processo em que a criança alimenta-se apenas de leite humano, da sua própria mãe ou doadora, sem uso de qualquer outro alimento ou bebida, podendo fazer uso de suplementos nutricionais e medicamentos (WHO, 2002). Esse tipo de alimentação deve ser mantido até o sexto mês de vida (180 dias) e, juntamente com a alimentação complementar, até os 2 anos de idade ou mais (WHO, 2003). Por outro lado, a Associação Americana de Dietética (ADA) (JAMES e DOBSON, 2005) recomenda o aleitamento materno, juntamente com os alimentos complementares adequados, até pelo menos o primeiro ano de vida da criança, para a população dos Estados Unidos.

A OMS (WHO, 1991) ainda orienta os estudos que avaliam a duração do aleitamento materno, definindo outras formas de aleitamento. *Aleitamento materno predominante*, no qual o leite humano é a fonte predominante de alimentação do lactente, podendo ainda fazer uso de líquidos, como água, chás, sucos de frutas, soro de reidratação, suplementos nutricionais e medicamentos. É denominado *aleitamento materno completo* a

combinação das formas exclusiva e predominante do aleitamento materno. Além desses conceitos, o termo *aleitamento materno* refere-se à prática da amamentação ao seio, independentemente da introdução de quaisquer outras formas de líquidos ou alimentos.

Evidências científicas têm constatado os benefícios do aleitamento materno a curto e longo prazos (WHO, 2007). Esses benefícios referem-se a questões não só relacionadas à saúde – nutricional, imunológica, psicológica – , mas também de ordem social, econômica e ambiental (WHO, 2007a; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005; JAMES e DOBSON, 2005). Vale salientar que, dentre esses benefícios, há maior destaque, tanto na prática clínica, quanto na literatura, para aqueles atribuídos à saúde da criança, ficando a mulher em segundo plano (REA, 2004).

O leite materno é um alimento nutricionalmente adequado também para os recém nascidos prematuros (LUCAS *et al*, 1998; SCHANLER *et al*, 1999; BIER *et al*, 2002; BLAYMORE-BIER *et al*, 2002; NASCIMENTO e ISSLER, 2003, 2004; SINGHAL *et al*, 2004) e/ou com baixo peso ao nascer (HYLANDER *et al*, 1998; SMITH *et al*, 2003).

Baseado nas propriedades imunológicas e anti-inflamatórias que a composição do leite materno contempla (AKRÉ, 1997), a amamentação de lactentes e crianças pequenas está associada à diminuição da incidência ou severidade de doenças, como:

- diarreias (HOWIE *et al*, 1990; POPKIN *et al*, 1990; BEAUDRY *et al*, 1995; DEWEY *et al*, 1995; BHANDARI *et al*, 2003; KRAMER *et al*, 2001, 2003);
- infecções respiratórias (WRIGHT *et al*, 1989; HOWIE *et al*, 1990; LOPEZ-ALARCON *et al*, 1997; ODDY *et al*, 1999; GDALEVICH *et al*, 2001);
- otite média (DUNCAN *et al*, 1993; OWEN *et al*, 1993; PARADISE *et al*, 1994; BEAUDRY *et al*, 1995; DEWEY *et al*, 1995; MONOBE *et al*, 2003);
- enterocolite necrotizante (LUCAS e COLE, 1990; SCHANLER *et al*, 1999);
- asma (CHAN-YEUNG *et al*, 2000; GDALEVICH *et al*, 2001);
- alergias (LUCAS e COLE, 1990; SAARINEN e KAJOSAARI, 1995);
- anemia (OSÓRIO, 2002; ASSIS *et al*, 2004; SZARFARC *et al*, 2004; SPINELLI *et al*, 2005);
- má oclusão dentária (PALMER, 1998; NEIVA *et al*, 2003; PERES *et al*, 2007);
- morte súbita infantil (FORD *et al*, 1993; MOSKO *et al*, 1997; MCVEA *et al*, 2000);

- diabetes tipo 2 (PETTIT *et al*, 1997; SINGHAL *et al*, 2004; OWEN *et al*, 2006);
- sobrepeso e obesidade (DEWEY *et al*, 1993a; KRIES *et al*, 1999; FISHER *et al*, 2000; GILLMAN *et al*, 2001; SINGHAL *et al*, 2002; STETTLER *et al*, 2002; TOSCHKE *et al*, 2002; GRUMMER-STRAWN e MEI, 2004).

Além da prevenção de doenças na infância, ainda tem sido apontado o efeito protetor do aleitamento materno contra doenças na vida adulta, como: sobrepeso/obesidade, hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes tipo 2 (WHO, 2007a).

O aleitamento materno também tem sido relacionado com melhora do desenvolvimento cognitivo da criança (HORWOOD e FERGUSON, 1998; LUCAS *et al*, 1998; ANDERSON *et al*, 1999; JACOBSON *et al*, 1999; BIER *et al*, 2002; MORTENSEN *et al*, 2002; SMITH *et al*, 2003), o que vai contribuir para o melhor desempenho na performance escolar, refletindo mais tarde na sua vida profissional (WHO, 2003).

Além da presença no leite materno de fatores de proteção contra doenças da criança, a amamentação evita riscos de contaminação no preparo de alimentos lácteos e de diluições inadequadas, que interferem no crescimento das crianças, levando ao ganho de peso insuficiente ou sobrepeso (MINISTÉRIO DA SAÚDE e OPAS, 2002). Estudos em países em desenvolvimento mostraram que a introdução de papas de frutas para os menores de 6 meses, que ainda estão sendo amamentados, faz reduzir o consumo de leite materno, tendo como consequência um aporte energético total menor (COHEN *et al*, 1994; HAIDER *et al*, 1996). Por outro lado, em Campinas (SP), o aporte energético médio foi adequado para as crianças em aleitamento materno exclusivo e acima do recomendado para crianças em amamentação complementada ou desmamadas (NEJAR *et al*, 2004).

Em contraste com o avanço do conhecimento sobre o papel da amamentação e do leite humano para a saúde da criança, sabe-se menos acerca dos benefícios do aleitamento materno para a mulher que amamenta. Não é ampla a literatura sobre os benefícios da amamentação para a saúde da mulher (REA, 2004). Sabe-se que há uma relação positiva entre amamentar e apresentar menos doenças como o câncer de mama (CHILVERS, 1993; HARDY *et al*, 1993; ROMIEU *et al*, 1996; OLAYA-CONTRERAS *et al*, 1999; TRYGGVADOTTIR *et al*, 2001; COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL..., 2002; TESSARO *et al*, 2003), certos tipos de cânceres de ovário

(ROSENBLATT e THOMAS, 1993; RIMAN *et al*, 2002; TUNG *et al*, 2003), certas fraturas ósseas (CUMMING e KLINEBERG, 1993; KALKWARF e SPECKER, 1995; MICHAELSSON *et al*, 2001).

Alguns estudos apontam a associação entre o aleitamento materno e a amenorréia pós-parto e, conseqüentemente, maior espaçamento intergestacional (GRAY *et al*, 1990; SAADEH e BENBOUZID, 1991; KENNEDY e VISNESS, 1992; KENNEDY e KOTELCHUCK, 1998; DEWEY *et al*, 2001). Estudos demonstraram que mulheres amenorréicas, amamentando exclusiva ou predominantemente nos 6 primeiros meses após o parto, têm 98% de proteção contra gravidez; e que mesmo após o 6º mês, o risco de gravidez não passa de 10% (DANKO *et al*, 1991; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

A mulher que amamenta tem menos sangramento uterino no pós-parto, o que diminui também o risco de anemia (LABBOK, 2001), e retorna precocemente ao peso pré-gestacional (DEWEY *et al*, 1993b; ABUSABHA e GREENE, 1998; MOTIL *et al*, 1998; GIGANTE *et al*, 2001; ROONEY e SCHAUBERGER, 2002).

As vantagens psicológicas do aleitamento materno são sempre mais difíceis de serem definidas e documentadas do que os benefícios nutricionais e imunológicos, embora sejam igualmente importantes. Segundo EUCLYDES (2000, p.284), a amamentação estabelece um contato íntimo, físico e emocional entre mãe e filho. Esta intimidade não só fortalece o instinto maternal como também o vínculo afetivo que existirá entre ambos durante o resto de suas vidas, sem contar que torna a separação pós-parto mais gradual, facilitando assim a adaptação da criança ao novo ambiente. A ligação emocional mais forte e precoce pode facilitar o desenvolvimento da criança e seu relacionamento com outras pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, p.25). Algumas mulheres relatam aumento da auto-estima e da competência feminina, com base no fato de serem capazes de alimentar seu filho e no bem-estar que podem proporcionar a ele com esse ato (EUCLYDES, 2000, p.290). Se a mãe utilizar mamadeira é mais fácil deixar a criança para alguém alimentar ou deixar que ela se alimente sozinha. Desse modo, ela pode receber menos afeição e estímulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, p.26).

O aleitamento materno ainda gera significantes benefícios econômicos para a família e sociedade (BALL e WRIGHT, 1999; WEIMER, 2001; ARAÚJO *et al*, 2004). Essa economia é de grande importância em países em desenvolvimento, onde grande parte da população pertence aos níveis sócio-econômicos mais baixos (MINISTÉRIO DA SAÚDE e OPAS, 2002). Amamentar evita gastos na compra de fórmulas lácteas e utensílios

(mamadeiras, bicos, escovas para limpeza, etc.) (MONTGOMERY e SPLETT, 1997; BALL e WRIGHT, 1999). Além disso, a criança que mama no peito adoece menos, o que diminui gastos com internações hospitalares e remédios (MONTGOMERY e SPLETT, 1997; WEIMER, 2001), e diminui o absenteísmo dos pais ou responsáveis no trabalho (ESCOBAR e VALENTE, 2008, p.61; COHEN *et al*, 1995).

No Brasil são raros os estudos que contabilizam os custos que a alimentação artificial de lactentes pode gerar. Em um estudo realizado em Brasília, comparando o custo da alimentação complementar da nutriz, mais o custo de fórmulas lácteas infantis ou leite de vaca para a nutrição do bebê, por 6 meses, verificou-se que acrescentar na dieta da mãe alimentos do seu consumo habitual significa, em média, 8,7% do salário mínimo acumulado nesse período. Em contrapartida, gastam-se aproximadamente 35% do salário mínimo na alimentação do bebê com fórmulas infantis e 11% com leite de vaca tipo C (ARAÚJO *et al*, 2004).

O USDA (*United States Department of Agriculture*) estima que pelo menos 3,6 bilhões de dólares seriam economizados pelos serviços de saúde dos Estados Unidos se as freqüências de aleitamento materno no país aumentassem de 29 para 50% em crianças de até 6 meses de idade (WEIMER, 2001).

Economizar com o aleitamento materno ainda contribui para a saúde ambiental, uma vez que o leite materno é uma fonte natural e renovável de alimentação, diminuindo o uso de energia e poluição durante o processamento, transporte, armazenamento e propagandas de fórmulas e utensílios para alimentação artificial (RADFORD, 2008).

## **1.2) Evolução do Aleitamento Materno e Políticas Públicas no Brasil**

Apesar dos benefícios atribuídos à prática do aleitamento materno, verificou-se grande declínio dessa prática no final do século XIX, em todo o mundo, no auge da Revolução Industrial. No Brasil, esse fenômeno esteve relacionado às transformações sócio-econômicas ocorridas no início do século XX. Essas mudanças promoveram a urbanização das cidades, transformando o núcleo familiar, com a entrada da mulher no mercado de trabalho. Com a industrialização vieram os substitutos do leite materno (ALMEIDA, 1999). Essas transformações sócio-econômicas tiveram reflexo na saúde das crianças,

especialmente com o aumento da mortalidade decorrente da desnutrição e de doenças infecciosas (SIGULEM e TUDISCO, 1980).

Nas décadas anteriores aos anos 70, a mediana de duração do aleitamento materno girava em torno de 2,5 meses (VENANCIO e MONTEIRO, 1998). Em 1981, nas áreas metropolitanas de São Paulo e Recife, essa mediana era de 2,8 e 2,4 meses, respectivamente (BERQUÓ *et al*, 1984). Antes dos anos 80 vigorava a falta de incentivo ao aleitamento materno feito pelos próprios pediatras, que recomendavam o uso de fórmulas lácteas infantis. Além disso, o governo dificultava a prática do aleitamento natural, com seus programas de distribuição gratuita de leite (REA, 2003). Então, em 1979, representantes da OMS (Organização Mundial de Saúde) reuniram-se com o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e elaboraram o *Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno* (aprovado em 1981), a fim de frear o *marketing* das empresas de fórmulas lácteas infantis (ARAÚJO *et al*, 2006). O reflexo desse encontro, no Brasil, foi a criação do PNIAM (Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno), em 1981, com a atuação do INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição) e do UNICEF. O PNIAM provocou a mobilização política em prol do aleitamento materno, atingindo os profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

O grupo IBFAN (*International Baby Food Action Network*) começa a atuar no Brasil, em 1983, na tentativa de frear o *marketing* da Nestlé, empresa que monopolizava o comércio de fórmulas lácteas (REA, 2003).

Já em 1986, a mediana de duração da amamentação aumentou, passando de 2,9 a 4,2 meses na Grande São Paulo e, de 2,2 a 3,5 meses, na Grande Recife. Depois disso, foram feitas campanhas em vários tipos de mídia, com o slogan: “*Dê o seio ao seu filho pelo menos durante os seis primeiros meses*”. Várias entidades juntaram-se a essa campanha: CNBB (Confederação Nacional de Bispos do Brasil), MOBRAL (Movimento Brasileiro de Alfabetização) e LBV (Legião da Boa Vontade). Nessa ocasião, a Portaria sobre Alojamento Conjunto é lançada, determinando que as maternidades integrantes da previdência social deveriam oferecer leitos em que as parturientes ficassem com seus recém-nascidos. Até então, os recém-nascidos eram separados de suas mães, era freqüente a administração de soro glicosado, a amamentação tinha horários fixos e era feita complementação da alimentação com mamadeiras (BERQUÓ *et al*, 1984).

Sabendo-se que no Brasil, 90% das mães iniciavam a amamentação, uma segunda campanha pelos meios de comunicação em massa foi feita, usando o slogan:

“*Amamentação: continue; toda mulher pode*”. Em 1985, inicia-se a implantação dos Bancos de Leite Humano (BLHs) pela Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro (REA, 2003).

Em 1988, foi criada a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), estabelecidas as normas de funcionamento dos BLHs, e a Constituição brasileira incluiu o direito à licença maternidade de 4 meses, para a mãe trabalhadora, e a licença paternidade, de 5 dias, para o pai (REA, 2003).

Em 1989, a OMS e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) lançam os chamados “*Dez passos para o sucesso do aleitamento materno*”, que são as dez ações que as maternidades deveriam seguir para incentivar o aleitamento materno (WHO, 1998).

Em 1990, a OMS e o UNICEF, realizaram um encontro, onde foi assinada a *Declaração de Innocenti*, com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno em todo o mundo (UNICEF, 2008).

No Brasil, em 1991, foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o objetivo de mudar as rotinas hospitalares, baseando-se no cumprimento dos “*Dez passos para o sucesso do aleitamento materno*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a). Então, em 1996, o crescimento desses hospitais foi bastante acelerado. Porém, em 2000, o Ministério da Saúde incluiu como requisito para os hospitais tornarem-se IHAC a diminuição dos partos cirúrgicos. Foi quando declinou o credenciamento dos hospitais IHAC. Mesmo assim, a mediana de duração do aleitamento materno chegou a 10 meses, em 1999, nas capitais do Brasil, exceto Rio de Janeiro, que não participou do estudo (REA, 2003).

Entre 2000 e 2001 a NBCAL é revista, o número de Hospitais Amigos da Criança chega a 250 em todo o país e o número de BLHs chega a 150. A coleta de leite materno passa a contar com a ajuda do Corpo de Bombeiros e dos Correios, através do projeto Bombeiro e Carteiro Amigo (REA, 2003).

Em 2002, a OMS reviu as metas da *Declaração de Innocenti* e elaborou a Estratégia Global sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena, visando a atingir a recomendação de aleitamento materno exclusivo, até os 6 meses de idade (180 dias), e aleitamento materno com alimentação complementar adequada, até os 2 anos ou mais (WHO, 2003).

Foi aprovado, em 2007, o projeto de lei de 2005, que prevê a ampliação do período da licença maternidade, de 120 para 180 dias, nas empresas que aderirem ao Programa Empresa Cidadã, mediante concessão de incentivos fiscais (BRASIL, 2007).

A proposta atual do Ministério da Saúde é implantar a Iniciativa Unidades Básicas Amigas da Amamentação (IUBAAM) nos ambulatórios que fazem atenção primária à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b); aperfeiçoar o Método Mãe Canguru, que tem o objetivo de substituir a incubadora nas unidades hospitalares neonatais, uma vez que é favorecido o maior contato entre o recém-nascido e o calor gerado pelo corpo da mãe (TOMA, 2003).

### 1.3) Duração e Frequência do Aleitamento Materno

Para comparar os estudos que avaliam a frequência e duração do aleitamento materno é necessário levar em consideração três aspectos: o tipo de aleitamento (exclusivo, predominante, completo), a forma de medida (proporção, mediana) e a idade da criança amamentada.

Nos países da Europa verifica-se uma tendência ao aumento da frequência do aleitamento materno ou pelo menos manutenção dos valores (WHO, 2007b). No QUADRO 1, encontram-se as frequências de aleitamento até os 6 meses de vida, de alguns países europeus, segundo o banco de dados da OMS. Os dados referem-se aos primeiros e últimos estudos disponíveis (WHO, 2007b).

**QUADRO 1: Frequências (%) de aleitamento materno de crianças com até 6 meses de vida, segundo países da Europa (WHO, 2007b)**

<b>País europeu</b>	<b>% (Primeiro ano disponível)</b>	<b>% (Último ano disponível)</b>
Espanha	33,2 (1995)	44,9 (2001)
Finlândia	14,0 (1976)	60,0 (2005)
Holanda	27,0 (1990)	28,4 (2006)
Hungria	12,7 (1980)	54,9 (2006)
Itália	37,8 (2000)	40,4 (2005)
Portugal	25,9 (1982)	34,3 (1999)
Reino Unido	22,0 (1985)	21,0 (2000)
República Tcheca	9,0 (1993)	40,9 (2006)
Suécia	25,0 (1985)	72,0 (2005)

No Japão, onde a frequência de AME chegava a 70%, no primeiro mês de vida na década de 50, passou para 31,7%, entre as décadas de 60 e 70 e, nos anos 90, foi para 45%. Dados de crianças nascidas em 2001, indicaram que a frequência de AME até o 6º mês foi igual a 21% (KANEKO *et al*, 2006).

Comparando os anos 60 com os anos 80, houve um significativo declínio na frequência de aleitamento em Taiwan. A taxa de iniciação de aleitamento era de 94,5%, em 1960, e passou para 30,8%, em 1989 (LIN *et al*, 2008). Uma pesquisa nacional, realizada em 2003, encontrou uma frequência de aleitamento materno exclusivo igual a 16,7%, em crianças aos 3 meses de idade (CHIEN *et al*, 2005).

A prevalência de aleitamento materno nos Estados Unidos é mais baixa que em outros países (JAMES e DOBSON, 2005). A frequência de aleitamento de crianças com 6 meses de idade passou de 32,6 para 41,5%, entre 1999 e 2004, respectivamente (CDC, 2004).

A maioria das mulheres latino-americanas amamentam seus filhos e fazem isso por um período relativamente longo. Mas essa frequência ainda está longe de ser a ideal (PAHO, 2007). No QUADRO 2, encontram-se as medianas de duração (meses) de aleitamento materno em países da América Latina (PAHO, 2007).

**QUADRO 2: Mediana de duração de aleitamento materno, segundo países da América Latina (PAHO, 2007)**

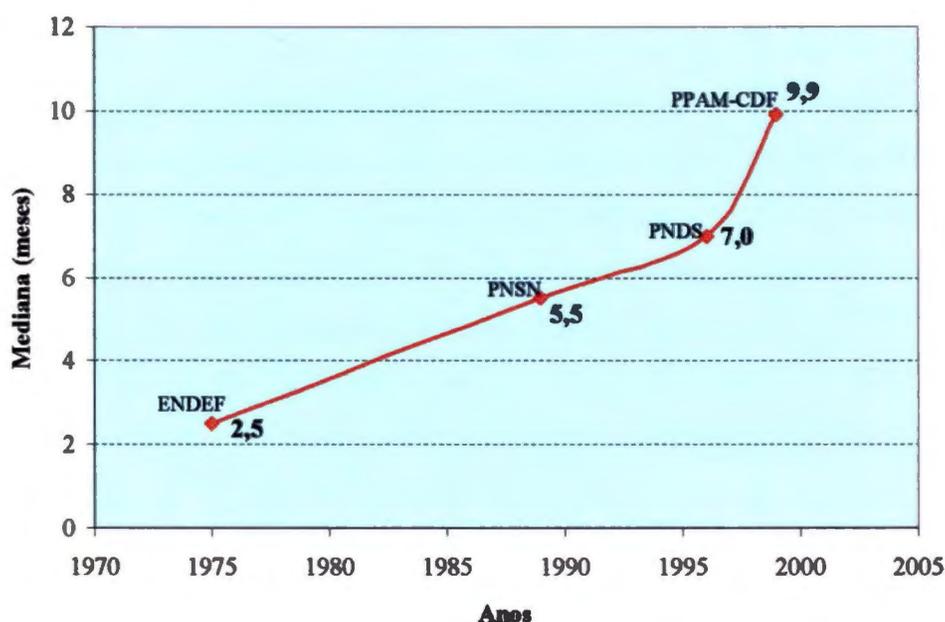
<b>País Latino-americano</b>	<b>Ano</b>	<b>Mediana de aleitamento materno (meses)</b>
República Dominicana	2002	6,6
México	1999	9,0
Brasil*	1999	9,9
Equador	1999	15,5
Colômbia	2005	16,3
Honduras	2001	17,6
Nicarágua	2001	17,6
Haiti	2000	18,5
El Salvador	2002/2003	19,2
Bolívia	2003	19,6
Peru	2005	19,6
Guatemala	2002	20,5

\* Dado da PPAM-CDF – Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (SENA *et al*, 2007b)

No Brasil, dados de quatro grandes estudos brasileiros (ENDEF – 1974/75, PNSN – 1989, PNDS – 1996 e PPAM-CDF – 1999), mostram um aumento da prática da amamentação. Enquanto, na década de 70, metade das crianças brasileiras mamavam até 2,5 meses de vida, em 1999, essa duração passou para quase 10 meses (SENA *et al*, 2007a). No entanto, mesmo com tendência ascendente, a frequência e duração do aleitamento materno no Brasil ainda estão aquém do recomendado pela OMS. Apesar de a maioria das mulheres (96%) iniciar a amamentação de seus bebês, a queda das taxas de aleitamento materno é progressiva a partir dos primeiros meses de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE e OPAS, 2002).

A FIGURA 1 mostra a evolução da duração mediana do aleitamento materno no Brasil.

**FIGURA 1: Evolução na duração mediana de aleitamento materno no Brasil – 1974/75, 1989, 1996 e 1999 (SENA *et al*, 2007a)**



Comparando as frequências de aleitamento materno entre as capitais das 5 grandes regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-oeste e Sul, a região Sul foi a que indicou menores frequências em todas as faixas de idade das crianças avaliadas. Aos 6 meses, 76,7% das crianças eram amamentadas na região Norte, 73,1% na região Centro-oeste, 64,8% na região Nordeste, 62,6% na região Sudeste e 60,8% na região Sul, apresentando, o Brasil, uma frequência de 68,6% de aleitamento materno, nessa faixa etária (SENA *et al*, 2007b).

Um estudo realizado em Porto Alegre (RS), comparando a frequência de aleitamento materno exclusivo ao final do quarto mês de vida da criança, entre 1987 e 1994, constatou que não houve diferença entre os dois períodos, sendo de 63,9% e 61,0%, respectivamente (KUMMER *et al*, 2000). Em Pelotas (RS), HORTA *et al* (2007), estudando a amamentação de crianças entre 1995 e 2001, verificaram que a mediana de duração de aleitamento materno foi de 4,7 meses e que apenas 35,5% das crianças mamavam aos 6 meses de idade.

Comparando duas capitais brasileiras – Florianópolis e João Pessoa – a frequência de AME em menores de 4 meses de idade foi bem diferente: 46,3% e 23,9%, respectivamente KITOKO *et al*, 2000).

Em Ouro Preto (MG), a duração mediana do AM foi de 198 dias e de AME igual a apenas 17 dias (PASSOS *et al*, 2000).

Em se tratando das capitais brasileiras, Belém (PA) foi a cidade que apresentou maior duração mediana de aleitamento materno (18,9 meses), enquanto São Paulo (SP) ficou na penúltima posição (6 meses) (SENA *et al*, 2007a).

Em um estudo, abrangendo 84 municípios do Estado de São Paulo, verificou-se que a frequência de AME em menores de 4 meses apresentou ampla variação nos municípios estudados, sendo evidenciados valores de 0% (Altair, Álvaro de Carvalho, Arco Íris, Embaúba, Júlio Mesquita, Mariápolis, Oscar Bressane, Queiroz, Salmorão e Vista Alegre Alto) a 54% (Pedro de Toledo). Mesmo dentro de uma mesma região, a frequência de amamentação exclusiva não se mostrou homogênea: entre 2,7% e 45% na região de Sorocaba; entre 0% e 21,8% na região de Marília; e entre 0% e 30,6% na região de Barretos. No total, o aleitamento materno exclusivo, nos primeiros quatro meses raramente alcançou índices superiores a 30% (VENANCIO *et al*, 2002).

Em Campinas, a mediana de duração de aleitamento materno exclusivo foi de 2,7 meses, referente ao ano de 2000 (NEJAR *et al*, 2004).

No município de São Paulo, a duração do aleitamento materno foi de 28 dias, em 1973/74 (SIGULEM e TUDISCO, 1980), de 89,4 dias em 1981 (BERQUÓ *et al*, 1984) e de 109,25 dias em 1984/85 (MONTEIRO *et al*, 1987). Em um Centro de Saúde Escola do município de São Paulo, a mediana de duração do aleitamento materno foi de 84 dias (ISSLER *et al*, 1989). Uma pesquisa, posterior, abrangendo este e mais 3 Centros de Saúde Escola encontrou uma prevalência de aleitamento materno exclusivo de 42,2% entre as crianças de até 3 meses de idade (SOUZA *et al*, 1999).

Entre 1998 e 1999, a mediana de duração do AM foi de 205 dias e de AME de 23 dias entre crianças nascidas em um hospital universitário do município de São Paulo (BUENO *et al*, 2003).

Se no Brasil, em 1975, uma em cada duas mulheres amamentava seus filhos apenas até o segundo ou terceiro mês de vida, no último inquérito de 1999, uma em cada duas mulheres amamentava até cerca de dez meses. Esse aumento, em 25 anos, pode tanto ser pensado como um sucesso, como pode ser visto como algo que poderia estar muito melhor se todas as atividades que se realizaram no país tivessem sido mantidas, avaliadas, corrigidas, bem coordenadas, melhoradas (REA, 2003).

#### **1.4) Razões para o desmame precoce**

Embora o valor do leite materno para a saúde da criança e o seu benefício econômico para o país sejam inquestionáveis, a amamentação ainda não ocorre de forma adequada, sendo interrompida precocemente (PERCEGONI *et al*, 2002). As frequências de aleitamento materno no Brasil ainda são baixas, apesar dos inquéritos nacionais indicarem uma tendência ascendente (ESCOBAR e VALENTE, 2008, p.62).

A prática da amamentação, assim como todas as práticas alimentares, está inserida em um conjunto mais amplo de concepções, que envolvem, além do conhecimento, as crenças e os tabus (MINISTÉRIO DA SAÚDE e OPAS, 2002). Quando o aleitamento materno é fortemente inserido na cultura de um povo ou região, essa prática é transmitida de geração em geração, e a prevalência do aleitamento materno é maior (VITTOLO, 2003, p.65). Isto pode ser evidenciado nas populações indígenas, nas quais 100% das mães amamentam, e também em zonas rurais, onde as famílias em geral são compostas por um grande número de membros, o que possibilita às filhas visualizarem e participarem dos momentos em que suas mães amamentam (VITTOLO, 2003, p.65). Talvez, esse comportamento explique o fato de os Estados da região Norte do Brasil apresentarem as maiores frequências de aleitamento materno do país.

Na tentativa de explicar as razões pelas quais as mães não amamentam ou amamentam por pouco tempo os seus filhos têm sido realizados estudos, tanto quantitativos como qualitativos, buscando determinar os fatores associados a essa prática. Dentre esses fatores, a literatura aborda, além das características sócio-demográficas – principalmente da

mãe da criança – os conhecimentos maternos sobre cuidados com a criança, além dos conhecimentos dos profissionais de saúde. Segundo CARVALHAIS e SIMÕES (1997) e GIUGLIANI *et al* (1995), a falta de conhecimento das mães sobre aleitamento materno está associada à interrupção da amamentação. A mãe é o sujeito da construção de seu conhecimento, participando do processo ativo, criativo e criticamente, por meio do exercício contínuo de análise, interpretação e síntese e sendo dela a decisão final (TERUYA e BUENO, 2008, p.160).

Considerando as justificativas apontadas por mães para não amamentar ou deixar de amamentar seus filhos, a insuficiência de leite é bastante encontrada na literatura. São muito frequentes afirmativas do tipo “*meu leite é pouco*”, “*meu leite secou*”, “*o leite não sustenta*” (SIQUEIRA *et al*, 1994; CARVALHAIS e SIMÕES, 1997; TABAI *et al*, 1998; SPINELLI *et al*, 2002; PARADA *et al*, 2005; BRASIL, 2006). Um estudo realizado na cidade de São Paulo, entre 1973/1974, já apontava que 49,6% das mães investigadas mencionavam a quantidade insuficiente de leite como razão de desmame (SIGULEM e TUDISCO, 1980). Contudo, segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1994, p.73), menos de 1% das mulheres não podem realmente produzir leite suficiente para seu filho.

No que se refere ao conhecimento popular sobre a existência de leite fraco, em Porto Alegre, 36% das mães referiram esse conhecimento (GIUGLIANI *et al*, 1995). Esse valor foi maior em um estudo realizado em um Centro de Saúde Escola do município de São Paulo, onde 46,2% das gestantes entrevistadas apresentavam a crença do leite fraco (ISSLER *et al*, 2001). “*Ter pouco leite, não ter leite, leite fraco, leite secou*” foi a terceira razão de desmame mais apontada em um estudo em Centros de Saúde paulistanos (BRASIL, 2006). No Distrito Federal, em uma pesquisa realizada em 25 centros de saúde, 41% dos profissionais de saúde referiram que a existência de leite fraco é dúvida e preocupação frequentes das comunidades assistidas (RODRIGUES, 2003). No Rio de Janeiro, as mães associaram a flacidez mamária como explicação da existência do leite fraco (SIQUEIRA *et al*, 1994). O leite humano nem sempre tem exatamente a mesma composição. Há algumas modificações importantes e normais, que visam atender a necessidade específica do bebê. A composição do leite também apresenta pequenas variações conforme a alimentação da mãe, mas essas alterações raramente têm alguma implicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, p.26).

Entre mães que estão amamentando também é comum o discurso sobre a associação da ingestão de determinados alimentos e a produção de leite. Atribui-se o nome de lactogogo ao alimento ou substância possivelmente capaz de aumentar a

lactação (ICHISATO e SHIMO, 2001). Alguns alimentos/substâncias apontados como lactogogos são as preparações à base de milho, a cerveja preta, água e o leite (VITOLLO *et al*, 1994). De acordo com esse mesmo estudo, a ingestão de alimentos com o objetivo de aumentar a lactação podem ser importantes como suplemento calórico para a lactante e até ter efeito psicológico positivo, melhorando o processo de ejeção, mas não se tem conhecimento do efeito lactogogo efetivo. O Ministério da Saúde também restringe ao efeito psicológico a atuação dos lactogogos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, p.133). O que de fato estimula a produção de leite é a frequência e a duração da sucção. O estímulo da sucção determina o nível de prolactina no sangue, estimulando a lactação. Portanto, quanto mais sucção, maior a quantidade de leite produzido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, p.9).

Por outro lado, abóbora, pimenta, alimentos ácidos, como frutas, são apontados como capazes de diminuir a lactação (VITOLLO *et al*, 1994). Em um estudo realizado em Marabá (PA), a abóbora foi restringida entre as lactantes, porém, nesse estudo, os alimentos de origem animal, principalmente carne de porco, de caça, de peixe e ovos foram os mais restringidos, pelo fato das mães acharem que “fazem mal” para a lactação e, conseqüentemente, para o bebê (TRIGO *et al*, 1990). Na Tailândia é muito grande a influência de crenças de alimentos que devem ser evitados durante todo o período de amamentação pela influência deles no volume do leite (KAEWSARN *et al*, 2003).

A literatura ainda aponta crenças de origem não alimentar como responsáveis pela diminuição da lactação, como: se a mãe deixar o seu leite derramar no chão e ele secar, o mesmo vai acontecer com o leite de sua mama; se a criança arrotar no peito, o leite vai secar (VITOLLO *et al*, 1994). Há estudo que aponta que as mães acham que devem realizar abstinência sexual durante todo o período de amamentação, acreditando-se que a atividade sexual pode influenciar na qualidade, sabor do leite. Com isso, diminuem a duração do aleitamento materno (KAEWSARN *et al*, 2003).

Estudo realizado na Nova Zelândia encontrou que 81% das mães entrevistadas acreditam que seios pequenos produzem menos leite (HEATH *et al*, 2002). Em Tobago, 15% dos homens e das mulheres investigados também concordam com essa afirmativa (BOVELL-BENJAMIN *et al*, 2001). Segundo TERUYA e BUENO (2008, p.160) tanto o seio grande quanto o pequeno produzem quantidade suficiente de leite. A única diferença é que o seio grande apresenta mais tecido gorduroso.

Em um estudo qualitativo, onde se questionou sobre a influência do aleitamento materno na vida da mãe, apenas 5,74% das mães entrevistadas referiram que o aleitamento materno ajuda a emagrecer (BRASIL, 2006). De acordo com o MINISTÉRIO DA

SAÚDE (1994, p.26) o aleitamento materno auxilia a mãe a voltar mais rapidamente ao peso pré-gestacional. O gasto energético despendido na amamentação e o aumento do metabolismo contribuirão para um retorno mais rápido ao peso ideal (ESCOBAR e VALENTE, 2008, p.61; BERTOLDO e SANTOS, 2008, p.264)

Até mesmo as condutas nas maternidades têm sido apontadas como empecilhos para o aleitamento materno, incluindo o parto cesárea (SIGULEM e TUDISCO, 1980; PINTO *et al*, 1996; PEREZ-ESCAMILLA *et al*, 1996; WEIDERPASS *et al*, 1998; BITTENCOURT *et al*, 2005). A cesariana foi considerada fator de risco para o aleitamento materno nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil (LONGO, 2007). Nas maternidades, são consideradas práticas prejudiciais ao aleitamento materno a separação desnecessária de mães e recém-nascidos, restrição na duração e frequência das mamadas e uso de soro glicosado e fórmulas lácteas (TOMA e MONTEIRO, 2001; CARVALHAES e CORRÊA, 2003; NOGUERA e ORELLANA, 2004). Práticas facilitadoras da amamentação tenderam a ser encontradas com mais frequência nas maternidades públicas do que nas maternidades privadas do município de São Paulo (TOMA e MONTEIRO, 2001).

Os profissionais de saúde podem até ser considerados dificultadores do aleitamento materno e mesmo ativos promotores da alimentação artificial (CAVALCANTI, 1982; VITOLO *et al*, 1994) ou ainda se sentirem impotentes ou não capacitados para lidarem com a amamentação (SILVA, 1999).

KITOKO *et al* (2000) observaram que a amamentação exclusiva é interrompida cedo, na maioria das cidades brasileiras, com a introdução precoce de água e, sobretudo, chás, na alimentação do lactente. Segundo MOURA (1997), as justificativas mais frequentes dadas pelas mães para o emprego de chás foram: “*serve para cólica, para gases*”, “*dizem que é bom*”, “*só o peito não sustentava*”. O uso de chás para os bebês é algo arraigado entre as mães e avós e, às vezes, mesmo entre médicos. CÉSAR *et al* (1996) verificaram um elevado percentual de médicos (44%) que recomendam o uso de chás para crianças menores de 6 meses. RAMOS e ALMEIDA (2003), ao estudarem a assistência médica oferecida a mulheres que interromperam a amamentação de seus filhos antes do 4º mês de vida, verificaram que o atendimento impessoal oferecido durante o puerpério foi relatado como fator culminante para o fim da amamentação. Por outro lado, SANTIAGO *et al* (2003), observaram que o pediatra altamente motivado para o incentivo ao aleitamento materno obteve resultados semelhantes aos de uma equipe multiprofissional, no que diz respeito às frequências de amamentação em sua clientela.

É freqüente a associação entre uso de chupeta e menor duração do aleitamento materno (SOARES *et al*, 2003; LAMOUNIER, 2003; LONGO, 2007). Os efeitos do hábito do uso de chupeta parecem estar associados com o desmame precoce, embora a relação causal necessite ser mais estudada e explicada. Esse hábito é ainda bastante difundido e culturalmente arraigado no Brasil e em outros países (LAMOUNIER, 2003). Com o objetivo de verificar a simbologia inerente ao uso da chupeta, um estudo qualitativo, realizado na cidade de São Paulo, evidenciou que a chupeta “*simboliza a criança*”, “*é um calmante para a criança e uma ajuda para a mãe*” e “*seu uso é transmitido pelas gerações*” (SERTÓRIO e SILVA, 2005).

Pesquisa com mães de crianças de até 1 ano de idade, nas capitais brasileiras e Distrito Federal, revelou que 52,9% dessas crianças usam chupeta, tendo freqüência maior na região sul do país (63,6%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Em um Hospital Amigo da Criança, em Porto Alegre, verificou-se que o uso de chupeta é mais freqüente entre as crianças do sexo masculino e filhos de mães com menor escolaridade (SOARES *et al*, 2003). VICTORA *et al* (1997) concluíram que a associação entre o uso de chupeta e desmame precoce é complexa. A chupeta poderia ser um fator contribuinte para o desmame entre as mães que não se sentem totalmente confortáveis com a amamentação. É possível, ainda, que a chupeta seja um marcador de dificuldades no aleitamento materno, e não o causador direto do desmame.

## **1.5) O Pré-natal e o Aleitamento Materno**

A disponibilidade e a qualidade da assistência que os serviços de saúde oferecem a gestantes, recém-nascidos e crianças constituem condicionantes importantes da evolução das condições de saúde na infância (MONTEIRO *et al*, 2000).

A organização da atenção obstétrica na rede SUS (Sistema Único de Saúde) consiste na organização e regulação da rede de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido, estabelecendo ações que integram todos os níveis de atenção e garantem o adequado atendimento à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez – período de mudanças físicas e emocionais –, que cada gestante vivencie de forma distinta, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal. O Ministério da Saúde recomenda o início da assistência pré-natal em até 120 dias da gestação e realização de, no mínimo, 6 (seis) consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). Na cidade de São Paulo, o número médio de consultas pré-natal foi igual a 8, em 1996 (MONTEIRO *et al*, 2000).

Um estudo qualitativo, realizado com gestantes usuárias do SUS, em uma maternidade de São Paulo, revelou que é grande a queixa das gestantes quanto à falta de interesse do médico em ouvir a gestante durante a consulta de pré-natal (HOTIMSKY *et al*, 2002). De acordo com TERUYA e BUENO (2008, p.155), em sua formação tradicional, o médico é treinado para detectar problemas e resolvê-los; usa para seu raciocínio clínico a queixa verbalizada pela mãe, porém, nem sempre atinge o problema real vivenciado por ela. Por falta de domínio de como chegar à queixa real, por vezes, o profissional não consegue captar as expectativas da mãe e oferecer uma melhor resolubilidade na consulta. A arte do sucesso pode estar em escutar, compreender a mãe e depois sugerir soluções.

Alguns estudos têm evidenciado associação entre menor número de consultas pré-natal e problemas relacionados à saúde da puérpera e/ou do recém-nascido. KILSZTAJN *et al* (2003) verificaram, no Estado de São Paulo, que o aumento no número de visitas no pré-natal esteve relacionado diretamente com a redução de recém-nascido com retardo de crescimento intra-uterino, prematuridade, baixo peso ao nascer e mortes neonatais. ARAÚJO *et al* (2005), estudando mortes neonatais, constataram que 16,2% das mães de bebês que morreram no primeiro dia de vida não fizeram nenhuma consulta pré-natal.

MONTEIRO *et al* (2000), estudando a evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo, entre 1984 e 1996, encontraram aspectos favoráveis quanto à cobertura da assistência hospitalar ao parto, expansão do alojamento conjunto nas maternidades, aumento no número de consultas de puericultura no primeiro ano de vida e,

sobretudo, a universalização da cobertura das vacinas BCG, tríplice e anti-sarampo. Porém, chamou a atenção o progresso muito modesto da assistência pré-natal.

O Programa Saúde da Família (PSF) pode ser uma boa estratégia para a promoção e apoio ao AM, na medida em que oferece às famílias atenção à saúde preventiva e curativa, em suas próprias comunidades. Especificamente em relação à amamentação, a equipe do Programa Saúde da Família pode desenvolver atividades educativas desde o período pré-natal, buscando interagir mais efetivamente com as mulheres, possibilitando conhecer suas experiências anteriores, o que significa para ela, naquele momento, a gravidez e outros aspectos subjetivos que possam favorecer ou não o processo do aleitamento materno. Também é possível atuar efetivamente nas intercorrências comuns no início da amamentação, como traumas mamilares, ingurgitamento mamário e mastite, responsáveis muitas vezes pelo desmame precoce (PARADA *et al*, 2005).

Uma equipe do PSF em Montes Claros (MG) foi investigada quanto aos conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno e constatou-se que o desempenho chegou a 80% quanto às vantagens da amamentação, porém, o conhecimento sobre questões relacionadas à técnica da amamentação e manejo dos problemas pertinentes à lactação não foi uniforme entre os profissionais. Falta às mães suporte adequado para correção da técnica e manejo adequados dos principais problemas, o que representaria uma atitude mais ativa e eficaz dos profissionais de saúde na promoção da amamentação (CALDEIRA *et al*, 2007). Essa deficiência de ordem prática também foi encontrada em equipes do PSF do município Francisco Morato (SP) (CICONI *et al*, 2004).

## **JUSTIFICATIVA**

A prática na área materno-infantil tem nos mostrado que ainda faltam informações coincidentes por parte de todos os profissionais da Saúde a fim de que se possa, de fato, fazer uma orientação sobre aleitamento materno de forma mais eficiente.

Tendo em vista as questões sobre aleitamento materno aqui introduzidas: a importância para a saúde da criança e da mulher, a necessidade de melhorias nas políticas públicas em prol da amamentação, a necessidade de aumento na sua frequência e duração, os conhecimentos maternos deficientes como uma das razões de desmame e a relevância do pré-natal para a promoção, o incentivo e o apoio ao aleitamento materno, é de grande importância a realização de estudos que forneçam instrumentos para os profissionais de saúde, com o objetivo de melhorar a situação de aleitamento materno no país. Saber quais conhecimentos as gestantes possuem a respeito do aleitamento materno, e o que está associado a eles, é um dos passos para se chegar a essa melhora.

## **2. OBJETIVOS**

---

---

### **GERAL**

➤ Verificar conhecimentos de gestantes sobre aleitamento materno, em Centros de Saúde do município de São Paulo, e sua associação com as variáveis sócio-demográficas e relativas à gestação.

### **ESPECÍFICOS**

➤ Classificar as gestantes de acordo com variáveis sócio-demográficas e relativas à gestação;

➤ Verificar o conhecimento das gestantes sobre:

- a duração adequada do aleitamento materno;
- os efeitos do aleitamento materno na contracepção, na recuperação do peso pré-gestacional, na prevenção do câncer de mama e ovário, na prevenção de doenças da criança;
- o efeito da sucção da criança na lactação;
- a diferença entre a composição do leite materno e as fórmulas lácteas infantis;
- a existência de leite materno fraco;
- a associação entre aleitamento materno e flacidez mamária;
- a existência de alimentos que aumentam e/ou diminuem a lactação e identificar esses alimentos;

➤ Verificar a associação entre os conhecimentos das gestantes com as variáveis sócio-demográficas e relativas à gestação.

### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

---

#### **3.1) DELINEAMENTO E AMOSTRA**

O estudo é do tipo transversal, com dados primários, e a amostra foi constituída de gestantes que realizaram pré-natal em 4 (quatro) Centros de Saúde Escola (CSE) do município de São Paulo. Esses CSEs foram selecionados em virtude da facilidade de contato pelo vínculo entre as Universidades envolvidas.

O critério de inclusão foi: gestantes que estavam matriculadas em um dos 4 CSEs, preferencialmente realizando consultas de pré-natal e que estiveram presentes nos dias de coleta de dados desse estudo. E o critério de exclusão foi: gestantes que apresentavam complicações clínicas que impediam ou dificultavam a realização da entrevista, como: mal-estar, náuseas, dores, estado emocional comprometido, etc.

O número total da amostra foi de 360 gestantes. Ele foi determinado a partir da demanda de gestantes atendidas nos CSEs, em um período de 9 (nove) meses: de março a dezembro de 2007.

De acordo com os 4 CSEs, descritos a seguir, a distribuição da amostra de gestantes foi a seguinte: CSE Vila Mariana (n = 100), CSE Barra Funda (n = 100), CSE Pinheiros (n = 80) e CSE Butantã (n = 80), totalizando as 360 gestantes.

A amostra pretendida inicialmente era de 400 gestantes, sendo 100 em cada CSE. Os CSEs Vila Mariana e Barra Funda atenderam a essa estimativa, uma vez que a coleta de dados foi iniciada por eles. Já os CSEs Pinheiros e Butantã tiveram a amostra menor, tendo em vista a menor demanda de gestantes e o prazo extrapolado para a conclusão da pesquisa em campo.

#### **3.2) LOCAIS DO ESTUDO**

Os responsáveis pelos 4 (quatro) Centros de Saúde Escola (CSEs) foram contatados pela pesquisadora, no segundo semestre de 2006, com o intuito de obter a permissão para a realização do estudo e conhecer os procedimentos necessários para a mesma, principalmente no que se refere às questões éticas e operacionais. Essa permissão foi expressa através da assinatura de um Termo de Concordância (ANEXO 1, p.89 a 92).

A todos os responsáveis pelos CSEs foram entregues o projeto de pesquisa para leitura e avaliação prévias.

Após consentimento dos responsáveis pelos CSEs e resultados favoráveis dos Comitês de Ética envolvidos, o estudo foi realizado em 4 CSEs, que integram a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e também são vinculados a universidades, sendo considerados, portanto, Centros de Saúde Escola.

Os 4 CSEs desse estudo foram:

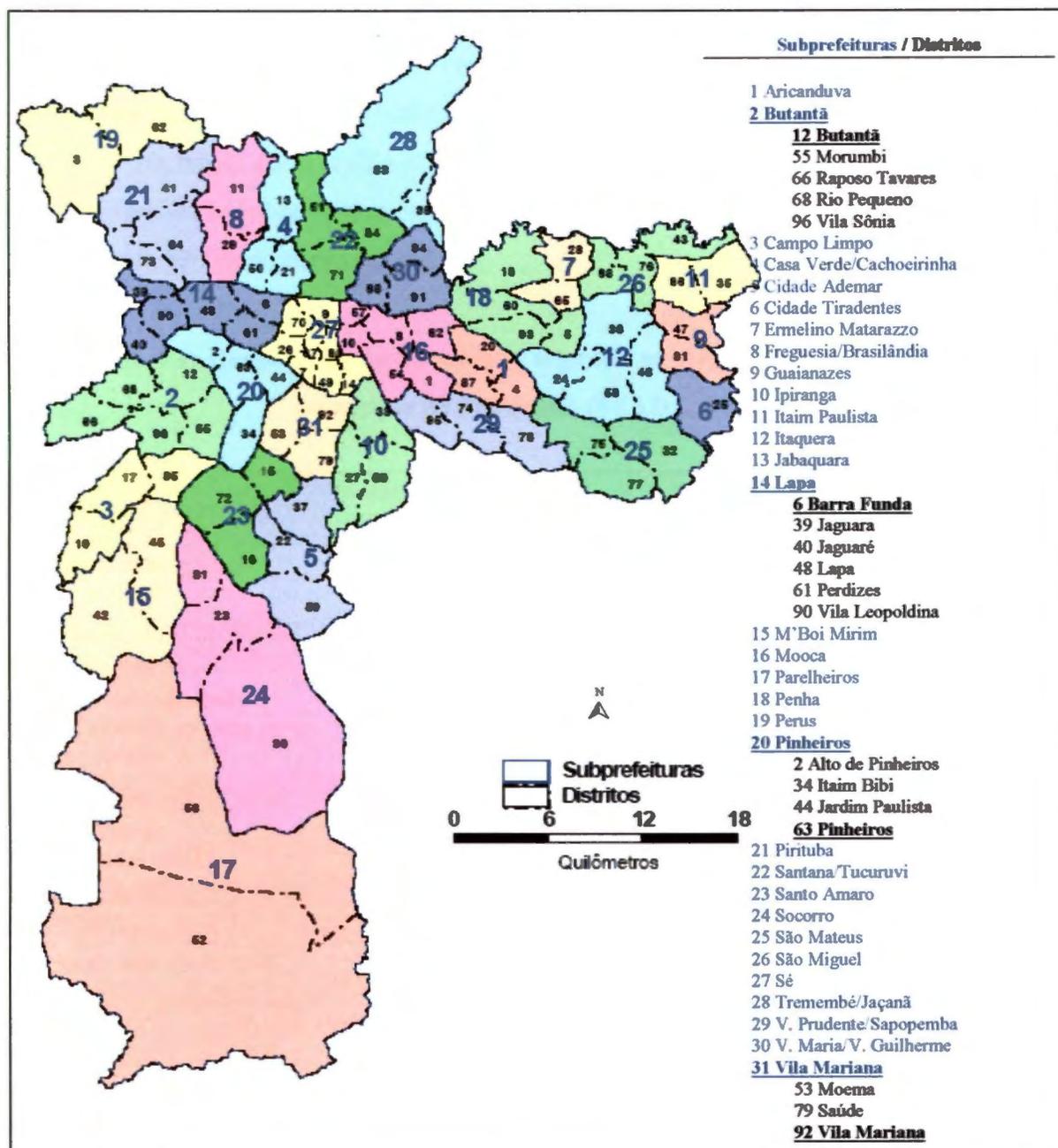
- Centro de Saúde Dr. Lívio Amato – Vila Mariana, vinculado à Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que será identificado neste estudo por **CSE Vila Mariana**;
- Centro de Saúde Escola da Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac, vinculado à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que será identificado neste estudo por **CSE Barra Funda**;
- Centro de Saúde Geraldo Horácio de Paula Souza, vinculado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), que será identificado neste estudo por **CSE Pinheiros**;
- Centro de Saúde Escola Prof<sup>o</sup> Samuel Barnsley Pessoa – Butantã, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), que será identificado neste estudo por **CSE Butantã**.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, registra 428 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c).

Os CSEs estudados realizam os serviços de atenção primária em saúde, incluindo o pré-natal. O conteúdo das consultas envolve todos os itens de avaliação clínica, que são registrados no Cartão da Gestante (ANEXO 2, p.94).

Todos os CSEs localizam-se na zona oeste da cidade de São Paulo, com exceção do CSE Vila Mariana, que se encontra na zona sul da cidade (PCSP, 2008c). Conforme FIGURA 2, os 4 CSES são relativamente próximos uns dos outros.

**FIGURA 2: Mapa das Subprefeituras e dos Distritos do Município de São Paulo – 2004 (SEADE, 2008)**



As pacientes assistidas em cada CSE devem residir, ou pelo menos trabalhar, nas proximidades do CSE. Isso é verificado mediante um comprovante de endereço que, freqüentemente, encontrava-se anexado ao prontuário da paciente.

Apesar de algumas regiões onde se encontram os CSEs serem consideradas regiões nobres da cidade de São Paulo, a clientela desses serviços de Saúde é constituída, em sua maioria, pelos moradores ou trabalhadores menos favorecidos dessa região.

Esses 4 CSEs são bastante diferenciados dos demais Centros de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo pelo fato de se tratar de Centros de Saúde “Escola”. Por isso era muito freqüente a presença de estudantes e professores, de graduação e pós-graduação, nesses CSEs, realizando aulas práticas, estágios, residências, desenvolvendo pesquisas, entre outros.

Na tabela a seguir (TABELA 1) encontram-se alguns dados sócio-demográficos que caracterizam as subprefeituras onde os CSEs estudados estão localizados, bem como do município de São Paulo como um todo.

**TABELA 1: Dados sócio-demográficos, segundo as subprefeituras estudadas do município de São Paulo (SEADE, 2008)**

Dados sócio-demográficos	Município de São Paulo	SUBPREFEITURAS			
		Vila Mariana	Barra Funda <sup>(*)</sup>	Pinheiros	Butantã
• Densidade demográfica (hab/Km <sup>2</sup> ) (2004)	7.077,4	11.504,1	6.563,1	8.009,3	6.730,2
• Nº de mulheres com 10 a 59 anos de idade (01/07/2004)	4.080.394	121.839	101.529	101.682	147.584
• Média de anos de estudo, mulheres com 10 ou mais anos de idade (2000)	7,6	10,8	9,6	11,0	8,3
• Salário médio (R\$) (2002)	1.316,40	1.113,90	1.447,60	1.663,50	1.209,30
• Nº de mulheres desempregadas (2003)	284.481	21.989	20.779	87.351	9.764
• Nº médio de filhos por mulher (2002)	1,93	1,33	1,53	1,22	2,21
• Nº de nascidos vivos (2002)	185.417	3.618	3.475	2.843	7.708
• Percentual de gestantes com 7 ou mais consultas pré-natal (2002)	55,6	83,6	72,7	89,8	62,9
• Percentual de nascimentos por parto cesáreo (2002)	48,4	68,8	64,1	70,3	51,1
• Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) (2003)	14,23	7,59	9,60	8,28	13,16
• Taxa de mortalidade por câncer de mama (por 100.000 mulheres) (2000 a 2002)	18,7	30,4	26,7	45,0	19,5

<sup>(\*)</sup> Corresponde à subprefeitura Lapa

De acordo com a PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO (PCSP, 2007), encontra-se em vigor, desde março de 2006, a “Rede de Proteção à Mãe Paulistana”. Trata-se de um programa destinado a gestantes, criado pela Prefeitura, que oferece assistência

integral a gestantes que são atendidas nos Centros de Saúde do município de São Paulo, estendendo-se também a Centros de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde. O “*Mãe Paulistana*” tem o objetivo de melhorar a qualidade da assistência materno-infantil, garantindo à gestante cadastrada:

- realização do pré-natal em Centros de Saúde;
- garantia de transporte gratuito para a realização das consultas pré-natal, através da distribuição de bilhetes eletrônicos;
- vinculação em um hospital de referência para a realização do parto;
- concessão de um enxoval básico para o recém-nascido;
- garantia de acompanhamento da mãe, no puerpério, e do recém-nascido, até o primeiro ano de vida.

Apesar dos CSEs estudados fazerem parte da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e, portanto, seguirem a política nacional do Sistema Único Nacional (SUS), os CSEs possuem características próprias, principalmente no que se refere à operacionalização dos serviços prestados. Essas particularidades encontram-se descritas a seguir.

### 3.2.1) CSE Vila Mariana

O Centro de Saúde Dr. Lívio Amato – Vila Mariana, mais conhecido como Centro de Saúde Vila Mariana, fica localizado na Rua Domingos de Moraes, nº 1947. Bairro Vila Mariana. De acordo com a divisão política-administrativa da Prefeitura de São Paulo, faz parte da região sul da cidade, subprefeitura Vila Mariana (PCSP, 2008b).

**FIGURA 3: Mapa da Subprefeitura Vila Mariana (PCSP, 2008c)**



O CSE Vila Mariana é vinculado à Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A subprefeitura Vila Mariana é considerada área nobre da cidade (PCSP, 2008b). A região circunvizinha ao CSE Vila Mariana é bastante urbanizada, com fácil acesso à rede de metrô (linha 1 azul / estação “*Vila Mariana*”). A região conta com bastante comércio, inclusive um *shopping center*, colégios e é cercada por hospitais e unidades de saúde da UNIFESP, além de muitos consultórios médicos particulares. Contudo, ainda apresenta muitos prédios residenciais. Por essa razão, a clientela de gestantes do CSE Vila Mariana é composta por trabalhadoras da região, e não por moradoras, como é mais comum em outros Centros de Saúde. Percebia-se grande predominância de empregadas domésticas.

As gestantes que realizam o pré-natal no CSE Vila Mariana geralmente são encaminhadas para a realização do parto na maternidade do Hospital São Paulo, também vinculada à UNIFESP, ou maternidade do Amparo Maternal, instituição do serviço público de saúde que presta serviços a mulheres carentes.

No período em que houve a coleta de dados nesse CSE, uma equipe formada por pediatra, enfermeira, auxiliar de enfermagem, pedagoga e assistente social revezavam-se na realização de palestras para as gestantes. Em geral, os temas abordavam a saúde da gestante e do bebê, inclusive a prática do aleitamento materno. As palestras eram divulgadas previamente e duravam, aproximadamente 30 minutos. Eram realizadas antes de iniciar o atendimento pré-natal.

O CSE Vila Mariana é uma das unidades da Farmácia de Alto Custo. Trata-se do programa de medicamentos de dispensação excepcional, criado pelo Ministério da Saúde, desde 1993. O serviço distribui medicamentos de uso contínuo e/ou de alto custo, usados no tratamento de doenças crônicas e/ou raras, como: esclerose múltipla, artrite, lúpus, doença de Parkinson, mal de Alzheimer, epilepsia, para transplantados renais, entre outras. Por representarem custo elevado, sua dispensação obedece a regras e critérios específicos, devendo os pacientes serem previamente cadastrados (SES – São Paulo, 2008).

### **3.2.2) CSE Barra Funda**

O Centro de Saúde Escola da Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac é mais conhecido como Centro de Saúde Barra Funda. Fica localizado na Avenida Dr. Abraão Ribeiro, nº 283. Bairro Bom Retiro. Apesar de oficialmente o CSE Barra Funda estar localizado no bairro Bom Retiro (ECT, 2008), esse CSE é mais conhecido como CSE Barra

Funda, o nome do bairro vizinho. De acordo com a divisão política-administrativa da Prefeitura de São Paulo, a Barra Funda faz parte da região oeste da cidade, subprefeitura Lapa (PCSP, 2008d).

**FIGURA 4: Mapa da Subprefeitura Lapa (PCSP, 2008e)**



O CSE Barra Funda é vinculado à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, inclusive todo o seu quadro de pessoal faz parte dessa instituição.

A região da Barra Funda é próxima ao centro da cidade de São Paulo. O CSE Barra Funda situa-se em uma avenida que dá acesso a uma das pontes sobre o Rio Tietê, que liga a região centro-oeste à região norte da cidade, e também é caminho para a Avenida Castelo Branco (marginal do Rio Tietê), que é porta de entrada e saída para o norte do Estado. Por esta razão os arredores possuem muitas empresas e galpões de transportadoras de cargas (PCSP, 2008d).

O CSE Barra Funda se encontra próximo à estação de metrô “*Palmeiras/Barra Funda*” (linha 3 vermelha), linha A de trens metropolitanos (estação “*Barra Funda*”), bem como do Terminal Rodoviário Barra Funda, que dispõe de linhas de ônibus urbanos e intermunicipais.

O bairro Bom Retiro, vizinho à Barra Funda, apresenta muitas construções antigas e a região era conhecida por seus galpões de tecelagem. Ainda hoje mantém a cultura têxtil na região. Tradicionalmente, as fábricas têxteis absorvem muita mão de obra boliviana e coreana (PCSP, 2008d). Das gestantes entrevistadas no CSE Barra Funda, nove eram bolivianas.

Dos 4 CSEs estudados, o CSE Barra Funda é o que tem clientela aparentemente mais carente. Eram freqüentes pacientes moradores de rua ou de albergues, pensionatos e cortiços precários da região.

As gestantes que realizavam pré-natal no CSE Barra Funda eram encaminhadas para a realização do parto na maternidade da Santa Casa. Inclusive, elas podiam visitar a maternidade previamente para tomar conhecimento do local onde, em breve, iriam dar à luz. As visitas eram agendadas para as segundas-feiras.

No período em que foi realizada a coleta de dados, uma equipe de graduandos de Medicina realizou, duas vezes, uma palestra sobre câncer de mama. Abordava a etiologia da doença, a importância do auto-exame e outros exames preventivos, e formas de tratamento. Em nenhum momento foi mencionado o efeito protetor do aleitamento materno para o câncer de mama.

Desde 2001, o CSE Barra Funda realiza atividades do Programa de Saúde da Família (PSF), com as visitas domiciliares e participação dos agentes comunitários de Saúde (IRMANDADE SANTA CASA..., 2008). Por essa razão esse CSE tinha a particularidade de ter seus prontuários organizados conforme a política do PSF, ou seja, uma pasta continha todas as informações de saúde de cada núcleo familiar, e não de cada indivíduo.

### 3.2.3) CSE Pinheiros

O Centro de Saúde Geraldo Horácio de Paula Souza, mais conhecido como Centro de Saúde Paula Souza, fica localizado na Avenida Dr. Arnaldo, nº 925. Bairro Sumaré, de acordo com o Código de Endereçamento Postal (CEP) dos Correios (ECT, 2008). Nesse estudo optou-se por identificá-lo como CSE Pinheiros para fazer menção à região em que ele se encontra, como aconteceu com os demais CSEs aqui estudados.

De acordo com a divisão política-administrativa da Prefeitura de São Paulo, faz parte da região oeste da cidade, subprefeitura Pinheiros (PCSP, 2008f).

**FIGURA 5: Mapa da Subprefeitura Pinheiros (PCSP, 2008g)**



O CSE Pinheiros é vinculado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), localizando-se em prédio anexo às dependências dessa Faculdade.

A estação Clínicas do metrô (linha verde) facilita o transporte na região do CSE Pinheiros. Nos arredores desse CSE encontram-se as Faculdades de Medicina e de Enfermagem da USP, o complexo de prédios do Hospital das Clínicas, o Instituto Médico Legal, o Instituto Adolfo Lutz, o Hospital Emílio Ribas, além da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Por conter tantas instituições relacionadas à área da Saúde, a região é conhecida como “*quartirão da Saúde*”.

O CSE Pinheiros tem um enfoque multiprofissional e é campo de estágio e treinamento de profissionais de saúde, envolvendo as carreiras de Medicina, Nutrição, Enfermagem e Fonoaudiologia. Desde a sua criação, tem sido um campo de pesquisa aplicada na área de Saúde Pública, principalmente em dermatologia sanitária, tisiologia, hanseníase, saúde materno-infantil, saúde ocular, odontologia sanitária, saúde mental e vacinação. Ao longo do tempo, as atividades foram expandidas para as áreas de hepatologia, nutrição, fonoaudiologia, acupuntura, homeopatia, saúde da mulher no climatério e Programa de Atenção à Violência Sexual (“PAVAS”) (FSP/USP, 2008).

O CSE Pinheiros tem uma particularidade de ordem histórica. Este CSE é reconhecido como o primeiro Centro de Saúde do Brasil. Um dos seus dois prédios foi construído em 1908, e inicialmente foi residência do escritor Oswald de Andrade e sua esposa, a artista plástica, Tarsila do Amaral (FSP/USP, 2008).

#### **3.2.4) CSE Butantã**

O Centro de Saúde Escola Prof<sup>o</sup> Samuel Barnsley Pessoa – Butantã, também conhecido como CSEB (Centro de Saúde Escola Butantã), é vinculado à Faculdade de Medicina da USP, sob a responsabilidade dos Departamentos de Medicina Preventiva, Pediatria, Clínica Médica, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional (FM/USP, 2008).

O CSE Butantã fica localizado na Avenida Dr. Vital Brasil, nº 1490. Bairro Butantã. De acordo com a divisão política-administrativa da Prefeitura de São Paulo, faz parte da região oeste da cidade, subprefeitura Butantã (PCSP, 2008h).

**FIGURA 6: Mapa da Subprefeitura Butantã (PCSP, 2008i)**



Nas proximidades do CSE Butantã encontra-se a cidade universitária USP e também localizam-se rodovias que dão acesso aos municípios vizinhos – Osasco e Taboão da Serra. Além disso, encontram-se dois conjuntos habitacionais patrocinados pela Prefeitura da Cidade de São Paulo, destinados à população de menor renda: COHAB Educandário e COHAB Raposo Tavares (PCSP, 2008h).

Ao lado do CSE Butantã encontra-se o Instituto Butantan, que é um centro de pesquisa biomédica, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O Instituto Butantan é reconhecido internacionalmente, sendo responsável pela produção de mais de 80% do total de soros e vacinas consumidas no Brasil. Suas instalações foram construídas a partir de 1901 em uma fazenda muito arborizada. O Instituto Butantan é também um dos pontos turísticos mais visitados de São Paulo, onde o público pode ver várias espécies de animais peçonhentos, principalmente serpentes e aranhas (INSTITUTO BUTANTAN, 2008).

### **3.3) COLETA DE DADOS**

Todas as informações das gestantes foram obtidas a partir de uma entrevista com as mesmas, feita apenas pela autora desse estudo, aplicando-se um Questionário (ANEXO 3, p.96 e 97), elaborado exclusivamente para este fim. Alguns dados foram confirmados através do Cartão da Gestante, quando a gestante não soube ou demonstrou imprecisão ao responder.

As gestantes eram abordadas na sala de espera, em geral antes ou após a sua consulta. A pesquisadora se identificava e explicava a natureza do estudo, baseando-se no

conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4, p. 99). Após o consentimento da gestante para participar do estudo, expresso através da assinatura do Termo de Consentimento, era iniciada a entrevista ou acertado um melhor momento para a mesma. As entrevistas foram realizadas durante algum tempo ocioso que a gestante dispôs, como à espera ou após alguma consulta, de modo que não interferisse nos atendimentos de rotina do CSE. O número de gestantes que se recusaram a participar foi muito baixo ( $n = 4$ ).

As entrevistas foram realizadas em qualquer local das dependências de cada CSE, desde que o CSE e a gestante permitissem. Em geral, eram os consultórios que não estavam em uso no momento ou a sala de espera do pré-natal. Quando a entrevista ocorreu na sala de espera, houve o cuidado de se afastar das demais pacientes para que a gestante se sentisse mais à vontade para responder e também para que as gestantes que poderiam ser entrevistadas em seguida não fossem influenciadas pelas respostas das primeiras.

A coleta de dados ocorreu em um período total de 9 (nove) meses de duração, de março a dezembro de 2007. Esse período de entrevistas não ocorreu de forma concomitante nos 4 CSEs. O que determinou o período de coleta em cada CSE foram os dias e horários do agendamento de atendimentos pré-natal, de modo que fosse atingido mais rapidamente o número de amostra pretendido: 100 gestantes em cada CSE.

Primeiramente, a coleta foi feita nos CSEs Vila Mariana e Barra Funda, e, por último, nos CSEs Pinheiros e Butantã.

Em geral, a agenda de pré-natal dos CSEs era organizada em função do horário, dia da semana, ginecologista/obstetra ou enfermeiro, e tipo de consulta (se primeira consulta ou de retorno). Nem todo ginecologista realizava atendimento pré-natal. Outros médicos, ainda, tinham clientela predominantemente composta de gestantes adolescentes.

Inicialmente, para efeito desse estudo, priorizaram-se os dias e horários em que havia o maior número de gestantes. Posteriormente, com a grande frequência de retornos e, portanto, grande número de gestantes já entrevistadas, foram articulados outros dias da semana para a realização das entrevistas.

No CSE Vila Mariana, a maior parte da coleta de dados foi realizada nas segundas-feiras, a partir das 13:00h, e, nas terças e quintas-feiras, a partir das 07:00h.

No CSE Barra Funda, a coleta de dados foi realizada nas segundas-feiras, a partir das 07:30h, e, nas quintas e sextas-feiras, a partir das 13:00h.

No CSE Pinheiros, a coleta de dados foi realizada nas segundas, quartas e sextas, a partir das 08:00h, e, nas segundas e sextas-feiras, das 12:00 às 13:30h.

No CSE Butantã, a coleta de dados foi realizada todos os dias da semana, exceto quartas-feiras, a partir das 07:00h.

Antes da coleta de dados propriamente dita foi feita uma coleta de dados piloto.

### **3.3.1) Coleta de Dados Piloto**

Com a finalidade de se garantir a melhor forma de atingir os objetivos propostos nesse estudo e a uniformidade das informações, foi feita uma coleta de dados piloto. A pesquisadora aplicou uma primeira versão do questionário às gestantes, nos CSEs Pinheiros e Vila Mariana. Esse teste envolveu a participação de um total de 14 gestantes, as quais não compuseram a amostra final do estudo.

A coleta de dados piloto permitiu conhecer como as gestantes compreendiam cada um dos questionamentos e se respondiam de forma coerente a cada um deles, baseando-se na literatura e na experiência com os serviços de assistência pré-natal.

Após essa coleta piloto, optou-se por fazer algumas alterações no questionário, sobretudo no que se referia à linguagem empregada e formas de resposta, com a inclusão de mais questões com respostas do tipo “*CERTO*”, “*ERRADO*” ou “*NÃO SEI*”.

Feitas as alterações necessárias no questionário, a coleta de dados propriamente dita foi iniciada, tomando-se o cuidado de registrar no último item (“*OBSERVAÇÕES*”) qualquer nota que se julgasse necessária para esclarecer melhor o preenchimento do questionário no momento da entrevista.

### **3.4) VARIÁVEIS ESTUDADAS**

O questionário (ANEXO 3, p.96 e 97) para obtenção dos dados foi composto por 36 questões, gerando os dados das 24 variáveis. Ele foi organizado em duas partes: a parte inicial, com as variáveis independentes (questões 1 a 21 e questão 36), envolve os dados que caracterizam as gestantes, principalmente dados sócio-demográficos e relativos à gestação e amamentação. A segunda parte, com as variáveis dependentes (questões 22 a 35), aborda os conhecimentos das gestantes sobre aleitamento materno.

O número de questões é maior que o número de variáveis estudadas tendo em vista que algumas questões tiveram o objetivo de complementar ou confirmar algum dado investigado.

### **3.4.1) Variáveis Independentes: sócio-demográficas e relativas à gestação**

**Idade:** variável obtida a partir da data de nascimento (dia/mês/ano) referida pela gestante no momento da entrevista. A idade foi considerada em “anos”, baseando-se na diferença entre a data da entrevista e a data de nascimento.

**Naturalidade:** essa variável foi registrada de acordo com o Estado da Federação no qual a gestante nasceu, a partir da informação prestada por ela. As gestantes que não nasceram no Brasil foram registradas com o código “XX”.

**Escolaridade:** a variável escolaridade foi considerada como “*número de anos de estudo*”, completos, da gestante. Entretanto, para facilitar a entrevista, foi utilizada com a gestante a nomenclatura antiga do sistema educacional (BRASIL, 1996), que ainda é referida pela população em geral. Embora a Lei de Diretrizes e Bases (1996) tenha sido alterada em 2006 (BRASIL, 2006), incluindo mais um ano de estudo no Ensino Fundamental, a população estudada ainda não foi atingida por essa alteração, sendo cabível, portanto, a nomenclatura utilizada neste estudo.

A seguir encontra-se um quadro explicativo de como foi feita a correspondência entre a nomenclatura que foi utilizada na entrevista (“nomenclatura na entrevista”) e a nomenclatura utilizada na análise do estudo (“nomenclatura analisada”).

**QUADRO 3:** Correspondência entre a nomenclatura utilizada na entrevista e a nomenclatura utilizada na análise do estudo para a obtenção da variável “*escolaridade*” das gestantes

<b>NOMENCLATURA NA ENTREVISTA</b>	<b>NOMENCLATURA NA ANÁLISE</b>
<b>1º GRAU</b>	<b>ENSINO FUNDAMENTAL</b>
< 1ª série completa	< 1 ano de estudo
1ª série completa	1 ano de estudo
2ª série completa	2 anos de estudo
3ª série completa	3 anos de estudo
4ª série completa	4 anos de estudo
5ª série completa	5 anos de estudo
6ª série completa	6 anos de estudo
7ª série completa	7 anos de estudo
8ª série completa	8 anos de estudo
<b>2º GRAU</b>	<b>ENSINO MÉDIO</b>
1ª série completa	9 anos de estudo
2ª série completa	10 anos de estudo
3ª série completa	11 anos de estudo
<b>3º GRAU</b>	<b>3º GRAU</b>
Superior (completo ou incompleto)	11 ou mais anos de estudo

**Número de filhos:** foi perguntado à gestante o número de filhos que ela possuía, paridos pela mesma. Logo em seguida, questionava-se se esse número correspondia ao número de gestações. A partir desse resultado, as gestantes foram classificadas como “*multíparas*”, aquelas que nunca pariram e, “*multíparas*”, aquelas que tinham pelo menos um filho.

**Estado marital:** quanto a essa variável, a gestante foi questionada se era casada ou não, sendo considerada “*casada*” a gestante que mencionava ter companheiro estável, independente do estado civil, que residisse no mesmo domicílio.

**Trabalho extradomiciliar:** a gestante foi questionada se trabalhava ou não, sendo considerada “*trabalhadora*” a gestante que mencionava a realização de trabalho, regular, extradomiciliar, fosse ele uma atividade remunerada ou não, formal ou não.

**Renda:** a renda foi analisada sob a forma de renda *per capita* mensal, expressa em Reais (R\$). Para obter esse valor, foi perguntado à gestante o número de pessoas que residiam no seu domicílio e qual a renda aproximada de todas as pessoas que possuíam renda. Fosse esta renda proveniente de vínculo empregatício, doações ou de qualquer outra fonte. O somatório das rendas mensais em cada domicílio foi dividido pelo número de pessoas que residiam no respectivo domicílio. Os resultados foram expressos em faixas de número de salários mínimos, baseando-se no valor vigente no período das entrevistas. A data de referência foi 14/09/07. Nesta data, o salário mínimo nacional era R\$ 380,00 (DIEESE, 2008), aproximadamente US\$ 200,00 (BANCEN, 2008).

**Idade gestacional:** a idade gestacional (IG) refere-se ao tempo de duração da gestação, valor expresso em número de semanas. Para se chegar a esse número foi investigada a Data da Última Menstruação (DUM) (dia/mês/ano) da gestante. A idade gestacional, então, foi a diferença entre a data da entrevista e a DUM. Para obter o valor em semanas, dividiu-se esse resultado por 7 (sete).

Nos casos em que a gestante não lembrava a data da última menstruação ou demonstrava imprecisão ao referi-la, solicitava-se o parecer do seu último exame de ultra-sonografia, que menciona a idade gestacional. Nos poucos casos em que a gestante não estava de posse desse último exame, a DUM ou a IG era obtida através do Cartão da Gestante (ANEXO 2, p.94).

**Participação em palestra sobre aleitamento materno:** as gestantes foram questionadas se, nessa gestação, participaram de alguma palestra, aula, reunião sobre aleitamento materno, no próprio Centro de Saúde onde realizavam o pré-natal ou em qualquer outra instituição. Para efeito de confirmação, também se questionou o número dessas palestras.

**Fonte de conhecimento sobre aleitamento materno:** este era o último questionamento durante a entrevista. Nele, a gestante era perguntada onde ou com quem aprendeu sobre aleitamento materno. A partir do seu discurso, assinalava-se uma ou mais das opções de resposta, a saber: “*amigas/colegas*”, “*experiência própria*”, “*livro*”, “*mídia*” (TV, jornal, revista, internet), “*parentes*” (mãe, avó, sogra, irmã), “*profissionais de saúde*” ou “*outros*”. Cada uma dessas opções, individualmente, constituiu uma variável. A *fonte de conhecimento sobre aleitamento materno*, então, constituiu-se em 7 variáveis dicotômicas (“*Sim/Não*”). Ver também p.38

#### **3.4.2) Variáveis Dependentes: conhecimentos sobre aleitamento materno**

**Duração do aleitamento materno exclusivo:** esta variável determinou se a gestante sabia qual deve ser a duração do aleitamento materno exclusivo (AME). Para isso foi feita a pergunta: “*Até que idade o bebê deve só mamar no peito, sem dar mais nada, nem água, nem chá, nem suquinho?*” A resposta foi expressa em “*meses*”. Considerou-se ter o conhecimento sobre a duração adequada do AME a gestante que respondeu “*6 meses*”, de acordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002).

**Duração do aleitamento materno:** o conhecimento sobre a duração adequada do aleitamento materno foi investigado através da pergunta: “*Depois que se começa a dar comidinha, fruta, papinha para o bebê, a mãe deve amamentar no peito até que idade do bebê?*” A resposta foi expressa em “*meses*”. Considerou-se ter o conhecimento sobre a duração adequada do aleitamento materno a gestante que respondeu “*24 meses*”, de acordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1991).

Para a obtenção das variáveis: *efeito contraceptivo do aleitamento materno (AM)*, *existência de leite materno fraco*, *efeito do AM na recuperação do peso pré-gestacional*, *associação entre AM e flacidez mamária*, *efeito do AM na prevenção do câncer*

de mama e ovário, diferença entre a composição do leite materno e as fórmulas lácteas infantis, efeito do AM na prevenção de doenças da criança, efeito da sucção na lactação, existência de alimentos que aumentam a lactação e existência de alimentos que diminuem a lactação, a gestante julgava “CERTO”, “ERRADO” ou “NÃO SEI” as afirmativas correspondentes. O QUADRO 4 contém as respostas consideradas corretas, que determinou se a gestante tinha o conhecimento em questão. Todas as respostas “NÃO SEI” foram consideradas erradas, ou seja, a gestante não tinha o conhecimento correto.

**QUADRO 4:** Respostas consideradas corretas, segundo variáveis/afirmativas avaliadas pelas gestantes dos 4 CSES

<b>Variável (afirmativa avaliada)</b>	<b>Resposta correta</b>
• Efeito contraceptivo do aleitamento materno ( <i>“Amamentar no peito ajuda a mulher a não engravidar”</i> )	“CERTO”
• Existência de leite materno fraco ( <i>“Existe mulher que tem leite materno fraco”</i> )	“ERRADO”
• Efeito do AM na recuperação do peso pré-gestacional ( <i>“A mulher que amamenta no peito geralmente volta mais rápido ao peso que tinha antes de engravidar”</i> )	“CERTO”
• Associação entre AM e flacidez mamária ( <i>“Amamentar faz o peito cair, ficar flácido”</i> )	“ERRADO”
• Efeito do AM na prevenção de câncer de mama e ovário ( <i>“A mulher que amamenta no peito tem menor chance de ter câncer de mama e ovário”</i> )	“CERTO”
• Diferença entre a composição do leite materno e as fórmulas lácteas infantis ( <i>“A composição do leite materno, em substâncias e nutrientes, é igual a de outros leites que são dados para bebês”</i> )	“ERRADO”
• Efeito do AM na prevenção de doenças da criança ( <i>“A criança que mama no peito fica menos doente”</i> )	“CERTO”
• Efeito da sucção na lactação ( <i>“Quanto mais a criança mama no peito, mais leite sua mãe produz”</i> )	“CERTO”
• Existência de alimentos que aumentam a lactação ( <i>“Existe alimento – comida/liquido – que faz aumentar a quantidade de leite materno”</i> )	“ERRADO”
• Existência de alimentos que diminuem a lactação ( <i>“Existe alimento – comida/liquido – que faz diminuir a quantidade de leite materno”</i> )	“ERRADO”

**Alimentos que aumentam a lactação:** esta variável teve o objetivo de investigar o conhecimento que a gestante possuía quanto aos alimentos que a população comumente aponta como indicados para aumentar a lactação. Apenas as gestantes que responderam “*CERTO*”, quanto à variável “existência de alimentos que aumentam a lactação”, foram solicitadas que citassem esse(s) alimento(s). Elas poderiam citar vários alimentos. Para efeito da apresentação dos resultados, os alimentos foram agrupados, segundo semelhança na composição química.

**Alimentos que diminuem a lactação:** esta variável foi obtida da mesma forma que a variável mencionada anteriormente, só que se tratando de “alimentos que diminuem a lactação”.

### 3.5) ANÁLISE DOS DADOS

Para elaboração do banco de dados e análise dos resultados foi utilizado o *software Epi Info versão 3.4.3* (CDC, 2007). A descrição da amostra foi feita através das medidas de frequências absolutas, proporções (%), médias ( $\bar{X}$ ) e desvios-padrão (dp), apresentada sob a forma de tabelas ou gráficos. Os gráficos foram feitos utilizando-se o aplicativo *Excel*, versão 2002, do sistema operacional *Windows XP Professional*<sup>®</sup>.

A associação entre as variáveis dependentes (conhecimentos sobre aleitamento materno) e as variáveis independentes (dados sócio-demográficos e relativos à gestação) foi avaliada através do modelo de regressão linear e múltipla, com nível de significância  $p < 0,05$  e intervalo com 95% de confiança.

A regressão linear permite saber se as alterações de valor sofridas por uma variável são acompanhadas por alterações nas outras variáveis (BERQUÓ *et al*, 1981). No caso deste estudo, se ter mais ou menos conhecimento sobre aleitamento materno está relacionado com os dados sócio-demográficos e relativos à gestação aqui estudados.

As variáveis dependentes compreenderam um número de 12 conhecimentos (“*Con\_1*” a “*Con\_12*”). Atribuiu-se o valor “1” (um), para cada acerto das gestantes em cada um desses 12 conhecimentos, e o valor “0” (zero), para cada conhecimento errado. Uma nova variável foi criada, variável “*Conhecimentos*”, que era o resultado do somatório dos valores para cada conhecimento, podendo variar, portanto, de 0 (zero) a 12 (doze).

As variáveis independentes: “*idade*”, “*escolaridade*”, “*número de filhos*”, “*idade gestacional*” e “*renda*” foram tratadas como variáveis quantitativas contínuas. As demais variáveis independentes são variáveis qualitativas, porém, foram tratadas como variáveis quantitativas discretas, categorizadas da seguinte forma:

- “*Naturalidade*”: atribuiu-se valor “1”(um) para as gestantes que nasceram nos Estados que pertencem às regiões Sudeste, Centro-oeste, Sul do Brasil, e em outro país, e valor “0”(zero) para as que nasceram em Estados das regiões Norte e Nordeste.
- “*Estado marital*”: atribuiu-se valor “1”(um) para as gestantes casadas e valor “0”(zero) para as solteiras.
- “*Multipara*”: atribuiu-se valor “1”(um) para as gestantes que declararam já terem parido pelo menos um filho e valor “0”(zero) para as gestantes que nunca pariram.
- “*Trabalho extradomiciliar*”: atribuiu-se valor “1”(um) para as gestantes que trabalhavam e valor “0”(zero) para as que não trabalhavam.
- “*Participação em palestra sobre aleitamento materno*”: atribuiu-se valor “1”(um) para as gestantes que participaram e valor “0”(zero) para as que não participaram.
- “*Fonte de conhecimento sobre aleitamento materno*”: atribuiu-se valor “1”(um) para as gestantes que referiram “*amiga/colega*” e/ou “*experiência própria*” e/ou “*livro*” e/ou “*mídia*” e/ou “*parentes*” e/ou “*profissionais de saúde*”, e valor “0”(zero) para as gestantes que não referiram nenhum desses. Vale salientar que a gestante poderia apontar mais de uma dessas opções. Entretanto, cada uma destas variáveis foi testada na regressão linear individualmente.

Em seguida, foi feita uma regressão linear simples entre a variável “*Conhecimentos*” e cada uma das variáveis independentes categorizadas, quando fosse o caso. As variáveis cujas análises das regressões lineares simples tiveram resultados de  $p \leq 0,25$  foram incluídas no teste de regressão linear múltipla. Excluíram-se da regressão linear múltipla as variáveis com  $p > 0,05$ . Portanto, o modelo final da regressão linear múltipla compreendeu as análises que tiveram  $p \leq 0,05$ .

### **3.6) CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996), que estabelece normas éticas em pesquisas que envolvem a participação de seres humanos, o projeto desse estudo foi encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o número de protocolo 1586 (ofício COEP 387-R/06), e teve parecer favorável para a sua realização (ANEXO 5, p.101).

Os CSEs Vila Mariana, Pinheiros e Butantã aceitaram esse parecer e o projeto de pesquisa foi avaliado apenas pela Comissão Científica de cada CSE, não exigindo qualquer outro tipo de procedimento de avaliação de caráter ético para permitir a realização do estudo. O CSE Barra Funda, porém, além de ter feito avaliação do projeto por sua Comissão Científica, solicitou a submissão do projeto ao Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, tendo em vista que é exigência para a realização de quaisquer tipos de estudo nas unidades de saúde vinculadas à Santa Casa. O projeto, então, foi submetido a esse Comitê sob o número 399/06 e também teve o parecer favorável (ANEXO 6, p.103). Vale salientar que a pendência apontada no item “V” do referido parecer diz respeito à adequação do cronograma de atividades do estudo, falha esta ocorrida no momento de digitação do projeto, onde se encontrava a duração prevista para a coleta de dados no CSE. A correção foi feita imediatamente e um novo parecer foi elaborado e entregue ao responsável pelo CSE.

Neste estudo pretendeu-se atender aos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. A pesquisadora expressou o conhecimento e cumprimento dos requisitos da Resolução 196/96, assinando o Termo de Compromisso contido na Folha de Rosto (FR 105651) para pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (ANEXO 7, p.105), além do Termo de Responsabilidade pelo estudo (ANEXO 8, p.107).

De acordo com a Resolução 196/96, é considerado sujeito de pesquisa o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). No presente estudo, os sujeitos eram gestantes, que aceitaram voluntariamente ser entrevistadas.

Aquelas que participaram receberam informações da pesquisadora sobre a natureza do estudo e sobre o que cada uma foi questionada. Após esses esclarecimentos, a gestante que consentiu em participar, manifestou sua posição assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4, p.99) em duas vias, ficando uma com a gestante e a outra com a pesquisadora. Vale salientar que essa participação não implicou em nenhum tipo de risco para a gestante, nenhum custo, nenhuma alteração no atendimento de rotina que a paciente recebia no CSE e as informações obtidas em razão da entrevista são sigilosas, sendo divulgadas apenas sob a forma de valores estatísticos.

Como forma de garantir o retorno dos benefícios obtidos através da pesquisa para os sujeitos e comunidade onde a mesma foi realizada, a pesquisadora sempre se dispôs a orientar as gestantes no que se refere às questões nutricionais, abordando temas não apenas relacionados ao aleitamento materno, mas também sobre a alimentação adequada no período da gestação, prevenção e tratamento das complicações clínicas mais comuns durante a gestação, como: enjôo, pirose, anemia, constipação intestinal, diabetes, hipertensão, sobrepeso e obesidade, entre outras. Além disso, a orientação também envolvia o cuidado nutricional com o recém-nascido e a criança mais velha. A gestante sempre era incentivada a fazer seus questionamentos, esclarecer suas dúvidas e, quando detectado algum fator de risco nutricional no diálogo da paciente, o tema era enfatizado posteriormente. Essas orientações nutricionais eram realizadas logo após a entrevista com a gestante, como forma de se evitar possíveis influências nos resultados do estudo. Muitas gestantes foram bastante participativas, inclusive, em suas consultas posteriores, algumas costumavam continuar o diálogo a respeito de temas nutricionais. Vale salientar que essas orientações foram feitas de maneira informal, através de diálogos, e a gestante sempre era informada que a pesquisadora não fazia parte do quadro de funcionários de nenhum dos Centros de Saúde.



### **3.8) ORCAMENTO DO ESTUDO**

Essa pesquisa não contou com apoio financeiro de nenhum tipo de instituição, sendo, então, custeada pela autora da mesma, com recursos próprios.

A pesquisadora executou todas as etapas do estudo: elaboração do projeto de pesquisa, coleta de dados (entrevistas), análise dos dados e elaboração do trabalho final (dissertação de Mestrado), com dedicação exclusiva. Vale salientar que a pesquisadora contou com a orientação da prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sonia Buongermino de Souza, vinculada ao Departamento de Nutrição da FSP/USP. Outros professores da mesma instituição de ensino contribuíram com o estudo, porém, não gerando custo ao mesmo.

Os sujeitos que foram entrevistados no estudo não tiveram nenhum custo em decorrência do mesmo, uma vez que tiveram participação voluntária no estudo, durante sua presença no CSE em decorrência de consulta de rotina. A participação de cada sujeito restringiu-se em responder o Questionário (ANEXO 3, p.96 e 97) e obter esclarecimentos sobre aleitamento materno e nutrição em geral, como forma de retorno à comunidade assistida pelos CSEs.

Quanto às instalações físicas para o estudo, os locais das entrevistas foram as dependências dos CSEs da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, concedidas através de autorização do responsável por cada CSE (ANEXO 1, p.89 a 92). Foram utilizados laboratórios de informática e biblioteca da FSP/USP para pesquisa bibliográfica. A digitação de todos os textos do estudo foi feita no microcomputador particular da pesquisadora.

Os custos efetivos que a pesquisa gerou referiram-se a material de consumo como: papel sulfite, cartucho de tinta para impressora, canetas; custos com o transporte da pesquisadora para a realização das entrevistas nos CSEs; e, custos com xérox dos Questionários (ANEXO 3, p.96 e 97), dos Termos de Consentimento (ANEXO 4, p.99) e das versões parciais e finais do projeto de pesquisa e da dissertação de Mestrado.

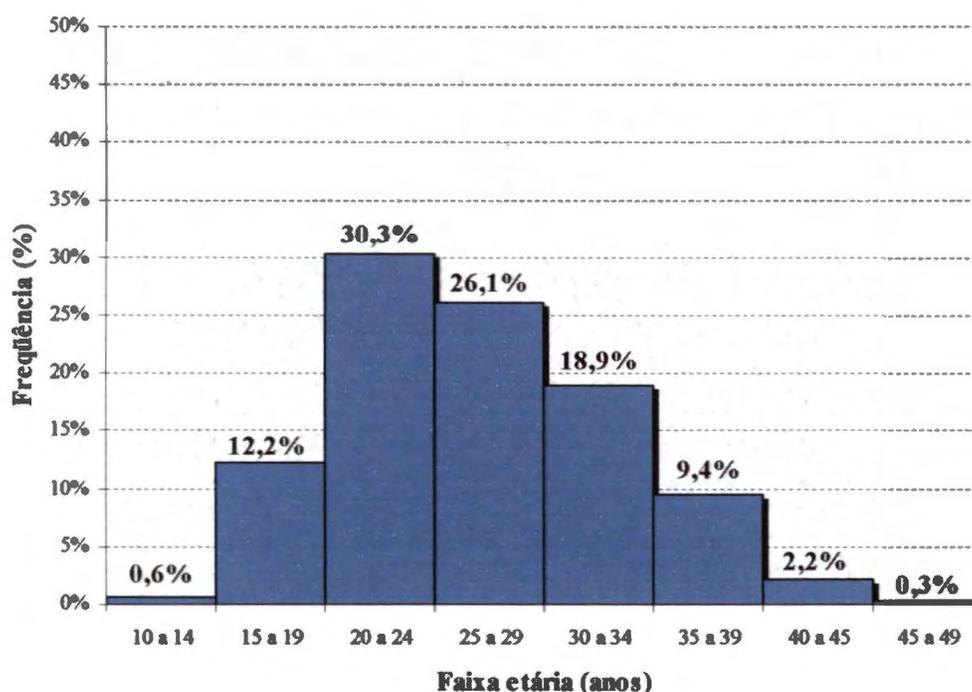
Os custos aqui mencionados em virtude deste estudo foram de responsabilidade da autora do mesmo.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1) Características sócio-demográficas e relativas ao pré-natal

As gestantes estudadas têm, em média, 26,5 (dp = 6,1) anos de idade. Este valor é semelhante ao encontrado por SANDRE-PEREIRA *et al* (2000), em estudo semelhante com puérperas, no Rio de Janeiro (média = 27 anos), e também por NOGUERA e ORELLANA (2004), na Colômbia (média = 26 anos). Na FIGURA 7, encontra-se a distribuição das gestantes de acordo com a faixa etária. Esse resultado é compatível com a característica da população paulistana, onde as maiores taxas de fecundidade ocorreram entre as mulheres, nas faixas de 20 a 24 e de 25 a 29 anos de idade, no ano de 2002 (SEADE, 2008).

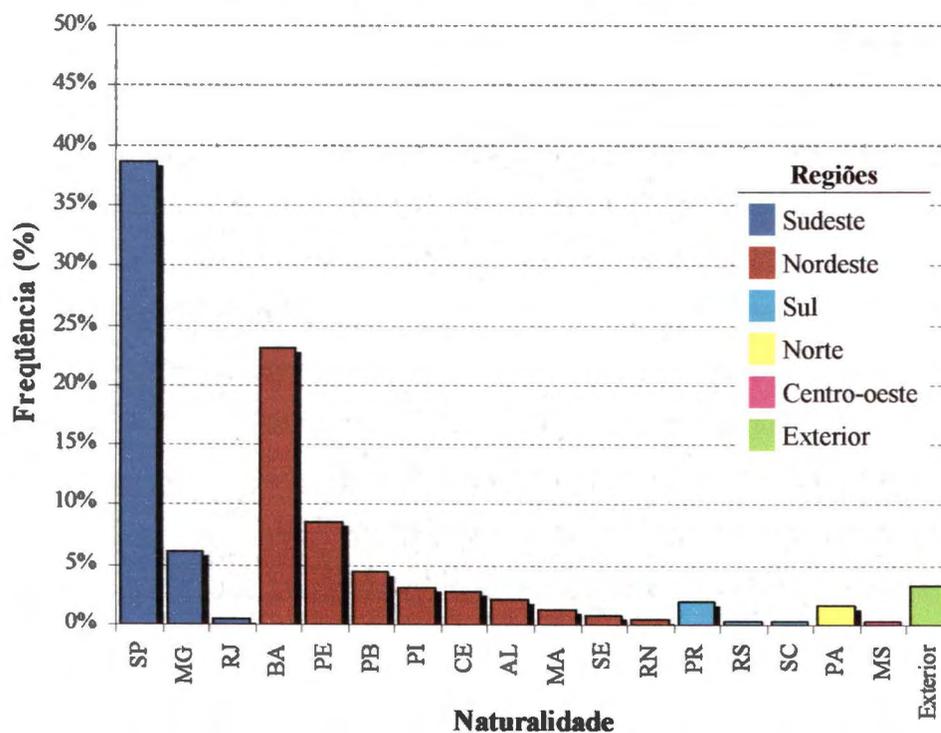
**FIGURA 7: Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo faixa etária (anos), São Paulo – SP, 2008 (n = 360)**



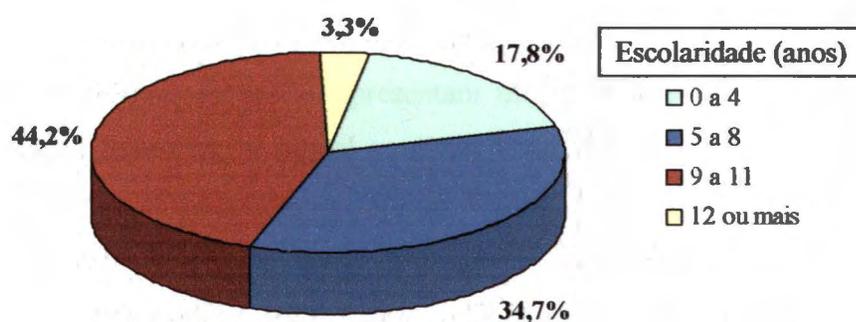
Em se tratando de gestantes adolescentes, esta pesquisa encontrou uma frequência de 12,8% de adolescentes. NOGUERA e ORELLANA (2004), na Colômbia, encontraram resultado próximo: 13,8% de puérperas adolescentes. Já em Viçosa, essa frequência foi de 25%, em estudo que também avaliou o conhecimento de puérperas sobre

aleitamento materno (PERCEGONI *et al*, 2002). A gravidez na adolescência pode significar prejuízo indireto à prática do aleitamento materno, pois nesta faixa etária a maturidade fisiológica e emocional não foi plenamente atingida.

**FIGURA 8: Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo naturalidade (Estados e regiões), São Paulo – SP, 2008 (n = 360)**



**FIGURA 9: Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo faixas de escolaridade (anos completos), São Paulo – SP, 2008 (n = 360)**



Quanto à naturalidade das gestantes (FIGURA 8), a maior parte nasceu no Estado de São Paulo (38,3%). Chama a atenção a proporção considerável de gestantes nascidas na Bahia (23,1%). Considerando as regiões brasileiras, praticamente metade das gestantes nasceu na região Nordeste (46,9%) e a outra metade na região Sudeste (45,3%). Estes resultados acompanham o que acontece com a população geral do município de São Paulo, em que 71,8% dos migrantes da cidade são provenientes de Estados do Nordeste, predominando os baianos (SEADE, 2008). Um número de 12 gestantes nasceu em outros países: Bolívia (9), Venezuela (1), Peru (1) e Rússia (1).

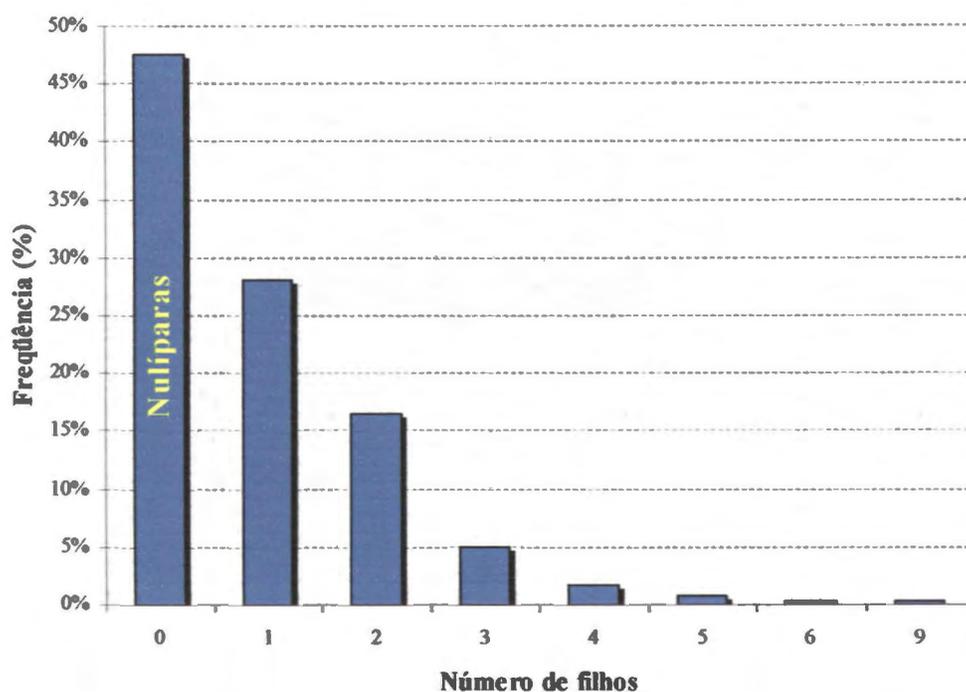
A investigação da naturalidade das gestantes foi motivada pelo fato de se pressupor que haja diferença entre os conhecimentos sobre aleitamento materno de gestantes naturais do Norte e Nordeste do Brasil com as das demais regiões, tendo em vista que aquelas regiões são menos urbanizadas e os conhecimentos populares sobre saúde e nutrição parecem ser tradicionalmente mais fortalecidos. Além disso, as mães que residem em áreas rurais tendem a amamentar mais os seus filhos. Porém, segundo WENZEL (2008), essa diferença entre frequência de aleitamento materno nas regiões rurais e urbanas está desaparecendo. Em relação a conhecimentos populares de alimentos considerados prejudiciais à saúde da criança, existem algumas variações regionais, mas alguns conhecimentos são comuns em praticamente todo o Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE e OPAS, 2002, p. 81).

A maior parte das gestantes referiu ter 11 anos de estudo concluídos (44,2%), o que equivale ao Ensino Médio (FIGURA 9). Em média as gestantes estudaram 8,0 anos ( $dp = 3,2$ ). Esta média é bem próxima da encontrada na população feminina do município de São Paulo, que foi de 7,6 anos, referente ao ano 2000 (SEADE, 2008). Porém, quando se comparou a escolaridade, segundo as subprefeituras, o resultado deste estudo foi abaixo da população feminina de todas as subprefeituras estudadas, sendo: Butantã (8,3 anos), Barra Funda (9,6 anos), Vila Mariana (10,8 anos) e Pinheiros (11 anos) (SEADE, 2008). Percebe-se, então, que as gestantes estudadas apresentam um nível inferior de escolaridade, em relação à população feminina da capital paulista. O analfabetismo foi praticamente nulo ( $n = 3$ ).

Aproximadamente, metade das gestantes era nulípara (47,5%) (FIGURA 10). A média do número de filhos foi igual a 0,9 ( $dp = 1,2$ ). Dentre as múltiparas, a maior parte das gestantes tinha apenas um filho (53,4%) e a idade desse filho foi bastante variável, sendo a faixa etária mais freqüente “entre 2 e 3 anos”.

Em média, as famílias das gestantes eram constituídas por 3 pessoas no domicílio. De acordo com os resultados encontrados, o núcleo familiar de metade das gestantes estudadas era composto pela gestante, seu marido/companheiro e por um filho, com idade entre 2 e 3 anos. Na outra metade esse filho não existia por se tratar de nulíparas.

**FIGURA 10: Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo número de filhos, São Paulo – SP, 2008 (n = 360)**

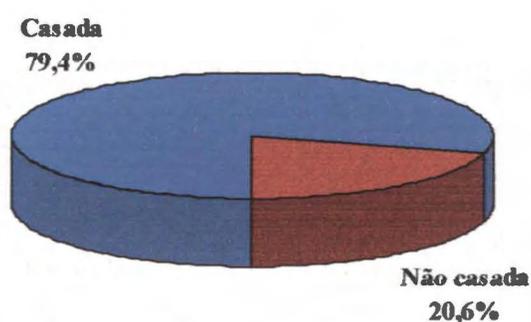


O número médio de filhos encontrado neste estudo é inferior à média encontrada na população geral feminina do município de São Paulo, que foi de 1,9 filhos, em 2002 (SEADE, 2008). Considerando que este estudo investigou gestantes, após o parto, provavelmente, a fecundidade desta população tornar-se-á compatível a da população geral. SANDRE-PEREIRA *et al* (2000) também encontraram resultado semelhante (média = 1,84 filhos), em estudo realizado com puérperas da cidade do Rio de Janeiro. No Brasil, a fecundidade passou de 2,73 filhos, em 1991, para 2,04, em 2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

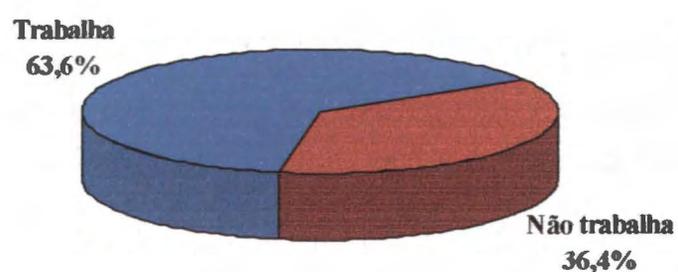
A maioria das gestantes investigadas encontrava-se casada (79,4%) (FIGURA 11). Este resultado é próximo a de outros estudos que avaliaram o conhecimento de gestantes ou puérperas sobre aleitamento materno: 68% de casadas (GIUGLIANI *et al*, 1995); 80,8% (NOGUERA e ORELLANA, 2004). Porém, é necessário fazer uma ressalva quanto a esse aspecto, tendo em vista que não é uniforme o critério que

estabelece o estado marital das mulheres. Alguns estudos consideram o estado civil formal para determinar essa variável.

**FIGURA 11: Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo estado marital, São Paulo – SP, 2008 (n = 360)**

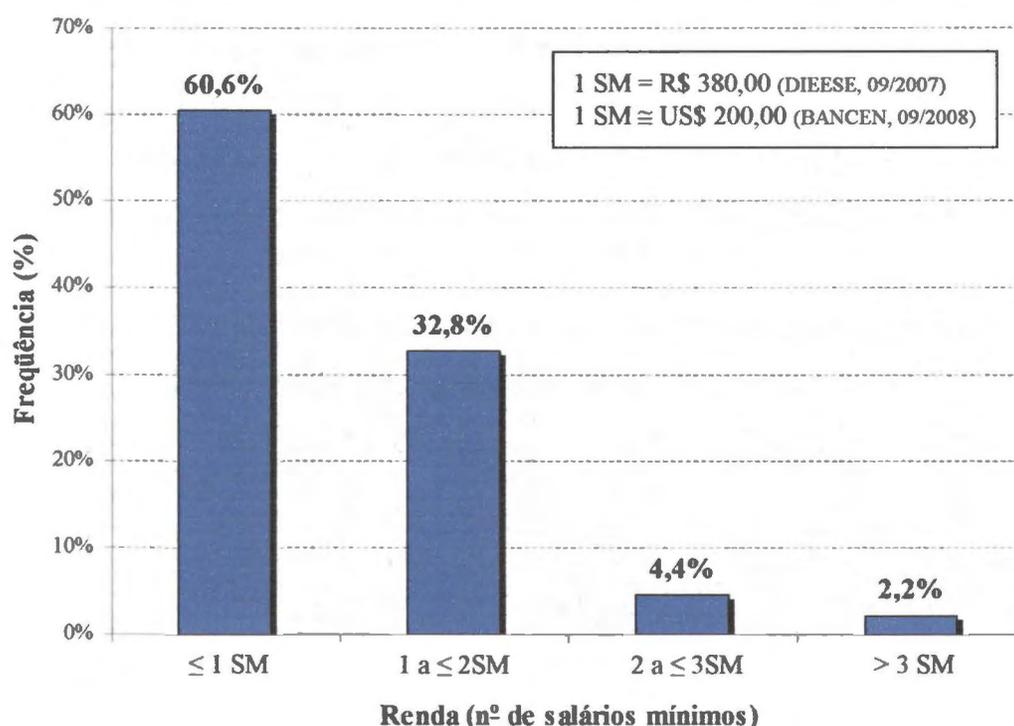


**FIGURA 12: Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo trabalho extradomiciliar, São Paulo – SP, 2008 (n = 360)**



Em se tratando de trabalho extradomiciliar, a frequência de gestantes que trabalhavam foi de 63,9% (FIGURA 12). Este resultado poderia ser considerado baixo, mas vale considerar dois aspectos: que 12,8% das gestantes eram adolescentes e, possivelmente, só estariam estudando, e que 37% das mulheres paulistanas encontravam-se desempregadas em 2003 (SEADE, 2008), o que se aproxima do resultado aqui encontrado. Vale destacar também, que algumas dessas mulheres poderiam, possivelmente, já estarem desempregadas antes da gravidez e, conseqüentemente, terem maior dificuldade de retornar ao mercado de trabalho em virtude da gestação.

**FIGURA 13: Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo faixas de renda per capita mensal (nº de salários mínimos – “SM”), São Paulo – SP, 2008 (n = 360)**



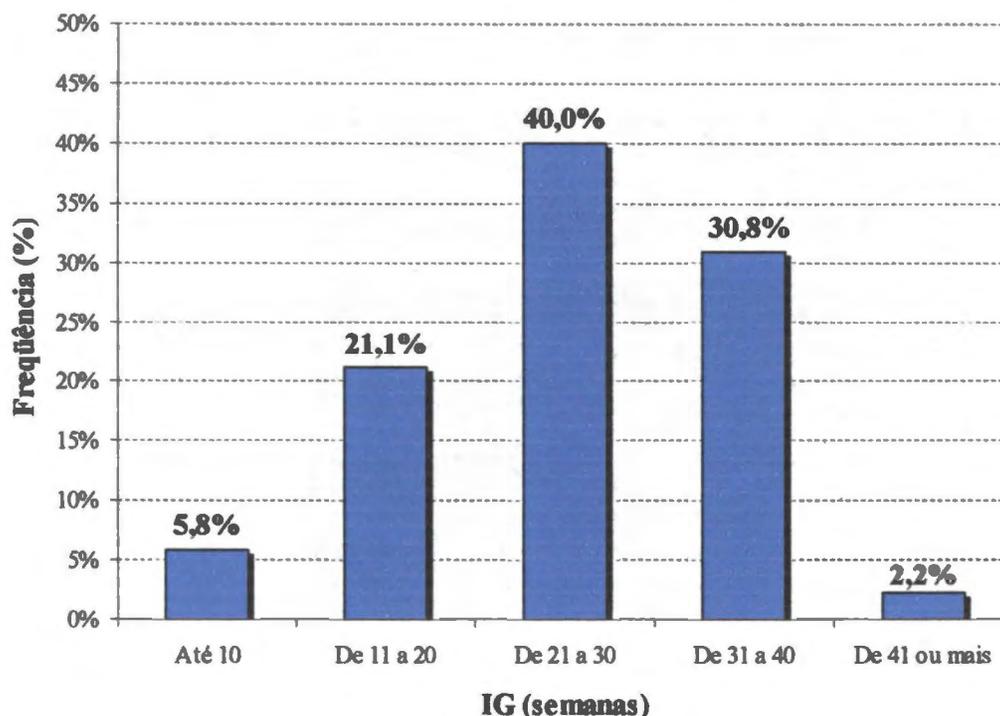
Em média, as gestantes tinham renda *per capita* mensal igual a R\$ 383,10. Aproximadamente, 1 salário mínimo, de acordo com o salário vigente na época da entrevista (DIEESE, 2007). A faixa de renda mais frequente (60,6%) foi a de até 1 salário mínimo (FIGURA 13). No município de São Paulo, a faixa de renda *per capita* mais frequente, no ano de 2000, foi a compreendida entre 1,5 a 3 salários mínimos (SEADE, 2008), indicando que as gestantes deste estudo têm renda menor. O mesmo acontece quando se compara a renda *per capita* nas subprefeituras paulistanas com as subprefeituras avaliadas neste estudo.

Considerando a escolaridade e renda como indicadores sociais, verifica-se que a clientela dos CSEs estudados está aquém da população geral do município de São Paulo.

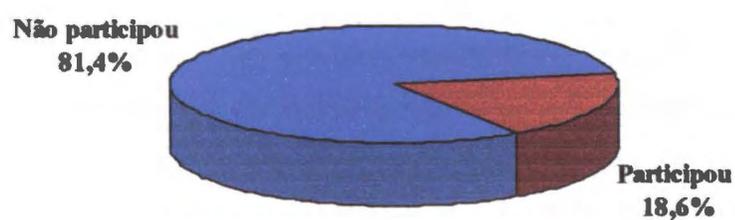
De acordo com a FIGURA 14, a maior parte das gestantes (40,0%) encontrava-se entre as 21ª e 30ª semanas de gestação, o que corresponde, aproximadamente, ao final do 2º trimestre. Em média, a idade gestacional foi 25,8 semanas (dp = 9,0).

A experiência da pesquisadora em atividades realizadas em Centros de Saúde do Nordeste (Paraíba e Pernambuco), Centro-oeste (Distrito Federal) e Sudeste (São Paulo) do Brasil, revela que é bastante comum a realização de palestras para as gestantes, durante o pré-natal. Essas palestras normalmente abordam temas, como: fisiologia, nutrição e complicações comuns na gestação, tipos de parto, cuidados com o recém-nascido, incluindo o aleitamento materno. Neste estudo, grande parte (81,4%) das gestantes não participou de palestra sobre aleitamento materno (FIGURA 15), e dentre as que participaram (n = 67), o número de palestras foi de apenas uma (89,6%). Uma pesquisa realizada com mães de crianças com até um ano de idade, revelou que 47% dessas mulheres não receberam orientação sobre aleitamento materno nas consultas de pré-natal (GIUGLIANI *et al*, 1995).

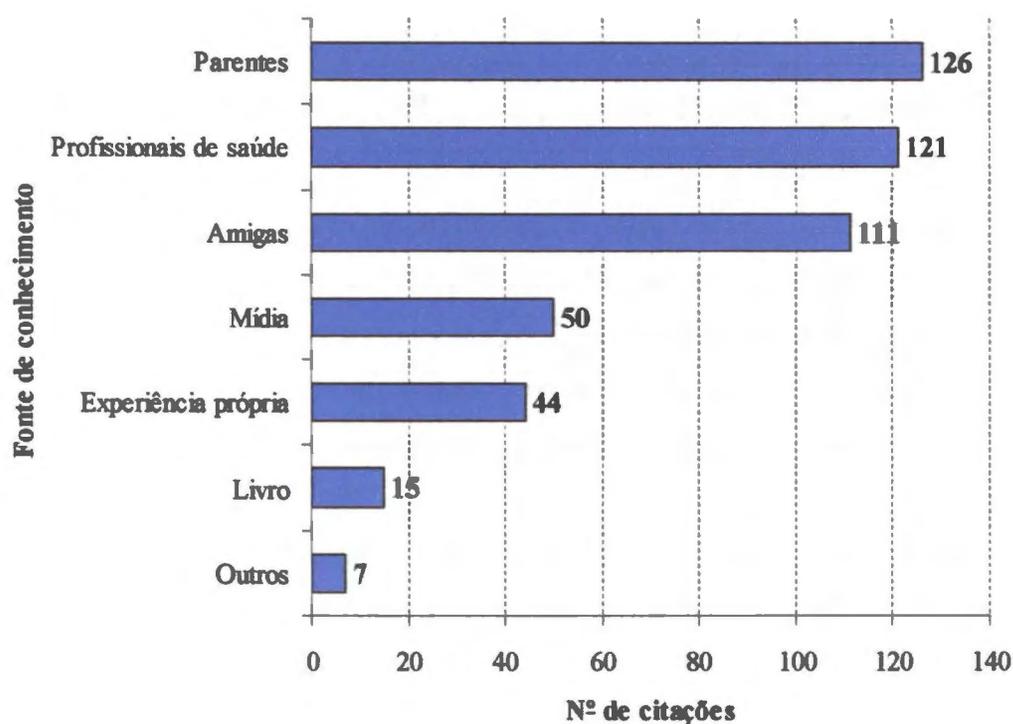
**FIGURA 14: Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo faixas de idade gestacional (IG) (semanas), São Paulo – SP, 2008 (n = 360)**



**FIGURA 15: Frequência de gestantes (%) dos 4 CSEs, segundo participação em palestra sobre aleitamento materno, São Paulo – SP, 2008 (n = 360)**



**FIGURA 16: Fonte de conhecimento sobre aleitamento materno, segundo nº de citações das gestantes dos 4 CSEs, São Paulo – SP, 2008**



No que se refere à fonte de conhecimento sobre aleitamento materno (FIGURA 16), os parentes e profissionais de saúde foram citados pelas gestantes praticamente na mesma proporção: 126 e 121 vezes, respectivamente. Logo em seguida foram citadas as amigas: 111 vezes. Vale salientar que a gestante podia citar mais de uma fonte de conhecimento. Considerando que os profissionais de saúde é a maneira formal mais adequada de se adquirir conhecimentos sobre saúde, esperava-se que eles fossem citados mais vezes.

ISSLER *et al* (2001) também encontraram que gestantes indicaram os parentes e as amigas como a principal fonte de conhecimento sobre aleitamento materno.

As mães de crianças de creches da Prefeitura de São Paulo apontaram a maternidade como primeira fonte de orientação sobre aleitamento materno. Em segundo lugar foi a consulta pediátrica (puerpério) e, em terceiro, a consulta pré-natal (SPINELLI *et al*, 2002). Isso é preocupante, tendo em vista que autores verificaram que a decisão da mulher em amamentar ou não ocorre antes da gestação e é consolidada durante esse período (SARETT *et al*, 1983; HOWARD *et al*, 1993; HEATH, 2002).

Alguns estudos apontaram os profissionais de saúde como principais informantes sobre o aleitamento materno (SANDRE-PEREIRA *et al*, 2000; SANTOS, 2004). Talvez o fato desses estudos terem sido realizados em unidades de serviços de saúde (centros de saúde, hospitais) possa influenciar a referência da entrevistada.

Embora seja um ato natural, o aleitamento materno também é um comportamento a ser aprendido (WHO, 2003); as técnicas devem ser aprendidas tanto pela mãe quanto pela criança (EUCLYDES, 2000, p. 296) e o profissional de saúde deve reconhecer e respeitar o fato de que amamentar é uma decisão pessoal da mulher (JAMES e DOBSON, 2005). O profissional de saúde assume papel normatizador da amamentação, respaldando-se em conhecimentos científicos. No cotidiano da amamentação, a família ocupa o primeiro lugar de referência para as mulheres, transmitindo crenças, hábitos e condutas. Os profissionais de saúde deveriam valorizar o contexto familiar (NAKANO *et al*, 2007) e apoiar toda a família, dando o suporte necessário para a prática da amamentação.

A fonte de conhecimento “*mídia*” refere-se neste estudo à televisão, revista, jornal, internet. Essa categoria ficou em 4º lugar quanto ao número de citações. Seria importante valorizar esses meios de comunicação, fazendo-os atuar na promoção da saúde, tendo em vista o aumento crescente do acesso a informação em todas as sociedades do mundo. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE,

revelou que o número de brasileiros que acessam a internet está aumentando. São Paulo é o Estado que registra maior percentual de pessoas que acessam a internet. E a região Sudeste é a que apresenta maior percentual de pessoas que acessam a internet das menores faixas de renda *per capita* mensal (até 2 salários mínimos) (IBGE, 2005).

Quase todas as gestantes revelaram intenção de amamentar o filho (95,0%). Este resultado é similar a de muitos outros estudos: 100% (SANDRE-PEREIRA *et al*, 2000; SANTOS, 2004); 98,5% (ISSLER *et al*, 2001). O fato da maioria das mulheres revelar a intenção de amamentar parece ser apenas uma repetição do que as mulheres julgam como resposta esperada, considerando a situação de entrevista realizada por um profissional de saúde. Mas, mesmo assim, pode dar início a uma atitude positiva para a prática da amamentação.

Considerando as múltiparas (n = 189), a maior parte amamentou o filho mais novo (87,8%) e, para quase todas essas, amamentar “*foi bom*” (87,3%). Em média, essas mães amamentaram até 1 ano de idade da criança ( $12,7 \pm 12,5$  meses).

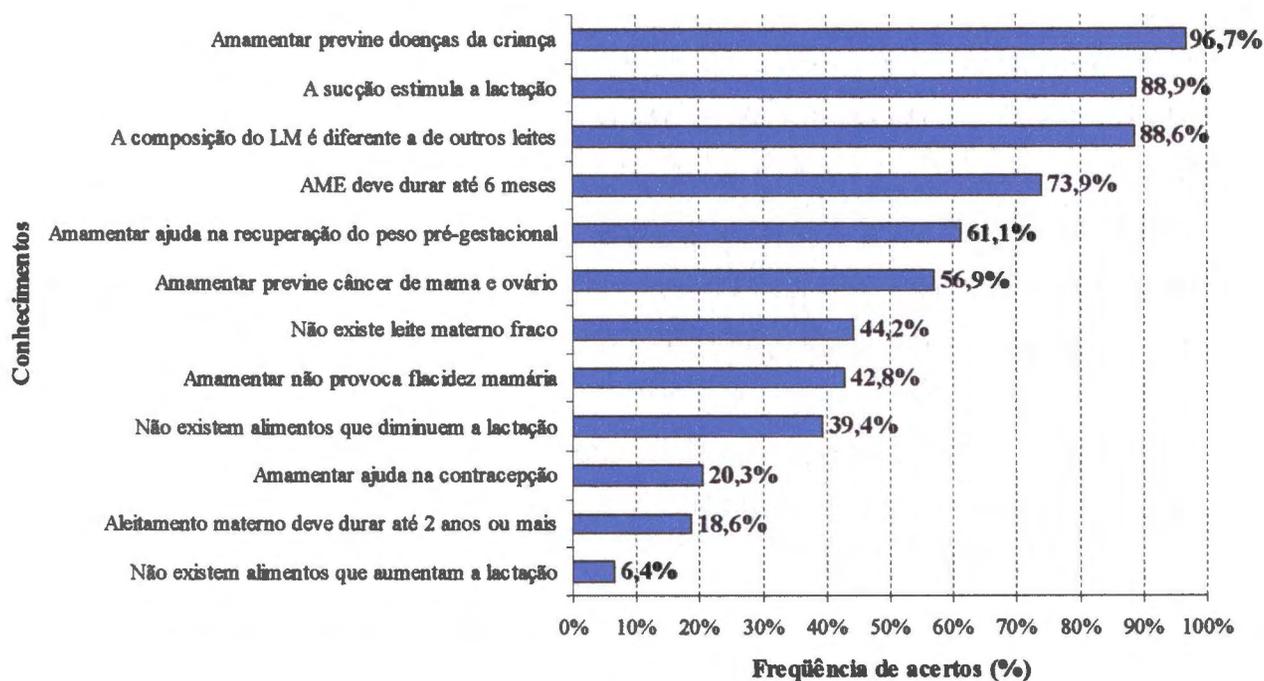
Em se tratando da experiência sobre aleitamento materno entre as nulíparas (n = 171), quase todas referiram ter tido alguém próximo (parente, amiga) que amamentou o filho (97,1%) e 78,3% dessas pessoas próximas transmitiram que amamentar “*foi bom*”. Este resultado revela uma atitude positiva da família/amigas em relação ao aleitamento materno.

## 4.2) Conhecimentos sobre aleitamento materno

Na FIGURA 17 encontra-se a distribuição dos conhecimentos corretos que as gestantes apresentaram. Dos 12 conhecimentos investigados, as gestantes responderam adequadamente, em média, 5,5 (dp = 1,9), aproximadamente 50% de acertos. Esse resultado poderia até ser considerado satisfatório, tendo em vista a população estudada, que é de baixo nível sócio-econômico. Porém, vale ressaltar que ter conhecimento, não necessariamente, conduzirá à prática da amamentação.

Em outros estudos, o nível de conhecimento de gestantes, puérperas ou mães sobre aleitamento materno também ficou em torno de 50%. GIUGLIANI *et al* (1995) avaliaram o conhecimento de mães de crianças de até 1 ano de idade, em Porto Alegre, e constataram que o escore de acertos foi de quase 50%. Na Colômbia, as puérperas tinham, aproximadamente, 70% dos conhecimentos avaliados (NOGUERA-ORELLANA, 2004).

**FIGURA 17: Frequência (%) de acertos das gestantes dos 4 CSEs, segundo conhecimentos sobre aleitamento materno, São Paulo – SP, 2008**



A questão que teve mais acertos diz respeito ao efeito preventivo do aleitamento materno contra as doenças da criança. Quase todas as gestantes (96,7%) confirmaram que *“a criança que mama no peito fica menos doente”*. Esse conhecimento está bem presente em outros estudos, inclusive um estudo que entrevistou homens e mulheres (BOVELL-BENJAMIN *et al*, 2001).

A prevenção de doenças da criança foi a justificativa da importância do aleitamento materno mais apontada por quase metade das mães investigadas em Conchas (SP) (PARADA *et al*, 2005), a mais citada entre puérperas de duas maternidades de Viçosa (MG) (PERCEGONI *et al*, 2002) e a segunda mais lembrada entre puérperas de uma maternidade escola da cidade do Rio de Janeiro (SANDRE-PEREIRA *et al*, 2000). Um estudo realizado com estudantes adolescentes, de ambos os sexos, revelou que 70,1% deles têm o conhecimento de que o aleitamento materno proporciona à criança maior proteção contra doenças, quando comparado com o aleitamento artificial, e 53,7% responderam que este tipo de aleitamento predispõe a criança a maior risco de contrair diarreia (ISSLER, 1984).

De acordo com SANTOS (2004), as orientações sobre aleitamento materno destinadas a mulheres focalizam, principalmente, as vantagens conferidas à criança. Vale destacar que o foco de informações centrado somente nesse aspecto pode gerar ansiedade e culpa na mulher, caso ocorra alguma impossibilidade de estabelecer o aleitamento ou o

insucesso no ato de conduzir esse processo. O prazer, a satisfação, as necessidades fisiológicas, psicológicas e os direitos maternos ficam em segundo plano, colocando a criança como o centro desse processo.

Um resultado bastante contraditório diz respeito ao conhecimento de que “quanto mais o bebê mama, mais leite a mãe produz”. Esse questionamento ficou em 2º lugar em número de acertos neste estudo. Tendo em vista que a queixa de insuficiência de leite é uma das mais freqüentes para justificar o abandono do aleitamento materno, esperava-se um desconhecimento maior desse tema. Parece existir aqui um confronto entre teoria e prática: “eu sei que quanto mais o bebê mama, mais leite eu vou ter” (teoria) e “eu não tenho leite suficiente” (prática).

De acordo com PERCEGONI *et al* (2002), 62,2% das puérperas reconheceram a existência de fatores que estimulam a produção de leite. Entretanto, apenas 1,5% delas citaram o estímulo da sucção como um desses fatores.

Em estudos internacionais também é comum a queixa da insuficiência de leite. Um estudo realizado na Nova Zelândia verificou que as mães que relataram “pouco leite” amamentaram exclusivamente por menor tempo (HEATH *et al*, 2002). Nesse mesmo estudo, as mães reconheceram que quanto mais amamentavam seu filho, mais leite era produzido. Porém, essas mães referiram que aumentar a sua ingestão de líquidos também aumenta a lactação.

É importante considerar que o volume do leite varia com a demanda do bebê, a freqüência da amamentação, a fase da lactação e a capacidade glandular (AKRÉ, 1997). Quase sempre a produção insuficiente de leite está associada à amamentação pouco freqüente ou ao emprego de complementos, embora o estado físico e/ou emocional da nutriz também sejam fatores importantes. A mãe deve estar consciente e segura de que as mulheres, em sua maioria, são capazes de produzir leite na quantidade necessária, desde que estejam confiantes e a criança seja amamentada em esquema de livre demanda e em posição correta (quanto maior o estímulo, maior a produção) (EUCLYDES, 2000, p.310).

Além da insuficiência de leite, é comum as mulheres justificarem o desmame por acreditarem na existência de leite materno fraco, ou seja, que o leite não é capaz de nutrir adequadamente seus bebês. Neste estudo, 44,2% das gestantes não acreditam nisso. Em uma pesquisa realizada com mães de crianças de até 1 ano de idade, em Porto Alegre (RS), esse valor chegou a 64% (GIUGLIANI *et al*, 1995).

A crença do leite fraco normalmente está fundamentada nas comparações que a mãe faz do aspecto aguado do leite materno em relação ao leite de vaca, e também no fato

de, muitas vezes, a criança mamar e chorar logo depois da mamada e, em contrapartida, dormir horas seguidas quando recebe mamadeira. Quanto ao aspecto agudo do leite, é importante esclarecer que cada espécie produz um leite diferente, apropriado para o filhote, e que essa é a característica normal do leite humano. Já a manifestação de fome com mais frequência é perfeitamente compreensível, em função da digestão mais rápida do leite materno (GIUGLIANI *et al*, 1995; EUCLYDES, 2000, p.307; PERCEGONI *et al*, 2002).

Grande proporção das gestantes investigadas (88,6%) têm o conhecimento de que a composição do leite materno é diferente a das fórmulas lácteas infantis. Em um estudo realizado no CSE Butantã, apenas 7 das 65 gestantes revelaram que sabiam que a maior parte dos leites infantis são compostos à base de leite de vaca ou de soja (ISSLER *et al*, 2001).

Vale destacar que 73,9% das gestantes sabem a correta duração que deve ter o aleitamento materno exclusivo – 6 meses. Porém, no que se refere à duração do aleitamento materno, apenas 18,6% referiram que essa prática deve ocorrer até os 2 anos da criança ou mais. Vale salientar que a proporção de gestantes que relataram que a amamentação deve ocorrer até a criança completar 1 ano de idade foi maior, igual a 31,7%. Verificou-se, então, que o conhecimento sobre a duração do aleitamento materno exclusivo está mais fortemente inserido na população estudada que o conhecimento do aleitamento materno. Apesar disso, nem sempre a exclusividade do aleitamento materno é compreendida e/ou praticada.

Estudo realizado com adultos (mulheres e homens), em Tobago, demonstrou grandes deficiências no que diz respeito a conhecimentos sobre aleitamento materno. Apenas 48% dos entrevistados revelou que o AME deveria ocorrer até o 6º mês de vida. Porém, 82% desses indivíduos acreditam que deveriam oferecer água à criança em AME. E apenas 44% mencionaram que o AM deveria ocorrer de 6 a 12 meses de vida (BOVELL-BENJAMIN *et al*, 2001). Em equipes do PSF de Francisco Morato (SP), apenas 24,6% dos profissionais desse programa orientaram a manutenção do AM até os 2 anos de vida do bebê (CICONI *et al*, 2004).

Levando-se em consideração que a população mundial enfrenta atualmente o aumento da frequência das doenças crônicas não-transmissíveis, incluindo a obesidade (OPAS/OMS, 2003), qualquer medida que contribua para a manutenção do peso adequado é de grande valia para a saúde pública. Das gestantes entrevistadas neste estudo, 61,1% têm o conhecimento de que amamentar ajuda na recuperação do peso pré-gestacional. É preciso divulgar mais esse benefício do aleitamento materno, tendo em vista que, além da obesidade

ser um problema de saúde pública, é uma grande preocupação pessoal das mulheres atualmente.

É importante ressaltar o papel do aleitamento materno na recuperação mais rápida do peso pré-gestacional. Um estudo com mulheres dinamarquesas verificou que o desmame precoce acontecia à medida que o IMC pré-gestacional dessas mulheres aumentava (BAKER *et al*, 2007). Para essas mulheres, amamentar seria muito benéfico.

Avaliando o conhecimento sobre a não associação entre aleitamento materno e flacidez mamária, verificou-se que 42,8% das gestantes revelaram ter esse conhecimento. Esse resultado deveria ser tratado com atenção considerável, em virtude da grande preocupação estética na qual se vive na atualidade. Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, o Brasil já ocupa o 2º lugar em número de cirurgias plásticas, só ficando atrás dos Estados Unidos. Em 1994, foram feitas aproximadamente 100.000 cirurgias plásticas no Brasil e, em 2004, esse número passou para 616.000. As mulheres fazem mais cirurgias (69%) que os homens, mas cada vez mais a procura masculina aumenta. Do total de cirurgias plásticas, 80% delas são para fins estéticos. As lipoaspirações lideram e, em seguida, estão as cirurgias nas mamas (SBCP, 2008). Apesar da população estudada ser considerada de nível sócio-econômico menos favorecido, essas gestantes também sofrem a influência dessa preocupação estética, seja através dos meios de comunicação, seja através dos apelos publicitários, que tornam as cirurgias plásticas cada vez mais acessíveis.

A literatura não refere a prática do aleitamento materno como risco para a flacidez das mamas. Devem ser considerados outros fatores que poderiam favorecer a flacidez nesse período: o rápido ganho de peso durante a gestação, sobrepeso/obesidade pré-existente e a predisposição genética (CLARK, 1984). Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1994, p.141), a maternidade sempre altera as mamas, independentemente da mulher amamentar ou não.

No que diz respeito ao efeito do aleitamento na prevenção do câncer de mama, esse parece o mais estudado entre os benefícios do aleitamento materno para a mulher, mas a amamentação também parece atuar na prevenção de certos tipos de cânceres de ovário (REA, 2004). Nesse estudo, 56,9% das gestantes apresentaram esse conhecimento.

De acordo com a FIGURA 17, apenas 20,3% das gestantes têm o conhecimento de que o aleitamento materno ajuda a contracepção. Um estudo realizado com 65 gestantes de um desses CSEs avaliados neste estudo, revelou que 41,5% delas tinham conhecimento de que a amamentação poderia evitar uma nova gestação (ISSLER *et al*, 2001). Esses valores podem, ainda, estar superestimados se considerarmos que a gestante pode ter esse

conhecimento, porém não acreditar nesse efeito na vida prática. É muito comum o relato de mulheres que já ouviram falar do efeito contraceptivo do aleitamento materno, mas ter alguém próximo que engravidou, mesmo praticando a amamentação. Vale salientar que, nesses casos, é importante investigar a frequência da amamentação. De acordo com o Ministério da Saúde, para proteger, em 98%, a gravidez de mulheres que estão amamentando, até o 6º mês de vida da criança, é necessário que ela amamente exclusivamente ou quase exclusivamente, de 6 a 10 vezes em 24 horas e que não haja intervalo entre as mamadas maior que 6 horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

A FIGURA 18 registra a frequência dos alimentos apontados pelas gestantes com possível efeito de aumentar a lactação. O convívio com gestantes em serviços de saúde revela que esse conhecimento popular é bastante disseminado. Por isso, identificar esses alimentos foi objetivo específico deste trabalho. Essa investigação permitiu verificar se os alimentos citados são coincidentes e até que ponto esse conhecimento errado pode trazer prejuízo à lactação ou à nutrição da lactante.

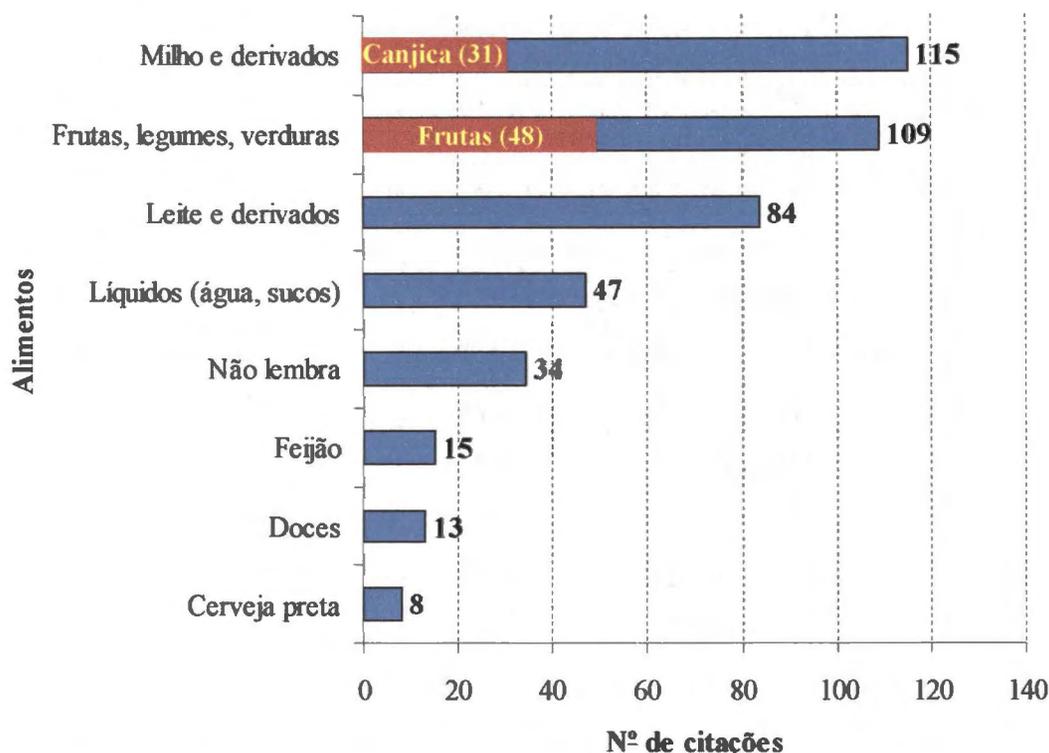
De acordo com a FIGURA 17, apenas 6,4% das gestantes acreditam que não existem alimentos que possam aumentar a lactação. Em contrapartida, 39,4% delas acreditam que não existem alimentos capazes de diminuir a produção de leite.

Considerando as gestantes que afirmaram que existem alimentos que aumentam a lactação, os alimentos mais citados por elas encontram-se na FIGURA 18. Vale destacar que houve a citação de outros alimentos, porém a frequência foi inexpressiva (no máximo 6 citações) em relação aos mais citados.

A categoria “*milho e derivados*” também incluiu a citação de milho, polenta, angu, cuscuz e a canjica, que teve 31 citações. Esses alimentos também foram citados em outros estudos (SANDRE-PEREIRA *et al*, 2000; VITOLO *et al*, 1994).

Em relação aos resultados encontrados, chama a atenção o destaque que as frutas, legumes e verduras tiveram, sobretudo as frutas. A inclusão desses alimentos saudáveis na dieta da lactante traria muitos benefícios para a sua saúde. Mas seria importante que a mulher não acreditasse que a lactação depende dessa alimentação. Caso não houvesse a adequada disponibilidade desses alimentos, a lactante poderia se sentir incapaz de produzir leite e, conseqüentemente, de amamentar. Por outro lado, em outro estudo, alimentos ácidos, incluindo as frutas, foram os mais citados como supostamente prejudiciais à amamentação (VITOLO *et al*, 1994).

**FIGURA 18: Alimentos que aumentam a lactação, segundo nº de citações das gestantes dos 4 CSEs, São Paulo – SP, 2008**



“*Frutas, legumes e verduras*” foram os alimentos mais citados por puérperas do Rio de Janeiro (RJ) (SANDRE-PEREIRA *et al*, 2000). Parece que o conceito de alimentação saudável, com a necessidade de maior inclusão de alimentos de origem vegetal, já apresenta certa inserção entre essas mulheres.

“*Leite e derivados*” foi a 3ª categoria de alimentos mais citada como capaz de aumentar a lactação. Esse conhecimento popular pode ser decorrente da associação direta que a mulher faz: “*mais leite eu bebo, mais leite eu produzo*”. Esse pensamento pode ser bastante negativo se a mulher não tiver o hábito de ingerir leite. É preciso considerar que no soro do leite de vaca existe a proteína  $\beta$ -lactoglobulina – presente também em quase todas as fórmulas lácteas – que é capaz de contaminar o leite humano da mulher que consome leite de vaca e derivados, aumentando o risco de alergias no lactente (KILSHAW e CANT, 1984; CAVAGNI *et al*, 1988). Contudo, SALVATORE e VANDENPLAS (2002) relatam que reações à proteína do leite de vaca ocorrem em aproximadamente 0,5% das crianças amamentadas e 0,4% das crianças exclusivamente amamentadas.

Os líquidos também foram citados por 25% das puérperas de uma maternidade escola do município do Rio de Janeiro (SANDRE-PEREIRA *et al*, 2000) e por apenas 4,7% das puérperas de uma maternidade paulistana (VITOLLO *et al*, 1994). A ingestão de água pelas lactantes, dentro dos limites, não tem efeito fisiológico sobre o volume de leite

secretado. Possivelmente, a lactação seja afetada pelo aumento da confiança materna e, conseqüentemente, favorecimento do reflexo psicossomático da ejeção (VITOLLO *et al*, 1994), funcionando como um “efeito placebo”.

A cerveja preta ainda continua a ser citada como responsável por aumentar a lactação. Contudo, apenas 8 gestantes citaram essa bebida. Em estudo realizado por VITOLLO *et al* (1994) entre puérperas, a cerveja preta foi o 2º “alimento” mais citado. Percebe-se que em aproximadamente 14 anos, esse conhecimento popular vem diminuindo.

A categoria “*não lembra*” compreendeu as gestantes que relataram existir alimentos que aumentam a lactação, porém não lembravam nenhum deles no momento da entrevista. Essa situação é preocupante porque pode trazer mais insegurança para a mulher no período de amamentação, uma vez que ela acredita que exista algum alimento que possa favorecer o aleitamento materno, mas não sabe ou não lembra qual. O sentimento de incapacidade de amamentar e/ou de produzir leite, então, parece ser o verdadeiro inibidor da lactação e não a falta de ingestão de determinado(s) alimento(s).

O conhecimento popular sobre alimentos que possam diminuir a lactação é bem menor que a de alimentos que aumentam a lactação. As gestantes só citaram 17 variedades de alimentos, além da categoria “*não lembra*”, que teve o maior número de citação (23). As bebidas alcoólicas vieram em segundo lugar, com 12 citações. Também foram citados, em quantidade quase única: refrigerantes, abóbora, comidas secas, comidas “pesadas, reimosas”, comidas salgadas, chocolate e café.

Um aspecto que chamou a atenção é que alguns alimentos foram citados nos dois grupos, tanto nos alimentos que aumentam a lactação como nos que diminuem. Foi o caso da abóbora e do café. Parece não existir um consenso entre esses conhecimentos. A abóbora foi citada como alimento que prejudica a amamentação por 19,2%, sendo o 3º mais citado, entre 185 puérperas de uma maternidade da cidade de São Paulo (VITOLLO *et al*, 1994).

De acordo com CALIL e VAZ (2008, p.186), a dieta materna pode ocasionar variações em alguns componentes lácteos menores, mas não nos macronutrientes. Assim, o conteúdo calórico, as concentrações de gorduras totais, carboidratos, proteínas totais, minerais e vitaminas lipossolúveis não mostram alterações significativas de acordo com a dieta materna recente; seus valores relacionam-se primordialmente aos depósitos maternos, ou seja, à dieta anterior e habitual. Além disso, não há relação convincente entre o estado nutricional materno, avaliado pelo índice de massa corpórea, e a composição do leite humano; tampouco há relação desse índice com o conteúdo energético lácteo ou com o volume de leite produzido.

É importante ressaltar que mesmo o conhecimento popular de alimentos que possam auxiliar a amamentação não deve ser considerado positivo. Pelo contrário, é mais uma evidência de que as mães continuam a desconhecer a dinâmica da lactação. Elas ainda acreditam na necessidade de subterfúgios para que o leite materno seja suficiente e completo, o que contribui para a insegurança materna para amamentar o seu filho.

#### 4.3) Variáveis associadas aos conhecimentos sobre aleitamento materno

Foram feitas regressões lineares simples para testar a associação entre o número de conhecimentos corretos sobre aleitamento materno e as 16 variáveis independentes. Os resultados dessas regressões encontram-se na TABELA 2, com as variáveis quantitativas, e, na TABELA 3, com as variáveis qualitativas.

De acordo com as TABELA 2 e 3, as variáveis: renda *per capita* mensal, trabalho extradomiciliar, fontes de conhecimento sobre aleitamento materno (experiência própria, livro), apresentaram nível de significância ( $p > 0,25$ ) e, por isso, foram excluídas da análise de regressão linear múltipla.

Conforme o resultado da regressão linear múltipla (TABELA 4), o maior número de conhecimentos sobre aleitamento associou-se com as variáveis: escolaridade, estado marital, idade gestacional, número de filhos, participação em palestra sobre aleitamento materno e fonte de conhecimento sobre aleitamento materno “*profissional de saúde*”. A significância estatística evidenciou-se com  $p < 0,05$ .

**TABELA 2: Resultados da regressão linear simples entre o número de conhecimentos corretos e as variáveis quantitativas das gestantes (n = 360), São Paulo – SP, 2008**

Variável quantitativa	$\bar{X}$ e (dp)	Coef. de regressão	Teste F	p
Idade da gestante (anos)	26,5 (6,1)	0,048	8,37	<b>0,0041</b>
Escolaridades (anos)	8,0 (3,2)	0,074	5,45	<b>0,0201</b>
Renda <i>per capita</i> mensal (R\$)	383,1 (307,4)	0,000	0,38	0,5366
IG (semanas)	25,8 (9,0)	0,026	5,42	<b>0,0204</b>
Nº de filhos	0,9 (1,2)	0,362	17,83	<b>0,0000</b>

OBS.: as saídas do Epi Info das regressões lineares simples encontram-se no ANEXO 9, p.109 a 124.

**TABELA 3: Resultados da regressão linear simples entre o número de conhecimentos corretos e as variáveis qualitativas das gestantes (n = 360), São Paulo – SP, 2008**

Variável qualitativa	Frequência n e (%)	Nº de conhecimentos $\bar{X}$ e (dp)	Coef. de regressão	Teste F	p
<b>Naturalidade</b>					
SU,SE,CO,Ext (1)	185 (51,4%)	6,2 (2,0)	0,290	2,01	0,1566
NO, NE (0)	175 (48,6%)	6,5 (1,9)			
<b>Estado marital</b>					
Casada (1)	286 (79,4%)	6,6 (2,0)	0,850	11,58	0,0007
Não casada (0)	74 (20,6%)	5,7 (1,6)			
<b>Trabalho extradomiciliar</b>					
Trabalha (1)	229 (63,6%)	6,4 (1,9)	0,078	0,13	0,7150
Não trabalha (0)	131 (36,4%)	6,3 (2,0)			
<b>Múltipara</b>					
É múltipara (1)	189 (52,5%)	5,9 (2,0)	0,853	18,15	0,0000
É nulípara (0)	171 (47,5%)	6,8 (1,8)			
<b>Participação em palestra sobre AM</b>					
Participou (1)	67 (18,6%)	7,2 (2,0)	0,948	13,43	0,0003
Não Participou (0)	293 (81,4%)	6,2 (1,9)			
<b>Fonte de conhecimento sobre AM</b>					
Amigas (1)	111 (30,8%)	6,5 (1,9)	-0,416	3,55	0,0605
Outros (0)	249 (69,2%)	6,1 (2,0)			
<b>Fonte de conhecimento sobre AM</b>					
Experiência (1)	44 (12,2%)	6,3 (1,6)	-0,068	0,05	0,8284
Outros	316 (87,8%)	6,4 (2,0)			
<b>Fonte de conhecimento sobre AM</b>					
Livro (1)	15 (4,2%)	6,7 (1,4)	0,371	0,52	0,4697
Outros (0)	345 (95,8%)	6,4 (2,0)			
<b>Fonte de conhecimento sobre AM</b>					
Mídia (1)	50 (13,9%)	6,8 (2,3)	0,444	2,26	0,1340
Outros (0)	310 (86,1%)	6,3 (1,9)			
<b>Fonte de conhecimento sobre AM</b>					
Parentes (1)	126 (35,0%)	6,2 (2,1)	-0,349	2,66	0,1038
Outros (0)	234 (65,0%)	6,5 (1,9)			
<b>Fonte de conhecimento sobre AM</b>					
Prof. de saúde (1)	121 (33,6%)	7,1 (1,8)	1,074	26,30	0,0000
Outros (0)	239 (66,4%)	6,0 (1,9)			

OBS.: as saídas do Epi Info das regressões lineares simples encontram-se no ANEXO 9, p.109 a 124.

**TABELA 4: Resultados da regressão linear múltipla entre o número de conhecimentos corretos e as variáveis independentes das gestantes (n = 360), São Paulo (2008)**

Variáveis Independentes	Coef. de regressão	Teste F	P
Naturalidade: <i>SU, SE, CO, Ext / NO, NE</i>	0,282	1,94	0,1649
Idade da gestante: <i>14 a 45 anos</i>	0,028	2,40	0,1224
Escolaridade: <i>0 a 17 anos</i>	0,116	12,65	<b>0,0004</b>
Estado marital: <i>Casada / Não casada</i>	0,625	7,26	<b>0,0074</b>
Idade gestacional: <i>6 a 42 semanas</i>	0,024	4,88	<b>0,0278</b>
Multipara: <i>Multipara / Nullipara</i>	0,383	1,78	0,1834
Número de filhos: <i>0 a 9</i>	0,324	6,83	<b>0,0094</b>
Participação em palestra sobre AM: <i>Sim / Não</i>	0,888	10,95	<b>0,0010</b>
Fonte de conhecimento sobre AM: <i>Amigos/Outros</i>	-0,117	0,30	0,5858
Fonte de conhecimento sobre AM: <i>Mídia/Outros</i>	0,428	2,22	0,1374
Fonte de conhecimento sobre AM: <i>Parentes/Outros</i>	0,191	0,72	0,3963
Fonte de conhecimento sobre AM: <i>Prof. de saúde/Outros</i>	0,624	6,59	<b>0,0107</b>

OBS.: as saídas do Epi Info da regressão linear múltipla encontram-se no ANEXO 10, p.126.

De acordo com os resultados encontrados neste estudo, à medida que aumentava a escolaridade das gestantes, maior era o número de conhecimentos corretos sobre aleitamento materno que as gestantes apresentavam ( $p = 0,0004$ ).

GIUGLIANI *et al* (1995) também verificaram associação entre maior conhecimento sobre aleitamento materno e escolaridade materna maior que 8 anos, entre primíparas de Porto Alegre (RS). Uma pesquisa realizada com puérperas colombianas também verificou o mesmo tipo de associação: maior conhecimento sobre aleitamento materno entre as puérperas com maior escolaridade (NOGUERA e ORELLANA, 2004). Um outro estudo, realizado em Hospital Universitário de Brasília (DF), revelou que as gestantes com mais de 10 anos de estudo referiram ter recebido mais informações sobre aleitamento materno durante o pré-natal, em relação àquelas com até 5 anos de estudo (SANTOS, 2004).

O grau de instrução materno mais elevado parece ser um bom preditivo de sucesso da prática do AME. A interrupção do AME em crianças com idade até 6 meses mostrou-se associada à baixa escolaridade da mãe (FRANÇA *et al*, 2007). Pesquisa

realizada por FADUL e XAVIER (1983) relatou a ocorrência mais precoce de desmame em grupo de mães com apenas o 1º ou 2º graus. Essa situação parece evidenciar que as mães com formação acadêmica apresentam maior possibilidade de receber informações acerca dos benefícios da amamentação, sofrendo menor influência externa e rejeitando práticas que, de modo cientificamente comprovado, prejudicam a ocorrência da amamentação. Além disso, a instrução pode oferecer à mãe autoconfiança, dando-lhe segurança para que possa lidar com os possíveis problemas ou desconfortos da prática de amamentar.

No município de São Paulo, a maior frequência do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade esteve associado com o maior nível de escolaridade do chefe da família (MONTEIRO *et al*, 1987).

Um estudo realizado em Porto Alegre (RS), constatou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi maior entre as mães com maior escolaridade (KUMMER *et al*, 2000). Essa tendência provavelmente se deve à maior valorização dos benefícios do aleitamento materno nas classes mais favorecidas (KUMMER *et al*, 2000).

KHOURY *et al* (2002) verificaram que a importância de promover o aleitamento materno entre as mulheres de baixa renda é, de fato, um desafio, em função da associação da baixa renda e nível de escolaridade menor. Dessa forma, medidas alternativas como as realizadas nos estudos de SUSIN *et al* (1998) e FONSECA *et al* (2002) foram empregadas, utilizando jogos educativos para orientar quanto à prática da amamentação, podendo constituir-se em uma alternativa a ser utilizada nos serviços de saúde.

O estado marital das gestantes investigadas também pareceu influenciar o conhecimento da gestante sobre aleitamento materno. As gestantes casadas apresentaram o maior número de conhecimentos corretos sobre aleitamento materno ( $p = 0,0074$ ). NOGUERA e ORELLANA (2004) também encontraram associação entre maior conhecimento de puérperas sobre aleitamento materno e ter companheiro.

Embora diretamente a participação paterna no aleitamento materno não seja tão evidente, a presença do companheiro pode ser a garantia de muitas formas de apoio à mulher nesse período. A mãe necessita de muita tranquilidade para amamentar. E essa tranquilidade pode ser adquirida através do apoio do pai da criança, através do conforto emocional, segurança financeira e até mesmo divisão dos trabalhos domésticos. Embora alguns companheiros possam não atender a essas funções, as dificuldades da mãe solteira tendem a ser maiores. Além disso, a presença de um companheiro estável, mesmo antes da gestação, pode ser a garantia de maior oportunidade de estudo para a mulher, tendo em vista

que a gestante pode ter maior disponibilidade para estudar, relacionar-se com mais pessoas, adquirir mais informações.

Outra variável associada com o número de conhecimentos sobre aleitamento materno foi a idade gestacional ( $p = 0,0278$ ). De acordo com a regressão linear múltipla, quanto maior era a idade gestacional, maior era o número de acertos quanto aos conhecimentos das gestantes sobre aleitamento materno.

Indiretamente, a maior idade gestacional pode estar associada ao maior número de conhecimentos corretos das gestantes em virtude da maior possibilidade dessa gestante ter tido mais contatos com os serviços de saúde. Considerando que, em média, as gestantes investigadas encontravam-se aproximadamente no final do 2º trimestre de gestação, elas deveriam ter realizado aproximadamente 3 consultas pré-natal, de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). Esse raciocínio também é o mesmo quando se verifica que as multiparas apresentaram maior número de conhecimentos corretos sobre aleitamento materno, conforme aumenta o número de filhos.

A regressão linear múltipla também mostrou associação estatisticamente significativa entre o maior número de filhos e o maior número de conhecimentos corretos sobre aleitamento materno ( $p = 0,0094$ ). Dessa forma, as gestantes com mais filhos apresentavam o maior número de conhecimentos. Vale salientar que na regressão linear múltipla, a variável dicotômica “*multipara*” (“*Sim/Não*”) não foi estatisticamente significativa. Pressupõe-se, então, que o número de filhos é mais determinante do que apenas o fato da gestante já ter tido filho ou não.

A presença de filho anterior representa maior oportunidade de aprender pela própria experiência ou pelo maior acesso a informações dos serviços de saúde em virtude de consulta(s) pré-natal e parto(s) anterior(es).

Mais uma razão para garantir melhor assistência para as primíparas é o fato de que dificuldades no aleitamento materno do primeiro filho torna o aleitamento dos segundo filho menos provável (INGRAM *et al*, 2001). Se elas acharem que tiveram leite insuficiente na amamentação do primeiro filho, provavelmente essa percepção será pior com o segundo filho (INGRAM *et al*, 2001).

NOGUERA-ORELLANA (2004) encontraram associação entre maior conhecimento e a multiparidade de puérperas colombianas. Em Cuiabá, FRANÇA *et al* (2007) verificaram que as mães primíparas apresentaram tendência maior de deixarem de amamentar seu filho menor de 6 meses de idade, quando comparadas às multiparas. Em um estudo de coorte, realizado no sul do Brasil, GIGANTE *et al* (2000)

observaram que mães primíparas amamentaram por menos tempo seus filhos. Segundo VIEIRA *et al* (2004), os fatores culturais que favorecem a introdução de chás, água e outros alimentos na alimentação de crianças em aleitamento materno provavelmente têm maior impacto no primeiro parto. Desse modo, as mulheres pertencentes a esse grupo apresentam maior susceptibilidade ao desmame precoce, necessitando de ações específicas de apoio e proteção ao aleitamento materno a fim de capacitá-las para que resistam às pressões sociais para o desmame.

Foi verificado que múltiparas produzem mais leite na primeira semana pós-parto, quando comparadas às primíparas. Porém, o tempo gasto no aleitamento do segundo filho é menor (INGRAM *et al*, 2001). Isso talvez seja justificado pelo fato de nesse mesmo estudo os segundos filhos terem peso maiores que os primeiros.

A participação em palestra sobre aleitamento materno parece ter exercido influência positiva sobre os conhecimentos das gestantes. Aquelas que participaram de palestra tiveram um maior número de conhecimentos sobre aleitamento materno ( $p = 0,0010$ ). Esse resultado é ainda mais reforçado, uma vez que também se verificou que as gestantes que apresentaram maior número de conhecimentos corretos sobre aleitamento materno foram aquelas que referiram os profissionais de saúde como fonte de conhecimento sobre esse tema. Essa associação foi estatisticamente significativa ( $p = 0,0107$ ).

Embora os profissionais de saúde tenham sido citados menos vezes (121) como fonte de conhecimento sobre aleitamento materno em comparação com a soma entre parentes e amigas (237), o maior número de conhecimentos só esteve associado às gestantes que citaram os profissionais de saúde como fonte de conhecimento. Esse resultado ressalta a importância desses profissionais.

Uma vez que a maior parte das mulheres decide amamentar seus filhos ou não durante a gestação (HEATH *et al*, 2002), maior atenção deveria ser dada na assistência pré-natal. Durante a gravidez, ela planeja como pretende “alimentar” o filho e já tem uma posição tomada em relação a essa questão, que é derivada de crenças, sentimentos e conhecimentos adquiridos em seu ambiente ou a partir de experiências anteriores (SILVA, 2008, p.4). De acordo com estudo de GIUGLIANI *et al* (1995), as mães que receberam orientação sobre aleitamento materno no pré-natal tiveram melhor desempenho no teste de conhecimentos sobre aleitamento materno em relação as que não tiveram orientação. Estudos como os de SUSIN *et al* (1998), KUAN *et al* (1999) e FONSECA *et al* (2002) referem que a educação materna durante os períodos pré-natal, peripartal e puerperal produzem resultados animadores nas freqüências de iniciação e duração do aleitamento.

AHLUWALIA *et al* (2000) demonstraram que após a instituição de programa de intervenção educativa para mulheres gestantes, o início de aleitamento materno aumentou em 75,2%, em 4 anos.

Estudos que avaliaram comportamento e atitude em relação à saúde antes e após programa educativo evidenciaram sucesso (RYSER, 2004; LIN *et al*, 2008). Em Ribeirão Preto (SP), puérperas submetidas a um jogo educativo sobre aleitamento materno e cuidados básicos com o recém-nascido tiveram percentual de acerto de 16,7% antes e 77,8% depois do jogo (FONSECA *et al*, 2002).

Um estudo que avaliou a efetividade de programas educacionais em prol do aleitamento materno, concluiu que as intervenções que tiveram mais sucesso foram aquelas que incluíram vários métodos educacionais, com suporte contínuo. Mas ressalta que é difícil de se calcular essa efetividade (HANNULA *et al*, 2008). Entretanto, a necessidade de programas educativos parece ser evidente.

## **5. CONCLUSÕES**

---

Dos 12 conhecimentos investigados, as gestantes acertaram, aproximadamente, metade deles. A distribuição dos conhecimentos das gestantes, segundo ordem decrescente do número de acertos, foi:

- amamentar previne doenças da criança;
- a sucção da criança estimula a lactação;
- a composição do leite materno é diferente a das fórmulas lácteas infantis;
- o aleitamento materno exclusivo deve durar até 6 meses;
- amamentar ajuda na recuperação do peso pré-gestacional;
- amamentar previne câncer de mama e ovário;
- não existe leite materno fraco;
- amamentar não provoca flacidez mamária;
- não existem alimentos que diminuem a lactação;
- amamentar ajuda na contracepção;
- o aleitamento materno deve durar até 2 anos ou mais;
- não existem alimentos que aumentam a lactação.

O maior número de conhecimentos das gestantes associou-se com: ser casada, ter maior idade gestacional, ter maior número de filhos, ter maior escolaridade, ter participado de palestra sobre aleitamento materno e referir como fonte de conhecimento sobre aleitamento materno os profissionais de saúde.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre número de conhecimentos sobre aleitamento materno e trabalho extradomiciliar, renda *per capita* mensal, naturalidade, idade da gestante, ser múltipara e ter como fonte de conhecimento sobre aleitamento materno a experiência própria, livro, mídia, amigas e parentes.

Os alimentos mais citados com possível efeito de aumentar a lactação foram: milho e derivados; frutas, legumes e verduras; leite e derivados; e líquidos. Em se tratando de alimentos possivelmente relacionados com a diminuição da lactação, eles foram menos lembrados e as bebidas alcoólicas foram as mais referidas.

Os resultados encontrados sugerem a necessidade de realização de um pré-natal de qualidade, tendo em vista que é nesse tipo de serviço que as gestantes adquirem esses conhecimentos. Maior atenção deveria ser dada às gestantes com menor escolaridade, nulíparas e que estejam no início da gestação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Encontrou-se dificuldade na elaboração da discussão deste trabalho em virtude do número reduzido de publicações de estudos semelhantes. Há pesquisas que não abordam todos os conhecimentos aqui investigados e/ou não verificam as mesmas associações. É mais comum encontrar publicações que têm como objetivo testar a associação entre a frequência e/ou duração do aleitamento materno com as variáveis sócio-demográficas, e não entre conhecimentos maternos e essas mesmas variáveis. Além disso, também é comum a existência de publicações que investigam os conhecimentos sobre aleitamento materno de profissionais de saúde e não de gestantes, puérperas ou mulheres em geral, sobretudo em estudos estrangeiros.

Estratégias devem ser traçadas para que as mães tenham suporte teórico e emocional, podendo tomar a decisão de amamentar. Partindo-se do princípio de que o aleitamento materno é construído a partir dos aspectos biológicos e sociais.

Campanhas que visam informar as mães sobre os benefícios da amamentação são importantes e devem ser fomentadas. Porém, algumas ações podem contribuir significativamente para aumentar a prática e duração do aleitamento materno. Por exemplo, capacitar profissionais de saúde para que atuem como incentivadores da prática para que estejam aptos a oferecer suporte às mães que amamentam ou que se preparam para tal, utilizando todos os tipos de serviços de saúde para a promoção do aleitamento materno. Além disso, devem ser direcionadas ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, especialmente às mães primíparas, adolescentes e com escolaridade menor que o ensino médio. Atenção especial também deve ser dispensada aos familiares dessas mulheres para que eles também participem, compreendendo e estimulando o aleitamento materno.

Compreende-se que cabe à mulher a decisão de amamentar seu filho, entretanto, deseja-se que essa decisão seja feita de forma consciente, tendo a mulher o conhecimento

adequado de como amamentar e dos benefícios que sua família pode ter a partir da amamentação.

Os resultados obtidos neste estudo, apesar de serem aplicáveis somente para a população estudada, fornecem subsídios importantes para a análise de alguns aspectos do conhecimento das gestantes sobre o aleitamento materno.

Este estudo é uma pequena contribuição para aqueles que desejam entender melhor o que pode influenciar a decisão da mulher amamentar ou não o seu bebê. E isso vai muito além do que possuir conhecimentos, de natureza biológica, acerca do aleitamento materno...

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

---

1. Abusabha R, Greene G. Body weight, body composition, and energy intake changes in breastfeeding mothers. *J Hum Lact.* 1998; 114: 119-124.
2. Ahluwalia IB, Tessaro I, Grummer-Strawn LM, MacGowan C, Benton-Davis S. Georgia's breastfeeding promotion program for low-income women. *Pediatrics.* 2000; 105(6): 85-90.
3. Akre J. Alimentação infantil: bases fisiológicas. 2. ed. Genebra: IBFAN/Instituto de Saúde SP, 1997.
4. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
5. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics.* 2005; 115(2): 496-506.
6. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 1999; 70: 525-535.
7. Araújo MFM, Del Fiaco A, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2004; 4(2):135-141.
8. Araújo BF, Tanaka ACA, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005; 5(4):463-469.
9. Araújo MFM, Rea MF, Pinheiro KA, Schmitz BAS. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(3): 513-520.
10. Assis AMO, Gaudenzi EN, Gomes G, Ribeiro RC, Szarfarc SC, Souza SB. Níveis de hemoglobina, aleitamento materno e regime alimentar no primeiro ano de vida. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(4):543-551.
11. Baker JL, Michaelsen KF, Sorensen TIA, Rasmussen KM. High prepregnant body mass index is associated with early termination of full and any breastfeeding in Danish women. *Am J Clin Nutr.* 2007; 86: 404-411.
12. Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics.* 1999; 103: 870-676.
13. BANCEN – Banco Central do Brasil. Ministério da Fazenda [homepage na internet]. Disponível em: <http://www5.bcb.org/pec/conversao/Resultado.asp?idpai=convmoeda>. Acesso em: 27/10/2007.
14. Beaudry M, Dufour R, Marcoux S. Relation between infant feeding and infection during the first six months of life. *J Pediatr.* 1995; 126: 191-197.

15. Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística. 2.ed. 10ª reimpressão 2005. São Paulo: EPU, 1981.
16. Berquó E, Spindel E, Singer P, Rea MF, Cukier R. Caracterização e determinantes do aleitamento materno na Grande São Paulo e Grande Recife. Cadernos Cebrap. 1984; nova série: nº 2.
17. Bertoldo IEB, Santos ML. Aleitamento Materno: Aspectos Maternos. In: Issler H, coordenador. Aleitamento Materno no Contexto Atual: Políticas, Prática e Bases Científicas. São Paulo: Sarvier; 2008. p.263-266.
18. Bhandari N, Bahal R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomized controlled trial: Infant Feeding Study Group. Lancet. 2003; 361: 1418-1423.
19. Bier JA, Oliver T, Ferguson AE, Vohr BR. Human milk improves cognitive and motor development of premature infants during infancy. J Hum Lact. 2002; 18(4): 361-367.
20. Bittencourt LJ, Oliveira JS, Figueiroa JN, Batista Filho M. Aleitamento materno no Estado de Pernambuco: prevalência e possível papel das ações de saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5(4): 439-448.
21. Blaymore-Bier JA, Oliver T, Ferguson A, Vohr BR. Human milk reduces outpatient upper respiratory symptoms in premature infants during their first year of life. J Perinatol. 2002; 22(5): 354-359.
22. Bovell-Benjamin AC, Benjamin W, Ivey M, Simeon DT. Breastfeeding Knowledge and Beliefs Among Adults in Eastern Tobago. J Human Lact. 2001; 17(4): 298-303.
23. Brasil. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Diário Oficial da União de 23 dez 1996, p. 27833.
24. Brasil. Lei nº 11274, de 6 de fevereiro de 2006. Altera a redação dos artigos 29, 30, 32 e 87 da Lei nº 9394, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Diário Oficial da União de 7 fev 2006, p.1.
25. Brasil. Projeto de lei nº 281, de 10 de agosto de 2005. Cria o programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212 de julho de 1991. Senado Federal. 18 out 2007.
26. Brasil BG. Percepções, experiências e atitudes em relação ao aleitamento materno, de mulheres atendidas em unidades de saúde no município de São Paulo [tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

27. Bueno MP, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Gimeno SGA, Siqueira AAF. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(5):1453-1460.
28. Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(8): 1965-1970.
29. Calil VMLT, Vaz FAC. Composição Química do Leite Humano. In: Issler H, coordenador. *Aleitamento Materno no Contexto Atual: Políticas, Prática e Bases Científicas*. São Paulo: Sarvier; 2008. p.177-190.
30. Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr*. 2003; 79(1):13-20.
31. Carvalhais CKO, Simões MJS. Conhecimento das mães sobre aleitamento materno em Américo Brasiliense. *Aliment. Nutr*. 1997; 8: 57-63.
32. Cavagni G, Paganelli R, Caffarelli C, D'Offizi GP, Bertolini P, Aiuti F *et al*. Passage of food antigens into circulation of breast-fed infants with atopic dermatitis. *Ann Allergy*. 1988; 61(5): 361-365.
33. Cavalcanti MLF. Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de saúde sobre aleitamento materno [tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1982.
34. CDC – Center for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. *Breastfeeding Practices: Results from the National Immunization Survey (1999 – 2004)*. Atlanta: CDC, 2004. Disponível em: [http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS\\_data/data\\_2004.htm](http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/data_2004.htm). Acesso em: 14/05/2008.
35. CDC – Center for Disease Control and Prevention. Division of Integrated Surveillance Systems and Services. *Epi Info<sup>TM</sup> – Version 3.4.3/Release date: november 8, 2007 – Database and statistics software for public health professionals [software na internet]*. Atlanta: CDC, 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo/>. Acesso em: 05/01/2008.
36. César JA, Kuhn D, Devens ES, Martins Júnior E, Aguiar MRC, Holthausen RS *et al*. Prescrição de chás para crianças menores de seis meses: a opinião dos médicos de uma cidade de porte médio no sul do Brasil. *J Pediatr*. 1996; 72(1): 27-31.
37. Chan-Yeung M, Manfreda J, Dimich-Ward H, Ferguson A, Watson W, Becker A. A randomized controlled study of the effectiveness of a multifaceted intervention program in the primary prevention of asthma in high-risk infants. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000; 154: 657-663.
38. Chien LY, Chu KH, Tai CJ, Lin CY. National prevalence of breastfeeding in Taiwan. *J Hum Lact*. 2005; 21: 338-344.

39. Chilvers C. Breastfeeding and risk of breast cancer in young women. *BMJ*. 1993; 307: 17-20.
40. Ciconi RCV, Venancio SI, Escuder MML. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004; 4 (2): 193-202.
41. Clark C. O livro do aleitamento materno. 2 ed. São Paulo: Manole; 1984.
42. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomise intervention study in Honduras. *Lancet*. 1994; 344: 288-293.
43. Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot*. 1995; 10(2): 148-153.
44. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002; 360(9328): 187-195.
45. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [lei na internet]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em 06/03/2006.
46. Cumming RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risks of hip fractures in elderly woman. *Int J Epidemiol*. 1993; 22: 684-691.
47. Danko RA, Selwyn BJ, Zamora-Romero R, Chávez-Ordoñez P. Método simplificado para evaluar la lactancia materna y la amenorrea. *Bol of Sanit Panam*. 1991; 110(1): 15-25.
48. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA, Peerson JM, Lonnerdal B. Breast-fed infants are leaner than formula-fed infants at 1 year of age: the DARLING study. *Am J Clin Nutr*. 1993a; 57: 140-145.
49. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Maternal weight loss patterns during prolonged lactation. *Am J Clin Nutr*. 1993b; 58: 162-166.
50. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr*. 1995; 126: 696-702.
51. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomised trials in Honduras. *J Nutr*. 2001; 131: 262-267.
52. DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminout7.xml>. Acesso em: 27/10/2007.

53. Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics*. 1993; 91(5): 867-872.
54. ECT – Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (Correios). Ministério das Comunicações. Busca de CEP: Localidade/Logradouro. 2008. Disponível em: <http://www.correios.com.br/>. Acesso em: 17/04/08.
55. Escobar AMU, Valente MH. O Aleitamento Materno na Visão da Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. In: Issler H, coordenador. *Aleitamento Materno no Contexto Atual: Políticas, Prática e Bases Científicas*. São Paulo: Sarvier; 2008. p.61-69.
56. Euclides MP. *Nutrição do Lactente: Base científica para uma alimentação adequada*. 2.ed. Viçosa (MG); 2000. 488 p.
57. Fadul FD, Xavier LF. Fatores que contribuem para o desmame precoce. *Rev Bras Enferm*. 1983; 36(2): 213-220.
58. Fisher JO, Birch LL, Smiciklas-Wright H, Picciano MF. Breastfeeding through the first year predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes. *J Am Diet Assoc*. 2000; 100: 641-646.
59. FM/USP – Faculdade de Medicina da USP [*homepage* na internet]. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/cseb/mostrahp2.php?origem=cseb&xcod=Apresentação>. Acesso em: 14/04/08.
60. Fonseca LMM, Scochi CGS, Mello DF. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002; 10(2): 166-171.
61. Ford RPK, Taylor BJ, Mitchell EA, Enright SA, Stewart AW, Becroft DMO *et al*. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol*. 1993; 22(5): 885-890.
62. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5):711-718.
63. FSP/USP – Faculdade de Saúde Pública da USP [*homepage* na internet]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/boletim.php?lang=pt&visionId=10172034200306&style=homepage>. Acesso em 12/04/2008.
64. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr*. 2001; 139: 261-266.
65. Gigante D, Victora CG, Barros FC. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(3): 259-265.

66. Gigante D, Victora CG, Barros FC. Breastfeeding has a limited long-time effect on anthropometry and body composition of Brazilian mothers. *J Nutr.* 2001; 131: 78-84.
67. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA, Berkey CS, Frazier AL, Rockett HR *et al.* Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA.* 2001; 285(19): 2461-2467.
68. Giugliani ERJ, Rocha VLL, Neves JM, Polanczyk CA, Seffrin CF, Susin LO. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. *J Pediatr.* 1995; 71(2): 77-81.
69. Gray RH, Campbell OM, Apelo R, Eslami SS, Zacur H, Ramos RM *et al.* Risk of ovulation during lactation. *Lancet.* 1990; 335: 25-29.
70. Grummer-Strawn LM, Mei Z. Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics.* 2004; 113(2): e81.
71. Haider R, Islam A, Kabir I, Habte D. Early complementary feeding is associated with low nutrition status of young infants recovering from diarrhoea. *J Trop Pediatr.* 1996; 42: 170-172.
72. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka M. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs.* 2008; 17: 1132-1143.
73. Hardy E, Pinotti JA, Faundes AE, Osis MJD. Variáveis reprodutivas e risco para câncer de mama: estudo caso-controle desenvolvido no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1993; 115: 93-102.
74. Heath AM, Tuttle CR, Simons MSL, Cleghorn CL, Parnell WR. A longitudinal study of breastfeeding and weaning practices during the first year of life in Dunedin, New Zealand. *J Am Diet Assoc.* 2002; 102: 937-943.
75. Horta BL, Victora CG, Gigante DP, Santos J, Barros FC. Duração da amamentação em duas gerações. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(1): 13-18.
76. Horwood LJ, Fergusson DM. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics.* 1998; 101(1): e9.
77. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18(5):1303-1311.
78. Howard FM, Howard CR, Weitzman M. The physician as advertiser: the unintentional discouragement of breast-feeding. *Obstet Gynecol.* 1993; 81(6): 1048-1051.
79. Howie PW, Forsyth JS, Ogston AS, Clark A, Florey CD. Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ.* 1990; 300: 11-16.

80. Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human milk feeding and infection among very low birth weight infants. *Pediatrics*. 1998; 102(3): e38.
81. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>. Acesso em: 30/05/08
82. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2001; 9(5):70-76.
83. Ingram J, Woolridge M, Greenwood R. Breastfeeding: it is worth trying with the second baby. *Lancet*. 2001; 358(22): 986-987.
84. INSTITUTO BUTANTAN. Apresentação e Histórico [*homepage* na internet]. Disponível em: <http://www.butantan.gov.br/>. Acesso em 14/04/08.
85. IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO. Sobre o CSE Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac [*homepage* na internet]. Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/csebf/csebf.asp#>. Acesso em: 14/04/08.
86. Issler H. Conhecimento de adolescentes sobre aleitamento materno [tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1984.
87. Issler H, Leone C, Quintal VS. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de São Paulo, Brasil. *Bol of Sanit Panam*. 1989; 106(6): 513-522.
88. Issler H, Sá MBSR, Senna DM. Knowledge of newborn healthcare among pregnant women: basis for promotional and educational programs of breastfeeding. *Rev Paul Med*. 2001; 119(1): 7-9.
89. Jacobson SW, Chiodo LM, Jacobson JL. Breastfeeding effects on intelligence quotient in 4- and 11-year-old children. *Pediatrics*. 1999; 103(5): e71.
90. James DCS, Dobson B. Position of the American Dietetic Association: Promoting and Supporting Breastfeeding. *J Am Diet Assoc*. 2005; 105: 810-818.
91. Kaewsarn P, Moyle W, Creedy D. Traditional postpartum practices among Thai women. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 41(4): 358-366.
92. Kalkwarf HJ, Specker BL. Bone mineral loss during lactation and recovery after weaning. *Obstet Gynecol*. 1995; 86: 26-32.
93. Kaneko A, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, Suzuki K *et al*. Factors Associated with Exclusive Breast-feeding in Japan: for Activities to Support Child-rearing with Breast-feeding. *J Epidemiol*. 2006; 16(2): 57-63.
94. Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea. *Lancet*. 1992; 339: 227-230.

95. Kennedy KI, Kotelchuck M. Policy considerations for the introduction and promotion of the Lactacional Amenorrhea Method: advantages and disadvantages of LAM. *J Hum Lact.* 1998; 14: 191-203.
96. Khoury AJ. Improving breastfeeding knowledge, attitudes, and practices of WIC clinics staff. *Public Health Reports.* 2002; 117(5): 453-462.
97. Kilshaw PJ, Cant AJ. The passage of maternal dietary into human breast milk. *Int Arch Allergy Appl Immunol.* 1984; 75(1): 8-15.
98. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MS, Sugahara GT. Prenatal care, low birthweight and prematurity in São Paulo State, Brazil, 2000. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37: 303-310.
99. Kitoko PM, Rea MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(4): 1111-1119.
100. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S *et al.* Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A Randomized Trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001; 285(4): 413-420.
101. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet J *et al.* Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr.* 2003; 78: 291-295.
102. Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, Mutius E, Barnert D, Grunert V *et al.* Breast feeding and obesity: cross sectional study. *British Medical Journal.* 1999; 319: 147-150.
103. Kuan LW. Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics.* 1999; 104(3): 1-7.
104. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ *et al.* Evolução do Padrão de Aleitamento Materno. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(2): 143-148.
105. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am.* 2001; 48: 143-158.
106. Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *J Pediatr.* 2003; 79(4):284-286.
107. Lin S, Tai C, Lee C. Effectiveness of a prenatal education programme on breastfeeding outcomes in Taiwan. *J Clin Nurs.* 2008; 17: 296-303.
108. Longo GZ. Prevalência de aleitamento materno completo em unidades básicas de saúde nas cinco regiões do Brasil [tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.
109. Lopez-Alarcon M, Villalpando S, Fajardo A. Breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. *J Nutr.* 1997; 127: 436-443.

110. Lucas A, Cole TJ. Breastmilk and neonatal necrotizing enterocolitis. *Lancet*. 1990; 336: 1519-1523.
111. Lucas A, Morley R, Cole TJ. Randomised trial of early diet in preterm babies and later intelligence quotient. *BMJ*. 1998; 317: 1481-1487.
112. McVea KLSP, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in Sudden Infant Death Syndrome. *J Hum Lact*. 2000; 16: 13-20.
113. Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY, Ljunghall S. Influence of parity and lactation on hip fracture risk. *Am J Epidemiol*. 2001; 153: 1166-1172.
114. Ministério da Saúde. INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Coordenação Materno-Infantil. Como ajudar as mães a amamentar. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
115. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-natal: Manual Técnico. Brasília, 2000.
116. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. PPAM-CDF – Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: MS, 2001.
117. Ministério da Saúde / OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Série A. Normas e Manuais técnicos, n. 7. Ministério da Saúde (Brasil): Brasília; 2002.
118. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
119. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS). IDB – 2006: Indicadores e Dados Básicos – Brasil, 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/a05.htm>. Acesso em: 30/05/2008. 2006b.
120. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de Atenção Básica. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
121. Ministério da Saúde. IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança [*homepage* na internet]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24229](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229). Acesso em: 05/06/2008. 2008a.
122. Ministério da Saúde. PNIAM – Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno [*homepage* na internet]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26369](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=26369). Acesso em: 05/06/2008. 2008b.
123. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2008. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp?VEstado=35&VMun=355030](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=35&VMun=355030). Acesso em: 17/04/08. 2008c

124. Monobe H, Ishibashi T, Fujishiro Y, Shinogami M, Yano J. Factors associated with poor outcome in children with acute otitis media. *Acta Otolaryngol.* 2003; 123: 564-568.
125. Monteiro CA, Zuñiga HPP, Benício MHD, Rea MF. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985. III – Aleitamento materno. *Rev Saúde Pública.* 1987; 21(1):13-22.
126. Monteiro CA, França Júnior I, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública.* 2000; 34 (6 Supl): 19-25.
127. Montgomery DL, Splett PL. The economic benefit of breast-feeding infants in the WIC program. *J Am Diet Assoc.* 1997; 97: 379-385.
128. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders AS, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA.* 2002; 287(18): 2365-2371.
129. Mosko S, Richard C, McKenna J. Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics.* 1997; 100(5): 841-849.
130. Motil KJ, Shen HP, Kertz BL, Montandon CM, Ellis KJ. Lean body mass of well-nourished women is preserved during lactation. *Am J Clin Nutr.* 1998; 67: 292-300.
131. Moura EFA. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. *J Pediatr.* 1997; 73(2): 106-110.
132. Nakano MAS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007; 15(2): 230-238.
133. Nascimento MBR, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo.* 2003; 58(1): 49-60.
134. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J Pediatr.* 2004; 80(5 Supl):S163-S172.
135. Neifert M, Gray J, Gray N, Camp B. Factors influencing breast-feeding among adolescents. *J Adolesc Health Care.* 1988; 9(6): 470-473.
136. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Pediatr.* 2003; 79(1): 7-12.
137. Nejar FF, Segall-Corrêa AM, Rea MF, Vianna RPT, Parnigassi G. Padrões de aleitamento materno e adequação energética. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(1):64-71.
138. Noguera MD, Orellana JJ. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia.* 2004; 55(1):9-17.

139. Oddy WH, Holt PG, Sly PD, Read AW, Landau LI, Stanley FJ *et al.* Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. *BMJ*. 1999; 319(7231): 815-819.
140. Olaya-Contreras P, Buerkens P, Lazcano-Ponce E, Villami-Rodriguez J, Posso-Valencia HJ. Factores de riesgo reproductivo asociados al cancer mamario, em mujeres colombianas. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33: 4-45.
141. OPAS – Organização Pan-americana de Saúde / OMS – Organização Mundial de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS, 2003.
142. Osório MM. Fatores determinantes da anemia em crianças. *J Pediatr*. 2002; 78(4): 269-278.
143. Owen MJ, Baldwin CD, Swank PR, Panu AK, Johnson DL, Howie VM. Relation of infant feeding practices, cigarette smoke exposure, and group child care the onset and duration of otitis media with effusion in the first two years of life. *J Pediatr*. 1993; 123: 702-711.
144. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr*. 2006; 84(12): 1043-54.
145. PAHO – Pan American Health Organization. Health in the Américas: 2007. Washington: PAHO, 2007 [PAHO Scientific and Technical Publication nº 622 / Vol. I – Regional].
146. Palmer B. The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: A commentary. *J Human Lact*. 1998; 14: 93-98.
147. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família (PSF). *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(3): 407-414.
148. Paradise JL, Elster BA, Tan L. Evidence in infants with cleft palate that breast milk protects against otitis media. *Pediatrics*. 1994; 94: 853-860.
149. Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas SN, Baudson MFR. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(6):617-622.
150. PCSP – Prefeitura da Cidade de São Paulo. Mãe Paulistana [*homepage* na internet]. Disponível em: [http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mae\\_paulistana/](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mae_paulistana/). Acesso em: 14/03/2007.
151. PCSP – Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria de Planejamento (Sempla). Departamento de Estatística e Produção de Informação (Dipro). Município em mapas 2008: Série pôster/Panorama. Disponível em: <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/mm/panorama>. Acesso em: 16/04/2008. 2008a.

152. PCSP – Prefeitura da Cidade de São Paulo. Subprefeitura Vila Mariana [*homepage na internet*]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spvm/dados/historico/0001>. Acesso em: 16/04/2008. 2008b.
153. PCSP – Prefeitura da Cidade de São Paulo. Subprefeitura Vila Mariana [*homepage na internet*]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spvm/mapas/0001>. Acesso em: 16/04/2008. 2008c.
154. PCSP – Prefeitura da Cidade de São Paulo. Subprefeitura Lapa [*homepage na internet*]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spla/dados/historico/0001>. Acesso em: 16/04/2008. 2008d.
155. PCSP – Prefeitura da Cidade de São Paulo. Subprefeitura Lapa [*homepage na internet*]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spla/mapas/0001>. Acesso em: 16/04/2008. 2008e.
156. PCSP – Prefeitura da Cidade de São Paulo. Subprefeitura Pinheiros [*homepage na internet*]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/sppi/dados/0001>. Acesso em: 16/04/2008. 2008f.
157. PCSP – Prefeitura da Cidade de São Paulo. Subprefeitura Pinheiros [*homepage na internet*]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/sppi/mapas/0001>. Acesso em: 16/04/2008. 2008g.
158. PCSP – Prefeitura da Cidade de São Paulo. Subprefeitura Butantã [*homepage na internet*]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spbt/dados/0001>. Acesso em: 16/04/2008. 2008h.
159. PCSP – Prefeitura da Cidade de São Paulo. Subprefeitura Butantã [*homepage na internet*]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spbt/mapas/0001>. Acesso em: 16/04/2008. 2008i.
160. Percegoni N, Araújo RMA, Silva MMS, Euclides MP, Tinoco ALA. Conhecimento de aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. *Rev Nutr Campinas*. 2002; 15(1): 29-35.
161. Peres KG, Barros AJD, Peres MA, Victora CG. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3): 343-350.
162. Pérez-Escamilla R, Maulén-Radovan I, Dewey KG. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *Am J Public Health*. 1996; 86(6): 832-836.
163. Pettit DJ, Forman MR, Hanson RL, Knowler WC, Bennett PH. Breastfeeding and the incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Pima Indians. *Lancet*. 1997; 350: 166-168.
164. Pinto LM, Vitolo MR, Gírio LL, Léon MRAC, Zagari MCF, Farias NMF *et al*. Aleitamento materno exclusivo em Alojamento Conjunto: avaliação da incidência e das causas do uso de fórmulas. *Rev Cienc Med PUCCAMP*. 1996; 5(2): 63-68.

165. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Fliieger W. Breastfeeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*. 1990; 86: 874-882.
166. Radford A. Breastmilk: a world resource. WABA – World Alliance for Breastfeeding Action [*homepage* na internet]. Disponível em: [http://www.parentingweb.com/lounge/WABA\\_enviro.htm](http://www.parentingweb.com/lounge/WABA_enviro.htm). Acesso em: 16/05/08.
167. Ramos CV, Almeida JAG. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003; 3(3): 315-321.
168. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(Supl 1): S37-S45.
169. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr*. 2004; 80(5 Supl): S142-S146.
170. Riman T, Dickman PW, Nilsson S, Correia N, Nordlinder H, Magnusson CM *et al*. Risk factor for invasive epithelial ovarian cancer: results from a Swedish case-control study. *Am J Epidemiol*. 2002; 156: 363-373.
171. Rodrigues DB. Caracterização do conhecimento dos profissionais de saúde sobre promoção, proteção e apoio à amamentação em unidades básicas de saúde do Distrito Federal [dissertação de Mestrado]. Brasília: Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília; 2003.
172. Romieu I, Hernandez-Avila M, Lazcano E, Lopez R, Romero-Jaime R. Breast cancer and lactation history in Mexican women. *Am J Epidemiol*. 1996; 143: 543-552.
173. Rooney BL, Schauburger CW. Excess weight gain and long-term obesity: One decade later. *Obstet Gynecol*. 2002; 100: 245-252.
174. Rosenblatt KA, Thomas DB. Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer: the WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol*. 1993; 22: 192-197.
175. Ryser FG. Breastfeeding attitudes, intention, and initiation in low-income women: The effect of the Best Start Program. *J Hum Lact*. 2004; 20(3):300-305.
176. Saarinen UM, Kajosaari M. Breast-feeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet*. 1995; 346: 1065-1069.
177. Saadeh R, Benbouzid D. Lactancia materna e espaçamento de los nacimientos: importancia de la obtención de información para las políticas de salud pública. *Bol of Sanit Panam*. 1991; 111: 122-130.
178. Salvatore S, Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux and cow milk allergy: is there a link? *Pediatrics*. 2002; 110(5): 972-983.

179. Sandre-Pereira G, Colares LGT, Carmo MGT, Soares EA. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. *Cad Saúde Pública*. 2000; 2(16): 45-46.
180. Santiago LB, Bettioli H, Barbieri MA, Gutierrez MRP, Ciampo LAD. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *J Pediatr*. 2003; 79(6): 504-512.
181. Santos HS. Conhecimento e percepções maternas sobre a prática de aleitamento materno [dissertação de Mestrado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2004.
182. Sarett HP, Bain KR, O'Leary JC. Decisions on breast-feeding or formula feeding and trends in infant-feeding practices. *Am J Dis Child*. 1983; 137(8): 19-25.
183. SBCP – Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Número de cirurgias plásticas não registra aumento em 2004 [*homepage* na internet]. Disponível em: <http://www.cirurgiaplastica.org.br/publico/novidades02.cfm>. Acesso em: 30/05/08.
184. Schanler RJ, Shulman RJ, Lau C. Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics*. 1999; 103(6): 1150-1157.
185. SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Município de São Paulo (MSP). Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/msp/index.php> Acesso em: 16/04/2008.
186. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Tendência do aleitamento materno no Brasil no último quarto do Século XX. *Rev Bras Epidemiol*. 2007a; 10(4): 499-505.
187. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras*. 2007b; 53(6): 520-524.
188. Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(2): 156-162.
189. SES – São Paulo. Geral: Ações da Secretaria de Estado da Saúde – Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional [*homepage* na internet]. Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral\\_acoes\\_politica\\_estadual\\_medicamentos\\_excepcionais.mmp](http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral_acoes_politica_estadual_medicamentos_excepcionais.mmp). Acesso em 11/04/2008.
190. Sigulem DM, Tudisco ES. Aleitamento natural em diferentes classes de renda no município de São Paulo. *Arch Latinoam Nutr*. 1980; 30(3):400-416.
191. Silva IA. Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação [tese de Livre-Docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999.
192. Silva IA. Amamentação na Perspectiva da Mulher. In: Issler H, coordenador. *Aleitamento Materno no Contexto Atual: Políticas, Prática e Bases Científicas*. São Paulo: Sarvier; 2008. p.3-7

193. Singhal A, Cole TJ, Fewtrell M, Lucas A. Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm: Follow-up of a prospective randomized study. *Lancet*. 2004; 363: 1571-1577.
194. Singhal A, Farooqi IS, O’Rahilly S, Cole TJ, Fewtrell M, Lucas A. Early nutrition and leptin concentrations in later life. *Am J Clin Nutr*. 2002; 75: 993-999.
195. Siqueira R, Durso N, Almada AGP, Moreira MT, Massad GB. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. *J Pediatr*. 1994; 70(1): 16-20.
196. Smith MM, Durkin M, Hinton VJ, Bellinger D, Kuhn L. Influence of breastfeeding on cognitive outcomes at age 6-8 years: Follow-up of very low birth weight infants. *Am J Epidemiol*. 2003; 158: 1075-1082.
197. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr*. 2003; 79(4):309-316.
198. Spinelli MGN, Sesoko EH, Souza JMP, Souza SB. A situação de aleitamento materno de crianças atendidas em creches da Secretaria da Assistência Social do município de São Paulo: região Freguesia do Ó. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2002; 2(1): 23-28.
199. Spinelli MGN, Marchioni DML, Souza JMP, Souza SB, Szarfarc SC. Fatores de risco para anemia em crianças de 6 a 12 meses no Brasil. *Rev Panam Salud Publ*. 2005; 17(2):84-91.
200. Souza SB, Szarfarc SC, Souza JMP. Prática alimentar no primeiro ano de vida em crianças atendidas em Centros de Saúde Escola do município de São Paulo. *Rev Nutr Campinas*. 1999; 12(2):167-174.
201. Stettler N, Zemel BS, Kumanyika S, Stallings VA. Infant weight gain and childhood overweight status in a multicenter, cohort study. *Pediatrics*. 2002; 109: 194-199.
202. Stewien GTM. Aleitamento materno em São Luís, Maranhão [tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1983.
203. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC, Maciel M, Benjamim ACW, Machado DB *et al*. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *J Pediatr*. 1998; 74(5): 368-375.
204. Szarfarc SC, Souza SB, Furumoto RAV, Brunken GS, Assis AMO, Gaudenzi EN *et al*. Concentração de hemoglobina em crianças do nascimento até um ano de vida. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(1):266-274.
205. Tabai KC, Carvalho JI, Salay E. Aleitamento materno e a prática de desmame em duas comunidades rurais de Piracicaba – São Paulo. *Rev Nutr Campinas*. 1998; 11(2): 173-183.

206. Teruya KM, Bueno LGS. Método de Aconselhamento. In: Issler H, coordenador. *Aleitamento Materno no Contexto Atual: Políticas, Prática e Bases Científicas*. São Paulo: Sarvier; 2008. p.155-162.
207. Tessaro S, Béria JU, Tomasi E, Victora CG. Amamentação e câncer de mama: estudo de caso-controle no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19: 1593-1601.
208. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(5):409-414.
209. Toma TS. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(Supl. 2): S233-S242.
210. Toschke AM, Vignerova J, Lhotska L, Osancova K, Koletzko B, Kries R. Overweight and obesity in 6- to 14-year old Czech children in 1991: protective effect of breast-feeding. *J Pediatr*. 2002; 141: 764-769.
211. Trigo M, Roncada MJ, Pereira IMTB, Stewien GTM. Conhecimentos, práticas e tabus sobre aleitamento materno de mães no município de Marabá, Pará. *Rev Nutr Campinas*. 1990; 3(2): 127-142.
212. Tryggvadottir L, Tulinius H, Eyfjord JE, Sigurvinsson T. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Iceland cohort study. *Am J Epidemiol*. 2001; 154: 37-42.
213. Tung KH, Goodman MT, Wu AH, McDuffie K, Wilkens LR, Kolonel LN *et al*. Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: a multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol*. 2003; 158: 629-38.
214. UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Declaração de Innocenti [*homepage* na internet]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_10000.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10000.htm). Acesso em: 19/05/2008
215. Venancio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol*. 1998; 1(1): 40-49.
216. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(3): 313-318.
217. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*. 1997; 99(3): 445-453.
218. Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Santana Netto PV. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004; 4(2): 143-150.

219. Vitolo MR, Patin RV, Bulow ACV, Ganzerli M, Fisberg M. Conhecimentos e credences populares de puérperas na prática da amamentação. *Rev Nutr Campinas*. 1994; 7(2):132-147.
220. Vitolo MR. *Nutrição: da gestação à adolescência*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2003.
221. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomai E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(3): 225-231.
222. Weimer JP. *The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis*. Food Assistance and Nutrition Research Report Nº 13. Washington, DC: ERS/USDA; 2001.
223. Wenzel D. *Aleitamento materno: estudo nacional da prevalência e determinantes no Brasil, nas macro-regiões e áreas urbanas e rurais [tese de Doutorado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.
224. WHO – World Health Organization. Division of Child Health and Development. *Indicators for assessing breastfeeding practices*. Geneva: WHO; 1991.
225. WHO – World Health Organization. Division of Child Health and Development. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: WHO; 1998.
226. WHO – World Health Organization. Department of Nutrition for Health and Development. Department of Child and Adolescent Health and Development. *The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review*. Kramer MS e Kakuma R, organizers. Geneva: WHO; 2002.
227. WHO – World Health Organization. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO; 2003.
228. WHO – World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic review and meta-analyses*. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG, organizers. Geneva: WHO; 2007a.
229. WHO – World Health Organization. *European health for all database (HFA-DB) [homepage na internet]*. Updated: november 2007. Disponível em: <http://data.euro.who.int/hfadb>. Acesso em: 23/05/2008. 2007b.
230. Wright A, Holberg C, Martinez F. Breastfeeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *BMJ*. 1989; 299: 945-949.

## **ANEXO 1**

---

### ***Termos de Concordância dos CSEs***

São Paulo, 19 / 9 de 2006

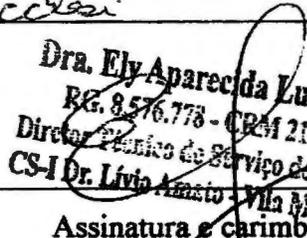
## TERMO DE CONCORDÂNCIA

O(A) Diretor(a)/Chefe, D<sup>na</sup> Ely A. Lucchesi,  
do CENTRO DE SAÚDE CSI Lino Amab-VL. Mariana, está de acordo com a realização, neste Centro, do estudo "*Conhecimentos e crenças de gestantes e mães sobre aleitamento materno, em Centros de Saúde do município de São Paulo*", sob a responsabilidade da nutricionista e mestrande GLAUCE CIRNE DE MEDEIROS (nº USP 2554461) e de sua orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Buongiorno de Souza, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e comitê de ética deste Centro de Saúde ou a ele vinculado.

O estudo envolve entrevistas com gestantes e mães de crianças de até 2 anos de idade, às quais responderão a um questionário sobre seus conhecimentos a respeito do aleitamento materno (conforme projeto apresentado).

### DIRETOR(A)/CHEFE DO CENTRO DE SAÚDE

NOME: Ely A. Lucchesi Nº funcional: CRM: 21218

  
 Dra. Ely Aparecida Lucchesi  
 RG. 8.576.778 - CRM 21218  
 Diretor Clínico de Serviço de Saúde  
 CS-I Dr. Lívio Amato - Vila Mariana  
 Assinatura e carimbo

Com minha festa

São Paulo, 13/09 de 2006

Centro de Saúde Escola Barra Funda  
 " Dr. Alexandre Vranjac "  
 Av. Dr. Abraão Ribeiro, 253  
 B. Funda - CEP 01133-020  
 Fone: 3619-3501

## TERMO DE CONCORDÂNCIA

O(A) Diretor(a)/Chefe, NIVALDO CARNEIRO JUNIOR, do CENTRO DE SAÚDE ESCLA BARRA FUNDA DR ALEXANDRE VRANJAC está de acordo com a realização, neste Centro, do estudo "*Conhecimentos e crenças de gestantes e mães sobre aleitamento materno, em Centros de Saúde do município de São Paulo*", sob a responsabilidade da nutricionista e mestrande GLAUCE CIRNE DE MEDEIROS (nº USP 2554461) e de sua orientadora Profª Drª Sonia Buongiorno de Souza, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e comitê de ética deste Centro de Saúde ou a ele vinculado.

O estudo envolve entrevistas com gestantes e mães de crianças de até 2 anos de idade, às quais responderão a um questionário sobre seus conhecimentos a respeito do aleitamento materno (conforme projeto apresentado).

### DIRETOR(A)/CHEFE DO CENTRO DE SAÚDE

NOME: NIVALDO CARNEIRO JR Nº funcional: 135.461-3

  
 Assinatura e carimbo  
 Dr Nivaldo Carneiro Junior  
 CRMSP 57072  
 Diretor Técnico  
 CSEBF - AV.

São Paulo, 21/09 de 2006

## TERMO DE CONCORDÂNCIA

O(A) Diretor(a)/Chefe, Ana Cristine d'Andretta Tanaka  
do CENTRO DE SAÚDE Gerardo de Paula Souza está de  
acordo com a realização, neste Centro, do estudo "*Conhecimentos e crenças de gestantes e  
mães sobre aleitamento materno, em Centros de Saúde do município de São Paulo*", sob a  
responsabilidade da nutricionista e mestranda GLAUCE CIRNE DE MEDEIROS  
(nº USP 2554461) e de sua orientadora Profª Drª Sonia Buongermino de Souza, após  
aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e comitê de  
ética deste Centro de Saúde ou a ele vinculado.

O estudo envolve entrevistas com gestantes e mães de crianças de até 2 anos de  
idade, às quais responderão a um questionário sobre seus conhecimentos a respeito do  
aleitamento materno (conforme projeto apresentado).

### DIRETOR(A)/CHEFE DO CENTRO DE SAÚDE

NOME:

Ana Cristine d'Andretta Tanaka

Nº funcional: 2087787

AP Tanaka  
Assinatura e carimbo  
Prof.ª Dra. Ana Cristina d'A. Tanaka  
Diretora C.S.E.  
"Gerardo de Paula Souza"

São Paulo, 22/09 de 2006

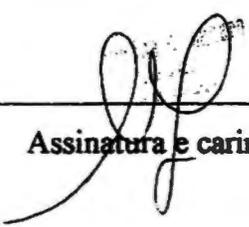
## TERMO DE CONCORDÂNCIA

O(A) Diretor(a)/Chefe, Jaqueline C. Sanaro Sgari,  
do CENTRO DE SAÚDE Prof. Samuel B. Lima, está de  
acordo com a realização, neste Centro, do estudo "*Conhecimentos e crenças de gestantes e  
mães sobre aleitamento materno, em Centros de Saúde do município de São Paulo*", sob a  
responsabilidade da nutricionista e mestranda GLAUCE CIRNE DE MEDEIROS  
(nº USP 2554461) e de sua orientadora Profª Drª Sonia Buongermino de Souza, após  
aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e comitê de  
ética deste Centro de Saúde ou a ele vinculado.

O estudo envolve entrevistas com gestantes e mães de crianças de até 2 anos de  
idade, às quais responderão a um questionário sobre seus conhecimentos a respeito do  
aleitamento materno (conforme projeto apresentado).

### DIRETOR(A)/CHEFE DO CENTRO DE SAÚDE

NOME: Jaqueline C. Sanaro Sgari Nº funcional: 3589062

  
 Assinatura e carimbo

## **ANEXO 2**

---

***Cartão da Gestante SES – SP***

*Frente*

## HISTÓRICO DO PARTO

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MATERNIDADE \_\_\_\_\_

PARTO-NORMAL: SEM EPISIOTOMIA  COM EPISIOTOMIA OPERATÓRIO: CESAREA  FORCEPS 

OUTROS \_\_\_\_\_

ANESTESIA \_\_\_\_\_

DEQUITAÇÃO: NORMAL  PATOLÓGICA 

ABORTAMENTO: DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IDADE DO ABORTO \_\_\_\_\_ SEMANAS

INTERCORRENCIAS \_\_\_\_\_

IG G ANTI-Rh \_\_\_\_\_ CONDIÇÕES DE ALTA \_\_\_\_\_

## RECÊM-NASCIDO:

NATIVIVO  DE TERMO  PREMATURO NATIMORTO 

VITALIDADE \_\_\_\_\_

PESO AO NASCER \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ ESTATURA \_\_\_\_\_ PC \_\_\_\_\_

INTERCORRENCIAS \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE ALTA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASS. DO MÉDICO

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DEPENDÊNCIA: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

## CARTEIRA DA GESTANTE

PRONTUÁRIO N.º \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ A.

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_

GESTAÇÃO \_\_\_\_\_ PARIDADE \_\_\_\_\_ ABORTO \_\_\_\_\_ CESAREAS \_\_\_\_\_

ÚLTIMO PARTO HA \_\_\_\_\_ NÚMERO DE FILHOS VIVOS \_\_\_\_\_

ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA PROVÁVEL DO PARTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rh: \_\_\_\_\_ POSITIVO  NEGATIVO 

02.01.69.3.8944

IMPRESSA OFICIAL DO ESTADO S.A. - IMESP

*Verso*

CONS.	IDA. GEST. (SEM.)	DATA RETORNO	PESO	P.A	ALTURA UTERINA	APRESENTAÇÃO	FOCO	M.F.	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	RUBRICA MÉDICO
1.ª											
2.ª											
3.ª											
4.ª											
5.ª											
6.ª											
7.ª											
8.ª											
9.ª											
10.ª											
11.ª											
12.ª											
EXAMES DATA ____/____/____			COLPOCITOLOGIA - DATA ____/____/____				OBSERVAÇÕES (TOQUE-INTERCORRÊNCIA) _____				
HT-HB _____			RESULTADO _____								
VDRL _____			OUTROS EXAMES _____								
URINA I _____											
FEZES _____											
VACINA ANTITÉTANICA: 1.ª DOSE <input type="checkbox"/>											
2.ª DOSE <input type="checkbox"/> 3.ª DOSE <input type="checkbox"/> REFORÇO <input type="checkbox"/>											

## **ANEXO 3**

---

### ***Questionário***

## Frente

 <b>Conhecimentos de gestantes sobre aleitamento materno, em Centros de Saúde do município de São Paulo</b>		Q1. Identificação:
Q2. Nome: _____		Q3. Data da entrevista: _____ / _____ / 2007
Q4. Data de nascimento: _____ / _____ / _____	Q5. Onde você nasceu? _____ (UF)	
Q6. Até que série você estudou? <input type="checkbox"/> série (1 <sup>ª</sup> grau/ 2 <sup>ª</sup> grau/ Faculdade) <input type="checkbox"/> > Concluiu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Q7. Quantos filhos você tem? <input type="checkbox"/>	Q8. Qual a idade do seu filho mais novo? _____ ano(s) _____ mes(es)	
Q9. Quantas pessoas moram na sua casa? <input type="checkbox"/>		
Q10. Você é casada, mora com companheiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Q11. Você trabalha fora de casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Q12. Quanto é a renda de todos que moram na sua casa, por mês? _____ (R\$)		
Q13. Qual a sua D.U.M.? _____ / _____ / _____		
Q14. Alguma vez nessa gestação você participou de reunião / palestra / aula sobre AM? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ↳ Q15. Quantas, aproximadamente (reuniões/palestras/aulas)? <input type="checkbox"/>		
Q16. Você vai amamentar seu filho no peito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> STL <input type="checkbox"/> Não sabe		
Q17. (Só para <b>MULTIGESTAS</b> ) Você amamentou no peito o seu filho mais novo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ↳ Q18. Até que idade (do bebê) você amamentou no peito? _____ ano(s) _____ mes(es) ↳ Q19. Para você, como foi amamentar no peito o seu filho? <input type="checkbox"/> Foi bom <input type="checkbox"/> Nem foi bom, nem foi ruim <input type="checkbox"/> Foi ruim <input type="checkbox"/> Não sabe		
Q20. (Só para <b>PRIMIGESTAS</b> ) Você teve alguém próximo, parente ou amiga, que amamentou no peito o filho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ↳ Q21. Para ela(s), como foi amamentar no peito o filho? <input type="checkbox"/> Foi bom <input type="checkbox"/> Nem foi bom, nem foi ruim <input type="checkbox"/> Foi ruim <input type="checkbox"/> Não sabe		
Q22. Até que idade o bebê deve só mamar no peito, sem dar mais nada, nem água, nem chá, nem suquinho? _____ anos(s) _____ mes(es) Q22a. <input type="checkbox"/> NS		
Q23. Depois que se começa a dar comidinha, fruta, papinha para o bebê, a mãe deve amamentar no peito até que idade do bebê? _____ anos(s) _____ mes(es) Q23a. Outros: <input type="checkbox"/> BQ <input type="checkbox"/> MQ <input type="checkbox"/> BMQ <input type="checkbox"/> MTL <input type="checkbox"/> NS		

Q1. Ident
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q2. Nome _____
Q3. Dentre _____ / _____ / 2007
Q4. Dnasc _____ / _____ / _____
Q5. Ondenasc <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q6. Escola <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q7. Nfilho <input type="checkbox"/>
Q8. Idfilho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q9. Npessoa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q10. Casada _____
Q11. Trabalha _____
Q12. Rendaf <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q13. Dum _____ / _____ / _____
Q14. Aula _____
Q15. Naula <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q16. Vaia _____
QX. Primig _____
Q17. Am1 _____
Q18. Amate <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q19. Amexp1 _____
Q20. Am2 _____
Q21. Amexp2 _____
Q22. Ame <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q22a. _____
Q23. Amcomp <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q23a. _____

CÓDIGOS: STL = Se Tiver Leite; NS = Não Sabe; BQ = até o Bebê Quiser; MQ = até a Mãe Quiser; BMQ = até a Mãe ou o Bebê Quiser; MTL = até a Mãe Tiver Leite

Verso

AGORA EU VOU FALAR UMAS FRASES E VOCÊ ME RESPONDE, FALANDO  
"CERTO", "ERRADO" OU "NÃO SEI".

Q24. Amamentar no peito ajuda a mulher a não engravidar. <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> Não sei	Q24. Naoeng <input type="checkbox"/>
Q25. Existe mulher que tem leite materno fraco. <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> Não sei	Q25. Lfraco <input type="checkbox"/>
Q26. A mulher que amamenta no peito geralmente volta mais rápido ao peso que tinha antes de engravidar. <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> Não sei	Q26. Pesopg <input type="checkbox"/>
Q27. Amamentar faz o peito cair, ficar flácido. <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> Não sei	Q27. Flacido <input type="checkbox"/>
Q28. A mulher que amamenta no peito tem menor chance de ter câncer de mama e ovário. <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> Não sei	Q28. Cancer <input type="checkbox"/>
Q29. A composição do leite materno, em substâncias e nutrientes, é igual a de outros leites que são dados para bebês. <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> Não sei	Q29. Composi <input type="checkbox"/>
Q30. A criança que mama no peito fica menos doente. <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> Não sei	Q30. Doente <input type="checkbox"/>
Q31. Quanto mais a criança mama no peito, mais leite sua mãe produz. <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> Não sei	Q31. Maisleit <input type="checkbox"/>
Q32. Existe alimento (comida / líquido) que faz aumentar a quantidade de leite materno. <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> Não sei ↳ Q33. Qual(is)? .....	Q32. Aumlm <input type="checkbox"/>
Q34. Existe alimento (comida / líquido) que faz diminuir a quantidade de leite materno. <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Errado <input type="checkbox"/> Não sei ↳ Q35. Qual(is)? .....	Q33. Alimi _____ Q34. Dimlm <input type="checkbox"/> Q35. Alim2 _____
Q36. Onde ou com quem você aprendeu sobre aleitamento materno? <input type="checkbox"/> Antigas, colegas <input type="checkbox"/> Experiência própria <input type="checkbox"/> Livro <input type="checkbox"/> Mídia (TV, jornal, revista, internet, etc.) <input type="checkbox"/> Parentes (mãe, avó, sogra, irmã, etc.) <input type="checkbox"/> Profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Outros. Qual(is)? .....	Q36. Comquem _____ _____ _____

OBSERVAÇÕES: .....

.....

.....

.....

.....

.....

## **ANEXO 4**

---

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*



USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do estudo “*Conhecimentos de Gestantes sobre Aleitamento Materno em Centros de Saúde do Município de São Paulo*”.

É um estudo de Mestrado da Universidade de São Paulo (USP), feito pela nutricionista Glauce Cirne de Medeiros, sob a orientação da prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Buongermino de Souza.

O objetivo desse estudo é verificar algumas informações que você sabe sobre aleitamento materno para orientar as mães que estiverem amamentando. Para isso você só precisa responder algumas perguntas sobre dados pessoais, aleitamento materno e alimentação, isso será feito em aproximadamente 10 minutos.

Esse estudo não faz parte da rotina desse Centro de Saúde. Se você participar, seu nome não será informado a ninguém.

Seu atendimento nesse Centro de Saúde será o mesmo se você participar ou não desse estudo. Você participa se quiser e poderá desistir em qualquer momento.

Qualquer dúvida que você tiver a respeito do estudo pode tirar agora, durante a entrevista, ou em qualquer momento, através dos telefones dos responsáveis abaixo, pois uma cópia deste termo ficará com você.

Independente da sua participação, agradeço sua atenção!

**CONCORDO COM A MINHA PARTICIPAÇÃO NESSE ESTUDO:**



(Assinatura)

**Pesquisadoras responsáveis:**

**Glauce Cirne de Medeiros**

Telefones: 3088.3094 / 9344.7667

E-mail: glauce@usp.br

CRN1-2288

**Sonia Buongermino de Souza**

Telefones: 3066.7705 / 3066.7736

E-mail: buonger@usp.br

## **ANEXO 5**

---

*Parecer do Comitê de Ética da FSP/USP*



## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 387-R / 06

**Protocolo** 1586

**Projeto de Pesquisa** Conhecimentos e crenças de gestantes e mães sobre aleitamento materno, em centros de saúde do município de São Paulo

**Pesquisador(a)** Glauce Cirne de Medeiros

18 de dezembro de 2006.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP analisou, em sua 9ª/06 Sessão Ordinária, realizado em 01.12, p.p, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e recomenda à pesquisadora adequar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para uma linguagem acessível ao nível cultural dos entrevistados, podendo utilizar-se do roteiro para elaboração do referido termo, disponível no *sítio* da Faculdade de Saúde Pública, no *link* Comitê de Ética.

Atenciosamente,

**Helena Akemi Wada Watanabe**  
**Professora Doutora**

**Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa**

Ilm.ª Sr.ª  
Prof.ª Dr.ª **Sonia Buongermino de Souza**  
**Departamento de Nutrição**

## **ANEXO 6**

---

***Parecer do Comitê de Ética da Santa Casa – SP***



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS**  
 Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112 Santa Cecília CEP 01277900 São Paulo –SP  
 PABX (11) 21767000 Ramais: 5710/5502 – telefax- 2176.7041  
 E-mail: [eticamed@santacasasp.org.br](mailto:eticamed@santacasasp.org.br)

São Paulo, 26 de outubro de 2006.

Projeto nº399/06  
 Informe este número para  
 identificar seu projeto no CEP

Ilmo.(a).Sr.(a).

**Glauce Cirne de Medeiros**  
 Centro de Saúde Escola Barra Funda  
 Dr. Alexandre Vranjac

O Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP, em reunião ordinária, dia **25/10/2006** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa: "**Conhecimentos e crenças de gestantes e mães sobre alimento materno, em Centros de Saúde do Município de São Paulo**", emitiu parecer enquadrando-o na seguinte categoria:

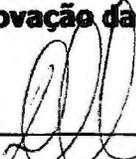
**Aprovado (inclusive TCLE) ;**

**Com pendências** há modificações ou informações relevantes a serem atendidas em 60 dias, ( enviar as alterações em duas cópias);

**Retirado**, (por não ser reapresentado no prazo determinado);

**Não aprova: e**

**Aprovado** (inclusive os TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão), e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS -CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias. **Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.**

  
 Prof. Dr. Daniel R. Muñoz

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
 ISCMSP

## **ANEXO 7**

---

***Folha de Rosto do CONEP***



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 105651	
Projeto de Pesquisa Conhecimentos e crenças de gestantes e mães sobre aleitamento materno, em Centros de Saúde do município de São Paulo					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.05 - Nutrição - Diag.				Grupo Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(is)					Fase Não se Aplica
Unitermos aleitamento materno, conhecimentos, crenças					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 400	Total Brasil 400	Nº de Sujeitos Total 400	Grupos Especiais		
Placebo NÃO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Glauce Cirne de Medeiros			CPF 828.143.084-15	Identidade 1568984	
Área de Especialização NUTRIÇÃO			Maior Titulação GRADUAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço R. TEODORO SAMPAIO, 363, APTO 113			Bairro PINHEIROS	Cidade SÃO PAULO - SP	
Código Postal 05405-000	Telefone / 3088.3084	Fax	Email glauce@usp.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.  Data: 22/09/06 _____ Assinatura					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo		CNPJ 63.025.530/0017-71	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Departamento de Nutrição		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Av. Dr. Arnaldo, 715		Bairro Cerqueira César	Cidade São Paulo - SP		
Código Postal 01246-904	Telefone (11) 3086 7739	Fax (11) 30867709	Email coep@fsp.usp.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: Prof.ª Dr. Carlos Augusto Monteiro  Data: 22/09/06 _____ Assinatura					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 25/08/2006. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

⊙ Voltar

IMPRIMIR

## **ANEXO 8**

---

### ***Termo de Responsabilidade da Pesquisadora***



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

São Paulo, 21 de setembro de 2006

### **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, **GLAUCE CIRNE DE MEDEIROS**, pesquisador responsável pelo projeto intitulado “*Conhecimentos e crenças de gestantes e mães sobre aleitamento materno, em Centros de Saúde do município de São Paulo*”, assumo a responsabilidade de comunicar imediatamente à Instituição toda e qualquer complicação ocorrida durante a realização do referido projeto que ponha em risco voluntários ou bens incluídos no trabalho.

Responsabilizo-me, outrossim, a acompanhar as diligências necessárias à imediata e integral assistência aos voluntários participantes ou à reposição ou restauração de bens eventualmente danificados em virtude da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
*Glauce Cirne de Medeiros*

Pesquisador responsável: **Glauce Cirne de Medeiros** (nº USP 2554461)

Telefones: 3088.3094 E-mail: [glauce@usp.br](mailto:glauce@usp.br)

## ANEXO 9

---

*Saídas do Epi Info: Regressões Lineares Simples*

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT117.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)

*Date:* 8/6/2008 20:38:02

**REGRESS Conhecimentos = Naturalidade\_x PVALUE=95%**

### Next Procedure

### Linear Regression

Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
Naturalidade_x	0,290	0,205	2,0149	0,156638
CONSTANT	6,229	0,147	1804,3350	0,000000

**Correlation Coefficient:  $r^2=$  0,01**

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
Regression	1	7,581	7,581	2,015
Residuals	358	1347,041	3,763	
Total	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT118.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)

*Date:* 8/6/2008 20:41:55

**REGRESS** Conhecimentos = Idade PVALUE=95%

### Next Procedure

### Linear Regression

Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
Idade	0,048	0,017	8,3670	0,004055
CONSTANT	5,092	0,456	124,8208	0,000000

**Correlation Coefficient:**  $r^2 = 0,02$

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
Regression	1	30,937	30,937	8,367
Residuals	358	1323,686	3,697	
Total	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT123.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)

*Date:* 8/6/2008 20:48:18

**REGRESS** Conhecimentos = Escola PVALUE=95%

### Next Procedure

#### **Linear Regression**

Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
Escola	0,074	0,032	5,4536	0,020081
CONSTANT	5,787	0,273	450,4907	0,000000

**Correlation Coefficient:**  $r^2 = 0,02$

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
Regression	1	20,326	20,326	5,454
Residuals	358	1334,296	3,727	
Total	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT124.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)      *Date:* 8/6/2008 20:49:05

**REGRESS Conhecimentos = Marital PVALUE=95%**

### Next Procedure

#### **Linear Regression**

<b>Variable</b>	<b>Coefficient</b>	<b>Std Error</b>	<b>F-test</b>	<b>P-Value</b>
Marital	0,850	0,250	11,5815	0,000742
CONSTANT	5,703	0,223	656,5763	0,000000

**Correlation Coefficient:  $r^2 = 0,03$**

<b>Source</b>	<b>df</b>	<b>Sum of Squares</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F-statistic</b>
Regression	1	42,449	42,449	11,581
Residuals	358	1312,173	3,665	
Total	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT122.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)

*Date:* 8/6/2008 20:47:01

**REGRESS Conhecimentos = Trab PVALUE=95%**

### Next Procedure

### **Linear Regression**

<b>Variable</b>	<b>Coefficient</b>	<b>Std Error</b>	<b>F-test</b>	<b>P-Value</b>
Trab	0,078	0,213	0,1336	0,714958
CONSTANT	6,328	0,170	1386,9622	0,000000

**Correlation Coefficient:**  $r^2 = 0,00$

<b>Source</b>	<b>df</b>	<b>Sum of Squares</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F-statistic</b>
Regression	1	0,505	0,505	0,134
Residuals	358	1354,117	3,782	
Total	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT125.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)      *Date:* 8/6/2008 20:50:09

**REGRESS Conhecimentos = Rendapc PVALUE=95%**

### Next Procedure

#### **Linear Regression**

<b>Variable</b>	<b>Coefficient</b>	<b>Std Error</b>	<b>F-test</b>	<b>P-Value</b>
<b>Rendapc</b>	0,000	0,000	0,3826	0,536634
<b>CONSTANT</b>	6,299	0,164	1477,3626	0,000000

**Correlation Coefficient:  $r^2=$  0,00**

<b>Source</b>	<b>df</b>	<b>Sum of Squares</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F-statistic</b>
<b>Regression</b>	1	1,446	1,446	0,383
<b>Residuals</b>	358	1353,176	3,780	
<b>Total</b>	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT126.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)

*Date:* 8/6/2008 20:50:45

**REGRESS Conhecimentos = Ig PVALUE=95%**

### Next Procedure

### **Linear Regression**

<b>Variable</b>	<b>Coefficient</b>	<b>Std Error</b>	<b>F-test</b>	<b>P-Value</b>
<b>Ig</b>	0,026	0,011	5,4221	0,020441
<b>CONSTANT</b>	5,700	0,308	342,0977	0,000000

**Correlation Coefficient:**  $r^2 = 0,01$

<b>Source</b>	<b>df</b>	<b>Sum of Squares</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F-statistic</b>
<b>Regression</b>	1	20,210	20,210	5,422
<b>Residuals</b>	358	1334,412	3,727	
<b>Total</b>	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT127.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)

*Date:* 8/6/2008 20:52:40

**REGRESS Conhecimentos = Multipara PVALUE=95%**

### Next Procedure

#### Linear Regression

Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
Multipara	0,853	0,200	18,1486	0,000026
CONSTANT	5,930	0,145	1669,6332	0,000000

**Correlation Coefficient:**  $r^2 = 0,05$

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
Regression	1	65,359	65,359	18,149
Residuals	358	1289,264	3,601	
Total	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT128.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)

*Date:* 8/6/2008 20:54:13

**REGRESS Conhecimentos = Nfilho PVALUE=95%**

### Next Procedure

#### **Linear Regression**

<b>Variable</b>	<b>Coefficient</b>	<b>Std Error</b>	<b>F-test</b>	<b>P-Value</b>
<b>Nfilho</b>	0,362	0,086	17,8335	0,000031
<b>CONSTANT</b>	6,049	0,127	2275,1766	0,000000

**Correlation Coefficient:**  $r^2 = 0,05$

<b>Source</b>	<b>df</b>	<b>Sum of Squares</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F-statistic</b>
<b>Regression</b>	1	64,278	64,278	17,834
<b>Residuals</b>	358	1290,345	3,604	
<b>Total</b>	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT129.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)      *Date:* 8/6/2008 20:55:02

**REGRESS Conhecimentos = Palestra PVALUE=95%**

### Next Procedure

#### **Linear Regression**

<b>Variable</b>	<b>Coefficient</b>	<b>Std Error</b>	<b>F-test</b>	<b>P-Value</b>
Palestra	0,948	0,259	13,4344	0,000285
<b>CONSTANT</b>	<b>6,201</b>	<b>0,112</b>	<b>3089,6278</b>	<b>0,000000</b>

**Correlation Coefficient:  $r^2 = 0,04$**

<b>Source</b>	<b>df</b>	<b>Sum of Squares</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F-statistic</b>
<b>Regression</b>	<b>1</b>	<b>48,995</b>	<b>48,995</b>	<b>13,434</b>
<b>Residuals</b>	<b>358</b>	<b>1305,627</b>	<b>3,647</b>	
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>1354,622</b>		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT130.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View: C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo*

*Record Count: 360 (Deleted records excluded)*

*Date: 8/6/2008 20:55:46*

**REGRESS Conhecimentos = Amiga\_x PVALUE=95%**

### Next Procedure

#### **Linear Regression**

<b>Variable</b>	<b>Coefficient</b>	<b>Std Error</b>	<b>F-test</b>	<b>P-Value</b>
<b>Amiga_x</b>	-0,416	0,221	3,5450	0,060539
<b>CONSTANT</b>	6,506	0,123	2813,0329	0,000000

**Correlation Coefficient:  $r^2 = 0,01$**

<b>Source</b>	<b>df</b>	<b>Sum of Squares</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F-statistic</b>
<b>Regression</b>	1	13,282	13,282	3,545
<b>Residuals</b>	358	1341,340	3,747	
<b>Total</b>	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT133.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)      *Date:* 8/6/2008 21:10:03

**REGRESS Conhecimentos = Experi\_x PVALUE=95%**

### Next Procedure

#### **Linear Regression**

<b>Variable</b>	<b>Coefficient</b>	<b>Std Error</b>	<b>F-test</b>	<b>P-Value</b>
Experi_x	-0,068	0,313	0,0471	0,828390
CONSTANT	6,386	0,109	3406,2550	0,000000

**Correlation Coefficient:**  $r^2 = 0,00$

<b>Source</b>	<b>df</b>	<b>Sum of Squares</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F-statistic</b>
Regression	1	0,178	0,178	0,047
Residuals	358	1354,444	3,783	
Total	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT134.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded) *Date:* 8/6/2008 21:11:42

**REGRESS** Conhecimentos = Livro\_x PVALUE=95%

### Next Procedure

### Linear Regression

Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
Livro_x	0,371	0,513	0,5237	0,469738
CONSTANT	6,362	0,105	3696,1504	0,000000

**Correlation Coefficient:**  $r^2 = 0,00$

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
Regression	1	1,979	1,979	0,524
Residuals	358	1352,643	3,778	
Total	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT135.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)      *Date:* 8/6/2008 21:12:47

**REGRESS** Conhecimentos = Midia\_x PVALUE=95%

### Next Procedure

### **Linear Regression**

Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
Midia_x	0,444	0,296	2,2560	0,133983
CONSTANT	6,316	0,110	3288,9456	0,000000

**Correlation Coefficient:**  $r^2 = 0,01$

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
Regression	1	8,483	8,483	2,256
Residuals	358	1346,139	3,760	
Total	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT136.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)      *Date:* 8/6/2008 21:13:45

**REGRESS Conhecimentos = Parente\_x PVALUE=95%**

### Next Procedure

### **Linear Regression**

Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
Parente_x	-0,349	0,214	2,6591	0,103844
CONSTANT	6,500	0,127	2632,2141	0,000000

**Correlation Coefficient:**  $r^2 = 0,01$

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
Regression	1	9,987	9,987	2,659
Residuals	358	1344,635	3,756	
Total	359	1354,622		

C:\USP\Mestrado\Epiinfo\OUT137.htm

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)

*Date:* 8/6/2008 21:14:37

**REGRESS Conhecimentos = Psaude\_x PVALUE=95%**

### Next Procedure

### **Linear Regression**

<b>Variable</b>	<b>Coefficient</b>	<b>Std Error</b>	<b>F-test</b>	<b>P-Value</b>
Psaude_x	1,074	0,209	26,2952	0,000000
CONSTANT	6,017	0,121	2454,5200	0,000000

**Correlation Coefficient:  $r^2 = 0,07$**

<b>Source</b>	<b>df</b>	<b>Sum of Squares</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F-statistic</b>
<b>Regression</b>	1	92,689	92,689	26,295
<b>Residuals</b>	358	1261,933	3,525	
<b>Total</b>	359	1354,622		

## ANEXO 10

---

*Saída do Epi Info: Regressão Linear Múltipla*

## Epi Info

### Results Library

*Current View:* C:\USP\Mestrado\Epiinfo\Mestrado\_4.MDB:viewBanco\_completo

*Record Count:* 360 (Deleted records excluded)

*Date:* 8/6/2008 21:21:21

**REGRESS** Conhecimentos = Naturalidade\_x Idade Escola Marital Ig Multipara Nfilho Palestra Amiga\_x Midia\_x Parente\_x Psauade\_x PVALUE=95%

### Next Procedure

#### Linear Regression

Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
Naturalidade_x	0,282	0,203	1,9368	0,164906
Idade	0,028	0,018	2,3977	0,122430
Escola	0,116	0,033	12,6530	0,000427
Marital	0,625	0,232	7,2622	0,007386
Ig	0,024	0,011	4,8829	0,027779
Multipara	0,383	0,287	1,7767	0,183434
Nfilho	0,324	0,124	6,8275	0,009368
Palestra	0,888	0,268	10,9486	0,001035
Amiga_x	-0,117	0,215	0,2974	0,585849
Midia_x	0,428	0,287	2,2174	0,137375
Parente_x	0,191	0,224	0,7212	0,396341
Psauade_x	0,624	0,243	6,5903	0,010674
CONSTANT	2,496	0,672	13,7999	0,000237

Correlation Coefficient:  $r^2 = 0,22$

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
Regression	12	299,596	24,966	8,211
Residuals	347	1055,027	3,040	
Total	359	1354,622		

## **ANEXO 11**

---

***Apresentação do Currículo Lattes: orientando e orientador***

## Apresentação do Currículo Lattes: orientando (GLAUCE CIRNE DE MEDEIROS)



### Glauce Cirne de Medeiros

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (1997) e Mestrado (em andamento) na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Tem experiência na área docente em Nutrição, com ênfase em Nutrição Materno-Infantil e Nutrição em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: aleitamento materno; nutrição para gestante, criança e adolescente; epidemiologia.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 24/07/2008

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/0475874175667845>



**Certificado  
pelo autor em  
24/07/08**

## Apresentação do Currículo Lattes: orientador (SONIA BUONGERMINO DE SOUZA)



### Sonia Buongermino de Souza

possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1975), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1988) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1994). Atualmente é professor doutor da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Nutrição, atuando principalmente nos seguintes temas: nutrição, aleitamento materno, lactentes, anemia ferropriva e anemia.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 08/02/2008

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/3684206078205867>



**Certificado  
pelo autor em  
08/02/08**