UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PEDIATRIA

INFLUÊNCIA DO PAI E DAS AVÓS NO ALEITAMENTO MATERNO

LULIE ROSANE ODEH SUSIN

TESE DE DOUTORADO

Porto Alegre, Brasil

2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PEDIATRIA

INFLUÊNCIA DO PAI E DAS AVÓS NO ALEITAMENTO MATERNO

LULIE ROSANE ODEH SUSIN

Orientadora: Dra. Elsa Regina Justo Giugliani

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil

2004

G964i Susin, Lulie Rosane Odeh
Influência do pai e das avós no aleitamento materno / Lulie Rosane Odeh Susin ; orient. Elsa Regina Justo Giugliani. – 2003.
141f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas : Pediatria. Porto Alegre, BR-RS, 2003.

1. Aleitamento materno 2. Pai 3. Relações mãe-filho 4. Promoção da saúde I. Giugliani, Elsa Regina Justo II. Título.

NLM: WS 125

Catalogação Biblioteca FAMED/HCPA

Nós somos culpados de muitos erros e falhas,
mas o pior crime é o abandono das crianças,
negando-lhes a fonte da vida.

A maioria das coisas que nós necessitamos pode esperar.
As crianças não podem.

Agora é o momento em que seus ossos e seu sangue estão em formação
e seus sentidos estão se desenvolvendo.
A elas, nós não podemos responder "amanhã",
seu nome é "Hoje"

Gabriela Mistral

Dedicado às crianças de todo mundo, que não podem nem devem ter que esperar.

Aos meus filhos, Felipe e Júlia, pela ausência de muitas horas...

Ao meu marido, Paulo, pelo companheirismo...

Aos meus pais, Antônio e Zilá, pelo apoio irrestrito.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra. Elsa R. J. Giugliani, pelo incentivo e dedicação; sua seriedade e espírito crítico foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que me propiciou a realização desta pós-graduação.

À Dra. Newra Tellechea Rotta, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo apoio recebido.

Ao Dr. Mário Wagner, por sua contribuição na análise estatística deste trabalho e pelo apoio nos momentos mais difíceis.

À secretária Rosane, pela disponibilidade mostrada em todos os momentos em que foi solicitada.

À equipe de trabalho (Suzane Cerutti Kummer, Marileide Maciel, Ana Cláudia Benjamin, Cláudia Ost Frank, Cristina Simon, Daniella Borges Machado, Jacson Leandro Folleto, Jaime da Costa Medeiros Jr., Karen Cristina Correa de Melo, Letícia Cirelli da

Silveira, Lyssandra dos Santos, Márcia Barcaro, Márcio Brahm Caetano, Maristela Foltz, Marta Luiza Ost Frank, Nádia Lermen, Ricardo Graciolli, Vanessa de Almeida Tavarone, Viviani Draghetti, Vivien Y. Jong Wu) que, com seriedade, trabalhou na coleta dos dados, não medindo esforços para realizar cada entrevista domiciliar, fundamental para a elaboração deste trabalho.

Aos amigos Suzane Cerutti Kummer e Ricardo Pereira, pelo carinho e acolhida em Porto Alegre desde o início deste trabalho.

À chefe do Departamento de Patologia da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Profa. Vera R. M. Signorini, pelo apoio desde o momento em que fazer esta pós-graduação era apenas um plano.

Aos amigos e colegas de trabalho (Vera R. M. Signorini, Maria Alix T. F. Dionello, Fabiane A. dos Anjos Gatti, Carlos J. Scaini e Dilma T. Caetano), que muitas vezes assumiram minhas funções acadêmicas para que eu tivesse tempo disponível para concluir esta pós-graduação.

Aos colegas do Departamento de Patologia da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, que sempre me apoiaram.

Aos pais que concordaram em participar do projeto de pesquisa e às suas crianças.

À professora Clarice Bohn Knies, que, com suas sugestões, transformou este trabalho em um texto mais fácil de ser lido.

É muito difícil encontrar as palavras certas para agradecer a todos que participaram deste período da minha vida, mas a todos o meu mais profundo agradecimento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 1
1.1 IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO 1
1.2 TAXAS DE ALEITAMENTO MATERNO 7
1.3 FATORES QUE INFLUENCIAM O ALEITAMENTO MATERNO 10
1.3.1 Influência do pai 11
1.3.2 Influência das avós 18

2 JUSTIFICATIVA 21

3 OBJETIVOS 23
3.1 OBJETIVO PRINCIPAL 23
3.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO 23

4 HIPÓTESES 24

5 POPULAÇÃO E MÉTODOS 25
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO 25
5.2 POPULAÇÃO-ALVO 25
5.3 AMOSTRA 26
5.3.1 Seleção 26
5.3.2 Critérios de inclusão 26
5.3.3 Critérios de exclusão 26
5.3.4 Cálculo do tamanho da amostra 27
5.3.5 Alocação para os grupos 27
5.4 ESTUDO PILOTO 28
5.5 COLETA DOS DADOS 28
5.5.1 Na maternidade 29
5.5.2 No domicílio 29
5.6 INTERVENÇÃO 31
5.7 VARIÁVEIS INCLUÍDAS NO ESTUDO 31
5.7.1 Relacionadas às mães, pais e bebês 32
5.7.2 Relacionadas com as avós maternas e paternas 34
5.8 CONTROLE DE QUALIDADE 35

5.9 EQUIPE DE TRABALHO 35
5.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 36
5.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA 36
5.11.1 Análise Estatística para o Estudo do Impacto da Inclusão do Pai em Intervenção de Promoção do Aleitamento Materno 36
5.11.2 Análise Estatística para o Estudo da Influência da Participação das Avós na Prática do Aleitamento Materno 38

6 REFERÊNCIAS 40

7 ARTIGO 1 – Versão em português: Impacto da inclusão do pai em intervenção de promoção do aleitamento materno 51

8 ARTIGO 1 – Versão em inglês: Inclusion of fathers in an intervention to promote breast-feeding: impact on success 71

9 ARTIGO 2 – Influência da participação das avós na prática do aleitamento materno. Influence of grandmothers participation on breastfeeding practices 92

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS 111

APÊNDICE 114

1 INTRODUÇÃO

1.1 IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Estudos têm demonstrado a importância do aleitamento materno na saúde da criança, da mãe, da família e da sociedade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1997; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Em 1984, foi publicada pela primeira vez uma revisão da literatura mostrando que amamentar exclusivamente até cerca de 4-6 meses protege a criança contra a morte por doença infecciosa. Em 35 estudos realizados em 14 países, foi observada proteção contra diarréia em 83% dos trabalhos quando se comparou aleitamento materno exclusivo com aleitamento parcial (FEACHEN; KOBLINSKI, 1984).

Victora *et al*. (1987), num estudo de casos e controles sobre mortalidade infantil realizado em Porto Alegre e Pelotas, verificaram que o uso de leites não humanos no primeiro ano de vida é um importante fator de risco para morte por diarréia e infecções respiratórias. Todas as mortes de crianças abaixo de 12 meses ocorridas no período de dezembro de 1984 a dezembro de 1985 foram avaliadas. Observou-se que as crianças não amamentadas, comparadas com aquelas em amamentação exclusiva ou predominante, tiveram um risco 14,2 e 3,6 vezes maior de morrer por diarréia e infecção respiratória, respectivamente. Para as

crianças alimentadas parcialmente ao seio, esse risco foi de 4,2 e 1,6 vezes, respectivamente. O risco de morte por diarréia foi máximo nos dois primeiros meses de vida (28,3 vezes). Entre as crianças não amamentadas, foi observado também um risco maior de morrer por outras doenças infecciosas, além da diarréia e das infecções respiratórias, superior ao das crianças parcialmente alimentadas ao seio (risco relativo = 2,5 e 0,4, respectivamente).

Em 1991, Cunningham *et al*. (1991), em uma revisão da literatura, mostraram evidências epidemiológicas que indicavam importante proteção do leite materno contra infecções gastrintestinais e significante diminuição de outros tipos de infecções, incluindo pneumonia, bacteremia e meningite, além de redução na freqüência de doenças crônicas em fases mais tardias da vida. A revisão também mostrou que o aumento do uso da mamadeira em países pobres trouxe resultados desastrosos.

Em 1993, um grupo de especialistas da América Latina elaborou um guia de nutrição e alimentação para crianças menores de seis anos, ressaltando que a promoção e o apoio ao aleitamento materno devem ocupar uma posição prioritária nos esforços para melhorar a saúde e a nutrição durante a infância. O guia ressalta que é de especial importância, para os países da América Latina, a contribuição do aleitamento materno para reduzir a mortalidade infantil, a incidência e a duração de enfermidades diarréicas e outras infecções, dada as condições em que vive grande parte da população desses países e as limitações de alguns sistemas de saúde para implementar medidas efetivas de medicina preventiva (O'DONNELL *et al*., 1994).

Estima-se que o aleitamento materno poderia prevenir 13-15% de todas as mortes de crianças abaixo de cinco anos em todo o mundo (JONES *et al*., 2003) e 50% das mortes por doenças respiratórias nessa faixa etária (VICTORA *et al*., 1999). Um aumento de 40% nas taxas de aleitamento materno reduziria em até 15% as mortes por diarréia e em até 7% as

mortes por pneumonia em regiões onde a duração da amamentação é curta, como na América Latina (VICTORA *et al*., 1999).

Uma metanálise realizada com dados obtidos de seis países de três continentes (Brasil, Filipinas, Gâmbia, Gana, Paquistão e Senegal) mostrou uma mortalidade seis vezes maior por doenças infecciosas em crianças menores de dois meses não amamentadas, quando comparadas com crianças em aleitamento materno, sendo que a proteção diminuiu à medida que a criança crescia, variando de 4,1 vezes a 1,4 vez em crianças de 2 a 12 meses. O estudo chama a atenção para o fato de que a proteção contra mortes por diarréia diminuiu dramaticamente com a idade, ao passo que a proteção contra mortes por infecções respiratórias se manteve constante nos primeiros dois anos de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

No Brasil, entre 1990 e 2000, a taxa de mortalidade infantil baixou cerca de 30%. Tal fato indica o progresso havido na saúde da criança brasileira. Houve um declínio das mortes por diarréia (em mais de 50%) e por pneumonias (20%), a erradicação da poliomielite e um aumento considerável da cobertura vacinal e da prevalência da amamentação, bem como a redução da desnutrição infantil e do baixo peso ao nascer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Saarinen (1982) demonstrou que as crianças amamentadas por menos de dois meses apresentaram um risco 3,3 vezes maior de apresentar dois ou mais episódios de otite média, quando comparadas com as crianças amamentadas por, no mínimo, seis meses. Teele *et al*. (1989) encontraram menor número de episódios de otite média em crianças amamentadas ao seio.

O aleitamento materno parece também conferir proteção contra infecções do trato urinário. Marild *et al*. (1989) relataram que as crianças com o primeiro episódio de pielonefrite tinham um período de amamentação significativamente menor que os controles.

Pisacane *et al*. (1992) mostraram um risco diminuído (risco relativo = 0,38) de infecção do trato urinário entre crianças hospitalizadas de até seis meses de idade e amamentadas exclusiva ou parcialmente ao seio, quando comparadas com as crianças que nunca foram amamentadas.

Além de conferir proteção contra doenças, o leite materno tem mostrado superioridade nutricional em relação aos outros leites, por conter todos os elementos essenciais para o bom crescimento e desenvolvimento das crianças, além de ser mais fácil de digerir (AMERICAM ACADEMY OF PEDIATRICS, 1978).

As propriedades fisico-químicas do leite materno proporcionam uma digestão e assimilação facilitadas. Sua especificidade em relação às necessidades nutricionais e fisiológicas durante o primeiro semestre de vida o definem como um alimento único para essa fase (JELLIFFE; JELLIFFE, 1972).

Existem evidências de que não há vantagem em se iniciar a alimentação complementar antes dos seis meses (exceto em casos individuais), podendo inclusive haver prejuízos à saúde da criança (KRAMER; KAKUMA, 2002). Mesmo no segundo ano de vida, o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes (PRENTICE; PAUL, 1990), além de ele continuar conferindo proteção contra doenças infecciosas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Dewey (2001) relata que o leite materno possui todos os nutrientes necessários para o crescimento e o desenvolvimento adequados das crianças nos primeiros seis meses, com exceção da vitamina D em populações específicas e do ferro em crianças com baixo peso ao nascer. Relata também que crianças amamentadas tendem a ganhar menos peso e geralmente são mais magras na segunda metade da infância que crianças alimentadas com fórmulas infantis. Essa diferença parece não ser resultado de deficiência nutricional, mas de uma auto-

regulação do consumo de energia. Convém salientar que as crianças amamentadas podem apresentar um crescimento diferente do das crianças alimentadas artificialmente, tendo sido considerada inadequada a curva do *National Center for Health Statistcs* (NCHS) para uso em crianças amamentadas exclusivamente ao seio, por ela ter sido elaborada com crianças que não eram alimentadas somente com leite materno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; VICTORA *et al*., 1998).

Estudos recentes sugerem que o aleitamento materno reduz o risco de obesidade infantil. Dietz (2001) encontrou um risco de 15 a 20% maior para obesidade infantil em crianças alimentadas com fórmulas. Um estudo de revisão examinou 11 trabalhos que avaliaram a relação entre obesidade em crianças maiores de três anos e tipo de alimentação no início da vida, tendo a maioria deles encontrado, após controle de potenciais fatores de confusão, um risco menor de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas (DEWEY, 2003).

Há fortes indícios na literatura, embora ainda não conclusivos, que indicam uma associação entre aleitamento materno e melhor desenvolvimento cognitivo. Uma metanálise envolvendo 20 estudos mostrou que, após ajustes para alguns fatores de confusão, as crianças amamentadas tinham escores de desenvolvimento cognitivo significativamente maiores do que as crianças alimentadas com fórmulas, principalmente as com baixo peso de nascimento, tendo esse resultado uma relação direta com a duração do aleitamento materno (ANDERSON, 1999). Mortensen *et al*. (2002) encontraram 28% de adultos jovens amamentados por um mês, ou menos, com QI abaixo de 90, e apenas 4% entre os amamentados por mais de nove meses. Os autores atribuíram essa associação a fatores comportamentais ligados ao ato amamentar e à escolha da forma de alimentar a criança. Outros autores atribuem essa associação à presença de substâncias no leite materno que estimulariam o desenvolvimento cerebral (LUCAS *et al*., 1992; UAY; PEIRANO, 1999).

A Academia Americana de Pediatria relata uma possível proteção do aleitamento materno contra a síndrome da morte súbita do lactente, o diabete insulino-dependente, a doença de Crohn, a colite ulcerativa, o linfoma, as doenças alérgicas e outras doenças crônicas do aparelho digestivo (AMERICAM ACADEMY OF PEDIATRICS, 1997).

Para a mulher que amamenta, também têm sido descritas vantagens, como proteção contra o câncer de mama pré-menopausa (BYERS *et al*., 1985; MICHELS *et al*., 1996) e de ovário (SCHNEIDER, 1987; GWINN *et al*., 1990). Uma revisão de 20 estudos controlados mostrou que 11 indicaram um efeito protetor do aleitamento materno contra o câncer de mama, sendo que esse efeito aumenta com a duração total da amamentação ao longo da vida (LABBOK, 2001).

Involução uterina mais rápida, com diminuição do sangramento pós-parto, e menor risco de anemia (UNICEF, 1987; LABBOK, 2001), assim como maior espaçamento entre os partos (FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, 1988; GRAY *et al*., 1990) são outras vantagens da amamentação para a saúde da mulher.

No Chile, um estudo prospectivo realizado com 735 mães avaliou o impacto de um programa para promoção do aleitamento materno no período infértil pós-parto. O trabalho demonstrou que 56% das mães do grupo experimental e 22% do grupo controle completaram 180 dias pós-parto amamentando exclusivamente ao seio e em amenorréia. Esse resultado reforça a possibilidade de que um programa que incentive o aleitamento materno exclusivo tenha um grande impacto na duração do período infértil pós-parto (PÉREZ; VALDÉS, 1991).

O contato pele-a-pele e olho-no-olho e a troca de carinho entre mãe e filho proporcionados pelo ato de amamentar podem ser muito prazerosos para os dois, reforçando o vínculo afetivo entre eles e despertando na mãe sentimentos de realização e autoconfiança de que é capaz de cuidar e nutrir o seu filho, transmitindo para ele segurança e tranqüilidade

(GIUGLIANI, 1994).

O fato de o leite materno estar sempre pronto e na temperatura adequada faz com que muitas mães considerem mais prático amamentar, pois permite que ela amamente o seu filho em qualquer hora e lugar.

Para a família e para a sociedade, cabe considerar o fator econômico. Além da economia resultante da não necessidade de comprar outros tipos de leite, mamadeiras e bicos e da diminuição do consumo de gás de cozinha, há a economia derivada do fato de as crianças que recebem leite materno adoecerem menos, necessitando, assim, de menos atendimento médico, hospitalizações e medicações, além de seus pais faltarem menos ao trabalho (GIUGLIANI, 2000).

1.2 TAXAS DE ALEITAMENTO MATERNO

Atualmente, baseando-se nas evidências científicas existentes, a Organização Mundial da Saúde recomenda a amamentação exclusiva até o sexto mês e complementada até dois anos ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Apesar do conhecimento atual sobre os benefícios do aleitamento materno e de a espécie humana ser geneticamente programada para amamentar, as taxas de amamentação no Brasil ainda são muito baixas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), por influência de fatores socioculturais (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997; GIUGLIANI, 2000) que tornaram a amamentação uma opção da mulher e não um ato puramente instintivo (GIUGLIANI, 1994).

Não existem estudos com abrangência nacional que documentem os índices de amamentação nas décadas anteriores aos anos 70 do século passado, embora se considere que no início dessa década tenha ocorrido uma diminuição do aleitamento materno, obedecendo a uma tendência internacional, seguida de uma retomada do aleitamento materno como arma contra a desnutrição a partir da segunda metade da referida década (ORLANDI, 1985). Em conseqüência disso, nas duas últimas décadas emergiu uma clara tendência em diversos países, desenvolvidos e em desenvolvimento, de retorno ao aleitamento materno.

Comparando os resultados de pesquisas de abrangência nacional, realizadas em 1975 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1983), em 1989 (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1989), em 1996 (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997) e em 1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), observa-se um aumento significativo na duração mediana de aleitamento materno: 2,5 meses em 1975, 5,5 meses em 1989, 7 meses em 1996 e 9,9 meses em 1999. O inquérito de 1999 foi realizado apenas nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, com exceção do Rio de Janeiro.

Quando se comparam os dados de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de dois meses, observa-se um aumento importante nessa prática no País. Assim, enquanto um estudo de 1986, com amostra representativa de toda a população brasileira, indicou que apenas 6% das crianças amamentadas recebiam leite materno como alimentação exclusiva no primeiro mês (BARROS; VICTORA, 1990), o estudo nacional de 1999 mostrou uma prevalência de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de 53,1%, embora esse mesmo estudo tenha mostrado uma duração mediana de aleitamento materno exclusivo de apenas 23,4 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Esses dados revelam que está ocorrendo uma retomada do aleitamento materno como

alimentação preferencial das crianças pequenas, embora ele ainda esteja abaixo das atuais recomendações da Organização Mundial da Saúde, que acredita que as mudanças observadas nos padrões do aleitamento materno fazem parte do desenvolvimento das sociedades. Assim, em comunidades tradicionais, praticamente todas as mulheres amamentam. À medida que as sociedades se desenvolvem, as mulheres mais educadas passam a preferir as facilidades da mamadeira, atitude que se difunde gradualmente entre as mulheres de outros estratos sociais, atingindo, por último, as mais pobres e as residentes em áreas rurais. Continuando no processo de desenvolvimento, são justamente as mulheres mais educadas que passam a valorizar o aleitamento materno, adotando novamente essa prática, que mais uma vez se difunde para todas as camadas. Dessa maneira, em países desenvolvidos, as mulheres com melhor nível socioeconômico tendem a amamentar mais, enquanto que, nos países em desenvolvimento, ocorre o inverso (GIUGLIANI, 1994).

Rea (2003), em um estudo de revisão que tem como objetivo rever a trajetória do programa nacional de aleitamento materno, afirma que, se em 1975 uma em cada duas mulheres brasileiras amamentava apenas até o segundo ou terceiro mês, no último inquérito de 1999, uma em cada duas mulheres do País amamentava até cerca de 10 meses. A autora faz refletir sobre a evolução das taxas de aleitamento materno nos últimos 25 anos: se, de um lado, o programa foi um sucesso, de outro, ele poderia ter tido um impacto maior se todas as atividades que se realizaram no País tivessem sido mantidas, avaliadas, corrigidas, bem coordenadas e melhoradas. Várias foram as decisões de organismos internacionais de saúde nesse período, assim como estudos sobre aleitamento materno que reorientaram ações, embora sejam raros os estudos de cidades ou países que avaliam o impacto que tiveram os programas e ações pró-amamentação.

1.3 FATORES QUE INFLUENCIAM O ALEITAMENTO MATERNO

Ao longo dos anos foram sendo descritos inúmeros fatores – demográficos, sociais, econômicos, culturais e emocionais – que influenciam a duração da amamentação (FORMAN, 1984). Dentre esses, encontram-se a idade, a cor e a escolaridade maternas, a renda *per capita*, as práticas hospitalares, o marketing de companhias de alimentos infantis e o trabalho materno fora de casa.

A cor branca da mãe e a renda *per capita* mais baixa foram descritas como fatores de risco para a interrupção precoce do aleitamento materno (KUMMER *et al.*, 2000). Por outro lado, prevalências mais elevadas de amamentação têm sido associadas a uma maior escolaridade materna (HUMPHREYS *et al,* 1998; SCOTT; BINNS, 1999; SCOTT *et al*., 1999; KUMMER *et al.*, 2000; PÉREZ-ESCAMILLA, 2003) e a mães com mais idade (HUMPHREYS *et al,* 1998; SCOTT; BINNS, 1999; SCOTT *et al*., 1999).

Algumas práticas como entrega de brindes com produtos infantis nas maternidades, propaganda inadequada de substitutos do leite materno e distribuição gratuita de leite pelo governo estiveram associados negativamente ao sucesso da amamentação, particularmente em subgrupos vulneráveis, como primíparas e mulheres pobres em países em desenvolvimento (PÉREZ-ESCAMILLA *et al*, 1994; REA, 2003). Por outro lado, o contato precoce mãe-filho, a prática do alojamento conjunto e a orientação sobre amamentação causam um impacto positivo no aleitamento materno (PÉREZ-ESCAMILLA *et al*, 1994).

O trabalho materno fora de casa foi descrito como um fator negativo no sucesso da amamentação, sendo um importante fator na decisão da mãe em introduzir a mamadeira com outros leites na dieta da criança (ARORA, 2000).

O apoio da amamentação por parte do Estado, da comunidade, das instituições de saúde e, sobretudo, da família também tem sido bastante valorizado, em especial o apoio do pai e das avós.

1.3.1 Influência do pai

A literatura sobre reações psicológicas paternas à amamentação é escassa e consiste principalmente em descrições de respostas positivas. Muitos homens ficam satisfeitos, orgulhosos e apóiam a amamentação, mas isso não é verdadeiro para todos. Alguns homens têm reações que podem interferir negativamente na amamentação, como ansiedade, ciúme, rejeição, exclusão e dificuldades sexuais. Esses sentimentos, por sua vez, podem gerar reações na mulher, que poderá se sentir sozinha e sem o apoio do marido/companheiro.

A amamentação prolonga a relação exclusiva entre mãe e filho iniciada durante a gravidez, período em que a mãe fica com as atenções voltadas para a criança, o que pode gerar no pai sentimentos de exclusão.

As possíveis dificuldades sexuais durante a amamentação, que algumas vezes já iniciam na gravidez, podem ter várias explicações. Alguns homens identificam suas esposas como suas mães durante a gravidez e a amamentação, o que resulta em ansiedade, pois a relação sexual pode ser vista como incestuosa, o que provavelmente irá gerar disfunções sexuais. Pode ocorrer também de o pai, a partir da concepção, não ver mais como somente seu o corpo da mulher. A gravidez causa mudanças no tamanho e na forma do corpo da mulher, e isso pode causar um certo afastamento e perda de interesse sexual. Durante a amamentação, a presença de leite serve como constante lembrança para o pai de que os seios da esposa pertencem ao filho, até mesmo porque pode sair leite dos seios da mulher durante a relação

sexual, e isso pode causar desconforto e repulsa no pai. Alguns pais relatam que enquanto as mulheres estão amamentando não envolvem os seios na relação sexual, pois têm a sensação de que o seio é só para a criança e deverá, pois, nesse período exercer só a função de nutrição.

Essas mudanças no comportamento do pai poderão ser mais intensas se os seios forem grande fonte de prazer sexual, o que é mais verdadeiro em culturas como a americana, onde eles são objetos predominantemente sexuais.

A diminuição da lubrificação vaginal por diminuição de estrogênio e aumento da prolactina durante a amamentação também pode diminuir o prazer da relação sexual.

O pai pode responder a todas essas mudanças com culpa e hostilidade, afastando-se da unidade familiar e, conseqüentemente, não oferecendo apoio, e isso talvez seja a maior ameaça ao sucesso da amamentação. Algumas das dificuldades enfrentadas pela mãe durante a amamentação podem estar direta ou indiretamente relacionadas com o pai, principalmente se ele apresentar reações negativas ao aleitamento materno.

Segundo Waletzky (1979), essas reações negativas apresentadas por alguns pais no período de amamentação poderão ser minimizadas se o pai conseguir se sentir mais próximo do filho e da esposa, e se a mãe e a criança sentirem-se mais próximos do pai. Isso tem sido possível graças a cursos pré-natais e também a um contato mais próximo entre os três nas primeiras horas e dias após o nascimento. É importante que o pai seja informado da importância do aleitamento materno e da sua participação nos cuidados com a criança, devendo ser estimulado a ter um tempo só seu com a criança e a estabelecer rotinas com ela, como, por exemplo, brincar, fazer massagem, dar banho, trocar fralda, cantar uma música (que poderá ser reconhecida pela criança se o pai costumava fazer isso também durante a gravidez) e fazer a criança adormecer. O pai passa a ter um envolvimento maior com a criança, o que reforçará o vínculo pai-filho, assim como passa a perceber melhor o tempo que

a mãe dedica ao filho, diminuindo, conseqüentemente, o sentimento de inutilidade, incompetência e ciúme que alguns pais sentem.

Alguns estudos destacam a importância do pai na amamentação, considerando a participação do pai como uma das fontes mais significativas de estímulo que a mulher pode receber (VALDECAÑAS *et al.,* 1981; GIUGLIANI *et al*., 1992).

O estudo de Black *et al*. (1990) mostrou que a opinião do marido foi a segunda variável mais importante na decisão da mãe de amamentar ou não o seu filho. Bevan *et al*. (1984) demonstraram que o pai tinha influência não só no início da amamentação, como também na sua duração.

Matich e Sims (1992) estudaram a influência de fatores sociais entre gestantes que pretendiam amamentar e entre as que pretendiam usar fórmulas lácteas. Observaram que o pai apresentou um importante papel no suporte emocional e informativo entre aquelas que optaram por amamentar.

No estudo de Freed *et al*. (1992), as gestantes que responderam negativamente quando perguntadas se pessoas significativas para ela queriam que elas amamentassem tiveram chance muito maior (razão de chance=132,0) de não amamentarem os seus filhos do que as que responderam positivamente à pergunta. Embora os autores não tenham definido quem seriam tais pessoas significativas, acredita-se que tenham sido, em sua maioria, os pais das crianças.

Em Ohio (EUA), Litman *et al*. (1994) avaliaram fatores que poderiam influenciar na intenção da mãe de amamentar ou não os seu filho. A aprovação plena do pai na escolha da amamentação como forma de alimentar o filho mostrou-se associada a uma alta incidência de amamentação (98,1%) quando comparada à opinião indiferente do pai quanto à escolha do

tipo de alimentação da criança (26,9%).

A influência positiva do pai no aleitamento materno parece ser particularmente importante na decisão da mulher de amamentar, no auxílio da primeira mamada e na duração da amamentação. Ao lado disso, o pai tem se mostrado como um fator de risco para o uso da mamadeira (BAR-YAM; DARBY, 1997).

Numa revisão de estudos que utilizaram análise multivariada para identificar fatores relacionados ao início e à duração da amamentação entre mulheres ocidentais, foram encontradas evidências que sugerem que o pai tem um importante papel na decisão da mãe de amamentar ou não o seu filho (SCOTT; BINNS, 1999).

Um estudo realizado por Chateau *et al*. (1977) avaliou programas de educação sobre aleitamento materno como fator de promoção do mesmo e estudou fatores que poderiam promover ou inibir a amamentação. Os resultados indicaram que as crianças cujos pais receberam informações sobre aleitamento materno foram amamentadas por um período de tempo maior. Os autores acreditam que oferecer informações sobre aleitamento materno para o pai seja um importante fator de promoção para a amamentação. O estudo, no entanto, foi realizado com uma amostra pequena (n = 43) e não randomizada, o que limita suas conclusões.

Jordan (1984) acredita que o pai deve ser incluído em programas educacionais e na prática da amamentação tanto quanto possível, inclusive auxiliando na técnica de amamentação. Se o pai tiver conhecimentos em aleitamento materno, poderá minimizar sua sensação de exclusão. Se tiverem esses conhecimentos, os maridos que tinham grande satisfação sexual em relação aos seios da esposa antes da gravidez poderão ter menos inibição ao continuar tocando-lhe os seios.

Um estudo realizado por Issler *et al*. (1989), em São Paulo, demonstrou que a influência do pai pode ser decisiva para a amamentação em áreas urbanas, onde a família tende a ser nuclear, isolada de outros parentes e submetida a diversos tipos de tensões; sua atitude pode ser condição *sine qua non* para o êxito da amamentação. Os autores destacam a importância da inclusão do pai nos programas de incentivo ao aleitamento materno.

Jordan e Wall (1990) acreditam que a sensação de exclusão e os ciúmes que muitos pais experimentam no período de amamentação poderiam ser amenizados pela inclusão deles em programas educativos sobre aleitamento materno, pois esses sentimentos muitas vezes ocorrem por falta de conhecimento deles sobre o assunto. Em outro estudo, os mesmos autores concluíram que intervenções para aumentar a incidência e a duração da amamentação deveriam incluir o pai, que parece influenciar inclusive na escolha do tipo de alimentação (JORDAN; WALL, 1993).

Voss *et al*. (1993), num trabalho realizado na Inglaterra, no Distrito de Salisbury, sugerem que os pais são freqüentemente deixados de fora da discussão sobre alimentação de seus filhos pelos profissionais de saúde. Foram entrevistados pais com filhos entre seis semanas e um ano de idade, com o objetivo de investigar a opinião e as atitudes deles em relação à alimentação infantil. Foi também avaliado seu envolvimento na decisão sobre o tipo de alimentação da criança. Sessenta e cinco por cento dos pais tinham discutido o tipo de alimentação da criança com a esposa/companheira, 11% com a própria mãe, 9% com a parteira, 6% com visitadores de saúde, 6% com a sogra, 5% com o médico e 27% não haviam discutido com alguém. Avaliando o envolvimento do pai com a alimentação da criança, 17% dos pais disseram que sempre ajudam, 64% que ajudam de vez em quando, 15% que raramente ajudam e 4% que nunca ajudam. Os seguintes tipos de ajuda foram relatados: dar mamadeira (65%), preparar a fórmula (56%), preparar o alimento (48%), lavar a mamadeira (47%), cuidar de outros filhos (43%) e ajudar nas tarefas de casa para que a esposa tenha mais

tempo para alimentar o bebê (21%).

Apesar de cada vez mais ser dado importância ao pai no incentivo à amamentação, estudos como o de Freed *et al*. (1992) e o de Giugliani *et al*. (1994) demonstram que existem muitas percepções errôneas e falta de conhecimentos com relação ao aleitamento materno entre os pais, o que reforça a necessidade da sua participação em programas educativos. O estudo de Freed *et al*. (1992), realizado em Houston (EUA), avaliou a expectativa e o conhecimento dos pais em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal. Várias diferenças significativas foram observadas entre os pais que disseram que a esposa/companheira pretendia amamentar exclusivamente e aqueles que disseram que ela pretendia oferecer somente fórmula láctea para o filho. Os primeiros acreditavam mais que o aleitamento materno fosse melhor para a criança, que estimulasse o vínculo afetivo entre mãe e filho e que protegesse contra doenças. Já os outros acreditavam mais que o aleitamento materno deformasse os seios e interferisse na relação sexual do casal. Os autores sugerem que os pais sejam incluídos em programas educacionais que os preparem para oferecer apoio e ajuda à mãe. Giugliani *et al*. (1994), em Baltimore (EUA), avaliaram o conhecimento dos pais sobre aleitamento materno e sua relação com certas atitudes que podem interferir com a prática da amamentação. Os resultados indicaram que os pais tinham pouco conhecimento sobre amamentação, especialmente aqueles cujos recém-nascidos não estavam sendo amamentados. Os pais com filhos anteriores que haviam sido amamentados, os que participaram de reuniões pré-natais e os que receberam informações sobre aleitamento materno da equipe de saúde tiveram significativamente mais chance de ter um melhor conhecimento sobre amamentação.

Num estudo de casos e controles, realizado de abril a novembro de 1992 em Baltimore, Giugliani *et al*. (1994) procuraram identificar a influência de diferentes fatores na decisão da mãe em amamentar. O fator mais importante foi a opinião favorável do pai em

relação ao aleitamento materno, pois as mães tiveram uma chance 32,8 vezes maior de iniciar a amamentação quando o pai tinha uma opinião favorável em relação à amamentação (independentemente da idade materna, grupo étnico, escolaridade materna e estado civil). Em vista dos resultados, os autores sugerem que os pais sejam incluídos em atividades educacionais sobre aleitamento materno. A orientação sobre aleitamento materno fornecida pelos médicos, enfermeiras e nutricionistas não se mostrou associada com a decisão da mãe de amamentar.

Num estudo de Sciacca *et al*. (1995), foi aplicado um programa educativo para primíparas inscritas no programa alimentar de suplementação especial para mulheres e crianças de baixa renda (WIC). Apesar da amostra estudada ser pequena (n = 64), do percentual de perdas ao longo do acompanhamento ser elevado (19%) e de não ter sido estudado especificamente o impacto da participação do pai, os autores concluíram que a participação do pai nas atividades de promoção do aleitamento materno pode aumentar a incidência e a duração do aleitamento materno.

Acredita-se que as atitudes, as crenças e os conhecimentos dos pais sobre o aleitamento materno possam exercer influência na duração da amamentação. É possível que programas de educação sobre aleitamento materno melhorem as atitudes dos pais com relação à amamentação, desfaçam alguns tabus sobre o tema e aumentem os conhecimentos, principalmente, das vantagens da amamentação. Vários tipos de intervenções com as mães foram testados no mundo inteiro com o intuito de promover o aleitamento materno e aumentar as taxas de amamentação. Analisando diversas revisões da literatura (GIUGLIANI, 2000; OLIVEIRA *et al*., 2001; ALBERNAZ; VICTORA, 2003; GUISE *et al*., 2003), observa-se que são muito escassas, e limitadas sob o ponto de vista metodológico, as intervenções de promoção em aleitamento materno em que o pai tem uma participação relevante.

1.3.2 Influência das avós

A participação das avós e sua possível influência na amamentação têm sido descritas em alguns estudos. Algumas mães apresentam insegurança e dificuldade para resolver pequenos problemas que podem ocorrer durante a amamentação, e, nesse momento, a presença da avó, bastante freqüente na maioria das culturas, parece ser importante para elas. Muitas mães, durante a amamentação, tornam-se muito vulneráveis a pressões de conselhos que a ela chegam de pessoas desinformadas (inclusive, hoje, de suas mães ou sogras que não amamentaram).

Bryant (1982), ao estudar o impacto de parentes, amigos e vizinhos na alimentação infantil, observou que a maioria das mulheres entrevistadas, porto-riquenhas e cubanas residentes nos Estados Unidos, considera a avó materna a fonte mais importante de informação sobre aleitamento materno. Segundo a autora, os valores e as crenças sobre a alimentação da criança são transmitidos por parentes (incluindo-se as avós), o que tem impacto sobre a lactação. O comportamento entre as mulheres anglo-americanas foi diferente, sendo essas mais influenciadas por amigos e profissionais da área da saúde.

Baranowski *et al*. (1983) realizaram um estudo com 358 mães que tiveram seus filhos no Hospital Universitário da Universidade do Texas, com o objetivo de estudar fatores relacionados com a decisão da mãe em amamentar. As mulheres negras americanas consideraram o apoio de um amigo o fator mais importante para elas iniciarem a amamentação, enquanto, entre as mulheres mexicanas-americanas, o suporte considerado mais importante foi o da avó materna e, entre as anglo-americanas, o principal fator foi o apoio do marido/companheiro. Os autores concluíram que, apesar dessa diferença entre os

grupos étnicos, o suporte social parece ser uma variável importante para que as mães iniciem a amamentação.

No Canadá, um estudo realizado por Macaulay *et al*. (1989) mostrou que as mulheres que receberam apoio de suas mães e do pai da criança, assim como aquelas que decidiram amamentar antes da gravidez, amamentaram seus filhos por mais tempo.

Mclorg e Bryant (1989) realizaram, nos Estados Unidos, um estudo com gestantes/mães de baixa renda inscritas no programa alimentar de suplementação especial para mulheres e crianças de baixa renda (WIC). As avós maternas foram as pessoas mais citadas influenciando a alimentação infantil, tanto entre as mulheres brancas como entre as mulheres negras.

Libbus e Kolostov (1994), num estudo realizado com 69 gestantes, encontraram uma associação significativa entre a intenção da gestante em amamentar o seu filho e o fato de a avó materna ter amamentado.

Sayers *et al*. (1995) acompanharam 145 mães para estudar a prevalência de amamentação na época do nascimento e após 4 e 12 semanas. Foi encontrada uma associação significativa entre o fato de a avó materna ter amamentado e sua filha ter iniciado a amamentação.

Kessler *et al*. (1995), num estudo com 133 mulheres entrevistadas no terceiro trimestre da gravidez e novamente entre 7 e 10 dias após o parto, avaliaram a influência de pessoas na escolha da alimentação da criança. No estudo, as pessoas consideradas importantes pelas mães foram os pais das crianças (71%) e as avós maternas (29%).

Num estudo com mulheres afro-americanas, Bentley *et al*. (1999) avaliaram fatores que poderiam influenciar na intenção das mães de amamentar. A experiência e as atitudes das

avós foram consideradas importantes pelas mães, apesar de essa influência ter diminuído após elas considerarem a opinião do pai da criança.

Almroth *et al*. (2000) realizaram um estudo no sul da África, Lesoto, com mães, avós e enfermeiras para obter dados sobre aleitamento materno exclusivo, pois o leite materno era o principal alimento das crianças pequenas na região, embora não fosse usado de forma exclusiva. Culturalmente, as avós consideravam o aleitamento materno exclusivo a alimentação ideal para a criança pequena; na época do estudo, no entanto, a água era oferecida regularmente para as crianças por recomendação das enfermeiras. As avós consideravam a água desnecessária e nociva à saúde da criança. Segundo as avós, a água como suplemento era uma prática nova que havia sido introduzida por intermédio das clínicas.

Arora *et al*. (2000), num estudo para identificar fatores que influenciam na decisão da mãe em relação à alimentação da criança, assim como nas taxas iniciais de aleitamento materno e na duração do mesmo, identificaram a avó materna como um fator importante.

Dois outros estudos trouxeram, contudo, a suspeita de que as avós pudessem influenciar negativamente na duração do aleitamento materno. Num deles, realizado em Porto Alegre, a ausência de ajuda de um familiar em casa foi proteção para interrupção da amamentação antes dos quatro meses. O tipo de parentesco não foi definido pelos autores, mas foi sugerido que as avós poderiam representar, na maioria das vezes, o referido parente (GIUGLIANI *et al*., 1992). No outro, realizado em Natal, Rio Grande do Norte, a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi significativamente menor entre as crianças com avós presentes no grupo familiar quando comparadas com as de avós ausentes, embora os autores não tenham definido "avó presente" (ANDRADE; TADDEI, 2002).

2 JUSTIFICATIVA

Em função dos inúmeros benefícios do aleitamento materno, a sua promoção tem sido considerada fundamental nas estratégias dos cuidados primários de saúde. A análise da relação custo-benefício da promoção do aleitamento materno mostra que os custos são pequenos em relação aos benefícios obtidos pela sua promoção (SANGHVI, 1995).

Acredita-se que, independentemente do tipo de ação adotada para a promoção da amamentação, seja imprescindível a conscientização da importância do aleitamento materno e que, para essa conscientização, seja importante o conhecimento das mães e dos pais sobre o assunto. Provavelmente, um maior conhecimento das mães e dos pais sobre aleitamento materno também auxilie no manejo de situações que possam levar à interrupção precoce da amamentação. Crenças e tabus sobre aleitamento materno talvez possam ser desfeitos por meio de uma correta orientação sobre o assunto, tornando a mãe mais informada e segura em relação à alimentação de seu filho e o pai mais preparado para apoiar e influenciar a mãe.

É possível que a orientação sobre aleitamento materno melhore também as atitudes dos pais com relação à amamentação, desfaça alguns tabus sobre o tema e aumente os conhecimentos, principalmente, das vantagens da lactação. Talvez o pai sinta-se mais

preparado para apoiar a mãe e, dessa forma, influencie positivamente na duração da amamentação. Mas, apesar do crescente valor dado à figura paterna no processo do aleitamento materno, na maioria das vezes ele não é incluído nas estratégias de promoção de amamentação. São raras as intervenções em que o pai tem participação, e nenhuma avaliou o impacto de sua participação.

Acredita-se também que as avós exerçam influência sobre suas filhas e noras em relação à alimentação e aos cuidados com a criança. Sendo figuras muito presentes na cultura brasileira, as avós podem interferir positiva ou negativamente na decisão da mãe em amamentar, bem como na duração do aleitamento materno. Por isso, conhecer mais sobre a influência das avós na prática da amamentação e incluí-las em programas de promoção de aleitamento materno permitirá que elas passem a exercer uma influência positiva para a amamentação.

Assim, tendo em mente a importância do aleitamento materno, a necessidade de sua promoção, a importância dos pais e das avós no processo, a falta de estudos que avaliem o impacto da inclusão dos pais em intervenções de promoção do aleitamento materno, considera-se bastante oportuna e necessária a realização do presente estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Avaliar o impacto da inclusão do pai em um programa educativo de promoção do aleitamento materno nas freqüências de amamentação nos primeiros seis meses de vida da criança.

3.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO

Estudar a influência de aspectos relacionados às avós maternas e paternas nas freqüências de amamentação nos primeiros seis meses de vida da criança.

4 HIPÓTESES

1. A inclusão dos pais (figura paterna) em programa educativo para promoção do aleitamento materno aumenta as freqüências de amamentação.

2. As avós podem exercer influência negativa nas freqüências do aleitamento materno.

5 POPULAÇÃO E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo constitui um ensaio clínico controlado, envolvendo três grupos distintos: grupo experimental 1 (somente as mães receberam a intervenção), grupo experimental 2 (as mães e os pais receberam a intervenção) e grupo controle (as mães e os pais não receberam a intervenção).

5.2 POPULAÇÃO-ALVO

Tríades pais/mães/bebês usuários da maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

5.3 AMOSTRA

5.3.1 Seleção

Diariamente, nos dias úteis, entre julho de 1994 e março de 1995, todas as tríades da população-alvo elegíveis foram alocadas sistematicamente para este estudo. Em caso de não comparecimento do pai ao hospital ou de recusa em participar do projeto, foram coletados dados de identificação do casal, para posterior análise e comparação com a população estudada.

5.3.2 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes:

- recém-nascido normal;
- peso de nascimento igual ou maior que 2500gr;
- recém-nascido em alojamento conjunto;
- recém-nascido em aleitamento materno;
- mãe e pai co-habitarem; e
- família morar no município de Porto Alegre.

5.3.3 Critérios de exclusão

Nas seguintes situações, as tríades eram excluídas do estudo:

- separação dos pais ao longo do acompanhamento; e
- óbito da criança.

5.3.4 Cálculo do tamanho da amostra

Assumindo uma prevalência de aleitamento materno aos seis meses de 50% (ISSLER *et al*., 1990) e estimando um aumento de, no mínimo, 15% nessa prevalência para os grupos que receberam a orientação sobre aleitamento materno, o número de crianças para cada grupo foi estimado em 133, usando um poder de 80% e um valor de p igual a 0,05 (HULLEY; CUMMINGS, 1988). Prevendo prováveis perdas e a realização de análise multivariada, ao número inicial de 133 crianças foi acrescentado um percentual aproximado de 50%.

5.3.5 Alocação para os grupos

Foram identificadas 654 tríades elegíveis para o estudo, mas 53 (8,1%) não puderam ser incluídas pelos seguintes motivos: mãe e/ou pai se recusou a participar – 7, e pai não foi acessível para a entrevista e/ou intervenção – 46.

Para verificar a presença de viés de seleção, foram comparadas as características dessas tríades com as das tríades incluídas no estudo, não havendo diferença estatisticamente significativa com relação ao tipo de parto, gênero do bebê, renda familiar mensal, renda *per capita*, estado civil do casal, idade, escolaridade e cor da mãe e do pai, realização de acompanhamento pré-natal e experiência da mãe com amamentação de filhos anteriores.

Os 601 recém-nascidos incluídos no estudo foram alocados de maneira sistemática para os grupos até alcançar o tamanho amostral calculado. Assim, as primeiras 208 tríades formaram o grupo controle, as 197 seguintes, o grupo experimental 1 e as 196 restantes, o

grupo experimental 2. Optou-se por essa sistemática de alocação para os grupos para evitar troca de informações entre as mães no Alojamento Conjunto.

5.4 ESTUDO PILOTO

No mês de junho de 1994, foi realizado o estudo piloto com 5% da amostra estimada. Assim, 30 casais foram entrevistados na Maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com o objetivo de treinar os coordenadores de campo na identificação das tríades elegíveis para o estudo, obedecendo os critérios de inclusão, testar a entrevista em que foi aplicado o questionário inicial e testar a aplicação da intervenção. Nesse período, houve também o treinamento do restante da equipe de execução do projeto.

5.5 COLETA DOS DADOS

Em julho de 1994, iniciou-se a coleta dos dados, que foi realizada em duas etapas: na maternidade e no domicílio. Todas as mães e pais e seus respectivos recém-nascidos, independentemente do grupo a que pertencessem, receberam o tratamento de rotina dispensado aos usuários da Maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, incluindo eventuais orientações sobre aleitamento materno, que variavam de acordo com cada situação. A coleta de dados está descrita a seguir.

5.5.1 *Na maternidade*

No segundo dia após o parto, independentemente do grupo ao qual pertencessem, os pais e as mães responderam, separadamente, ao Questionário Inicial (apêndice A), visando à obtenção das seguintes informações: identificação, estado civil, idade, cor da pele, escolaridade, profissão, número de filhos, renda *per capita*, tempo de amamentação de filhos anteriores quando presentes, atendimento pré-natal, orientação ou não da mãe e do pai sobre aleitamento materno durante o atendimento pré-natal, participação da mãe e do pai em algum curso pré-natal, presença de fatores de risco para desmame precoce e conhecimento da mãe e do pai sobre aleitamento materno (pré-teste). Para os grupos experimentais 1 e 2, foi aplicada a intervenção após o preenchimento do Questionário Inicial.

5.5.2 No domicílio

As famílias dos três grupos foram visitadas em seus domicílios no final do primeiro, segundo, quarto e sexto mês de vida da criança, ou até a interrupção da amamentação se esta ocorresse antes dos seis meses, sendo os dados coletados por meio de questionários padronizados para cada visita. Na visita do final do primeiro mês, as mães e os pais, independentemente do grupo a que pertencessem, responderam ao Questionário de Seguimento 1 (apêndice B), que continha as mesmas perguntas que avaliavam os conhecimentos sobre aleitamento materno (pós-teste) e questões referentes à alimentação da criança e à participação do pai. Além disso, as mães foram questionadas quanto a alguns aspectos relacionados com as avós.

O conhecimento das mães e dos pais sobre aleitamento materno foi avaliado no pré e no pós-teste utilizando-se um sistema de escore elaborado a partir de 13 perguntas, escore que poderia variar de zero a 26 pontos de acordo com o número de respostas corretas. A análise desses resultados e a relação com a prevalência de amamentação nos primeiros seis meses foi objeto da dissertação de mestrado da autora e tema de duas publicações (SUSIN *et al.*, 1998; SUSIN *et al.*, 1999).

Nas visitas do segundo, quarto e sexto mês de vida das crianças, somente as mães foram entrevistadas (apêndice C, D e E). Nessas visitas, elas informaram o tipo de alimentação oferecida à criança, se estavam recebendo apoio/ajuda de alguém, se o marido/companheiro estava apoiando a amamentação, se ela estava trabalhando fora de casa e qual o motivo da introdução de outros alimentos (se tivesse ocorrido).

Ao longo do seguimento das tríades, houve 38 perdas (6,3%) e 16 exclusões (2,7%), cujos motivos estão listados na Tabela 1. Foi considerada perda o caso em que, após três tentativas (no mínimo), não houve sucesso em realizar a visita domiciliar. Todas as perdas foram confirmadas por uma das coordenadoras de campo do estudo.

Tabela 1: Motivos das perdas e exclusões

	Grupo			
MOTIVOS	**Controle**	**Experimental 1**	**Experimental 2**	**Total**
PERDAS				
Mudança de endereço na cidade	5	4	8	17
Mudança de cidade	1			1
Viagem sem data de retorno	5	1		6
Recusa da mãe e/ou do pai	1	3		4
Mãe e/ou pai não acessíveis	2	4	4	10
EXCLUSÕES				
Separação dos pais	7	5	3	15
Falecimento da criança			1	1
TOTAL	21	17	16	54

5.6 INTERVENÇÃO

A intervenção consistiu de um programa educativo sobre aleitamento materno aplicado no alojamento conjunto para as mães do grupo experimental 1 e para as mães e os pais do grupo experimental 2. A orientação foi fornecida por meio de um vídeo, com duração de 18 minutos, contendo informações básicas sobre aleitamento materno (roteiro encontra-se no apêndice F), discussão do assunto com os pais após o vídeo e distribuição de um folheto (apêndice G). Tanto o vídeo quanto o folheto, especialmente elaborados para este trabalho, abordavam os mesmos tópicos sobre aleitamento, mais resumidamente no folheto. A locução do vídeo foi realizada por um funcionário da Central de Produções da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e as imagens apresentadas foram realizadas em locais como Alojamento Conjunto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e nas casas de crianças que estavam sendo amamentadas (não participantes do estudo). Algumas ilustrações foram utilizadas e, assim como as demais imagens, estavam sempre relacionadas ao que estava sendo lido pelo locutor.

5.7 VARIÁVEIS INCLUÍDAS NO ESTUDO

Considerando os objetivos do estudo e tendo como base a literatura disponível, foram pesquisadas as variáveis abaixo relacionadas, com as categorias utilizadas na análise estatística.

5.7.1 Relacionadas às mães, pais e bebês

- **Amamentação:** foram utilizadas as seguintes categorias, adotadas pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991):

  - aleitamento materno exclusivo: situação na qual a criança recebe somente leite materno, sem nenhuma suplementação sólida ou líquida, exceto gotas de xarope, de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos. Informação verbal fornecida pela mãe.

  - aleitamento materno: situação na qual a criança recebe leite materno diariamente, independentemente de receber ou não outros alimentos. Informação verbal fornecida pela mãe.

- **Grupo:** os três grupos foram categorizados como se segue:

  - controle: as mães e os pais não receberam a intervenção.

  - experimental 1: somente as mães receberam a intervenção.

  - experimental 2: as mães e os pais receberam a intervenção.

- **Idade materna e paterna:** (≤ 20 anos; > 20 anos) – em anos completos no dia da entrevista. Informação verbal fornecida pela mãe e pelo pai.

- **Cor da mãe e do pai:** (branca; não-branca) – características materna e paterna observadas pelo entrevistador.

- **Escolaridade materna e paterna:** (≤ 8 anos; > 8 anos) – número em anos completos na escola, com aprovação. Informação verbal fornecida pela mãe e pelo pai.

- **Renda *per capita:*** (≤ 0,5 salários-mínimos; 0,6-1,9 salários-mínimos; ≥ 2,0 salários-mínimos) – renda familiar mensal dividida pelo número de membros da família. Informação verbal fornecida pela mãe e/ou pai.

- **Estado civil dos pais:** (solteiro; casado) – informação verbal fornecida pela mãe ou pai.

- **Sexo do recém-nascido:** (masculino; feminino) – informação obtida do prontuário.

- **Assistência pré-natal:** (nenhuma consulta; 1-4 consultas; ≥ 5 consultas) – número de consultas realizadas pela mãe durante a gravidez. Informação verbal fornecida pela mãe.

- **Tipo de parto:** (vaginal; cesareana) – informação obtida do prontuário.

- **Número de filhos que a mãe já tem:** (nenhum filho anterior; 1-3 filhos; > 3 filhos) – número de filhos nascidos vivos, excluindo a criança do estudo. Informação verbal fornecida pela mãe.

- **Tempo de amamentação de filhos anteriores:** (≤ 3 meses; > 3 meses; primíparas) – tempo médio, em meses, que a mãe amamentou filhos anteriores. Informação verbal fornecida pela mãe.

- **Orientação da mãe e do pai sobre aleitamento materno no acompanhamento pré-natal:** (sim; não) – informação verbal fornecida pela mãe e pelo pai.

- **Participação da mãe e do pai em curso pré-natal:** (sim; não) – informação verbal fornecida pela mãe e pelo pai.

- **Se a mãe gostaria que o pai ajudasse durante o tempo em que ela estiver amamentando:** (não; sim, mas não sabe explicar como; sim, a mãe citou uma ou mais formas

de ajuda).

- **Se o pai gostaria de ajudar a sua esposa durante o tempo em que ela estiver amamentando:** (não; sim, mas não sabe explicar como; sim, o pai citou uma ou mais formas de ajuda).

5.7.2 Relacionadas com as avós maternas e paternas

- **Avós vivas:** (sim; não)

- **Freqüência do contato com as avós:** (mora junto/diário; pelo menos uma vez por semana; quinzenal/mensal; menos que uma vez por mês/nenhum contato)

- **Avó acha bom que a mãe amamente:** (sim; não; não sabe)

- **Opinião das mães quanto à influência das avós na amamentação:** (não influencia; influencia; talvez/não sabe)

- **Participação das avós na amamentação:** (ajuda; indiferente; atrapalha)

- **Avó aconselhou água e/ou chá:** (sim; não)

- **Avó aconselhou outro tipo de leite:** (sim; não)

- **Avó ofereceu por conta própria água e/ou chá:** (sim; não).

- **Avó ofereceu por conta própria outro tipo de leite:** (sim; não).

Todas as informações sobre essas variáveis foram fornecidas pela mãe.

5.8 CONTROLE DE QUALIDADE

Para checar a veracidade das informações colhidas pelos entrevistadores durante o acompanhamento domiciliar, uma subamostra aleatória foi revisitada (5% do total das visitas domiciliares).

5.9 EQUIPE DE TRABALHO

A equipe de trabalho foi composta pela orientadora, três coordenadoras de campo (pediatras, incluindo a autora deste trabalho) e 18 acadêmicos (bolsistas de iniciação científica ou voluntários do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). A equipe realizou um minucioso treinamento teórico e prático, visando à padronização da coleta dos dados. Durante a execução do projeto, houve reuniões semanais para controle da coleta dos dados e discussão de eventuais dificuldades.

A orientadora coordenou a equipe de trabalho, dando assistência continuada aos coordenadores de campo e orientando quanto ao manejo das situações que surgissem no decorrer do estudo.

As coordenadoras de campo, por sua vez, executaram o trabalho na maternidade, identificando as tríades elegíveis para o estudo, realizando as entrevistas na maternidade e aplicando a intervenção para os grupos experimentais, além de supervisionarem as visitas domiciliares e realizarem o controle de qualidade deste estudo.

Os acadêmicos, por fim, realizaram as entrevistas domiciliares.

5.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De acordo com as Normas de Pesquisa em Saúde (Portaria n. 01/88 do Congresso Nacional de Saúde), este foi considerado um estudo com risco mínimo para os participantes. Todos os candidatos a participarem do estudo foram informados a respeito do mesmo, e somente participaram aqueles que deram consentimento por escrito (apêndice H). Foi enfatizado o caráter confidencial das informações e todos os participantes foram informados de que não necessitavam responder todas as questões, se assim o desejassem.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Processo n. 046/94).

5.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram armazenados em computador, utilizando-se o programa D-Base III (DBASE III PLUS, 1986). Para as análises estatísticas, foram utilizados os programas Epi-Info 6.0 (DEAN *et al*., 2001) e SPSS for WINDOWS 11.0 (NORUSIS, 2001). O valor de p para rejeição da hipótese de nulidade adotado foi de 0,05.

5.11.1 Análise Estatística para o Estudo do Impacto da Inclusão do Pai em Intervenção de Promoção do Aleitamento Materno

Primeiramente, foram calculadas as freqüências das variáveis envolvidas no estudo.

Em seguida, compararam-se, por intermédio do teste do qui-quadrado, as características da amostra elegível mas não incluída no estudo e da amostra estudada (idade materna e paterna; cor da mãe e do pai; escolaridade materna e paterna; renda *per capita*; estado civil dos pais; sexo do recém-nascido; assistência pré-natal; tipo de parto; tempo de amamentação de filhos anteriores, orientação das mães e dos pais sobre aleitamento materno no seguimento pré-natal, participação da mãe e do pai em curso pré-natal e número de filhos que a mãe já tinha.). Essa análise foi realizada para identificar possíveis vícios de seleção.

As características dos três grupos foram comparadas através de análise bivariada (qui-quadrado). Como houve diferenças entre os grupos, realizou-se uma análise multivariada, usando Regressão de Cox, para controlar possíveis interferências na estimativa da razão de prevalência, sendo incluídas no modelo as seguintes variáveis, que mostraram freqüências diferentes nos grupos, tendo como nível de significância $p < 0,20$: cor do pai (branca; não-branca), tempo médio de amamentação de filhos anteriores (primíparas; ≤ 3 meses, > 3 meses) e participação da mãe em curso pré-natal (não;sim). Essas variáveis foram incluídas no modelo de Regressão de Cox para medir o efeito de possíveis variáveis de confusão na associação entre exposição e desfecho estudados, ou seja, para controlar possíveis interferências dessas variáveis no impacto da inclusão dos pais na intervenção de promoção do aleitamento materno. A cor da mãe, apesar de mostrar diferenças entre os grupos, não foi incluída no modelo por apresentar colinearidade (correlação de Pearson = 0,66) com a cor do pai.

As freqüências de aleitamento materno entre os três grupos foram comparadas por meio de análise de sobrevivência do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno nos primeiros seis meses (Método de Kaplan-Meier), elaborando-se as curvas de sobrevida.

Para identificar entre que grupos houve diferença estatisticamente significativa, foi utilizado Regressão de Cox, calculando a razão de densidade de incidência *(hazard ratio).*

Também foram elaboradas curvas de sobrevida para comparar as freqüências de aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno entre os dois grupos de intervenção, levando em consideração a escolaridade do pai (até 8 anos; mais que 8 anos de estudo).

5.11.2 Análise Estatística para o Estudo da Influência da Participação das Avós na Prática do Aleitamento Materno

Foram calculadas as freqüências das variáveis estudadas (características maternas: idade, escolaridade, cor da pele, renda *per capita,* número de filhos que a mãe já tem; características das avós: número de avós maternas e paternas vivas, freqüência do contato com as avós, se a avó acha bom a mãe amamentar, opinião das mães quanto à influência das avós, participação das avós na amamentação, se avó aconselhou e/ou ofereceu por conta própria água/chá/outro tipo de leite).

Por meio de análises bivariadas (teste do qui-quadrado) e cálculo das razões de chance com os seus respectivos intervalos de confiança, foram investigadas associações entre variáveis relacionadas às avós maternas e paternas e a ocorrência de interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês e de aleitamento materno nos primeiros seis meses. As variáveis selecionadas relacionadas às avós foram as seguintes: freqüência do contato com a avó, se avó acha bom que a mãe amamente, opinião das mães quanto à influência das avós, participação das avós na amamentação, se avó aconselhou água e/ou chá e se a avó aconselhou outro tipo de leite.

Posteriormente, foi realizada análise multivariada (Regressão Logística), para verificar a influência de algumas variáveis maternas (idade, escolaridade, cor da pele, renda *per capita* e número de filhos anteriores) que se mostraram relacionadas à duração do aleitamento materno, em estudo realizado com a mesma população, nas associações entre prática da amamentação e variáveis relacionadas com as avós (KUMMER *et al*., 2000). Como parte da amostra foi submetida a uma intervenção de promoção da amamentação na maternidade, o grupo ao qual pertencia a mãe foi adicionado ao modelo utilizado na regressão logística, sendo calculado as razões de chances ajustadas.

Para calcular o efeito modificador de algumas variáveis selecionadas na associação entre freqüência do contato com as avós e interrupção do aleitamento materno, calcularam-se as razões de chance ajustadas em sub-grupos segundo idade e escolaridade maternas, cor da pele, ordem de nascimento da criança, renda *per capita* da família e intervenção na maternidade. Para comparar essas razões de chances, utilizou-se o teste de interação em modelo de regressão logística múltipla.

6 REFERÊNCIAS

Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. Rev Panam Salud Publica 2003;14:17-24.

Almroth S, Mohale M, Latham MC. Unnecessary water supplementation for babies: grandmothers blame clinics. Acta Paediatr 2000;89:1408-13.

American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997;100:1035-9.

American Academy of Pediatrics. Nutrition Committee of the Canadian Paediatric Society and the Commettee on Nutrition of the American Academy of Pediatrics. Breast-feeding. Pediatrics 1978;62:591-601.

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

Andrade IGM, Taddei JAAC. Determinantes socioeconômicos culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. Rev Paul Pediatria 2002;20:8-18.

Arora S, Mcjunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. Pediatrics 2000;106:E67.

Baranowski T, Bee DE, Rassin DK, Richardson CJ, Brown JP, Guenther N, et al. Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision. Soc Sci Med 1983;17:1599-611.

Barros FC, Victora CG. Breastfeeding and diarrhea in Brazilian children. Demographic and Health Surveys Further Analysis Series 1990 March;3.

Bar-Yam NB, Darby L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. J Hum Lact 1997;13:45-50.

Bentley ME, Caufield LE, Gross SM, Bronner Y, Jensen J, Kessler L, et al. Sources of influence on intention to breastfeed among African-American women at entry to WIC. J Hum Lact 1999;15:27-34.

Bevan ML, Mosley D, Solimano GR. Factors influencing breast feeding in an urban WIC program. J Am Diet Assoc 1984;84:563-7.

Black RF, Blair JP, Jones VN, Durant RH. Infant feeding decisions among pregnant women from a WIC population in Georgia. J Am Diet Assoc 1990;90:255-9.

Bryant CA. The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices. Soc Sci Med 1982;16:1757-65.

Byers T, Graham S, Rzepka T, Marshall J. Lactation and breast cancer: evidence for a negative association in premenopausa women. Am J Epidemiol 1985;121:664-74.

Chateau P, Homberg H, Jakobson K, Winberg J. A study of factors promoting and inhibiting

lactation. Develop Med Child Neurol 1977;19:575-84.

Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Breast-feeding and health in the 1980's: a global epidemiologic review. J Pediatr 1991;118:659-66.

Dbase III plus, version 1.0. IBM/MSDOS, 1986.

Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epi Info, Version 6.0: A word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Center for Disease Control; 2001.

Dewey KG. Is breastfeeding protective against child obesity? J Hum Lact 2003;19:9-18.

Dewey KG. Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant. Pediatr Clin North Am 2001;48:87-104.

Dietz WH. Breastfeeding may help prevent childhood overweight. JAMA 2001;285:2506-7.

Family Health International. Breast-feeding as a family planning method. Lancet 1988;2:1204-5.

Feachem RG, Koblisnki MA. Interventions for the control of diarrhoea diseases among young children: promotion of breast-feeding. Bull WHO 1984;62:271-91.

Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less developed countries. Pediatrics 1984;74: 667-94.

Freed G, Fraley JK, Schanler RJ. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. Pediatrics 1992;90:224-6.

Freed GL, Jones TM, Schanler RJ. Prenatal determination of demographic and attitudinal

factors regarding feeding practice in an indigent population. Am J Perinat 1992;9:420-4.

Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. J Pediatr (Rio J) 1994;70:138-51.

Giugliani ERJ, Bronner Y, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Are fathers prepared to encourage their partners to breastfeed? A study about father's knowledge of breastfeeding. Acta Paediatr 1994;83:1127-31.

Giugliani ERJ, Caiaffa LWT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Effect of breastfeeding support from different sources on mother's decisions to breastfeed. J Hum Lact 1994;10:157-61.

Giugliani ERJ. Increasing rates of exclusive breastfeeding: technical consultation on infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2000.

Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. Acta Paediatr 1992;81:484-7.

Giugliani ERJ. O aleitamento na prática clínica. J Pediatr (Rio J) 2000;76 Suppl 3:238-52.

Gray RH, Campbell OM, Apelo R, Eslami SS, Zacur H, Ramos RM, et al. Risk of ovulation during lactation. Lancet 1990;335:25-9.

Guise J-M, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. Ann Fam Med 2003;1:70-8.

Gwinn, ML, Lee NC, Rhodes PH, Layde PM, Rubin GL. Pregnancy, breast feeding, and oral contraceptives and the risk of epithelial ovarian cancer. J Clin Epidemiol 1990;43:559-68.

Hulley SB, Cummings SR. Designing clinical research. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988,

p.216-7.

Humphreys AS, Thompson NJ, Miner KR. Intention to Breastfeed in Low-Income Pregnant Women: The Role of Social Support and Previous Experience. Birth 1998;25:169-74.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Metodologia do Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF 75. Rio de Janeiro: Fundação IBGE; 1983.

Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: INAN; 1989.

Issler H, Leone C, Quintal VS. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de São Paulo, Brasil. Bol Of Sanit Panam 1989;106:513-22.

Issler RMS, Giugliani ERJ, Seffrin CF, Justo EB, Carvalho NM, Hartmann RM. Hábitos alimentares no primeiro ano de vida: estudo de uma coorte de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Revista HCPA 1990;10:141-5.

Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Panorama geral:. el valor incomparable de la leche materna. Washington, D.C; 1972: p.56-68

Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? Lancet 2003;362:65-71.

Jordan PL. Breastfeeding as a risk factor for fathers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1984;15:94-7.

Jordan PL, Wall VR. Breastfeeding and fathers: illuminating the darker side. Birth 1990;17:210-3.

Jordan PL, Wall R. Supporting the father when an infant is breastfed. J Hum Lact 1993;9:31-4.

Kessler LA, Giele AC, Diener-West M, Paige DM. The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision. J Hum Lact 1995;11:103-9.

Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. (cochrane review). The cochrane library. Oxford: Update Software; 2002.

Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. Rev Saúde Pública 2000;34:143-8.

Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. Pediatr Clin North Am 2001;48:143-58.

Libbus MK, Kolostov LS. Perceptions of breastfeeding and infant feeding choice in a group of low-income mid-Missouri women. J Hum Lact 1994;10:17-23.

Littman H, Medendorp SV, Goldfarb J. The decision to breastfeed: the importance of father's approval. Clin Pediatr 1994;33:214-9.

Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. Lancet 1992; 339:261-4.

Macaulay AC, Hanusaik N, Beauvais JE. Breastfeeding in the mohawk community of Kahnawake: revisited and redefined. Can J of Public Health 1989;80:177-81.

Marild S, Jodal ULF, Mangelus L. Medical histories of children with acute pyelonephrits compared with controls. Ped Inf Dis J 1989;8:511-5.

Matich JR, Sims LS. A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. Soc Sci Med 1992;34:919-27.

Mclorg PA, Bryant CA. Influence of social network members and health care professionals on

infant feeding practices of economically disadvantaged mothers. Med Anthrop 1989;10:265-78.

Michels KB, Willett WC, Rosner BA, Manson JE, Hunter DJ, Colditz GA, et al. Prospective assessment of breastfeeding and breast cancer incidence among 89.887 women. Lancet 1996;347:431-6.

Ministério da Saúde. Brasil reduz taxa de mortalidade infantil. Disponível em: http://www.saude.gov.br. Acessado em: 15 de agosto de 2003.

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders AS, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. JAMA 2002;287:2365-71.

Norusis MJ. SPSS for Windows: advanced statistics. Release 11.0. Chicago, IL: SPSS; 2001.

O'Donnell A, Torún B, Caballero B, Pantín EL, Bengoa JM. La alimentacion del niño menor de 6 años en America Latina: bases para el desarrollo de guias de alimentacion. Informe de la reunion celebrada en la Isla Margarita de 15 a 20 de Marzo de 1993. Venezuela, 1994.

Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AT. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. J Hum Lact 2001;17:326-43.

Orlandi O. Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar; 1985.

Pérez-Escamilla R. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success story? Cad Saúde Pública 2003;19:119-27.

Pérez A, Valdés V. Santiago breastfeeding promotion program: preliminary results of an intervention study. Am J Obstet Gynecol 1991;165:2039-44.

Pérez-Escamilla R, Pollitt E, Lönnerdal B. Dewey KG. Infant feeding policies in maternity Wwrds and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. Am J of Public Health 1994; 84:89-97.

Pisacane A, Graziano L, Mazzarella G, Scarpellino B, Zona G. Breast-feeding and urinary tract infection. J Pediatr 1992;120:87-9.

Prentice A, Paul AA. Contribuition of breast-milk to nutrition during prolonged breast-feeding. In: Atkinson SA, Hanson L, Chandra R, eds. Human lactation 4: breast-feeding nutrition, infection and infant growth in developed and emerging countries. St. John's: ARTS Biomedical; 1990. p.87-102.

Rea MF. Reflexões sobre amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad Saúde Públ 2003;19 (Suppl 1):37-45.

Saarinen UM. Prolonged breast-feeding as prophylaxis for recurrent otitis media. Acta Paediatr Scand 1982;71:567-71.

Sanghvi TG. Melhora da eficácia em função dos custos da promoção do aleitamento materno em maternidades. Resumo do Estudo USAID/LAC HNS na América Latina; 1995.

Sayers G, Thornton L, Corcoran R, Burke M. Influences on breast feeding initiation and duration. Ir J Med Sc 1995;164:281-4.

Schneider AP. Risk factor for ovarian cancer (letter). N Eng J Med 1987;317:508-9.

Sciacca JP, Phipps BL, Dube DA, Ratliff MI. Influences on breast-feeding by lower-income women: an incentive-based, partner-supported educational program. J Am Diet Assoc 1995;95:323-8.

Scott JA, Binns CW. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. Breastfeeding Review 1999; 7:5-16.

Scott JA, Aitkin I, Binns CW, Aroni RA. Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth, Australia. Acta Paediatr 1999;88:416-21.

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Amamentação e situação nutricional das mães e crianças. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. p.125-38.

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

Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC, Maciel M, Simon C, Silveira L. Does parental breastfeedin knowledge increase breastfeeding rates? Birth 1999;26:149-56.

Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective cohort study. J Infect Dis 1989;160:83-94.

Uauy R, Peirano P. Breast is best: human milk is the optimal food for brain development. Am J Clin Nutr 1999;70:433-4.

Unicef. The state of the world's children. Oxford: Oxford University Press; 1987.

Valdecañas OC, Vicente LM, Valera J. Beliefs, attitudes and practice of breast feeding among some urban parturient mothers. Philippine J Nutr 1981;34:28-36.

Victora CG, Kirkwood BR, Ashworth A, Black RE, Rogers S, Sazawal S, et al. Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: improving nutrition. Am J Clin Nutr 1999;70:309-20.

Victora CG, Morris SS, Barros FC, De Onis M, Yip R. The NCHS reference and the growth of breast and bottle-fed infants. J Nutr 1998;128:1134-8.

Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant from infectious diseases in Brazil. Lancet 1987;2:319-22.

Voss S, Finnis L, Manners J. Fathers and breast feeding: a pilot observational study. J Roy Soc Health 1993;13:176-8.

Waletzky LR. Husband's problems with breast-feeding. Amer J Orthopsychiat 1979;49:349-52.

World Health Organization. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. World Health Organization Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Lancet 2000;355:451-5.

World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization; 1991. WHO/CDD/SER/91.14.

World Health Organization. Nutrition and infant feeding. Disponível em:

http.//www.who.int/child-adol-health/nutrition/infant_exclusive.htm. Acessado em:9/12/2003.

World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series n° 854. Geneva: World Health Organization; 1995.

7 ARTIGO 1 – Versão em português: Impacto da inclusão do pai em intervenção de promoção do aleitamento materno

Autores

Lulie R. O. Susin - Prof. do Departamento de Patologia da Fundação Universidade do Rio Grande. Mestre em Medicina: Pediatria. susin@mikrus.com.br

Elsa R. J. Giugliani - Prof. do Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Medicina: Pediatria. elsag@vortex.ufrgs.br

Endereço para correspondência e contatos pré-publicação

Nome: **Lulie Rosane Odeh Susin**

Endereço: Rua José de Carvalho Estima, 79. Bairro Jardim do Sol.

Rio Grande/RS - Brasil. CEP 96216-070

e-mail: susin@mikrus.com.br

Fone: (53) 235 13 22

RESUMO

Objetivo: Buscou-se avaliar o impacto da inclusão do pai em uma intervenção educativa na prevenção de interrupção precoce da amamentação de seus filhos.

Métodos: Ensaio clínico controlado realizado com 601 casais e seus respectivos recém-nascidos em Porto Alegre, Brasil, sendo os 208 primeiros alocados para o grupo controle, os 197 seguintes para o grupo em que apenas a mãe recebeu a intervenção e os 196 restantes, para o grupo que incluiu o pai na intervenção. Os dados foram coletados por meio de questionários aplicados às mães e aos pais, na maternidade e nos domicílios, quando as crianças completaram 1, 2, 4 e 6 meses de vida. A intervenção, realizada na maternidade, consistia de um vídeo com orientações sobre aleitamento materno, de discussão livre e distribuição de um folheto. O impacto da intervenção foi medido comparando-se curvas de sobrevida do aleitamento materno dos três grupos. Foi avaliado também o impacto levando em consideração a escolaridade do pai. Análise multivariada foi utilizada para controlar possíveis interferências das diferenças encontradas nos grupos na estimativa das razões de prevalência.

Resultados: A inclusão dos pais na estratégia ocasionou um acréscimo nas freqüências de amamentação exclusiva, embora não significativa. Por outro lado, com a inclusão do pai, houve uma redução das freqüências de amamentação, mais pronunciada a partir do quarto mês. Esses resultados independem das diferenças encontradas nos três grupos estudados. O impacto negativo nas freqüências de aleitamento materno com a inclusão do pai na intervenção só ocorreu com o grupo de menor escolaridade.

Conclusões: A inclusão do pai em estratégia de promoção de aleitamento materno pode não ter os resultados esperados. Parece que não basta estimulá-los a participar e a apoiar no processo de amamentação. Sendo o aleitamento materno um processo complexo e fortemente influenciado pela cultura, é razoável afirmar que as estratégias devem considerar aspectos culturais e comportamentais para aumentar a chance de sucesso.

Descritores: amamentação, taxas de amamentação, promoção da amamentação, programa educativo, pai.

INTRODUÇÃO

Apesar de amplamente recomendado, o aleitamento materno no Brasil é pouco praticado de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e complementada até o final do segundo ano de vida ou mais[1]. O último inquérito nacional realizado em 1999 nas capitais brasileiras mostrou uma duração mediana de aleitamento materno de 10 meses e de amamentação exclusiva de apenas 23 dias.[2]

Por ser um processo híbrido natureza-cultura, o aleitamento materno sofre influência de inúmeros fatores. Entre eles, tem sido destacada a importância do apoio do pai à amamentação[3,4,5], tanto na decisão da mulher de amamentar como na manutenção e prolongamento dessa prática[6,7]. Os achados de uma revisão da literatura, incluindo artigos que utilizaram análise multivariada para identificar fatores relacionados à incidência e à duração da amamentação entre mulheres ocidentais, sugerem que o pai tem um importante papel na decisão da mãe em amamentar ou não o seu filho, embora na duração da amamentação o mesmo não tenha sido observado[8]. Outra revisão evidenciou a influência positiva dos pais na opção da mulher de amamentar e a importância da sua presença na primeira mamada e do seu apoio na duração da amamentação. Por outro lado, a figura paterna se mostrou um fator facilitador para a introdução da mamadeira[9].

Apesar do valor que se tem atribuído à figura do pai para uma amamentação bem-sucedida, na maioria das vezes ele não é incluído nas estratégias de promoção do aleitamento materno. Analisando diversas revisões da literatura[10-13], observa-se que são raras as intervenções em que o pai tem participação relevante; além disso, nenhuma das revisões identificou estudo que tenha avaliado o impacto da participação do pai em programas de promoção do aleitamento materno. Este estudo, com o intuito de contribuir para preencher

essa lacuna do conhecimento, avaliou o impacto da inclusão do pai em uma intervenção educativa na interrupção precoce da amamentação.

MÉTODOS

Foi realizado um ensaio clínico envolvendo 601 tríades mãe/pai/recém-nascido, selecionadas na Maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS/Brasil, um hospital universitário que atende uma demanda de aproximadamente 4.000 partos por ano, prevalecendo o atendimento a pessoas de baixa renda.

Foram incluídas no estudo todas as tríades com as seguintes características: casais que co-habitavam, residentes no município de Porto Alegre; crianças normais com peso de nascimento igual ou maior que 2.500 g que iniciaram a amamentação durante o período do estudo. Foram necessários nove meses para recrutar os participantes do estudo.

O cálculo do tamanho da amostra estimou um mínimo de 133 tríades por grupo, considerando-se: $\alpha = 0,05$; $\beta = 80\%$; prevalência de aleitamento materno aos seis meses para o grupo controle = 50%[14]; diferença mínima na prevalência entre grupo controle e grupos experimentais = 15%; razão entre os grupos: 1/ 1/ 1. Foi acrescentado um percentual aproximado de 50%, por grupo, para cobrir eventuais perdas e realizar análises multivariadas. Assim, os primeiros 208 casais e seus respectivos recém-nascidos selecionados para o estudo foram alocados para o grupo controle (não receberam a intervenção). Os 197 seguintes constituíram o grupo experimental 1 (somente a mãe recebeu a intervenção) e os 196 restantes, o grupo experimental 2 (mãe e pai receberam a intervenção). Os grupos foram alocados em blocos visando evitar troca de informações entre as mães na maternidade. Convém ressaltar que no período do estudo não foi alterada a rotina de atendimento do hospital às duplas mães/bebês.

As mães e os pais, após assinarem termo de consentimento informado, independentemente do grupo ao qual pertencessem, respondiam, separadamente, a um questionário padronizado na maternidade, que visava à obtenção de informações sociodemográficas, relacionadas ao parto e ao acompanhamento pré-natal e à experiência prévia com amamentação. Para os integrantes dos grupos experimentais 1 e 2, após a entrevista, era realizada a intervenção, que consistia de orientação sobre aleitamento materno fornecida por um vídeo com duração de 18 minutos, seguido de discussão livre e distribuição de um folheto explicativo. Tanto o vídeo como o folheto foram especialmente elaborados para este estudo.

As famílias dos três grupos foram visitadas ao final do primeiro, segundo, quarto e sexto mês de vida da criança, ou até a interrupção da amamentação se ela ocorresse antes dos seis meses. Nas visitas, as mães eram questionadas quanto ao tipo de alimentação que estava sendo oferecido à criança.

As categorias de amamentação utilizadas foram as recomendadas pela Organização Mundial de Saúde[15], sendo consideradas em aleitamento materno as crianças que recebiam leite materno diariamente, independentemente de receberem outros alimentos, e em aleitamento materno exclusivo as crianças que recebiam somente leite materno, sem nenhuma suplementação sólida ou líquida, incluindo água e chá.

Para as análises estatísticas, foram utilizados os programas Epi-Info 6.0[16] e SPSS for Windows 11.0[17]. Para comparar as freqüências de aleitamento materno nos três grupos, foram realizadas curvas de sobrevida (método de Kaplan-Meier). Para identificar entre que grupos houve diferença estatística, foi utilizado Regressão de Cox, calculando a razão de densidade de incidência (*hazard ratio*). Curvas de sobrevida foram feitas também para comparar as freqüências de aleitamento materno dos dois grupos de intervenção, levando em consideração

a escolaridade do pai (até 8 anos; mais que 8 anos de estudo). As características dos três grupos foram comparadas através de análise bivariada (qui-quadrado). Como houve diferenças entre os grupos, realizou-se uma análise multivariada, usando a Regressão de Cox, para controlar possíveis interferências na estimativa da razão de prevalência, sendo incluídas no modelo as seguintes variáveis, que mostraram freqüências diferentes nos grupos, tendo como nível de significância $p < 0,2$: cor do pai (branca; não-branca), tempo de amamentação de filhos anteriores (primíparas; ≤ 3 meses; > 3 meses) e participação da mãe em curso pré-natal (não; sim). A cor da mãe, apesar de mostrar diferenças entre os grupos, não foi incluída no modelo por apresentar colinearidade (correlação de Pearson = 0,66) com a cor do pai.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

RESULTADOS

Foram consideradas elegíveis para o estudo 654 tríades mãe/pai/recém-nascido. Desses, 53 não participaram do estudo: 7 (1,1%) por recusa da mãe e/ou do pai e 46 (7,0%) por não ter sido possível entrevistar o pai na maternidade, apesar dos esforços da equipe. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as características da amostra não incluída no estudo e da amostra estudada (n=601), tendo sido analisados tipo de parto, sexo do recém-nascido, renda *per capita*, estado civil dos pais, idades materna e paterna, escolaridades materna e paterna, cor da mãe e do pai, acompanhamento pré-natal e tempo de amamentação de filhos anteriores.

No período de acompanhamento, houve 38 perdas (6,3%) e 16 exclusões (2,7%). As perdas ocorreram pelos seguintes motivos: mudança de endereço - 18, mãe e/ou pai não acessível - 10, viajem da família sem data de retorno - 6 e recusa da mãe e/ou pai em

continuar no estudo - 4. As exclusões ocorreram por separação dos pais (15 tríades) e pelo óbito de uma criança. O número de perdas foi semelhante nos três grupos. Participaram do estudo até a sua conclusão 547 tríades (91,0%).

A tabela 1 apresenta as características da população estudada, por grupo. Os grupos foram semelhantes com relação às variáveis testadas ($p \geq 0,05$), com exceção da cor da mãe e do pai, com o grupo controle apresentando um número significativamente maior de mães e pais de cor branca quando comparado com os grupos experimentais 1 e 2.

Na entrevista realizada no hospital, a maioria das mães (93,3%) relatou que gostaria de receber ajuda do marido/companheiro enquanto estivesse amamentando, embora 21,3% não soubessem especificar o tipo de ajuda desejada. Entre os pais, a vontade de ajudar a mãe nesse período foi quase unânime (99,2%), mas, quando questionados de que maneira poderiam ajudar, 21,5% não souberam responder. A tabela 2 apresenta as formas de ajuda mais citadas pelas mães e pelos pais.

Quando questionados sobre o tempo em que a criança poderia ficar em amamentação exclusiva, sem precisar receber água e/ou chá ou outros alimentos, 21,2% dos pais (homens) do grupo controle, 19,3% do grupo de intervenção com as mães e 17,9% do grupo de intervenção com as mães e com os pais responderam até 4-6 meses de vida ($p=0,72$). Um mês após o nascimento, esses percentuais aumentaram para 33,5%, 39,7% e 62,2%, respectivamente ($p=0,00$).

A figura 1 apresenta as curvas de sobrevida do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida das crianças dos três grupos estudados.

Aos seis meses, as freqüências de aleitamento materno foram de 46,4% para o grupo controle e de 60,3% para o grupo em que apenas a mãe recebeu a intervenção. Houve,

portanto, um acréscimo de 13,9 pontos percentuais nas freqüências de aleitamento materno quando a mãe sofria a intervenção. Com a inclusão do pai na intervenção, houve uma queda na freqüência de amamentação em todos os meses, baixando para 50% aos seis meses.

O teste *log rank* indicou que as curvas de sobrevida do aleitamento materno entre os grupos foram significativamente diferentes (p = 0,006). A Regressão de Cox indicou que essa diferença ocorreu entre o grupo controle e o grupo de intervenção com as mães (razão de densidade de incidência/RDI = 0,64; IC 95%: 0,47-0,86). Quando comparado o grupo controle com o grupo que incluiu o pai, a razão de densidade de incidência também indicou uma proteção para o grupo de intervenção, mas essa não alcançou significância estatística (RDI = 0,86; IC 95%: 0,65-1,14). Comparando os dois grupos de intervenção, observa-se uma proteção muito perto da significância estatística para o grupo de intervenção que incluiu apenas as mães (RDI = 0,74; IC 95%: 0,55-1,00).

Analisando as curvas de sobrevida de aleitamento materno exclusivo, percebe-se que as freqüências foram maiores no grupo que incluiu o pai na intervenção (16,5% aos quatro meses, versus 11,1% para o grupo 1 e 5,7% para o grupo controle). A diferença entre as freqüências do aleitamento materno exclusivo nos grupos foi estatisticamente significativa (p = 0,003). Houve uma proteção para a ocorrência de interrupção da amamentação exclusiva no grupo de intervenção com as mães em comparação com o grupo controle, mas devido a sua magnitude esse achado não apresentou significância estatística (RDI = 0,86; IC 95%:0,70-1,05). Entretanto, entre o grupo controle e o grupo de intervenção incluindo os pais, houve diferença significativa (p = 0,003), ou seja, quando os pais participavam da intervenção, o risco de interromper a amamentação exclusiva ao longo dos seis meses foi significativamente menor do que entre aqueles que não receberam intervenção (RDI = 0,80; IC 95%: 0,65-0,98). Entre os dois grupos de intervenção, não houve diferença significativa (RDI = 1,1; IC 95%: 0,88-1,32; p = 0,47).

A análise multivariada mostrou que esses resultados independem das diferenças encontradas nos três grupos estudados, ou seja, a proteção a favor da manutenção da amamentação exclusiva no grupo que incluiu os pais na intervenção se manteve, assim como a proteção contra o desmame no grupo de intervenção com as mães, mesmo após controlando para cor do pai, tempo de amamentação de filhos anteriores e participação da mãe em curso pré-natal (tabela 3).

Ao comparar as freqüências do aleitamento materno nos dois grupos de intervenção segundo a escolaridade paterna (figura 2), verifica-se que o impacto negativo nas freqüências de aleitamento materno com a inclusão do pai na intervenção só ocorreu com o grupo de menor escolaridade (até 8 anos de estudo). Observa-se também um aumento nas freqüências de amamentação exclusiva com a inclusão dos pais com maior escolaridade na intervenção (embora não significativa), o mesmo não ocorrendo com o grupo de menor escolaridade.

DISCUSSÃO

O aleitamento materno, apesar de biologicamente determinado, está condicionado a fatores de ordem social e cultural, constituindo-se em um ato impregnado de sentimentos, ideologias, modismos e das condições concretas de vida dos indivíduos envolvidos no processo. O ato de amamentar é um processo complexo que demanda, entre outras coisas, aprendizado e apoio por parte do Estado, da comunidade, das instituições de saúde e, sobretudo, da família. Dentro desse contexto, a figura do pai tem recebido destaque na literatura, como uma pessoa importante no processo de amamentação, tanto na opção da mãe de amamentar quanto no prolongamento dessa prática[6,7]. Discute-se cada vez mais a influência e a inclusão do pai na promoção do aleitamento materno, principalmente nas sociedades ocidentais, onde as vivências com amamentação das mulheres mais experientes da família não mais são repassadas, em função da estrutura nuclear da família moderna. Tem-se

estimulado a inclusão dos pais em estratégias que visam promover o aleitamento materno, para que ele possa se preparar melhor para oferecer apoio emocional e prático à mãe[18]. O pai tem sido descrito como uma das fontes mais significativas de estímulo para amamentar que uma mulher pode receber[19]. No entanto, a literatura não se aprofunda no tipo de apoio necessário e desejado pela mulher, nem no tipo de apoio que os pais têm oferecido, e seu impacto no sucesso da amamentação. Este é o primeiro estudo que investigou o impacto da inclusão do pai em uma estratégia de promoção do aleitamento materno.

Contrariando as expectativas, a inclusão dos pais em uma estratégia simples de promoção do aleitamento materno realizada na maternidade não aumentou significativamente as freqüências do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida da criança. Houve um acréscimo não significativo das freqüências de amamentação exclusiva, provavelmente relacionado com o achado de que, com a intervenção, os pais ficaram mais bem informados quanto ao tempo que uma criança poderia ser mantida em amamentação exclusiva. É possível que, de posse dessa informação, alguns pais tenham influenciado as mães a não introduzirem água, chás ou outros leites precocemente. No Brasil, o oferecimento de chás às crianças desde os primeiros dias é uma prática cultural antiga, que só recentemente vem sendo questionada.

O achado mais surpreendente deste estudo foi a redução das freqüências de amamentação ao longo dos primeiros seis meses, mais pronunciada a partir do quarto mês, quando o pai era incluído na estratégia de promoção do aleitamento materno. Esse fato nos fez refletir sobre o conteúdo do vídeo em que se baseou a intervenção. O mesmo foi elaborado sob a influência de uma cultura de paternidade emergente nas sociedades ocidentais, que solicita um pai mais presente, acessível e com maior responsabilidade pela criação conjunta dos filhos. Assim, o vídeo, em diversos momentos, através de falas e imagens, apela para que os pais, entre outras coisas, ajudem nos afazeres domésticos e nos cuidados com os outros filhos para que a mãe possa amamentar o filho pequeno com mais tranqüilidade. O vídeo não

levou em consideração que o Brasil ainda se encontra em fase de transição para o novo modelo de família, no qual o ideal é a divisão de tarefas. Dentro do contexto do vídeo, os pais deste estudo podem ter captado a mensagem (não intencional) de que, para a mulher amamentar, era necessário que eles compartilhassem as tarefas domésticas com as mães, tais como limpeza da casa, da louça, troca de fraldas e cuidados com outros filhos, de uma forma mais ativa do que eles estariam preparados. Isso poderia ter criado um conflito que acabou por influenciar negativamente na duração da amamentação. A favor dessa hipótese tem-se o fato de que um número expressivo de mães (64,7%) mencionou que gostariam que os seus companheiros ajudassem nos serviços da casa e nos cuidados com os filhos, enquanto apenas 37,7% dos homens mencionaram essas tarefas como forma de apoio à amamentação.

No Brasil, na população de baixa renda, alvo preferencial deste estudo, os valores da família patriarcal ainda são prevalentes. A desconstrução do papel tradicional do homem é mais perceptível em alguns setores das classes médias, cujos homens vão além da figura de provedor, compartilhando com a mulher, inclusive, as tarefas domésticas[20]. Essa realidade pode explicar as diferenças encontradas entre os pais de diferentes escolaridades. A inclusão do pai na intervenção só teve impacto negativo na duração da amamentação entre os pais com menor escolaridade, o que vem corroborar a hipótese de que a mensagem do vídeo não foi culturalmente adequada, em especial para os pais de menor nível socioeconômico.

Biancuzzo[21], revisando artigos sobre a eficácia do uso de vídeos como ferramentas educativas na área da saúde, concluiu que vídeos que visam influenciar atitudes e tomadas de decisões provavelmente não são efetivos, a não ser que sejam culturalmente sensíveis. Alguns estudos que avaliaram intervenções utilizando vídeos mostraram que eles foram úteis para aumentar a incidência e duração da amamentação[22,23]. Embora não fosse objetivo primário deste estudo avaliar o impacto da intervenção com as mães, é importante mencionar que a estratégia utilizada, apesar de simples, oferecida em um único momento e baseada em um

vídeo seguido de discussão, foi efetiva, aumentando significativamente as taxas de aleitamento materno no primeiro semestre de vida do bebê.

Uma importante lição pode ser tirada deste estudo. Sendo o aleitamento materno um processo altamente influenciado pela cultura, é preciso desenvolver estratégias de promoção dentro de um contexto cultural adequado. Na ausência deste, corre-se o risco de obter efeito oposto ao desejado. A estratégia funcionou para as mães, mas parece ter tido um efeito pernicioso quando o público-alvo eram os pais de menor escolaridade. É preciso compreender o homem-pai diante da amamentação do seu filho, seus sentimentos, muitas vezes ambivalentes. Assim como as mulheres, eles também devem ser preparados, de uma maneira realista, para essa fase da vida de sua família, sempre levando em consideração o contexto cultural.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Nutrition and infant feeding. Disponível em:: http.//www.who.int/child-adol-health/nutrition/infant_exclusive.htm. Acessado em: 9/12/2003.

2. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

3. Black RF, Blair JP, Jones VN, Durant RH. Infant feeding decisions among pregnant women from a WIC population in Georgia. J Am Diet Assoc 1990;90:255-9.

4. Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. Pediatrics 1992;89:224-7.

5. Pérez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, Rivera A, Treviño-Siller S, Sanghvi T. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. J Nutr 1995;125:2972-84.

6. Buckner E, Matsubara M. Support networks utilization by breast feeding mothers. J Hum Lact 1993;9:231-5.

7. Giugliani ERJ, Bronner Y, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed? A study about fathers' knowledge of breast feeding. Acta Paediatr 1994;83:1127-31.

8. Scott JA, Binns CW. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. Breastfeed Rev 1999;7:5-16.

9. Bar-Yam NB, Darby L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. J Hum Lact 1997;13:45-50.

10. Giugliani ERJ. Increasing rates of exclusive breastfeeding: technical consultation on infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2000.

11. Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AT. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. J Hum Lact 2001;17:326-43.

12. Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. Rev Panam Salud Publica 2003;14:17-24.

13. Guise J-M, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. Ann Fam Med 2003;1:70-8.

14. Issler RMS, Giugliani ERJ, Seffrin CF, Justo EB, Carvalho NM, Hartmann RM. Hábitos alimentares no primeiro ano de vida: estudo de uma coorte de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Revista HCPA 1990;10:141-5.

15. Word Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: Word Health Organization; 1991. WHO/CDD/SER/91.14.

16. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epi Info, Version 6.0: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Center for Disease Control; 2001.

17. Norusis MJ. SPSS for Windows: advanced statistics. Release 11.0. Chicago, IL: SPSS; 2001.

18. Scott JA, Landers MCG, Hughes RM, Binns CW. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. J Paediatr Child Health 2001;37:254-61.

19. Kessler LA, Gielen AC, Diener-West M, Paige DM. The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision. J Hum Lact 1995;11:103-9.

20. Loewenstein I, Barker G. De onde vem o bom pai? Reflexões a partir de uma pesquisa qualitativa com adolescentes. In: Silveira P, ed. Exercício da paternidade. Porte Alegre: Artes Médicas; 1998. p.151-63.

21. Biancuzzo M. Are videotapes effective teaching tools? Breastfeeding Outlook 2003;2:1-3.

22. Gross SM, Caufield LE, Bentley ME, Bronner Y, Kessler L, Jensen J, et al. Counseling and motivational videotapes increase duration of breastfeeding in African-American WIC participants who initiate breastfeeding. J Am Diet Assoc 1998;98:143-8.

23. Grossman LK, Harter C, Sachs L, Kay A. The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breastfeeding in low income women. Am J Dis Child 1990;144:471-4.

Tabela 1 - Características da população estudada, por grupo

Característica		Grupo controle N = 208	Grupo experimental 1 N = 197	Grupo experimental 2 N = 196	p
		N (%)	N (%)	N (%)	
Idade					
materna	≤ 20 anos	48 (23,1)	50 (25,4)	52 (26,5)	0,71
	> 20 anos	160 (76,9)	147 (74,6)	144 (73,5)	
paterna	≤ 20 anos	21 (10,1)	19 (9,6)	25 (12,8)	0,56
	> 20 anos	187 (89,9)	178 (90,4)	171 (87,2)	
Cor					
da mãe	branca	143 (68,8)	95 (48,2)	109 (55,6)	**0,00**
	não-branca	65 (31,2)	102 (51,8)	87 (44,4)	
do pai	branca	147 (70,7)	117 (59,4)	114 (58,2)	**0,02**
	não-branca	61 (29,3)	80 (40,6)	82 (41,8)	
Escolaridade					
materna	≤ 8 anos	135 (64,9)	125 (63,5)	130 (66,3)	0,84
	> 8 anos	73 (35,1)	72 (36,5)	66 (33,7)	
paterna	≤ 8 anos	127 (61,1)	131 (66,5)	134 (68,4)	0,27
	> 8 anos	81 (38,9)	66 (33,5)	62 (31,6)	
Renda *per capita*					
≤ 0,5 SM		47 (22,5)	36 (18,3)	30 (15,3)	0,23
0,6 – 1,9 SM		96 (46,2)	108 (54,8)	102 (52,0)	
≥ 2,0 SM		65 (31,3)	53 (26,9)	64 (32,7)	
Estado civil dos pais					
solteiro		129 (62,0)	125 (63,5)	124 (63,3)	0,94
casado		79 (38,0)	72 (36,5)	72 (36,7)	
Sexo do recém-nascido					
feminino		112 (53,8)	99 (50,3)	95 (48,5)	0,54
masculino		96 (46,2)	98 (49,7)	101 (51,5)	
Assistência pré-natal					
nenhuma consulta		17 (8,2)	13 (6,6)	15 (7,7)	0,98
1-4 consultas		28 (13,5)	26 (13,2)	25 (12,8)	
≥ 5 consultas		163 (78,3)	158 (80,2)	156 (79,6)	
Orientação sobre aleitamento no pré-natal					
mãe	não	137 (65,9)	134 (68,0)	141 (71,9)	0,41
	sim	71 (34,1)	63 (32,0)	55 (29,1)	
pai	não	190 (91,3)	173 (87,8)	182 (92,9)	0,21
	sim	18 (8,7)	24 (12,2)	14 (7,1)	
Participação em curso pré-natal					
mãe	não	189 (90,9)	164 (83,2)	166 (84,7)	**0,06**
	sim	19 (9,1)	33 (16,8)	30 (15,3)	
pai	não	198 (95,2)	189 (95,9)	190 (96,9)	0,66
	sim	10 (4,8)	8 (4,1)	6 (3,1)	
Tipo de parto					
vaginal		165 (79,3)	150 (76,1)	159 (81,1)	0,47
cesareana		43 (20,7)	47 (23,9)	37 (18,9)	
Número de filhos anteriores					
nenhum		89 (42,8)	78 (39,6)	80 (40,8)	0,96
1 - 3 filhos		105 (50,5)	103 (52,3)	102 (52,0)	
> 3 filhos		14 (6,7)	16 (8,1)	14 (7,2)	
Tempo de amamentação de filhos anteriores					
≤ 3 meses		42 (20,2)	46 (23,4)	62 (31,6)	**0,06**
> 3 meses		77 (37,0)	73 (37,1)	54 (27,6)	
primíparas		89 (42,8)	78 (39,5)	80 (40,8)	

Tabela 2 - Como o marido/companheiro poderia ajudar durante a amamentação, segundo a opinião das mães e dos pais

Como o pai poderia ajudar*	N = 601	
	Opinião das mães	Opinião dos pais
	N (%)	N (%)
Ajudando nos serviços da casa	161 (26,8)	115 (19,1)
Cuidando da criança recém-nascida	143 (23,8)	83 (13,8)
Cuidando dos outros filhos	85 (14,1)	29 (4,8)
Oferecendo tranqüilidade/proteção/carinho	38 (6,3)	53 (8,8)
Incentivando /apoiando / orientando	35 (5,8)	122 (20,3)
No que for preciso	32 (5,3)	87 (14,5)
Outras formas de ajuda	84 (14,0)	65 (10,8)
Cuidando da alimentação da mãe	-	89 (14,8)
Não souberam especificar o tipo de ajuda	128 (21,3)	129 (21,5)

*As mães e os pais poderiam citar mais de uma forma de ajuda.

Tabela 3 - Razões de densidade de incidência bruta e ajustada para interrupção do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo nos três grupos (n = 601)

Grupo	Aleitamento materno exclusivo		Aleitamento materno	
	RDI bruto (IC 95%)	RDI ajustada* (IC 95%)	RDI bruto (IC 95%)	RDI ajustada* (IC 95%)
Controle	1,00	1,00	1,00	1,00
Intervenção com as mães	0,86 (0,70-1,05)	0,93 (0,66-1,31)	0,64 (0,47-0,86)	0,59 (0,38-0,92)
Intervenção com as mães e os pais	0,80 (0,65-0,98)	0,65 (0,45-0,96)	0,86 (0,65-1,14)	0,68 (0,45-1,05)

*Ajustado para cor do pai, tempo de amamentação de filhos anteriores e participação da mãe em curso pré-natal.
RDI = razão de densidade de incidência.
IC = intervalo de confiança.

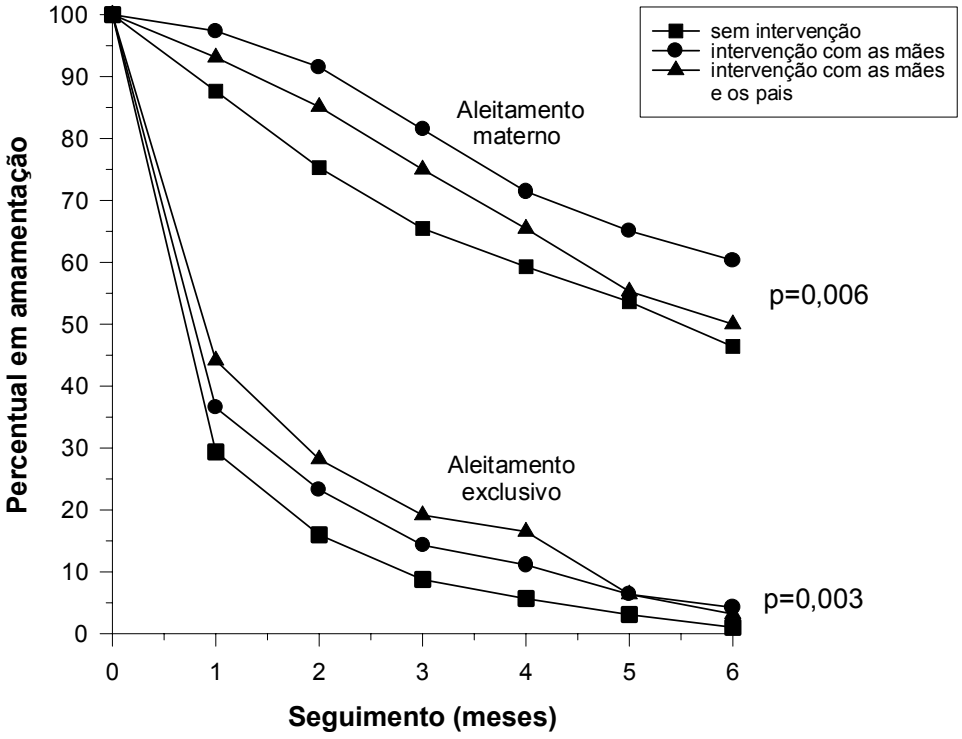
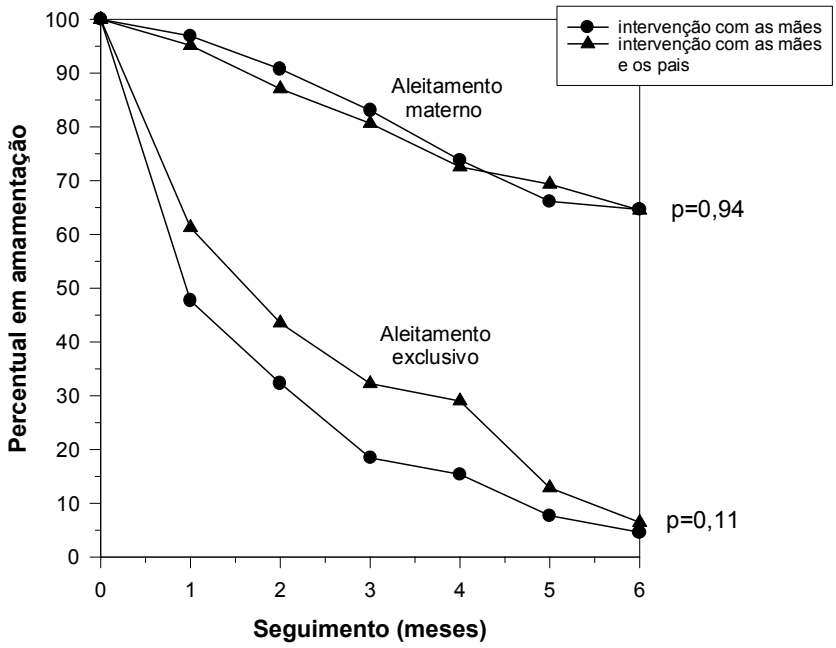


Figura 1 - Curvas de sobrevida do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida, segundo o tipo de intervenção

Escolaridade paterna > 8 anos



Escolaridade paterna ≤ 8 anos

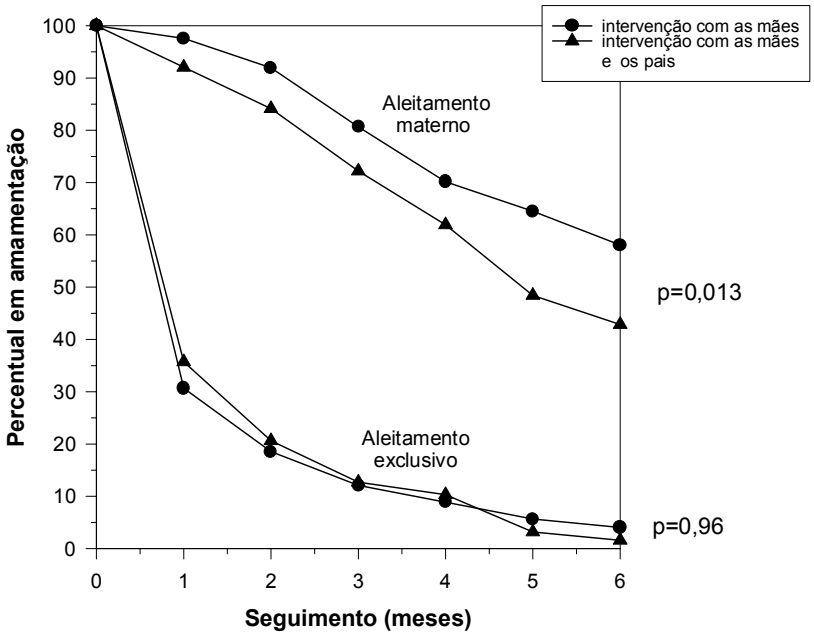


Figura 2 - Curvas de sobrevida do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida, segundo o tipo de intervenção e escolaridade do pai

8 ARTIGO 1 – Versão em inglês: Inclusion of fathers in an intervention to promote breast-feeding: impact on success

Lulie R. O. Susin, MD[1]; Elsa R. J. Giugliani, MD, PhD[2]

[1] Department of Pathology, Fundação Universidade do Rio Grande. Master's Degree in Medicine: Pediatrics.

[2] Department of Pediatrics, School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Corresponding author and pre-publication contact

Dr. Lulie Rosane Odeh Susin

Rua José de Carvalho Estima, 79

Bairro Jardim do Sol

CEP 96216-070 - Rio Grande, RS

Brazil

e-mail: susin@mikrus.com.br

Phone: +55-53-235 13 22

ABSTRACT

Objective: To assess the impact of paternal involvement in an intervention to prevent early interruption of breast-feeding.

Design: Controlled clinical trial.

Setting: University hospital in Porto Alegre, southern Brazil.

Patients: 601 couples and their infants were included. The control group (no intervention) included 208 families. Group 1, in which only mothers were exposed to the intervention, included 197 families. Group 2, in which both mothers and fathers were exposed to the intervention, included 196 families.

Interventions: Providing breast-feeding orientation at the maternity ward by showing a videotape followed by open discussion and distribution of a handout. Data were obtained by means of questionnaires answered by the mothers and the fathers, at the maternity ward and at home at 1, 2, 4 and 6 months.

Outcome measures: The impact of the intervention was measured by comparing Kaplan-Meier curves for breast-feeding in the three groups. Paternal schooling was also taken into account in assessing the impact of the intervention. Multivariate analysis was employed in order to control for the possible interference of differences in the estimates of prevalence rates among groups.

Results: Paternal inclusion in the strategy resulted in a non-significant increase in the frequency of exclusive breast-feeding. For fathers with less than 8 years of schooling, inclusion in the intervention resulted in a decrease in the rate of breast-feeding, especially after fourth months.

Conclusions: In order to increase the likelihood of success, the strategies to promote breast-feeding must take into consideration the cultural and behavioral complexities associated with this practice.

Keywords: breast-feeding, breast-feeding rates, breast-feeding promotion, educational program, father.

INTRODUCTION

In Brazil, breast-feeding practices do not usually follow the recommendations of the World Health Organization, that is, exclusive breast-feeding until the age of six months and complemented breast-feeding until the end of the second year of life or longer.[1] A national survey carried out in Brazilian state capitals in 1999 revealed a median duration of 10 months for breast-feeding, and of only 23 days for exclusive breast-feeding.[2]

As a hybrid process involving natural and cultural aspects, breast-feeding is influenced by several factors. Among them, paternal support[3-5] has been shown to have some impact on the woman's decision to breast-feed and possibly on the maintenance of this pratice.[6,7] One review of studies employing multivariate analysis in order to identify factors related to the incidence of breast-feeding and its duration in Western women suggests that the father plays an important role in the mother's decision to breast-feed, although not in the duration of breast-feeding.[8] Another review has shown that fathers have a positive influence on the woman's choice to breast-feed. That study also underscored the importance of the fathers witnessing the first breast-feeding event and providing support for continued breast-feeding. On the other hand, fathers have been shown to be facilitators in bottle introduction.[9]

However, the father is left out of most initiatives to promote breast-feeding, and only rarely does he have a prominent role in such interventions.[10-13] In addition, there have been no studies addressing the impact of paternal participation in breast-feeding programs. With the aim of contributing to filling this knowledge gap, the objective of the present study was to assess the impact of paternal inclusion in an educational intervention intended to avoid early interruption of breast-feeding.

METHODS

This was a clinical trial encompassing 601 mother/father/infant triads. Participants were selected at the maternity ward of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil, a university hospital where approximately 4,000 deliveries take place every year, mainly of low-income families. Participants were divided into the following groups: not exposed to the intervention (control group); intervention for mothers only (group 1) and intervention for both mothers and fathers (group 2). The intervention consisted of an orientation session about breast-feeding. Participants watched an 18-minute video tape on the subject, followed by free discussion and distribution of an explanatory handout. Both the video-tape and the handout were specifically produced for this study. The following subjects were covered: advantages of breast-feeding; how to start and maintain breast-feeding, including after returning to work; how to avoid problems associated with breast-feeding; techniques for manual expressing; and main misconceptions, such as weak milk and, insufficient milk production. In addition, a part of the tape was dedicated to the participation of fathers, underscoring the importance of paternal support, including in the care of other children and in household tasks. The tape presented several images of fathers helping in household tasks such as changing diapers, washing dishes or vacuum cleaning the carpet.

During nine months, all triads with the following characteristics were enrolled: couples living together in the municipality of Porto Alegre, with infants born with no health problems, with birth weight equal to or greater than 2,500 g, and who initiated breast-feeding.

Sample size calculation established that a minimum of 133 triads were required in each group, considering $\alpha = 0.05$; $\beta = 80\%$; prevalence of breast-feeding at six months in controls = 50%;[14] difference between the control and intervention groups of at least 15%; ratio among groups: 1/ 1/ 1. So as to compensate for possible losses and enable multivariate

analysis, the number of triads that was actually included in each group was 50% higher than the minimum. Thus, the first 208 couples enrolled and their respective newborns were included in the control group (not exposed to the intervention). The next 197 triads constituted group 1 (only mothers exposed to the intervention). The remaining 196 triads constituted group 2 (both mothers and fathers exposed to the intervention). Allocation of the groups was done in blocks to avoid information exchange among mothers while at the maternity ward. It is important to note that the hospital routine of assisting mothers and their newborns was not affected.

At the maternity ward, after signing consent forms, mothers and fathers, regardless of the group to which they were assigned, answered standard questionnaires, separately. The questionnaires aimed at obtaining socio-demographic data, as well as information on delivery, pre-natal care and previous experience with breast-feeding. After the interview, groups 1 and 2 were exposed to the intervention. All families in the three groups were visited at the end of their infants' first, second, fourth and sixth months of life, or until breast-feeding was interrupted, if this occurred before the end of the sixth month. In the visits, mothers were asked what they were feeding their babies.

Breast-feeding categories were established according to World Health Organization recomendations[15] thus, children were considered to be breast-feed if they received breast milk daily, regardless of other food they might be getting. Exclusive breast-feeding was considered in children receiving breast milk only, with no other supplement, whether solid or fluid, including water and infusions.

Epi-Info 6.0[16] and SPSS for Windows 11.0[17] were used for statistical analyses. Kaplan-Meier curves were plotted to compare the rates of breast-feeding in the three groups. In order to identify statistical differences between the groups, Kaplan-Meier curves were also

plotted to compare breast-feeding rates between the two intervention groups, taking into account paternal schooling (up to 8 years, more than 8 years). Bivariate analysis (chi-square) was used to compare traits among the three groups. As there were differences between groups, multivariate analysis using Cox regression was done to control for possible factors that could interfere with the prevalence ratio estimates. The following variables, whose frequency was different in the three groups (for a level of significance of $p < 0.2$), were included in the model: father's skin color (white; not white), duration of breast-feeding of previous children (primipara; ≤ 3 months; > 3 months) and mother's attendance in pre-natal classes (no; yes). Although the distribution of maternal skin color was different in the three groups, this variable was not included in the model for displaying co-linearity with father's skin color (Pearson's correlation = 0.66).

The study was approved by the Ethics Committee at Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

RESULTS

Six-hundred and fifty-four mother/father/newborn triads were considered eligible for the study. Of these, 53 were not included: in 7 (1.1%), the mother and/or the father refused to participate, and in 46 (7.1%) the research team was unable to interview the father at the maternity ward. The triads that were not included in the study did not differ from participants in terms of type of delivery, sex of the newborn, individual income, marital status, maternal and paternal age, maternal and paternal schooling, maternal and paternal skin color, pre-natal care and length of breast-feeding of previous children. In the follow-up period, there were 38 losses (6.3%) and 16 exclusions (2.7%). Losses occurred for the following reasons: change of address (18), unreachable mother and/or father (10), family travel with no return date (6) and

maternal and/or paternal refusal to continue in the study (4). Exclusions occurred due to parent separation (15 triads) and death of one infant. The number of losses was similar in the three groups; 547 triads (91.0%) completed the study.

Table 1 depicts the traits of participants in each group. Groups were similar regarding the tested variables ($p \geq 0.05$), except for maternal and paternal skin color, with white parents in the control group significantly outnumbering those in the other groups.

In the hospital interview, most mothers (93.3%) declared that they would like to receive help from their husband/companion during breast-feeding, although 21.3% did not know specifically what type of help they wished to receive. Most fathers (99.2%) said that they wished to help mothers during this period, but 21.5% did not know what they could do to help. Table 2 shows the ways of helping that were most cited by mothers and fathers.

When questioned for the first time about the maximum duration of exclusive breast-feeding, with no need for water and/or infusions or any other food, the answer “up to 4-6 months” was given by 21.2% of the fathers in the control group, 19.3% of the participants in group 1 (mothers only), and 17.9% of the participants in group 2 ($p=0.72$). One month after birth, this answer was given by 33.5%, 39.7% and 62.2%, respectively, of the participants in each group ($p=0.00$).

Figure 1 displays Kaplan-Meier curves describing breast-feeding in the first six months of life for the babies in the three groups. At six months, the frequency of breast-feeding was 46.4% in the control group and 60.3% in group 1. In group 2, which include both fathers and mothers, the frequency of breast-feeding dropped monthly, reaching 50% at six months.

The log rank test indicated that the breast-feeding Kaplan-Meier curves were significantly different among the groups (p = 0.006). Cox regression indicated that this difference occurred between the control group and group 1 (mothers only) (hazard ratio/HR= 0.64; CI 95%: 0.47-0.86). When the control group and group 2 were compared, the HR again indicated some protection for the intervention group, but without statistical significance (p = 0.86; CI 95%: 0.65-1.14). Nearly significant protection was observed for group 1 (mothers only) when both intervention groups were compared (HR= 0.74; CI 95%: 0.55-1.00).

The exclusive breast-feeding Kaplan-Meier curves show that the frequency of exclusive breast-feeding was higher in group 2 (mothers and fathers) (16.5% at four months, *versus* 11.1% in group 1 and 5.7% in the control group). The difference in the frequency of exclusive breast-feeding among groups was statistically significant (p = 0.003). There was protection against interruption of exclusive breast-feeding in group 1 *versus* the control group, however without statistical significance (HR = 0.86; CI 95%: 0.70-1.05). Nonetheless, the difference between the control group and group 2 (mothers and fathers) was significant (p = 0.003), that is, exposing both parents to the intervention significantly decreased the risk of interrupting exclusive breast-feeding before six months (HR = 0.80; CI 95%: 0.65 - 0.98). There was no significant difference between the two intervention groups (HR = 1.1; CI 95%: 0.88-1.32; p = 0.47).

Multivariate analysis demonstrated that these results are independent of the differences between the three groups – that is, protection in favor of exclusive breast-feeding in group 2 (mothers and fathers) and protection against weaning in group 1 (mothers only) was maintained even after controlling for paternal skin color, duration of breast-feeding of previous children and maternal attendance in pre-natal classes (Table 3).

The comparison between the two intervention groups concerning breast-feeding rates according to paternal schooling (Figure 2) reveals that including fathers in the intervention had a negative impact on breast-feeding rates for fathers with less than 8 years of schooling. There was also an increase in exclusive breast-feeding rates when fathers were included in the intervention, but only for those with more years of schooling.

DISCUSSION

Breast-feeding, although biologically determined, depends on social and cultural factors. In addition, this process is loaded with feelings and ideologies, subject to fads and deeply influenced by the standard of living of the people involved. Breast-feeding is a complex act that requires, among others, education and support from governments, community, health institutions, and, above all, the family. Within this context, the father has been receiving attention in the literature as an important figure in the breast-feeding process, both in terms of the mother's decision to breast-feed and the duration of this stage.[6,7] The involvement of fathers in breast-feeding is a topic of increasing importance in initiatives to promote breast-feeding, especially in Western societies, where the experience of older women who have practiced breast-feeding is no longer passed on to the younger generations, due to the predominance of a nuclear family structure. Paternal inclusion has been encouraged in breast-feeding promotion strategies, so that the father may be better prepared to provide emotional and practical support to the breast-feeding woman.[18] Fathers have been described as one of the most significant sources of stimulus to breast-feeding.[19] However, there are no studies available to indicate what type of support is required and desired by women, or what type of support has been provided by men. Also, there have been no investigations concerning the impact of such support on successful breast-feeding. The present study is the first to

investigate the impact of paternal inclusion in a breast-feeding promotion strategy on successful breast-feeding in the first 6 months of life.

Contrary to what was expected, paternal inclusion in a simple breast-feeding promotion strategy at the maternity ward did not significantly increase the rates of breast-feeding in the infant's first six months of life. There was a non-significant increase in the frequency of exclusive breast-feeding, probably related to the information given to fathers as part of the intervention concerning the length of time a child may be kept on exclusive breast-feeding. It is possible that this information encouraged fathers to influence mothers to avoid early introduction of water, infusions or other types of milk. In Brazil, offering infusions to infants is an old cultural practice which has only recently been challenged.

The most surprising finding in this study was the decrease in breast-feeding rates along the first six months of life (more sharply after the fourth month) when the father was included in the breast-feeding promotion strategy. This prompted us to reflect about the contents of the tape on which the intervention was based. The tape was devised based on a model of fatherhood that is emerging in Western societies, in which the father is present and available, and shares the responsibility for raising children. Thus, in the video-tape, fathers are asked to help in house chores and in the care of other children, so that the mother can breast-feed the baby more peacefully. The fact that Brazilian families may still be at a transitional stage in terms of this new model was not taken into account. The fathers in the present study may have concluded that, in order for their wives to breast-feed, they would have to share tasks such as cleaning the house, doing dishes, changing diapers and caring for the other children more actively than they were prepared to do. This might have caused a conflict which translated into a negative impact on the duration of breast-feeding. Supporting this hypothesis are the findings that 64.7% of the mothers stated that they would like their partners

to help with house chores and child care, while only 37.7% of the fathers cited these tasks as a way to support breast-feeding.

In low income Brazilian families, the main target of this study, patriarchal values are still predominant. Changes in the traditional male role are more noticeable in some sectors of middle class, in which men are more than providers, sharing house chores with women.[20] This could be the reason for the difference associated with schooling: the negative impact of paternal inclusion in the intervention was felt only for fathers with less years of schooling, supporting the notion that the video-tape was not culturally adequate, especially for fathers of lower socioeconomic status.

In a review about the efficacy of video-tapes as educational tools for health issues, Biancuzzo[21] concluded that materials that attempt to influence attitudes and decision-making are probably ineffective unless their content is culture-sensitive. Some studies evaluating video-tape interventions have shown their usefulness in increasing the occurrence and duration of breast-feeding.[22,23] Although the primary goal of this study was not to evaluate the mothers, it is important to say that this simple, single-meeting strategy with a video-tape and discussion was effective for the mothers, significantly increasing the rate of breast-feeding in the infant's first six months of life.

An important lesson can be learned from this study. Since breast-feeding is a process that is highly conditioned by cultural influences, strategies to promote this practice must be culturally sensitive - otherwise, they may backfire. The strategy we describe worked for mothers, but it seemed harmful when the target was fathers with little schooling. It is important to understand the man-father facing breast-feeding, and the (often ambivalent) feelings involved. As is the case with women, fathers should be realistically prepared for this

stage of family life; however, that preparation must always be guided by the cultural context in which it is to take place.

REFERENCES

1. World Health Organization. Nutrition and infant feeding. Available from: http//www.who.int/child-adol-health/nutrition/infant_exclusive.htm. Accessed December 9, 2003.

2. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

3. Black RF, Blair JP, Jones VN, Durant RH. Infant feeding decisions among pregnant women from a WIC population in Georgia. J Am Diet Assoc. 1990;90:255-9.

4. Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. Pediatrics. 1992;89:224-7.

5. Pérez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, Rivera A, Treviño-Siller S, Sanghvi T. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. J Nutr. 1995;125:2972-84.

6. Buckner E, Matsubara M. Support networks utilization by breast feeding mothers. J Hum Lact. 1993;9:231-5.

7. Giugliani ERJ, Bronner Y, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed? A study about fathers' knowledge of breast feeding. Acta Paediatr. 1994;83:1127-31.

8. Scott JA, Binns CW. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. Breastfeed Rev. 1999;7:5-16.

9. Bar-Yam NB, Darby L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. J Hum Lact. 1997;13:45-50.

10. Giugliani ERJ. Increasing rates of exclusive breastfeeding: technical consultation on infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2000.

11. Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AT. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. J Hum Lact. 2001;17:326-43.

12. Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. Rev Panam Salud Publica. 2003;14:17-24.

13. Guise J-M, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. Ann Fam Med. 2003;1:70-8.

14. Issler RMS, Giugliani ERJ, Seffrin CF, Justo EB, Carvalho NM, Hartmann RM. Hábitos alimentares no primeiro ano de vida: estudo de uma coorte de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev HCPA. 1990;10:141-5.

15. Word Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: Word Health Organization; 1991. WHO/CDD/SER/91.14.

16. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epi Info, Version 6.0: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Center for Disease Control; 2001.

17. Norusis MJ. SPSS for Windows: advanced statistics. Release 11.0. Chicago: SPSS; 2001.

18. Scott JA, Landers MCG, Hughes RM, Binns CW. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. J Paediatr Child Health. 2001;37:254-61.

19. Kessler LA, Gielen AC, Diener-West M, Paige DM. The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision. J Hum Lact. 1995;11:103-9.

20. Loewenstein I, Barker G. De onde vem o bom pai? Reflexões a partir de uma pesquisa qualitativa com adolescentes. In: Silveira P, ed. Exercício da paternidade. Porte Alegre: Artes Médicas; 1998. p.151-63.

21. Biancuzzo M. Are videotapes effective teaching tools? Breastfeeding Outlook. 2003;2:1-3.

22. Gross SM, Caufield LE, Bentley ME, Bronner Y, Kessler L, Jensen J, et al. Counseling and motivational videotapes increase duration of breastfeeding in African-American WIC participants who initiate breastfeeding. J Am Diet Assoc. 1998;98:143-8.

23. Grossman LK, Harter C, Sachs L, Kay A. The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breastfeeding in low income women. Am J Dis Child. 1990;144:471-4.

Table 1. Population traits, by group.

Trait		Control Group N = 208 N (%)	Experimental Group 1 N = 197 N (%)	Experimental Group 2 N = 196 N (%)	p
Age					
mother	≤ 20 years	48 (23.1)	50 (25.4)	52 (26.5)	0.71
	> 20 years	160 (76.9)	147 (74.6)	144 (73.5)	
father	≤ 20 years	21 (10.1)	19 (9.6)	25 (12.8)	0.56
	> 20 years	187 (89.9)	178 (90.4)	171 (87.2)	
Color					
mother	white	143 (68.8)	95 (48.2)	109 (55.6)	**0.00**
	other	65 (31.2)	102 (51.8)	87 (44.4)	
father	white	147 (70.7)	117 (59.4)	114 (58.2)	**0.02**
	other	61 (29.3)	80 (40.6)	82 (41.8)	
Schooling					
mother	≤ 8 years	135 (64.9)	125 (63.5)	130 (66.3)	0.84
	> 8 years	73 (35.1)	72 (36.5)	66 (33.7)	
father	≤ 8 years	127 (61.1)	131 (66.5)	134 (68.4)	0.27
	> 8 years	81 (38.9)	66 (33.5)	62 (31.6)	
Per capita income					
≤ 0.5 SM*		47 (22.5)	36 (18.3)	30 (15.3)	0.23
0.6-1.9 SM		96 (46.2)	108 (54.8)	102 (52.0)	
≥ 2.0 SM		65 (31.3)	53 (26.9)	64 (32.7)	
Parent's marital status					
single		129 (62.0)	125 (63.5)	124 (63.3)	0.94
married		79 (38.0)	72 (36.5)	72 (36.7)	
Newborn's sex					
female		112 (53.8)	99 (50.3)	95 (48.5)	0.54
male		96 (46.2)	98 (49.7)	101 (51.5)	
Pre-natal care					
no consultations		17 (8.2)	13 (6.6)	15 (7.7)	0.98
1-4 consultations		28 (13.5)	26 (13.2)	25 (12.8)	
≥ 5 consultations		163 (78.3)	158 (80.2)	156 (79.6)	
Breast feeding orientation during pregnancy					
mother	no				
	yes	137 (65.9)	134 (68.0)	141 (71.9)	0.41
father	no	71 (34.1)	63 (32.0)	55 (29.1)	
	yes	190 (91.3)	173 (87.8)	182 (92.9)	0.21
		18 (8.7)	24 (12.2)	14 (7.1)	
Participation in pre-natal classes					
mother	no	189 (90.9)	164 (83.2)	166 (84.7)	**0.06**
	yes	19 (9.1)	33 (16.8)	30 (15.3)	
father	no	198 (95.2)	189 (95.9)	190 (96.9)	0.66
	yes	10 (4.8)	8 (4.1)	6 (3.1)	
Type of delivery					
Vaginal		165 (79.3)	150 (76.1)	159 (81.1)	0.47
c-section		43 (20.7)	47 (23.9)	37 (18.9)	
Number of previous children					
None		89 (42.8)	78 (39.6)	80 (40.8)	0.96
1-3 children		105 (50.5)	103 (52.3)	102 (52.0)	
> 3 children		14 (6.7)	16 (8.1)	14 (7.2)	
Breast feeding duration with previous children					
≤ 3 months		42 (20.2)	46 (23.4)	62 (31.6)	**0.06**
> 3 months		77 (37.0)	73 (37.1)	54 (27.6)	
primiparous		89 (42.8)	78 (39.5)	80 (40.8)	

* SM = minimum monthly wage

Table 2. Suggestions of mothers and fathers concerning ways for a father to help a breast-feeding woman.

How the father can help*	N = 601	
	Maternal opinion N (%)	Paternal opinion N (%)
Helping with house chores	161 (26.8)	115 (19.1)
Taking care of the newborn	143 (23.8)	83 (13.8)
Taking care of other children	85 (14.1)	29 (4.8)
Providing peacefulness/protection/care	38 (6.3)	53 (8.8)
Stimulating/supporting/orienting	35 (5.8)	122 (20.3)
In any situation	32 (5.3)	87 (14.5)
Other kinds of help	84 (14.0)	65 (10.8)
Taking care of mother's meals	-	89 (14.8)
Unable to cite specific ways to help	128 (21.3)	129 (21.5)

*Mothers and fathers could specify more than one kind of help.

Table 3. Gross and adjusted incidence density ratio for interruption of breast-feeding and exclusive breast-feeding in the three groups (n=601).

Group	Exclusive Breast-feeding		Breast-feeding	
	Crude HR (CI 95%)	Adjusted HR * (CI 95%)	Crude HR (CI 95%)	Adjusted HR* (CI 95%)
Control	1.00	1.00	1.00	1.00
Intervention with mothers	0.86 (0.70-1.05)	0.93 (0.66-1.31)	0.64 (0.47-0.86)	0.59 (0.38-0.92)
Intervention with mothers and fathers	0.80 (0.65-0.98)	0.65 (0.45-0.96)	0.86 (0.65-1.14)	0.68 (0.45-1.05)

*Adjusted for father's skin color, duration of breast-feeding of previous children and participation in pre-natal classes.
HR= hazard ratio
CI = confidence interval.

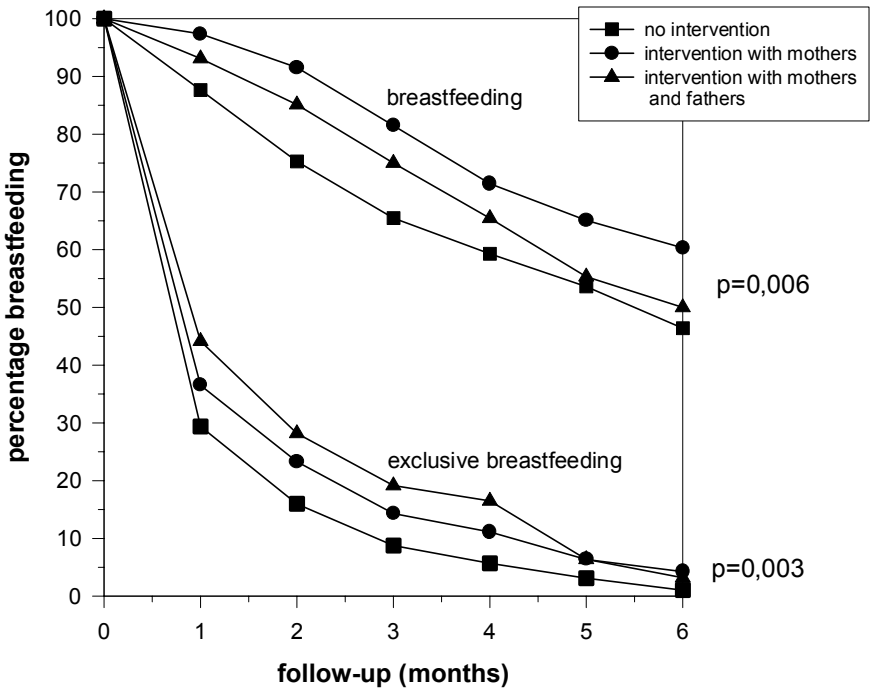
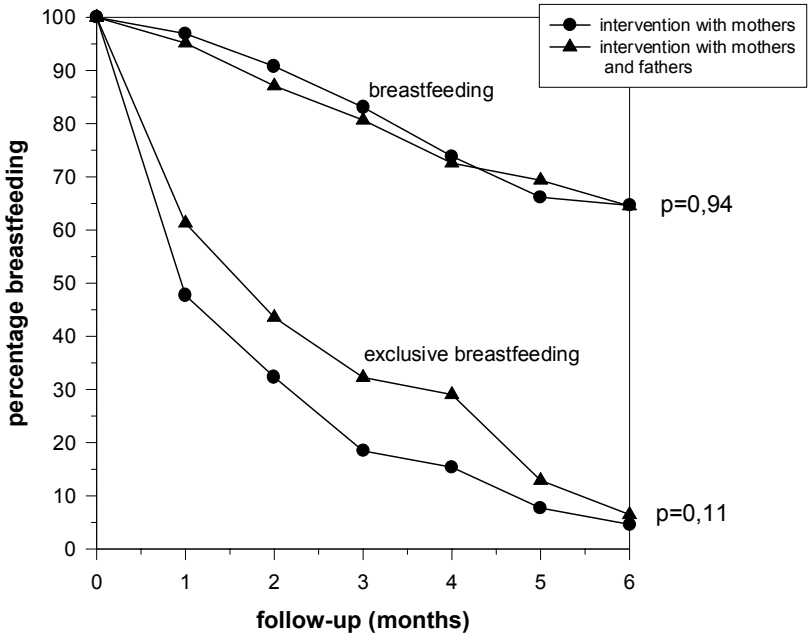


Figure 1. Exclusive breast-feeding and breast-feeding survival curves during the first six months of life, according to type of intervention.

Fathers' schooling > 8 years



Fathers' schooling ≤ 8 years

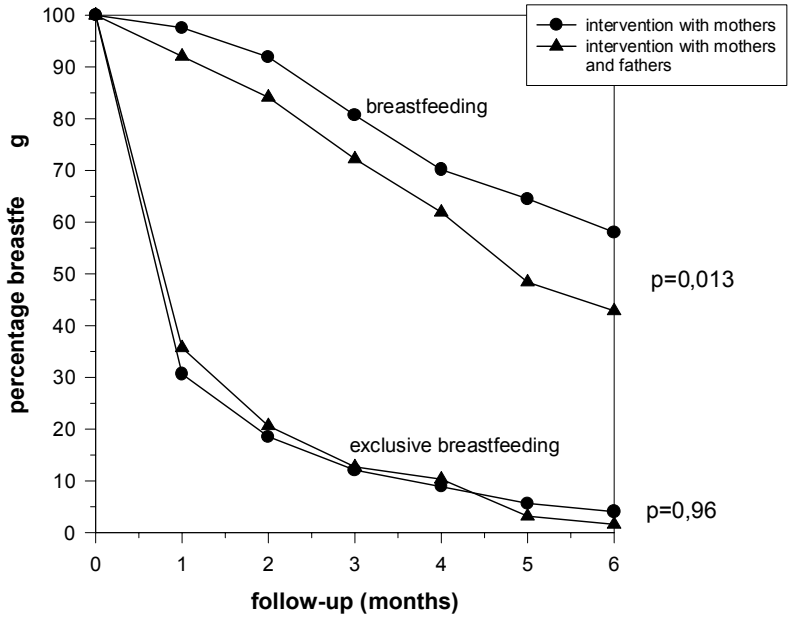


Figure 2. Exclusive breast-feeding and breast-feeding survival curves during the first six months of life, according to type of intervention and paternal schooling.

9 ARTIGO 2 - Influência da participação das avós na prática do aleitamento materno. Influence of grandmothers participation on breastfeeding practices

Autores

Lulie R. O. Susin - Profª do Departamento de Patologia da Fundação Universidade do Rio Grande. Rua General Osório s/n. Área Acadêmica da Saúde- Rio Grande/RS. 96200-400. Mestre em Medicina: Pediatria. susin@mikrus.com.br

Elsa R. J. Giugliani - Profª do Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 4º. andar – Porto Alegre, RS – 90035-003. Doutora em Medicina: Pediatria. elsag@vortex.ufrgs.br

Suzane C. Kummer – Pediatra da Secretaria Municipal de Porto Alegre/RS. Avenida João Pessoa, 325 - 1° andar. – Porto Alegre, RS – 90040-00. Mestre em Medicina: Pediatria. suzane@sms.prefpoa.com.br

Endereço para correspondência e contatos pré-publicação:

Nome: Lulie Rosane Odeh Susin

Endereço: Rua José de Carvalho Estima, 79. Bairro Jardim do Sol.

Rio Grande/RS. CEP 96216-070 e-mail: susin@mikrus.com.br Fone: (53) 235 13 22

RESUMO

Objetivo: Avaliar a influência de alguns fatores ligados às avós na prática da amamentação.

Métodos: Estudo prospectivo com 601 mães de recém-nascidos normais nascidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os dados foram coletados na maternidade e nos domicílios, com 1, 2, 4 e 6 meses pós-parto, mediante entrevista com as mães. As informações sobre as avós foram obtidas na primeira visita ao domicílio. Regressão logística ajustada foi utilizada para testar associações entre variáveis relacionadas às avós e prevalências de amamentação e também para testar o efeito modificador de algumas variáveis maternas na relação entre contato diário com a avó materna e menor duração do aleitamento materno.

Resultados: As seguintes variáveis mostraram associação significativa com interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês: avós maternas e paternas que aconselhavam o uso de água ou chá (RC=2,2 e 1,8, respectivamente) e de outro leite (RC=4,5 e 1,9, respectivamente). Interrupção do aleitamento materno nos primeiros 6 meses esteve associada com avós maternas e paternas que aconselhavam o uso de outro leite (RC=2,4 e 2,1, respectivamente). Contato não diário com a avó materna foi fator de proteção para a manutenção da amamentação aos 6 meses.

Conclusões: As avós podem influenciar negativamente na amamentação, tanto na sua duração quanto na sua exclusividade. Essa informação pode ser útil no planejamento de estratégias de promoção do aleitamento materno.

Descritores: Aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo, lactação, leite humano, avós.

ABSTRACT

Objective: To assess the influence of certain factors related to grandmothers on breastfeeding practice.

Methods: This is a prospective study including 601 mothers of normal babies born in the *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Data was collected in the hospital's rooming inn and in the subject's homes, at 1, 2, 4, and 6 months after delivery. For data collection, an interview with the mothers was conducted. The information concerning the grandmothers was obtained in the first visit to the subject's home. Adjusted logistic regression was used to test associations between variables related to the grandmothers, and prevalences of breastfeeding and also to test the effect modification of the association between daily contact with maternal grandmother and lower duration of breastfeeding.

Results: The following variables showed significant association with interruption of exclusive breastfeeding in the first month: maternal or paternal grandmothers that advised the use of water or tea (OR=2,2 and 1,8 respectively), and of other kind of milk (OR=4,5 and 1,9, respectively). Interruption of breastfeeding in the first six months was associated with maternal and paternal grandmothers that advised the use of other kind of milk (OR=2,4 and 2,1, respectively). Non-daily contact with maternal grandmother was protective for the maintenance of breastfeeding until 6 months.

Conclusions: Grandmothers might have a negative influence on breastfeeding, either on it's duration and on it's exclusivity. This information can be useful in the planning of strategies for promotion of breastfeeding.

Key words: Breastfeeding, exclusive breastfeeding, lactation, human milk, grandmothers.

INTRODUÇÃO

Atualmente, não há mais dúvidas de que a amamentação é a melhor forma de alimentar e interagir com a criança pequena, sendo recomendada pela Organização Mundial da Saúde nos primeiros seis meses de forma exclusiva, e complementada até os dois anos ou mais.[16] Apesar disso, as taxas de aleitamento materno no Brasil ainda são baixas, embora os inquéritos nacionais indiquem uma tendência ascendente. A duração mediana da amamentação era de 2,5 meses em 1973/74[8] e 7 meses em 1996.[13] O último inquérito nacional, realizado em outubro de 1999 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, com exceção do Rio de Janeiro, confirmou essa tendência mostrando uma duração mediana de amamentação de 10 meses.[12] A mediana da duração do aleitamento materno exclusivo, no entanto, é de apenas 23 dias.

Em função da importância do aleitamento materno para a criança, a mãe, a família e a sociedade[2] e das prevalências muito aquém do recomendado, em especial as da amamentação exclusiva, são necessárias ações que promovam essa prática. Essas ações devem levar em consideração os fatores que facilitam ou dificultam a amamentação bem sucedida, pois se sabe que o aleitamento materno, apesar de biologicamente determinado, é influenciado por fatores sócio-psico-culturais. Entre esses fatores, encontram-se a opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, incluindo as avós maternas e/ou paternas da criança. Nos Estados Unidos, um estudo evidenciou que as avós maternas eram as pessoas que mais influenciavam na alimentação infantil numa população de baixa renda.[11] Outro estudo[5] apontou a avó materna como a fonte de informação sobre aleitamento materno mais importante para a maioria das mulheres porto-riquenhas e cubanas.

A influência das avós na amamentação pode favorecê-la ou dificultá-la. No Texas, Estados Unidos, a avó materna foi considerada a fonte de apoio mais importante para o início da amamentação entre as mulheres de origem mexicana.[4] No Canadá, as mulheres que

receberam apoio de suas mães e do pai da criança, assim como aquelas que decidiram amamentar antes da gravidez, amamentaram seus filhos por mais tempo.[10] Em um estudo feito na África, as avós eram favoráveis à amamentação exclusiva e achavam desnecessário e nocivo à saúde da criança a suplementação com água, que, segundo elas, era recomendada pelos profissionais de saúde.[1]

Por outro lado, um estudo realizado em Porto Alegre trouxe a suspeita de que as avós pudessem influenciar negativamente na duração da amamentação. Segundo esse estudo, a ausência de ajuda de um familiar em casa foi fator de proteção para a interrupção da amamentação antes dos quatro meses (RR=0,6).[6] Em Natal, Rio Grande do Norte, a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi significativamente menor entre as crianças com avós presentes no grupo familiar quando comparadas com as com avós ausentes.[3]

O objetivo desta pesquisa foi o de verificar a influência das avós na duração do aleitamento materno, mediante estudo de alguns aspectos referentes às avós e sua relação com as prevalências dessa prática nos primeiros seis meses de vida da criança.

MÉTODOS

Este estudo faz parte de outro mais amplo que pretendia avaliar, também, o impacto de uma intervenção de promoção do aleitamento materno dirigida a mães e pais, na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.[14] Esse hospital é um hospital geral universitário, que realiza aproximadamente 4.000 partos por ano. Sua clientela pertence a diferentes níveis socioeconômicos, com predominância de indivíduos de menor poder aquisitivo, usuários do Sistema Único de Saúde.

No período de seleção da amostra, todas as mães de recém-nascidos normais instalados no Alojamento Conjunto com peso de nascimento igual ou maior que 2500g, que iniciaram a amamentação e que habitavam a mesma residência dos pais das crianças foram

consideradas elegíveis para inclusão no estudo (n=654). Dessas, 7 (1,1%) não participaram do estudo por recusa sua ou pai da criança e 46 (7,1%) não puderam ser incluídas na amostra porque o pai não foi acessível para entrevista e intervenção. Assim, a amostra foi constituída por 601 duplas mães-bebês.

Após consentirem em participar do estudo e assinarem termo de consentimento informado, as mães eram entrevistadas, ainda na maternidade, com o objetivo de obter algumas informações pessoais, sobre os pais, as crianças e as famílias. As informações relativas às práticas de alimentação da criança foram obtidas mediante entrevistas com as mães nas suas casas, no final do primeiro, segundo, quarto e sexto meses de vida da criança. As visitas eram suspensas antes do sexto mês, caso ocorresse a interrupção da amamentação. As informações sobre as avós maternas e paternas foram obtidas na primeira visita domiciliar, quando as crianças completavam um mês, e referiam-se aos seguintes tópicos: freqüência do contato com as avós (mora junto, contato diário, pelo menos uma vez por semana, quinzenal/mensal ou menos de uma vez por mês); se a avó achava bom o fato de a mãe estar amamentando (sim ou não), se a avó havia aconselhado e/ou oferecido ao bebê água e/ou chá e outro tipo de leite (sim ou não); tipo de participação das avós na amamentação (ajuda, indiferente ou atrapalha); e se a opinião das avós estava influenciando nas decisões da mãe, relacionadas à amamentação (sim, não, talvez ou não sabe). Os dados foram coletados utilizando-se questionários padronizados, elaborados para a entrevista na maternidade e nos domicílios.

Na primeira visita domiciliar, oportunidade em que eram coletados os dados sobre as avós, foram localizadas para entrevista 571 mães (95,0%). Participaram do estudo até a sua conclusão 547 mães (91,0%).

As categorias de amamentação utilizadas foram as recomendadas pela Organização Mundial da Saúde,[15] sendo considerada em aleitamento materno a criança que recebia leite

materno diariamente, independente de estar recebendo ou não complementação, e em amamentação exclusiva quando recebia somente leite materno, sem nenhuma complementação sólida ou líquida. Para a análise dos dados foram utilizados os programas Epi-Info 5.1 e SPSS *for Windows*. Inicialmente, calcularam-se as freqüências das variáveis estudadas. O próximo passo incluiu análises bivariadas (teste do qui-quadrado) e cálculo das razões de chance com os seus respectivos intervalos de confiança, para investigar associações entre variáveis selecionadas e interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês e de aleitamento materno nos primeiros seis meses. Posteriormente foi realizada análise multivariada, mediante regressão logística, para verificar a influência de algumas variáveis maternas (idade, escolaridade, cor da pele, renda *per capita* e número de filhos anteriores), que se mostraram relacionadas à duração do aleitamento materno em estudos realizados com a mesma população,[9] nas associações entre prática da amamentação e variáveis relacionadas com as avós.

Como parte da amostra foi submetida a uma intervenção de promoção da amamentação na maternidade, o grupo ao qual pertencia a mãe foi adicionado ao modelo utilizado na regressão logística. A intervenção consistiu em assistir um vídeo contendo informações básicas sobre aleitamento materno, seguido de discussão aberta e distribuição de um folheto. A amostra foi dividida nos seguintes grupos, segundo a intervenção: grupo controle, sem intervenção; grupo em que as mães receberam a intervenção; e grupo em que as mães e os pais sofreram a intervenção.

Para calcular o efeito modificador de algumas variáveis selecionadas na associação entre freqüência do contato com as avós e interrupção do aleitamento materno, calcularam-se as razões de chance ajustadas em sub-grupos segundo idade e escolaridade maternas, cor da pele, ordem de nascimento da criança, renda *per capita* da família e intervenção na

maternidade. Para comparar essas razões de chances, utilizou-se o teste de interação de Wald em modelo de regressão múltipla.

Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

RESULTADOS

Não houve nenhuma diferença estatisticamente significativa quando foram comparadas as características das 53 mães não incluídas no estudo (perdas iniciais) com as 601 que constituíram a amostra estudada, sendo que as características analisadas foram as seguintes: tipo de parto, sexo do recém-nascido, renda *per capita*, estado civil, idade materna e paterna, escolaridade materna e paterna, cor da mãe e do pai, assistência pré-natal e tempo de amamentação de filhos anteriores.

A Tabela 1 apresenta as características da amostra. A maioria das mães era de cor branca (58,8%) e tinha entre 20 e 30 anos (58,3%), entre 5 e 8 anos de escolaridade (45,7%), de 1 a 3 filhos (50,4%) e renda *per capita* entre 0,6 e 1,9 salários-mínimos (50,8%). Aproximadamente 87,0% das avós maternas e paternas estavam vivas.

O estudo revelou que a maioria das mães tem contato freqüente (no mínimo uma vez por semana) com as avós, tanto maternas (67,9%) quanto paternas (56,9%), sendo que para quase 40,0% das mães esse contato é diário com as suas mães e 30% com as suas sogras. A maioria das mães relatou que as avós maternas e paternas acham bom que elas amamentem (93,2% e 84,4%, respectivamente), mas menos da metade admitiu influência das avós nas suas decisões quanto à amamentação (43,3% e 32,4% respectivamente). Segundo as mães, as avós maternas ajudam durante o período da amamentação com mais freqüência do que as avós paternas (59,5% e 47,0%, respectivamente). Pouco mais da metade das avós maternas (56,0%) e paternas (54,0%) aconselharam o uso de água e/ou chá. Uma parcela menor de avós

maternas e paternas tomou a iniciativa de oferecer esses líquidos para a criança (17,3% e 11,3%, respectivamente). Já o uso de outro leite foi menos recomendado (13,5% e 12,3%) e utilizado (4,8 % e 4,0%) pelas avós maternas e paternas, respectivamente.

As Tabelas 2 e 3 apresentam os resultados das análises bivariadas e multivariadas para testar associações entre variáveis relacionadas às avós e interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida das crianças e do aleitamento materno nos primeiros seis meses. Independentemente de características maternas, como idade, cor da pele, escolaridade, renda *per capita*, número de filhos e tipo de intervenção recebida na maternidade, o fato de as avós recomendarem água e/ou chás aumentou significativamente o risco para a criança não estar sendo amamentada exclusivamente no final do primeiro mês (2,22 vezes quando a avó materna aconselhava e 1,83 vezes quando o conselho partia da avó paterna). Quando a avó materna aconselhava o uso de outro leite, o risco para a criança não estar em amamentação exclusiva com um mês de idade aumentou 4,51 vezes e para ter interrompido o aleitamento materno antes dos seis meses, 2,39 vezes. Quando o conselho para dar outro leite partia da avó paterna, esses riscos aumentavam 1,86 vezes e 2,05 vezes, respectivamente. As mães que relataram que as suas sogras não achavam bom que elas amamentassem ou que não sabiam da opinião dela tiveram uma chance praticamente duas vezes maior de cessar o aleitamento materno nos primeiros seis meses. O contato não diário com as avós maternas favoreceu o aleitamento materno até os seis meses, o mesmo não ocorrendo com relação às avós paternas.

Para testar se a presença mais constante de uma das avós estava relacionada com a ausência da mãe do lar (o que poderia influir na duração da amamentação), foram feitas análises bi-variadas (teste do qui-quadrado). Não houve associação entre freqüência do contato com as avós e trabalho materno ao final do primeiro, segundo, quarto ou sexto meses (p variou de 0,20 a 0,83).

A tabela 4 mostra os resultados das análises feitas para testar o efeito modificador de algumas variáveis maternas selecionadas na associação entre contato diário com a avó materna e interrupção da amamentação antes dos seis meses. A única variável que mostrou um efeito modificador próximo da significância estatística foi a cor da pele da mãe (p = 0,06).

DISCUSSÃO

Embora alguns estudos apontem as avós como as pessoas que mais influenciam[11] e apóiam[4,10] as mães durante a amamentação, eles não especificam o tipo de apoio e de influência das avós, e nem avaliam o impacto desse apoio/influência na prática do aleitamento materno. O presente estudo é o primeiro a quantificar a influência de alguns fatores relacionados às avós na prática da amamentação. Confirmou-se a suspeita de que as avós podem influenciar negativamente na duração da amamentação. Independentemente da idade, cor da pele, escolaridade, renda *per capita*, número de filhos e de ter recebido ou não intervenção na maternidade, as mães com contato diário com as suas mães tiveram uma chance maior de interromper o aleitamento materno nos primeiros seis meses após o nascimento da criança. Já o contato mais freqüente com as avós paternas não afetou significativamente a duração do aleitamento materno. Por outro lado, parece que a percepção da mãe de que a sogra aprova a amamentação é importante na manutenção da mesma, pois as mães que relatavam que a sogra não era favorável à amamentação ou desconheciam a opinião da sogra tiveram uma chance quase duas vezes maior de interromper o aleitamento materno nos primeiros seis meses.

Dois estudos anteriores realizados no Brasil[3,6] já haviam levantado a suspeita de que um contato mais íntimo com as avós pudesse ser desfavorável à amamentação. O primeiro,[6] realizado em Porto Alegre, observou que as mães que relatavam ter ajuda de um parente em casa tiveram um risco 67% maior de interromper o aleitamento materno antes dos quatro

meses, ao contrário daquelas que tinham a ajuda de uma empregada doméstica, que mostrou ser um fator de proteção à amamentação. Como o estudo não especifica o tipo de parentesco, os autores especularam que as avós poderiam representar, na maioria das vezes, o referido parente. Já o estudo de Natal, RN,[3] mostrou uma associação entre presença das avós no grupo familiar e menor duração do aleitamento materno exclusivo. No entanto, os autores não definem "presença das avós". No presente estudo não foi encontrada associação entre contato mais freqüente com as avós e interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês. No entanto, o fato de as avós, tanto maternas quanto paternas, aconselharem o uso de água, chás ou outros leites contribuiu significativamente para o abandono da amamentação exclusiva no primeiro mês.

A pesquisa revelou, também, que para a maioria das famílias estudadas, o contato com as avós é freqüente. Muitas famílias, por questões econômicas, continuam a dividir a moradia (ou o terreno) após a formação de uma nova família. Esse fato não pode ser desconsiderado ao se planejar estratégias de promoção do aleitamento materno. É importante também levar em consideração que um percentual expressivo de avós (em torno da metade) aconselhou o uso de água e/ ou chás já no primeiro mês e que essa atitude pode contribuir para o abandono da amamentação exclusiva. Mais de 75% das avós da amostra estudada tiveram seus filhos na década de 60 ou 70, época em que o aleitamento materno, em especial o exclusivo, não era tão valorizado, as taxas de aleitamento materno eram muito baixas, o uso de água e chás era recomendado pelos pediatras e imperava a crença do "leite fraco" ou "pouco leite". Portanto, em muitas situações, as avós estão apenas transmitindo às suas filhas ou noras a sua experiência com amamentação, acreditando ser o mais adequado.

Ao se investigar fatores que pudessem modificar a relação entre freqüência do contato com a avó materna e interrupção da amamentação, encontrou-se que a única variável que mostrou um efeito modificador bem próximo da significância foi a cor da pele da mãe. O

contato diário com a avó materna não interferiu na duração da amamentação entre as mulheres não-brancas (mulatas e negras) enquanto que para as brancas, houve um risco maior que o dobro de interrupção precoce do aleitamento materno na presença desse contato. Esse fato pode estar associado com o achado de que essas mulheres, no sul do Brasil, amamentam mais os seus filhos, independente do nível socioeconômico. Giugliani et al.[7] encontraram, entre filhas de mães brancas de uma população residente em aglomerados urbanos, um risco 78% maior de interromper a amamentação durante o primeiro mês de vida. A cor branca da mãe também foi um fator de risco para interrupção da amamentação no estudo de Kummer et al.,[9] que teve como objetivo acompanhar a evolução da prática do aleitamento materno na mesma população deste estudo.

É necessário cautela na generalização dos resultados desta pesquisa. A população estudada provavelmente representa a população urbana brasileira de menor poder aquisitivo, em que é bastante comum as avós estarem próximas na época do nascimento de uma nova criança na família e, possivelmente, exercerem influência sobre as decisões da mãe relacionadas à alimentação da criança. É possível que em populações distintas a influência exercida pelas avós seja diferente da encontrada neste estudo. Por exemplo, em Lesoto, sul da África, as avós estimulam a amamentação exclusiva, pois consideram a suplementação com água desnecessária e prejudicial à saúde da criança[1].

É importante ressaltar que, apesar de o presente estudo ter revelado uma associação entre contato diário com a avó materna e uma menor duração do aleitamento materno, ele não elucida os fatores envolvidos nesta relação. É provável que as avós estejam repassando as suas experiências vividas há 20-30 anos, contrárias às recomendações atuais das práticas alimentares de crianças. Mas é possível, também, que as mães que tenham contato diário com as suas mães ou sogras deleguem parte do seu papel de mãe a elas, e que isso reflita numa

menor duração do aleitamento materno. Estudos delineados especificamente para investigar essa questão são necessários.

Concluindo, os resultados do presente estudo indicam que as avós podem influenciar negativamente na amamentação, tanto na sua duração quanto na sua exclusividade. Sendo o aleitamento materno um processo altamente influenciado pela cultura, é preciso desenvolver estratégias de promoção dentro de um contexto cultural adequado à população-alvo. Assim, tendo como base os resultados deste estudo, parece razoável afirmar que a inclusão das avós em programas de promoção do aleitamento materno é importante para que, através do diálogo, elas possam expor suas crenças e os seus sentimentos com relação à amamentação e possam receber novas informações. Dessa forma, estarão mais bem preparadas para exercer influência positiva para uma amamentação bem-sucedida de suas filhas ou noras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almroth S, Mohale M Latham MC. Unnecessary water supplementation for babies: grandmothers blame clinics. *Acta Paediatr* 2000; 89: 1408-13.
2. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100:1035-9.
3. Andrade IGM, Taddei JAAC. Determinantes socioeconômicos culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. *Rev Paul Pediatria* 2002; 20: 8-18.
4. Baranowski T, Bee DE, Rassin DK, Richardson CJ, Brown JP, Guenther N, Nader PR. Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision. *Soc Sci Med* 1983; 17: 1599-611.
5. Bryant CA. The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices. *Soc Sci Me* 1982; 16: 1757-65.
6. Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Porto Alegre, Brazil. *Acta Pediatr Scand* 1992; 81: 484-7.
7. Giugliani ERJ, Issler RMS, Kreutz GT, Meneses CF, Justo EB, Kreutz VM, Pires M. Breastfeeding pattern in a population with different levels of poverty in Southern Brazil. *Acta Paediatr* 1996; 85: 1499-500.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Metodologia do Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF 75*. Rio de Janeiro: Fundação IBGE; 1983.
9. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, Santos L, Caetano MB. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saúde Pública* 2000; 34: 143-148.

10. Macaulay AC, Hanusaik N, Beauvais JE. Breastfeeding in the Mohawk community of kahnawake: revisited and redefined. Can *J of Public Health* 1989; 80: 177-81.

11. McLorg PA, Bryant CA. Influence of social network members and health care professionals on infant feeding practices of economically disadvantaged mothers, *Medical Anthropology* 1989; 10: 265-78.

12. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. *Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

13. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996. *Amamentação e Situação Nutricional das Mães e Crianças.* Rio de Janeiro: BENFAM; p. 125-138; 1997.

14. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SK, Maciel M, Simon C, Silveira LC. Does parental breastfeeding knowledge increase breastfeeding rates? *Birth* 1999; 26: 149-56.

15. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization; 1991. WHO/CDD/SER/91.14.

16. World Health Organization. The World Health Organization's infant-feeding recommendation. *Bull World Health Organ*, 73: 165-174, 1995.

Tabela 1 – Características das mães incluídas no estudo

Características	**N° (%) (n=571)**
Idade (anos)	
≤ 19	108 (18,9)
20 – 30	333 (58,3)
31 – 40	122 (21,4)
> 40	8 (1,4)
Cor da pele	
branca	336 (58,8)
não-branca	235 (41,2)
Escolaridade (anos de estudo)	
≤ 4	108 (18,9)
5 – 8	261 (45,7)
> 8	202 (35,4)
Renda *per capita*	
≤ 0,5 SM	105 (18,4)
0,6 – 1,9 SM	290 (50,8)
≥ 2,0 SM	176 (30,8)
N° de filhos anteriores	
nenhum	241 (42,2)
1 – 3	288 (50,4)
> 3	42 (7,4)
Avós maternas	
vivas	496 (86,9)
mortas	75 (13,1)
Avós paternas	
vivas	494 (86,5)
mortas	77 (13,5)

Tabela 2 – Resultado das análises bivariada e multivariada para testar associações entre variáveis relacionadas às avós e ocorrência de interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês

	Avó Materna (n=496)			Avó Paterna (n=494)		
Variável	**Interrupção do AME no 1° mês nº(%)**	**RC bruta (IC95%)**	**RC ajustada* (IC95%)**	**Interrupção do AME no 1° mês nº(%)**	**RC bruta (IC95%)**	**RC ajustada* (IC95%)**
Contato com avó						
Mora junto/diário	121 (64,4)	1,00	1,00	95 (60,5)	1,00	1,00
Pelo menos 1x/semana	86 (57,7)	0,76 (0,49-1,18)	0,79 (0,49-1,26)	66 (53,2)	0,74 (0,46-1,20)	0,76 (0,45-1,26)
Quinzenal/mensal	35 (60,3)	0,84 (0,46-1,54)	0,82 (0,43-1,55)	54 (65,1)	1,22 (0,70-2,11)	1,23 (0,69-2,19)
< 1 vez por mês/nenhum	64 (63,4)	0,96 (0,58-1,58)	0,71 (0,40-1,24)	84 (64,6)	1,19 (0,74-1,93)	1,09 (0,64-1,86)
Avó acha bom que a mãe amamente						
Sim	282 (61,2)	1,00	1,00	250 (60,1)	1,00	1,00
Não/não sabe	24 (68,6)	1,39 (0,66-2,90)	1,11 (0,51-2,43)	49 (62,8)	1,12 (0,68-1,85)	1,18 (0,69-2,00)
Opinião das mães quanto à influência das avós						
Não influencia	162 (60,0)	1,00	1,00	187 (59,2)	1,00	1,00
Influencia	138 (64,2)	1,20 (0,83-1,73)	1,04 (0,70-1,55)	101 (63,1)	1,18 (0,80-1,75)	0,97 (0,63-1,50)
Talvez/não sabe	6 (54,5)	0,80 (0,24-2,69)	0,61 (0,17-2,17)	10 (58,8)	0,99 (0,37-2,66)	0,74 (0,26-2,11)
Participação das avós na amamentação						
Ajuda	178 (60,3)	1,00	1,00	139 (59,9)	1,00	1,00
Indiferente / Atrapalha	128 (63,7)	1,15 (0,80-1,67)	1,03 (0,69-1,54)	159 (60,9)	1,04 (0,73-1,50)	1,08 (0,73-1,60)
Avó aconselhou água e/ou chá						
Não	190 (68,3)	1,00	1,00	146 (54,7)	1,00	1,00
Sim	116 (53,2)	**1,90 (1,32-2,74)**	**2,22 (1,50-3,30)**	153 (67,4)	**1,71 (1,19-2,47)**	**1,83 (1,24-2,71)**
Avó aconselhou outro tipo de leite						
Não	248 (57,8)	1,00	1,00	256 (59,1)	1,00	1,00
Sim	58 (86,6)	**4,70 (2,27-9,73)**	**4,51 (2,14-9,49)**	43 (70,5)	1,65 (0,92-2,96)	**1,86 (1,01-3,42)**

AME = aleitamento materno exclusivo
RC = razão de chance (risco para ter interrompido o aleitamento materno exclusivo)
IC = intervalo de confiança
* ajustado para idade, cor da pele e escolaridade maternas, renda *per capita*, número de filhos e tipo de intervenção.

Tabela 3 – Resultado das análises bivariada e multivariada para testar associações entre variáveis relacionadas às avós e ocorrência de interrupção do aleitamento materno nos primeiros seis meses

Variável	Avó Materna (n=474)			Avó Paterna (n=472)		
	Interrupção do AM nos primeiros 6 meses-nº(%)	**RC bruta (IC95%)**	**RC ajustada* (IC95%)**	**Interrupção do AM nos primeiros 6 meses-nº(%)**	**RC bruta (IC95%)**	**RC ajustada* (IC95%)**
Contato com avó						
Mora junto/diário	99 (55,5)	1,00	1,00	73 (49,0)	1,00	1,00
Pelo menos 1x/semana	61 (43,3)	**0,62 (0,40-0,97)**	**0,62 (0,39-0,99)**	50 (42,0)	0,75 (0,46-1,23)	0,78 (0,47-1,31)
Quinzenal/mensal	19 (35,2)	**0,44 (0,24-0,84)**	**0,47 (0,24-0,91)**	34 (43,0)	0,79 (0,45-1,36)	0,77 (0,43-1,38)
< 1 vez por mês/nenhum	44 (44,4)	0,66 (0,40-1,07)	**0,55 (0,32-0,96)**	62 (49,6)	1,03 (0,64-1,65)	1,03 (0,61-1,74)
Avó acha bom que a mãe amamente						
Sim	206 (46,9)	1,00	1,00	177 (44,4)	1,00	1,00
Não/não sabe	17 (48,6)	1,07 (0,54-2,13)	0,93 (0,45-1,94)	42 (57,5)	**1,70 (1,03-2,81)**	**1,96 (1,15-3,36)**
Opinião das mães quanto à influência das avós						
Não influencia	121 (46,9)	1,00	1,00	139 (46,3)	1,00	1,00
Influencia	97 (47,1)	1,01 (0,70-1,45)	0,88 (0,59-1,30)	71 (45,8)	0,98 (0,66-1,45)	0,80 (0,52-1,22)
Talvez/não sabe	5 (50,0)	1,13 (0,32-4,01)	0,87 (0,24-3,21)	8 (50,0)	1,16 (0,42-3,17)	0,83 (0,28-2,40)
Participação das avós na amamentação						
Ajuda	134 (48,2)	1,00	1,00	106 (47,1)	1,00	1,00
Indiferente / Atrapalha	89 (45,4)	0,89 (0,62-1,29)	0,92 (0,62-1,36)	112 (45,5)	0,94 (0,65-1,35)	1,03 (0,70-1,53)
Avó aconselhou água e/ou chá						
Não	98 (46,7)	1,00	1,00	110 (43,0)	1,00	1,00
Sim	125 (47,3)	1,03 (0,72-1,48)	1,09 (0,74-1,59)	109 (50,5)	1,35 (0,94-1,95)	1,29 (0,88-1,89)
Avó aconselhou outro tipo de leite						
Não	179 (44,0)	1,00	1,00	183 (44,4)	1,00	1,00
Sim	44 (65,7)	**2,44 (1,42-4,19)**	**2,39 (1,37-4,18)**	36 (60,0)	**1,88 (1,08-3,26)**	**2,05 (1,15-3,66)**

AM = aleitamento materno
RC = razão de chance (risco para ter interrompido o aleitamento materno aos 6 meses)
IC = intervalo de confiança
* ajustado para idade, cor da pele e escolaridade maternas, renda *per capita*, número de filhos e tipo de intervenção.

Tabela 4 – Efeitos modificadores de variáveis selecionadas na associação entre contato com a avó materna e interrupção do aleitamento materno antes dos 6 meses

Modificadores do efeito	Razão de Chance (IC 95%) para interrupção da amamentação antes dos 6 meses			
	Contato menos freqüente (semanal/quinzenal ou menos)	Contato mais freqüente (mora junto/diário)	p*	Nº de mães
Idade materna (anos)				
≤ 19 anos	1,00	1,49 (0,96-2,33)	0,81	122
> 19 anos	1,00	1,68 (1,08-2,62)		352
Cor da pele				
Branca	1,00	2,23 (1,22-4,09)	0,06	281
Não branca	1,00	1,05 (0,58-1,94)		193
Escolaridade materna				
Até 8 anos	1,00	1,42 (0,73-2,72)	0,32	303
> 8 anos	1,00	2,13 (1,11-4,08)		171
Renda *per capita*				
Até 1,9 SM	1,00	1,76 (0,85-3,61)	0,60	321
≥ 2,0 SM	1,00	1,40 (0,68-2,87)		153
Filhos anteriores				
Primeiro filho	1,00	1,99 (1,10-3,60)	0,38	203
Segundo filho ou mais	1,00	1,41 (0,78-2,54)		271
Tipo de intervenção na maternidade				
Sem intervenção	1,00	2,01 (1,02-3,96)	0,70	162
Intervenção com as mães	1,00	1,33 (0,67-2,63)		153
Intervenção com as mães e os pais	1,00	1,64 (0,83-3,23)		159

*p = probabilidade de as razões de chance dos sub-grupos serem homogêneos, obtido por meio de teste de interação de Wald. As razões de chance foram calculadas em Modelo de Regressão Logística Múltipla, contendo as seguintes variáveis: idade materna, cor da pele, escolaridade materna, renda *per capita*, número de filhos anteriores e tipo de intervenção na maternidade.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resgate da prática da amamentação, iniciada na década de 70, tem sido uma meta nacional e internacional para aqueles que trabalham com a promoção da saúde infantil. As taxas de amamentação têm aumentado ao longo dos anos, mas ainda estão muito abaixo do que é considerado ideal para a saúde das crianças. Várias estratégias têm sido utilizadas para aumentar a incidência e a duração da amamentação, assim como para identificar os fatores envolvidos no processo, pois amamentar para a mulher é muito mais do que oferecer alimento à criança. O ato de amamentar é um processo complexo que envolve fatores físicos e psíquicos, além de sofrer influências sociais e culturais.

Para o sucesso da amamentação, é fundamental a vontade da mãe em amamentar, mas também é necessário aprendizado e apoio de familiares, da comunidade, das instituições de saúde e do governo. Nesse contexto, o apoio e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo o marido/companheiro e as avós materna e/ou paterna da criança, são de fundamental importância. Mas, para que os pais e as avós possam apoiar e incentivar a amamentação, é necessário que estejam preparados, o que muitas vezes não ocorre. Alguns sentimentos negativos dos pais, comuns após o nascimento de um filho, poderiam ser aliviados se eles estivessem mais bem preparados e orientados para o novo papel. As avós,

por sua vez, muitas vezes transmitem às filhas e noras a sua experiência com a amamentação, que pode ter sido negativa e, provavelmente, diferente das recomendações atuais das práticas alimentares infantis.

Este estudo indicou que a grande maioria dos pais gostaria de ajudar a mãe no período de amamentação, mas, provavelmente por falta de preparo, muitos não sabiam como ajudar. A inclusão do pai na intervenção de promoção do aleitamento materno não aumentou significativamente as freqüências de aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida da criança. Tal dado leva a refletir sobre a importância a ser atribuída ao contexto cultural nas estratégias de promoção do aleitamento materno, já que o vídeo apresentado, ao estimular os pais a envolverem-se nos afazeres domésticos, nos cuidados com outros filhos e na troca de fraldas, pode não ter tido o efeito desejado pela intervenção em razão de uma cultura em que tais tarefas são atribuições femininas apenas. Dessa forma, acredita-se que, levado em consideração o contexto cultural, a inclusão do pai nas estratégias de promoção do aleitamento materno poderá levar ao resultado positivo desejado.

Este estudo também mostrou que as avós, sempre muito próximas à família no momento do nascimento de uma criança, podem exercer influência negativa na amamentação. Para que experiências negativas e informações errôneas não fiquem passando de uma geração a outra, as avós devem ser incluídas em programas de promoção do aleitamento materno.

Cabe considerar também que o estudo avaliou uma intervenção hospitalar realizada em um único momento, e que a realização de estudos com intervenções domiciliares e em mais de um momento poderiam obter resultados diferentes, assim como intervenções realizadas no período pré-natal.

A experiência obtida na realização deste estudo motiva a continuidade desta linha de pesquisa, pois a realização de novos estudos levando em consideração o contexto cultural

envolvendo a figura paterna e as avós permitiriam uma comparação de resultados e uma ampliação de estratégias para promoção do aleitamento materno.

APÊNDICE

Apêndice A - Questionário inicial

INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO DOS PAIS NA DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO:
ESTUDO DE UMA COORTE DE CRIANÇAS NASCIDAS NO HCPA
QUESTIONÁRIO INICIAL

Perguntar: **número:_____**
MORA COM O PAI **Grupo: 1 2 3**
MORA EM POA
SE O BEBÊ ESTÁ NO QUARTO COM A MÃE
SE ESTÁ AMAMENTANDO

Nome da mãe:_____
Nome do pai:_____
Data de nascimento da criança:_____/_____/_____ Nome da criança:_____
ENDEREÇO: Rua:_____Número:_____apto:_____
Bairro:_____ Telefone:_____
Ponto de referência: _____
Ônibus:_____
Descer em qual parada?_____
Telefone para contato:_____
Endereço profissional do pai:_____
Telefone profissional do pai:_____
Pretende mudar de endereço?( )Não
( )Sim Quando?_____Para qual?_____
_____
Qual o melhor horário para visitas domiciliares (para encontrar o pai e a mãe presentes)?
dia da semana_____ horário_____
Qual o melhor horário para encontrar a mãe?_____
( ) qualquer horário

01. Renda familiar mensal:_____salários-mínimos _ _ , _ REFAM
02. Número de pessoas que vivem com esta renda:___ _ _ PESS
03. Renda per capita:_____salários-mínimos _ _ , _RENPC
04. Estado civil: (1) casados _ ESTCIV
(2) solteiros

DADOS SOBRE A MÃE

05. Quantos anos você tem?_____anos _ _ IDADEM
06. Você é: (1) branco _ RACAM
(2) preto
(3) misto
(4) outro_____
07. Qual o seu grau de instrução? _ ESCOLM
(1) analfabeto ou 1a. série incompleta
(2) até 4a. série
(3) ginásio incompl. ou 8a. série incompl.
(4) ginásio compl. ou 8a. série compl.
(5) 2o. grau incompleto
(6) 2o. grau completo
(7) superior incompleto
(8) superior completo
08. Em que você trabalha?_____ _ _ _ OCUPM
09.Quantos filhos você teve?____ **SOMENTE CONTAR OS FILHOS ANTERIORES** _ _ FILHOM
(número de nascidos vivos)

10. Estes filhos foram amamentados? Por quanto tempo? _ _ DURAM
(colocar como resposta o menor tempo lembrado)
COMEÇAR A ENUMERAÇÃO PELO MAIS VELHO
A_____ (77) primeiro filho
B_____
C_____
D_____
E_____
11. Você fez pré-natal? (0) não _ _ PRENAT
( ) sim __ consultas
12. Recebeu alguma orientação sobre amamentação no pré-natal? _ ORIEPNM
(NESTA OU EM OUTRA GRAVIDEZ)
(1) não
(2) sim
13. Você fez algum curso pré -natal? _ CURPNM
(1) não
(2) sim
14. Você gostaria que o seu marido a ajudasse durante o tempo em que você vai amamentar seu _ APMARM
filho? Como ele poderia ajudar?
(1) não (2) sim, mas não sabe explicar como
(3) sim_____
15. Quanto você acha que sabe sobre aleitamento materno? _ CONALM
(1) mais do que o suficiente
(2) suficiente
(3) menos do que o suficiente
(4) muito pouco
(5) nada

CONHECIMENTOS SOBRE AMAMENTAÇÃO
16. Me diga 2 vantagens que a amamentação traz para o bebê: _ VANBBM1
( ) não sabe
_____
_____
17. Me diga uma vantagem que o aleitamento materno traz para a mulher que amamenta: _ VANMAM1
( ) não sabe
_____
18. Em geral você acha que só o leite materno é alimento suficiente para o bebê pequeno? _ LEISUFM1
(1) não
(2) nem sempre
(3) sim.Por quanto tempo?_____meses
(4) não sabe
19. Como você acha que deve amamentar o seu bebê ? _ DEMANM1
(1) sempre que ele quiser
(2) regularmente (a cada 2-3 h)
(3) não tem opinião
20. Quanto tempo você acha que o bebê deve mamar em cada seio? _ TEMPSEM1
(1) 10 ou 15 minuntos (tempo fixo)
(2) o tempo que ele quiser
(3) não sabe
21. O que você acha que pode diminuir a produção de leite materno? _ DIMLMM1
( ) não sabe
_____
_____

22. O que pode ser feito para aumentar a produção de leite materno? _ AUMLMM1
( ) não sabe
_____
_____

23. Na sua opinião, existe mãe com leite fraco? _ LMFRAM1
(1) não
(2) sim
(3) não sabe

24. Você acredita que a criança amamentada ao seio pega menos doenças? _ DOENCM1
(1) não
(2) sim
(3) não sabe

25. Você acha que o bebê precisa tomar água ou chá além do leite materno? _AGCHAM1
(1) não
(2) sim
(3) não sabe

26. Me diga uma maneira de prevenir fissuras: _ FISSUM1
( ) não sabe
_____

27. Você vê algum problema em usar mamadeira enquanto estiver amamentando no peito? _ MADM1
(1) não
(2) sim. Qual?_____
(3) não sabe

28. Se fosse preciso, você saberia como retirar leite do seu peito, usando as mãos? _ ORDENM1
(1) não
(2) sim. **Explicou técnica correta**
(3) sim. **Não soube explicar a técnica correta**

29. SCORE:__ _ _ SCOREM1

30. Por quanto tempo você pretende amamentar o seu bebê ? _ _ AMABBM
___ MESES
(66) o tempo que ele quiser
(77) enquanto tiver leite
(88) não sabe
(55) outra resposta

31. Você mamou no seio? (0) não _ _ MAMOUM
( ) sim___meses
(77) sim. Não sabe quanto tempo
(88) não sabe

PRESENÇA DE FATORES DE RISCO

32. 1. Educação materna menor que 8 anos _ FR1
(0) ausente
(1) presente

33. 2. Amamentou filhos anteriores menos que 3 meses _ FR2
(0) ausente
(1) presente

34. 3. Não recebeu orientação sobre aleitamento no PN _ FR3
(0) ausente
(1) presente

DADOS SOBRE O PAI

35. Quantos anos você tem?_____ anos _ _ IDADEP

36. Você é: (1) branco _ RACAP
(2) preto
(3) misto
(4) outro_____

37. Qual o seu grau de instrução? _ ESCOLP
(1) analfabeto ou 1a. série incompleta
(2) até 4a. série
(3) ginásio incompl ou 8a. série incompl
(4) ginásio compl ou 8a. série compl
(5) 2o. grau incompleto
(6) 2o. grau completo
(7) superior incompleto
(8) superior completo

38. Em que você trabalha?_____ _ _ _ OCUP

39. Além dos ____ filhos, você teve outros filhos que foram amamentados? _ FILHOP
(1) não
(2) sim

40.Recebeu alguma orientação sobre amamentação no pré-natal? _ ORIEPNP
(NESTA OU EM OUTRA GRAVIDEZ)
(1) não
(2) sim

41. Você fez algum curso pré -natal? _ CURPNP
(1) não
(2) sim

42. Quanto você acha que sabe sobre aleitamento materno? _ CONALP
(1) mais do que o suficiente
(2) suficiente
(3) menos do que o suficiente
(4) muito pouco
(5) nada
(6) não sabe

43. Você acha bom que sua esposa amamente seu filho? _ ACHA
(1) não
(2) sim
(3) não tem opinião

44. Você gostaria de ajudar a sua esposa durante o tempo em que ela estará amamentando seu filho? Como você poderia ajudar? _ APMARP
(1) não (2) sim, mas não sabe explicar como
(3) sim_____

CONHECIMENTOS SOBRE AMAMENTAÇÃO

45. Me diga 2 vantagens que a amamentação traz para o bebê: _ VANBBP1
( ) não sabe
_____
_____

46. Me diga uma vantagem que o aleitamento materno traz para a mulher que amamenta: _ VANMAP1
( ) não sabe
_____

47. Em geral você acha que só o leite materno é alimento suficiente para o bebê pequeno? _ LEISUFP1
(1) não
(2) nem sempre
(3) sim.Por quanto tempo?__meses
(4) não sabe

48. Como você acha que sua esposa deve amamentar o seu bebê ? _ DEMANP1
(1) sempre que ele quiser
(2) regularmente (a cada 2-3 h)
(3) não tem opinião

49. Quanto tempo você acha que o bebê deve mamar em cada seio? _ TEMPSEP1
(1) 10 ou 15 minuntos (tempo fixo)
(2) o tempo que ele quiser
(3) não sabe
(4) outra resposta

50. O que você acha que pode diminuir a produção de leite materno? _ DIMLMP1
( ) não sabe

_____
_____

51. O que pode ser feito para aumentar a produção de leite materno? _ AUMLMP1
( ) não sabe

_____
_____

52. Na sua opinião, existe mãe com leite fraco? _ LMFRAP1
(1) não
(2) sim
(3) não sabe

53. Você acredita que a criança amamentada ao seio pega menos doenças? _ DOENCP1
(1) não
(2) sim
(3) não sabe

54. Você acha que o bebê precisa tomar água ou chá além do leite materno? _ AGCHAP1
(1) não
(2) sim
(3) não sabe

55. Me diga uma maneira de prevenir fissuras: _ FISSUP1
( ) não sabe

_____

56 Você vê algum problema em usar mamadeira enquanto o bebê estiver mamando no peito? _ MADP1
(1) não
(2) sim. Qual?_____
(3) não sabe

57. Se fosse preciso, você saberia como sua esposa poderia retirar leite do peito usando as mãos? _ ORDENP1
(1) não
(2) sim. **Explicou técnica correta**
(3) sim. **Não soube explicar a técnica correta**

58 SCORE:__ _ _ SCOREP1

59. Por quanto tempo você gostaria que seu bebê fosse amamentado? _ _ AMABBP
___ MESES
(66) o tempo que ele quiser
(77) enquanto tiver leite
(88) não sabe
(55) outra resposta

60. Você mamou no seio? (0) não _ _ MAMOUP
( ) sim____meses
(77) sim. não sabe quanto tempo
(88) não sabe

61. ENTREVISTADOR ***(1) LULIE*** ***DATA*****_____/_____/_____ _ ENTRE**
(2) MARILEIDE
(3) SUZANE

Apêndice B - Questionário de seguimento 1

PERÍODO DA VISITA:_____A_____
Nome da mãe:_____
Endereço:_____

INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO DOS PAIS NA DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO: ESTUDO DE UMA COORTE DE CRIANÇAS NASCIDAS NO HCPA
QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO 1

número:_____
Grupo: 1 2 3

MÃE
CONHECIMENTOS SOBRE AMAMENTAÇÃO

01. Me diga 2 vantagens que a amamentação traz para o bebê: _ VANBBM2
( ) não sabe
_____
_____

02. Me diga uma vantagem que o aleitamento materno traz para a mulher que amamenta: _ VANMAM2
( ) não sabe
_____

03. Em geral você acha que só o leite materno é alimento suficiente para o bebê pequeno? _ LEISUFM2
(1) não
(2) nem sempre
(3) sim.Por quanto tempo?_____meses
(4) não sabe

*04. Como você acha que deve amamentar o seu bebê ? _ DEMANM2
(1) sempre que ele quiser
(2) regularmente (a cada 2-3 h)
(3) não tem opinião

*05. Quanto tempo você acha que o bebê deve mamar em cada seio? _ TEMPSEM2
(1) 10 ou 15 minuntos (tempo fixo)
(2) o tempo que ele quiser
(3) não sabe

06. O que você acha que pode diminuir a produção de leite materno? _ DIMLMM2
( ) não sabe
_____
_____

07. O que pode ser feito para aumentar a produção de leite materno? _ AUMLMM2
( ) não sabe
_____
_____

08. Na sua opinião, existe mãe com leite fraco? _ LMFRAM2
(1) não
(2) sim
(3) não sabe

09. Você acredita que a criança amamentada ao seio pega menos doenças? _ DOENCM2
(1) não
(2) sim
(3) não sabe

10. Você acha que o bebê precisa tomar água ou chá além do leite materno? _ AGCHAM2
(1) não
(2) sim
(3) não sabe

11. Me diga uma maneira de prevenir fissuras: _ FISSUM2
( ) não sabe
_____

12. Você vê algum problema em usar mamadeira enquanto estiver amamentando no peito? _ MADM2
(1) não
(2) sim. Qual?_____
(3) não sabe

13. Se fosse preciso, você saberia como retirar leite do seu peito, usando as mãos? _ ORDENM2
(1) não
(2) sim. **Explicou técnica correta**
(3) sim. **Não soube explicar a técnica correta**

14. SCORE: __ _ _ SCOREM2

*15. Que tipo de alimentação seu bebê recebeu desde que saiu do hospital? _ TIPLEI1
( ) só seio materno
( ) seio materno + leite materno por mamadeira
( ) seio materno + mamadeira com outro tipo de leite
( ) só mamadeira com outro tipo de leite
( ) água ( ) chá
( ) suco de frutas ( ) sopa
( ) papa de frutas ( ) outros_____

SE A CRIANÇA AINDA ESTIVER SENDO AMAMENTADA

*16. Quando você amamenta seu bebê? _ DEMAND1
( ) a qualquer hora, quando chora de fome
( ) tem horários certos para ser amamentado

*17. Você está recebendo estímulo de alguém para continuar amamentando? De quem?

médico	(1) sim (2) não	_ MED1
enfermeira	(1) sim (2) não	_ ENF1
amigos/vizinhos	(1) sim (2) não	_ AMI1
avó materna	(1) sim (2) não	_ AVOM1
avó paterna	(1) sim (2) não	_ AVOP1
familiar_____	(1) sim (2) não	_ FAM1
outros_____	(1) sim (2) não	_ OUT1

18. Seu marido está lhe dando apoio para continuar amamentando? De que maneira? _ APOIOMA1
(1) sim_____
(2) não (3) não sabe (8) desmamado

SE A CRIANÇA ESTIVER RECEBENDO MAMADEIRA COM OUTRO TIPO DE LEITE

19. Por que o seu bebê começou a tomar mamadeira com outro tipo de leite? _ MOTIMA1
_____
_____

SE A CRIANÇA NÃO ESTIVER MAIS SENDO AMAMENTADA

20. Por qual motivo o seu bebê não está mais mamando no peito? _ DESMAM1
_____
_____

21. Que idade tinha o seu bebê quando mamou pela última vez?_____ MESES _ IDADESM1
(8) está sendo amamentado

22. Você está trabalhando fora de casa? _ TRABAL1
( ) não
( ) sim

*23. Você está recebendo ajuda de alguém nos afazeres domésticos e nos cuidados com a criança? _ AFADOM1
( ) não
( ) sim. De quem ? ( ) empregada
( ) creche
( ) pai
( ) avó
( ) familiar_____
( ) outros_____

AVÓS

MATERNA

24. Está viva? (1) não _ VIDAM
(2) sim

25. Quantas vezes visita? _ VISIVOM
(1) mora junto
(2) diariamente
(3) 2-3 vezes por semana
(4) 1 vez por semana
(5) 1 vez a cada 15 dias
(6) 1 vez por mês
(7) menos que 1 vez por mês
(8) não tem contato

26. Esta avó acha bom que você amamente? _ AVAPOM
(1) não
(2) sim
(4) não sabe

27. Alguma vez esta avó lhe aconselhou a dar água ou chá para o bebê? _ ACOCHAM
(1) não
(2) sim

28. Alguma vez esta avó deu por conta própria água ou chá para o bebê? _ DEUCHAM
(1) não
(2) sim

29. Alguma vez esta avó lhe aconselhou a dar mamadeira com outro leite para o bebê? _ ACOMAM
(1) não
(2) sim

30. Alguma vez esta avó deu por conta própria mamadeira com outro leite para o bebê? _ DEUMAM
(1) não
(2) sim

31. Você acha que a opinião desta avó está influenciando na decisão de amamentar ou não o seu filho? _ OPAVOM
(1) não
(2) talvez
(3) sim
(4) não sabe

*32. Como você vê a participação desta avó neste período em que você está amamentando? _ PARTVOM
(1) ela ajuda
(2) ela não influencia
(3) ela atrapalha
(4) ela não participa

PATERNA

33. Está viva? (1) não _ VIDAP
(2) sim

*34. Quantas vezes visita? _ VISIVOP
(1) mora junto
(2) diariamente
(3) 2-3 vezes por semana
(4) 1 vez por semana
(5) 1 vez a cada 15 dias
(6) 1 vez por mês
(7) menos que 1 vez por mês
(8) não tem contato

35. Esta avó acha bom que você amamente? _ AVAPOP
(1) não
(2) sim
(4) não sabe

36. Alguma vez esta avó lhe aconselhou a dar água ou chá para o bebê? _ ACOCHAP
(1) não
(2) sim
37. Alguma vez esta avó deu por conta própria água ou chá para o bebê? _ DEUCHAP
(1) não
(2) sim
38. Alguma vez esta avó lhe aconselhou a dar mamadeira com outro leite para o bebê? _ ACOMAP
(1) não
(2) sim
39. Alguma vez esta avó deu por conta própria mamadeira com outro leite para o bebê? _ DEUMAP
(1) não
(2) sim
40. Você acha que a opinião desta avó está influenciando na decisão de amamentar ou não o se bebê? _ OPAVOP
(1) não
(2) talvez
(3) sim
(4) não sabe
*41. Como você vê a participação desta avó neste período em que você está amamentando? _ PARTVOP
(1) ela ajuda
(2) ela não influencia
(3) ela atrapalha
(4) ela não participa

PRESENÇA DE FATORES DE RISCO
42. Ausência de empregada _ FR41
(1) ausente
(2) presente
43. Parente ajudando _ FR51
(1) ausente
(2) presente
44. Pai não apoiando a amamentação _ FR61
(1) ausente
(2) presente

PAI
CONHECIMENTOS SOBRE AMAMENTAÇÃO
45. Me diga 2 vantagens que a amamentação traz para o bebê: _ VANBBP2
( ) não sabe
_____
_____
46. Me diga uma vantagem que o aleitamento materno traz para a mulher que amamenta: _ VANMAP2
( ) não sabe
_____
47. Em geral você acha que só o leite materno é alimento suficiente para o bebê pequeno? _ LEISUFP2
(1) não
(2) nem sempre
(3) sim.Por quanto tempo?__meses
(4) não sabe
*48. Como você acha que sua esposa deve amamentar o seu bebê ? _ DEMANP2
(1) sempre que ele quiser
(2) regularmente (a cada 2-3 h)
(3) não tem opinião
49. Quanto tempo você acha que o bebê deve mamar em cada seio? _ TEMPSEP2
(1) 10 ou 15 minuntos (tempo fixo)
(2) o tempo que ele quiser
(3) não sabe

50. O que você acha que pode diminuir a produção de leite materno? _ DIMLMP2
( ) não sabe
_____
_____

51. O que pode ser feito para aumentar a produção de leite materno? _ AUMLMP2
( ) não sabe
_____
_____

52. Na sua opinião, existe mãe com leite fraco? _ LMFRAP2
(1) não
(2) sim
(3) não sabe

53. Você acredita que a criança amamentada ao seio pega menos doenças? _ DOENCP2
(1) não
(2) sim
(3) não sabe

54. Você acha que o bebê precisa tomar água ou chá além do leite materno? _ AGCHAP2
(1) não
(2) sim
(3) não sabe

55. Me diga uma maneira de prevenir fissuras: _ FISSUP2
( ) não sabe
_____

56 Você vê algum problema em usar mamadeira enquanto o bebê estiver mamando no peito? _ MADP2
(1) não
(2) sim. Qual?_____
(3) não sabe

57. Se fosse preciso, você saberia como sua esposa poderia retirar leite do peito usando as mãos? _ ORDENP2
(1) não
(2) sim. **Explicou técnica correta**
(3) sim. **Não soube explicar a técnica correta**

58 SCORE:__ _ _ SCOREP2

ENTREVISTADOR _____ ***DATA***_____/_____/____

Obs: * QUESTÕES ONDE DEVEM SER OFERECIDAS AS RESPOSTAS

Apêndice C- Questionário de seguimento 2

PERÍODO DE VISITA:_____A_____
Nome da mãe:_____
Endereço:_____

INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO DOS PAIS NA DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO: ESTUDO DE UMA COORTE DE CRIANÇAS NASCIDAS NO HCPA
QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO 2

número:_____
Grupo: 1 2 3

*01. Que tipo de alimentação seu bebê recebeu desde que saiu do hospital? _ TIPLEI2
( ) só seio materno
( ) seio materno + leite materno por mamadeira
( ) seio materno + mamadeira com outro tipo de leite
( ) só mamadeira com outro tipo de leite
( ) água ( ) chá
( ) suco de frutas ( ) sopa
( ) papa de frutas ( ) outros_____

*02. Quando você amamenta seu bebê? (ou amamentava, se já estiver desmamado) _ DEMAND2
( ) a qualquer hora, quando chora de fome
( ) tem horários certos para ser amamentado

*03. Você está recebendo estímulo de alguém para continuar amamentando? De quem? (ou recebia antes do desmame)

médico	(1) sim (2) não	_ MED2
enfermeira	(1) sim (2) não	_ ENF2
amigos/vizinhos	(1) sim (2) não	_ AMI2
avó materna	(1) sim (2) não	_ AVOM2
avó paterna	(1) sim (2) não	_ AVOP2
familiar_____	(1) sim (2) não	_ FAM2
outros_____	(1) sim (2) não	_ OUT2

04. Seu marido está lhe dando apoio para continuar amamentando? De que maneira? _ APOIOMA2
(OU DAVA ANTES DO DESMAME)
(1) sim_____
(2) não
(3) não sabe

SE A CRIANÇA ESTIVER RECEBENDO MAMADEIRA COM OUTRO TIPO DE LEITE
05. Por que o seu bebê começou a tomar mamadeira com outro tipo de leite?
_____

SE A CRIANÇA NÃO ESTIVER MAIS SENDO AMAMENTADA
06. Por qual motivo o seu bebê não está mais mamando no peito?
_____

07. Que idade tinha o seu bebê quando mamou pela última vez?_____ MESES _ IDADESM2
(8) está sendo amamentado

08. Você está trabalhando fora de casa? _ TRABAL2
( ) não
( ) sim

*09. Você está recebendo ajuda de alguém nos afazeres domésticos e nos cuidados com a criança? De quem?

empregada	(1) sim (2) não	_ AFAEMP2
creche	(1) sim (2) não	_ AFACRE2
pai	(1) sim (2) não	_ AFAPAI2
avó materna	(1) sim (2) não	_ AFAVOM2
avó paterna	(1) sim (2) não	_ AFAVOP2
familiar_____	(1) sim (2) não	_ AFAFAM2
outros_____	(1) sim (2) não	_ AFAOUT2

PRESENÇA DE FATORES DE RISCO

10. Ausência de empregada __ FR42
    (1) ausente
    (2) presente

11. Parente ajudando _ FR52
    (1) ausente
    (2) presente

12. Pai não apoiando a amamentação _ FR62
    (1) ausente
    (2) presente

Entrevistador:_____ **Data:**_____

Apêndice D - Questionário de seguimento 4

PERÍODO DE VISITA:_____A_____
Nome da mãe:_____
Endereço:_____

INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO DOS PAIS NA DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO: ESTUDO DE UMA COORTE DE CRIANÇAS NASCIDAS NO HCPA
QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO 4

número:_____
Grupo: 1 2 3

*01. Que tipo de alimentação seu bebê recebeu depois que completou 2 meses até 4 meses? _ TIPLEI4
( ) só seio materno
( ) seio materno + leite materno por mamadeira
( ) seio materno + mamadeira com outro tipo de leite
( ) só mamadeira com outro tipo de leite
( ) água ( ) chá
( ) suco de frutas ( ) sopa
( ) papa de frutas ( ) outros_____

*02. Quando você amamenta seu bebê? (ou amamentava, se já estiver desmamado) _ DEMAND4
( ) a qualquer hora, quando chora de fome
( ) tem horários certos para ser amamentado

*03. Você está recebendo estímulo de alguém para continuar amamentando? De quem? (ou recebia antes do desmame)
médico (1) sim (2) não _ MED4
enfermeira (1) sim (2) não _ ENF4
amigos/vizinhos (1) sim (2) não _ AMI4
avó materna (1) sim (2) não _ AVOM4
avó paterna (1) sim (2) não _ AVOP4
familiar_____ (1) sim (2) não _ FAM4
outros_____ (1) sim (2) não _ OUT4

04. Seu marido está lhe dando apoio para continuar amamentando? De que maneira? _ APOIOMA4
(OU DAVA ANTES DO DESMAME)
(1) sim_____
(2) não
(3) não sabe

SE A CRIANÇA COMEÇOU A RECEBER MAMADEIRA COM OUTRO TIPO DE LEITE APÓS A ÚLTIMA VISITA

05. Por que o seu bebê começou a tomar mamadeira com outro tipo de leite?
_____

06. Que idade tinha o seu bebê quando começou a tomar mamadeira com outro tipo de leite?___ _ OULEI4
(7) não está recebendo outro tipo de leite

SE A CRIANÇA NÃO ESTIVER MAIS SENDO AMAMENTADA

07. Por qual motivo o seu bebê não está mais mamando no peito?
_____

08. Que idade tinha o seu bebê quando mamou pela última vez?_____ MESES _ IDADESM4
(8) está sendo amamentado

SE A CRIANÇA COMEÇOU A RECEBER OUTROS ALIMENTOS ALÉM DO LEITE APÓS A ÚLTIMA VISITA (sucos, papas, sopas,etc)

09. Que idade tinha o seu bebê quando começou a receber outros tipos de alimentos?____ _ OUALI4
(7) não está recebendo outros alimentos

10. Você está trabalhando fora de casa? _ TRABAL4
( ) não
( ) sim

*11. Você está recebendo ajuda de alguém nos afazeres domésticos e nos cuidados com a criança? De quem?

empregada	(1) sim (2) não	_ AFAEMP4
creche	(1) sim (2) não	_ AFACRE4
pai	(1) sim (2) não	_ AFAPAI4
avó materna	(1) sim (2) não	_ AFAVOM4
avó paterna	(1) sim (2) não	_ AFAVOP4
familiar_____	(1) sim (2) não	_ AFAFAM4
outros_____	(1) sim (2) não	_ AFAOUT4

PRESENÇA DE FATORES DE RISCO

12. Ausência de empregada _ FR44
(1) ausente
(2) presente

13. Parente ajudando _ FR54
(1) ausente
(2) presente

14. Pai não apoiando a amamentação _ FR64
(1) ausente
(2) presente

Entrevistador:_____ **Data:**_____

Apêndice E - Questionário de seguimento 6

PERÍODO DE VISITA:_____A_____
Nome da mãe:_____
Endereço:_____

INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO DOS PAIS NA DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO: ESTUDO DE UMA COORTE DE CRIANÇAS NASCIDAS NO HCPA
QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO 6

número:_____
Grupo: 1 2 3

*01. Que tipo de alimentação seu bebê recebeu depois que completou 2 meses até 4 meses? _ TIPLEI6
( ) só seio materno
( ) seio materno + leite materno por mamadeira
( ) seio materno + mamadeira com outro tipo de leite
( ) só mamadeira com outro tipo de leite
( ) água ( ) chá
( ) suco de frutas ( ) sopa
( ) papa de frutas ( ) outros_____

*02. Quando você amamenta seu bebê? (ou amamentava, se já estiver desmamado) _ DEMAND6
( ) a qualquer hora, quando chora de fome
( ) tem horários certos para ser amamentado

*03. Você está recebendo estímulo de alguém para continuar amamentando? De quem? (ou recebia antes do desmame)

médico	(1) sim (2) não	_ MED6
enfermeira	(1) sim (2) não	_ ENF6
amigos/vizinhos	(1) sim (2) não	_ AMI6
avó materna	(1) sim (2) não	_ AVOM6
avó paterna	(1) sim (2) não	_ AVOP6
familiar_____	(1) sim (2) não	_ FAM6
outros_____	(1) sim (2) não	_ OUT6

04. Seu marido está lhe dando apoio para continuar amamentando? De que maneira? _ APOIOMA6
(OU DAVA ANTES DO DESMAME)
(1) sim_____
(2) não
(3) não sabe

SE A CRIANÇA COMEÇOU A RECEBER MAMADEIRA COM OUTRO TIPO DE LEITE APÓS A ÚLTIMA VISITA

05. Por que o seu bebê começou a tomar mamadeira com outro tipo de leite?
_____

06. Que idade tinha o seu bebê quando começou a tomar mamadeira com outro tipo de leite?___ _ OULEI6
(7) não está recebendo outro tipo de leite

SE A CRIANÇA NÃO ESTIVER MAIS SENDO AMAMENTADA

07. Por qual motivo o seu bebê não está mais mamando no peito?
_____

08. Que idade tinha o seu bebê quando mamou pela última vez?_____ MESES _ IDADESM6
(8) está sendo amamentado

SE A CRIANÇA COMEÇOU A RECEBER OUTROS ALIMENTOS ALÉM DO LEITE APÓS A ÚLTIMA VISITA (sucos, papas, sopas,etc)

09. Que idade tinha o seu bebê quando começou a receber outros tipos de alimentos?____ _ OUALI6
(7) não está recebendo outros alimentos

10. Você está trabalhando fora de casa? _ TRABAL6
( ) não
( ) sim

*11. Você está recebendo ajuda de alguém nos afazeres domésticos e nos cuidados com a criança? De quem?

empregada	(1) sim	(2) não	_ AFAEMP6
creche	(1) sim	(2) não	_ AFACRE6
pai	(1) sim	(2) não	_ AFAPAI6
avó materna	(1) sim	(2) não	_ AFAVOM6
avó paterna	(1) sim	(2) não	_ AFAVOP6
familiar_____	(1) sim	(2) não	_ AFAFAM6
outros_____	(1) sim	(2) não	_ AFAOUT6

PRESENÇA DE FATORES DE RISCO

12. Ausência de empregada _ FR46
(1) ausente
(2) presente

13. Parente ajudando _ FR56
(1) ausente
(2) presente

14. Pai não apoiando a amamentação _ FR66
(1) ausente
(2) presente

Entrevistador:_____ **Data:**_____

Apêndice F - Texto transcrito do vídeo apresentado às mães dos grupos experimentais 1 e 2 e aos pais do grupo experimental 2

Depois de uma ansiosa espera, o bebê de vocês nasceu! E agora! Quais são as necessidades dessa "pessoinha" que depende totalmente de vocês?

A conversa que teremos agora será sobre amamentação.

- Vantagens da amamentação

- Tem todos os nutrientes para o bebê: Até o sexto mês de vida, o bebê não precisa de nenhum outro alimento além do leite do peito. Ele contém vitaminas, sais minerais, gordura, açúcar e proteínas, todos especialmente preparados para o organismo do bebê.

- Melhor digestão: O leite materno é mais fácil de ser digerido do que qualquer outro tipo de leite.

- Os bebês adoecem menos: As crianças que mamam no peito adoecem menos. O leite materno não tem micróbios e, além disso, tem anticorpos que funcionam como uma verdadeira vacina protegendo o bebê contra doenças. É também mais higiênico, porque sai diretamente do peito para a boca do bebê.

- Maior troca de amor e carinho entre mãe e filho: Amamentar é dar amor, carinho e proteção ao bebê. O bebê que mama no peito se sente amado e protegido, ficando

mais seguro e tranqüilo. A amamentação faz com que a mãe e o bebê se sintam muito próximos.

- Amamentar é mais prático: O leite materno está sempre pronto, na quantidade e temperatura certas. Pode ser dado em qualquer hora e lugar. Nunca azeda ou estraga no peito. O leite materno não precisa ser preparado.

- Amamentar é mais econômico: É mais barato amamentar do que alimentar um bebê com mamadeira. A mamadeira pode custar quase um salário mínimo por mês. Se a mãe amamentar no peito, não vai precisar gastar com outros leites, mamadeiras e bicos e vai economizar gás, sobrando mais dinheiro para toda a família.

- Os bebês têm menos alergia: Os bebês amamentados no peito têm menos alergias que os bebês que recebem mamadeira. Isto acontece porque o leite do peito não tem substâncias estranhas ao organismo do bebê como os outros leites.

- Recuperação mais rápida da mãe: A amamentação após o parto faz com que o útero volte ao tamanho normal mais ligeiro, diminuindo o sangramento. Previne anemia, e a mãe volta mais rapidamente ao seu peso normal.

- Como começar a amamentação

Ninguém nasce sabendo como amamentar e como mamar. A mãe e o bebê têm que aprender juntos. O bebê deve começar a mamar no peito logo após o nascimento. Quanto mais o bebê sugar o peito, mais leite a mãe terá. O leite dos primeiros dias é diferente do leite produzido mais tarde. Tem uma cor amarelada, é transparente e parece mais aguado. É especial para o bebê novinho. Na verdade, esse leite "do começo", que chamamos colostro, é rico em anticorpos que protegem o bebê contra as doenças. Para amamentar, a mãe deve ficar em ambiente calmo, bem relaxada e numa posição em que se sinta confortável. A mãe pode amamentar sentada, deitada, ou em qualquer outra posição em que se sinta bem. É muito importante que o bebê, quando for mamar, abra bem a boca, para que assim ele possa pegar o mamilo e a aréola. Isso é o que chamamos uma boa pega. Se tiver uma boa pega, o bebê irá retirar mais leite, conseguindo se alimentar melhor. Quando o bebê estiver satisfeito, ele pára de mamar. Se a mãe, por algum motivo, precisar terminar a mamada, ela deverá colocar o seu dedinho no canto da boca do bebê, fazendo com que ele solte o peito e chupe o dedo da mãe. Durante a mamada, é importante que a mãe preste atenção no bebê, olhe para ele. Esse contato pele-a-pele, olho-a-olho, é muito importante para que o bebê se sinta seguro e amado.

- Como continuar a amamentação

Nas primeiras semanas, a mãe deve oferecer o peito sempre que o bebê quiser mamar. Não existe hora certa para amamentar. Com o tempo, a mãe e o bebê vão se acertando, e o bebê passará a mamar em horários mais regulares. Fazendo assim, o bebê ficará mais tranqüilo, e os pais não estarão "mimando-o". A duração de cada mamada varia de bebê para bebê, e a mãe não deve ficar nervosa se o bebê for do tipo "preguiçoso". O mesmo bebê poderá sugar mais em uma mamada e menos em outra. A mãe deve oferecer os dois seios em cada mamada, começando pelo seio que você deu por último na mamada anterior. É normal

nos primeiros dias o bebê não conseguir esvaziar os dois seios. O bebê pode mamar só no peito até os seis meses. Não precisa tomar água ou chá, porque o leite já tem água suficiente para o bebê, mesmo no verão. Basta que ele mame no peito sempre que quiser.

- Por que não dar mamadeira

A maneira do bebê sugar o peito é diferente do modo como ele suga a mamadeira. Quando o bebê mama no peito, ele faz bastante força para tirar o leite. Já na mamadeira, o bebê não precisa fazer nenhuma força. O leite sai bem mais fácil. Se a mãe está amamentando e der mamadeira para o bebê, ele pode se confundir. Ele pode se acostumar com a mamadeira e não pegar bem o peito. Outro problema é a sua contaminação por micróbios, que podem causar diarréia e desidratação.

- Como fazer a ordenha manual do leite

A mãe poderá fazer a ordenha (retirada) do leite quando o peito fica muito cheio ou quando, por algum motivo, precisar sair de casa sem o bebê. O leite retirado poderá ser dado ao bebê em copinho ou colherinha pela pessoa que ficar cuidando dele. Como fazer a ordenha:

- Escolha uma xícara, ou um copo de boca bem larga, que devem ser fervidos antes.
- Lave bem as mãos e massageie delicadamente o peito na direção do bico.
- Aperte com os dedos na aréola e solte. Aperte e solte de fora para dentro várias vezes. Apertar de cima para baixo e dos lados também. No começo é possível que o leite não desça, mas depois de apertar algumas vezes o leite começa a pingar, podendo até sair em jato.
- Este leite que foi retirado pode ficar até seis horas fora da geladeira e até um dia na

geladeira. Dura três meses se for congelado (no congelador ou *freezer*). Quando for dado ao bebê, deve ser esquentado em banho-maria.

- Como evitar fissuras no mamilo

Um problema que às vezes acontece e pode atrapalhar a amamentação é a rachadura no bico do peito. Para que elas não apareçam, vamos dar algumas dicas:

- Mantenha o bico do peito sempre seco. Se o leite vazar e for preciso usar algum forro, procure trocá-lo sempre que estiver molhado. A umidade prejudica o bico do peito.

- Não precisa lavar o bico do peito sempre que amamentar; basta fazer a higiene diária. Lavar muito o bico do peito não é aconselhável, porque pode machucá-lo. Após as mamadas, retire um pouco do seu leite e passe no bico do peito, deixando secar.

- Não deixe que o bebê sugue apenas o bico do peito. Lembre-se que a boa pega é importante para que o bebê não machuque o bico do peito.

- Lembre-se de colocar o dedinho na boca do bebê se você precisar terminar a mamada. Se você não fizer isso, o bebê pode machucar o bico do peito.

- Procure o médico se aparecerem sinais de rachadura.

- Existe leite fraco?

Esta é uma grande dúvida das mulheres que amamentam. Não existe leite fraco. Algumas vezes o leite pode estar mais branco, ou mais amarelo, ou pode parecer mais aguado. Mas todos eles são bons e sustentam a criança.

- Pouco leite?

Quase todas as mulheres são capazes de produzir leite em quantidade suficiente para o seu bebê. Para a mãe produzir bastante leite, o bebê deve mamar à vontade, pois quanto mais ele mamar, mais leite a mãe terá. O tamanho do seio não é problema. Mães que têm peitos pequenos amamentam tanto quanto qualquer outra mãe. Por isso, mesmo se a mãe tiver peitos pequenos, pode ficar bem tranqüila. Procure tomar bastante líquidos (águas, chás, sucos, etc.) e comer de tudo (frutas, verduras, legumes, carnes e ovos). Lembre-se que arroz com feijão é um ótimo alimento. Você deve aproveitar algum momento durante o dia para descansar enquanto o seu bebê dorme. Muitas vezes você tem que cuidar do bebê, da casa e de outros filhos. Se você contar com a ajuda do pai e de outras pessoas da família, você se sentirá mais tranqüila, terá mais tempo para se dedicar ao bebê e assim produzirá mais leite. Se você acha que está com pouco leite, não dê mamadeira. Ponha o seu bebê a sugar bastante o seu peito. Desta maneira, você vai produzir mais leite. Se mesmo assim você continuar achando que tem pouco leite, procure o médico.

- Porque o bebê chora?

O choro é a única maneira do bebê mostrar que algo está acontecendo, mas não quer dizer que sempre que ele chore ele esteja com fome. O bebê pode chorar porque está com fome, porque está com as fraldas sujas, porque está com calor ou frio, porque está com cólicas ou porque está querendo carinho e atenção. Sempre que puder, pegue-o no colo, faça carinho e não demore para atendê-lo quando ele começar a chorar. A mãe e o pai devem procurar ficar calmos para poder transmitir segurança e tranqüilidade ao seu bebê.

- Como saber se o bebê está mamando o suficiente?

Você deve prestar atenção nestes sinais: se o bebê, depois de mamar, fica satisfeito e

dorme bem, se o bebê faz xixi várias vezes por dia e se o bebê está crescendo. Se estiver acontecendo, parabéns, a amamentação está indo muito bem!

- Amamentando e trabalhando

Mesmo que você tenha que trabalhar fora de casa, você pode continuar amamentando o seu bebê. É só fazer a ordenha do leite quando você estiver no trabalho. Quem ficar cuidando do seu bebê poderá dar o leite retirado no copinho ou colherinha. Existem leis que apóiam a mãe que amamenta e trabalha. Procure se informar!

- A participação do pai

É muito importante para o sucesso da amamentação que o pai dê apoio e ajude a mãe, inclusive no trabalho de casa. É comum que nas primeiras semanas após o nascimento do bebê a mãe gaste muito tempo com o bebê, principalmente se for o primeiro filho. O pai pode se sentir esquecido pela esposa. Mas você, pai, procure entender que esta situação é passageira. O melhor para todos é que o pai participe de tudo: cuidando do bebê e dos outros filhos e até com os serviços da casa. Isto será uma grande prova de amor para a mãe e para o bebê que chegou.

- Lembre-se:

- A boa pega é muito importante para que o bebê consiga retirar bastante leite e ficar satisfeito.
- Só o leite do peito é o suficiente para o bebê até os seis meses.
- O bebê não precisa tomar água nem chá.
- O bebê deve mamar sempre que quiser.

- Não dê mamadeira: o bebê pode se confundir e não querer mais o peito.
- Nem todo o choro é fome.
- Não existe leite fraco.
- Se você achar que está com pouco leite, coloque o bebê no peito mais vezes.
- Você pode trabalhar fora de casa e amamentar.
- A participação do pai é muito importante.

Apêndice G – Folheto entregue às mães dos grupos experimentais 1 e 2 e aos pais do grupo experimental 2

Apêndice H - Termo de consentimento

Nós, abaixo-assinados, consentimos em participar do projeto de pesquisa sobre alimentação dos bebês nos primeiros meses de vida. Estamos cientes de que a nossa participação consistirá em responder à entrevista realizada durante o período de internação na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a entrevistas realizadas em nosso domicílio, que se darão no primeiro, segundo, quarto e sexto mês de vida de nosso filho.

Porto Alegre, ___ de _____de 199__.

_____

Assinatura da mãe do bebê

_____

Assinatura do pai do bebê