

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: PEDIATRIA

**CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE
ALEITAMENTO MATERNO ANTES E APÓS
ORIENTAÇÃO PÓS-NATAL E SUA RELAÇÃO COM
A PREVALÊNCIA DE AMAMENTAÇÃO NOS
PRIMEIROS SEIS MESES**

LULIE ROSANE ODEH SUSIN

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Porto Alegre, Brasil

1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: PEDIATRIA

**CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE
ALEITAMENTO MATERNO ANTES E APÓS
ORIENTAÇÃO PÓS-NATAL E SUA RELAÇÃO COM
A PREVALÊNCIA DE AMAMENTAÇÃO NOS
PRIMEIROS SEIS MESES**

LULIE ROSANE ODEH SUSIN

A apresentação desta dissertação é exigência do curso de Pós-Graduação em Medicina: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre

Orientadora: Profa. Dra. Elsa Regina Justo Giugliani

Porto Alegre, Brasil

1997

Existem pelo menos três grandes empreendimentos cujo valor supremo é incondicional, não pode ser posto em dúvida por nenhum ser humano. A Arte procura o belo, a Ciência procura a verdade e um empreendimento independente, que não é Arte nem Ciência, embora utilize uma e outra: a Medicina, esforço para minorar o sofrimento dos homens.

Konrad Lorenz

Aos meus pais, Antônio e Zilá, que com amor e dedicação sempre estiveram ao meu lado.

Ao Paulo, que me incentivou e que, com carinho, soube me ouvir nos momentos difíceis.

Ao meu filho Felipe, que suportou minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

- A Elsa R. J. Giugliani, minha orientadora, pelo estímulo e dedicação ao me orientar na elaboração desta dissertação.

- Aos pais que concordaram em participar do projeto de pesquisa e aos seus recém-nascidos.

- A Vera Signorini, incentivadora e amiga, por todo apoio recebido e por seu exemplo profissional, digno de ser seguido. Particularmente, agradeço a ela todo o apoio recebido desde o curso de graduação e a amizade que o tempo só fez fortalecer.

- A todos os professores do Departamento de Patologia da Fundação Universidade do Rio Grande, em especial às professoras Maria Alix Dionello, Dilma Caetano e Fabiane Gatti, que, ao me liberarem para a realização da Pós-Graduação, assumiram minhas funções acadêmicas.

- Aos professores da Disciplina de Pediatria da Fundação Universidade do Rio Grande, pelo incentivo recebido.

- À Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Fundação Universidade do Rio Grande, pelo apoio permanente durante meu afastamento para realização do curso de pós-graduação.

AGRADECIMENTOS

- À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que, através do Programa Institucional de Capacitação de Docentes, concedeu-me uma bolsa de mestrado no País.
- A Suzane Cerutti Kummer, colega e amiga, pela colaboração na realização desta dissertação.
- Ao amigo Ricardo Pereira, pela sua amizade e colaboração na área de informática.
- A Marileide Maciel, por sua colaboração na execução deste trabalho.
- Aos acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que trabalharam com dedicação e eficiência na coleta dos dados e sempre acreditaram na importância do estudo.
- Às equipes de enfermagem do Centro Obstétrico e Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela paciência e colaboração, fundamentais para a elaboração do trabalho.
- A Mário Bernards Wagner, José Roberto Goldin e Lídia do Carmo Nascimento, pelo fundamental auxílio na análise estatística dos dados.
- À secretária da Pós-Graduação em Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rosane, por sua disponibilidade em todos os momentos em que foi solicitada.
- A Clarice Bohn Knies que, com suas sugestões, transformou este trabalho tão extenso em um texto mais fácil de ser lido.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	11
LISTA DE FIGURAS	12
LISTA DE TABELAS	13
RESUMO	17
SUMMARY	19
1 INTRODUÇÃO	21
1.1 INTRODUÇÃO	21
1.1.1 <i>Vantagens do Aleitamento Materno</i>	23
1.1.2 <i>Tendência e Situação do Aleitamento Materno no Brasil</i>	30
1.1.3 <i>Conhecimento das Mães Sobre Aleitamento Materno</i>	32
1.1.4 <i>Conhecimento dos Pais Sobre Aleitamento Materno</i>	35
1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	37
1.3 OBJETIVOS	38
1.3.1 <i>Objetivo Geral</i>	38
1.3.2 <i>Objetivos Específicos</i>	38
1.4 HIPÓTESES	39
2 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO	40
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	40
2.2 POPULAÇÃO ENVOLVIDA NO ESTUDO	40
2.3 POPULAÇÃO-ALVO	41
2.4 AMOSTRA	41
2.4.1 <i>Seleção da Amostra</i>	41
2.4.2 <i>Cálculo do Tamanho da Amostra</i>	41

2.4.3 <i>Alocação para os Grupos</i>	42
2.5 COLETA DOS DADOS	42
2.5.1 <i>Na Maternidade</i>	42
2.5.2 <i>No Domicílio</i>	43
2.6 INTERVENÇÃO	44
2.7 VARIÁVEIS EM ESTUDO	45
2.8 EQUIPE DE TRABALHO	52
2.9 CONTROLE DE QUALIDADE	52
2.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
2.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA	53
2.12 ESTUDO PILOTO	55
3 RESULTADOS	56
3.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA	59
3.2 CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO LOGO APÓS O NASCIMENTO DA CRIANÇA (PRÉ- TESTE) E UM MÊS APÓS (PÓS-TESTE)	61
3.2.1 <i>Conhecimento das Mães e dos Pais em Cada Tópico Pesquisado no Pré- Teste e no Pós-Teste</i>	62
3.2.1.1 <u>Vantagens da Amamentação para a Criança</u>	62
3.2.1.2 <u>Vantagens da Amamentação para a Mãe</u>	68
3.2.1.3 <u>Só o Leite Materno é um Alimento Suficiente para a Criança Pequena?..</u>	68
3.2.1.4 <u>Intervalo entre as Mamadas</u>	68
3.2.1.5 <u>Duração da Mamada</u>	71
3.2.1.6 <u>Fatores que Podem Contribuir para Diminuição do Volume de Leite.....</u>	71
3.2.1.7 <u>Fatores que Podem Contribuir para Aumento da Produção de Leite.....</u>	73
3.2.1.8 <u>Existe Leite Materno Fraco?</u>	75
3.2.1.9 <u>A Criança Amamentada Pega Menos Doenças?</u>	76
3.2.1.10 <u>A Criança Pequena Precisa Tomar Água ou Chá Além do Leite Materno?</u>	76
3.2.1.11 <u>Medidas Preventivas de Fissuras no Mamilo</u>	76
3.2.1.12 <u>Existe Problema em Oferecer Mamadeira para a Criança que está Sendo Amamentada?</u>	78
3.2.1.13 <u>Como Fazer Ordenha Manual</u>	79

3.2.2 <i>Escores Inicial (Pré-Teste) e Final (Pós-Teste)</i>	81
3.3 ESTUDO DO EFEITO DE DETERMINADAS VARIÁVEIS NO CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO, ANTES E APÓS A ORIENTAÇÃO	87
3.3.1 <i>Análise Bivariada</i>	87
3.3.2 <i>Análise Multivariada</i>	91
3.4 ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E PREVALÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NO FINAL DO PRIMEIRO, TERCEIRO E SEXTO MÊS DE VIDA DAS CRIANÇAS	97
4 DISCUSSÃO	104
4.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA	105
4.2 CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO LOGO APÓS O NASCIMENTO DA CRIANÇA (PRÉ-TESTE) E UM MÊS APÓS (PÓS-TESTE)	107
4.2.1 <i>Conhecimento das Mães e dos Pais em Cada Tópico Pesquisado no Pré-Teste e no Pós-Teste</i>	107
4.2.1.1 <u>Vantagens da Amamentação para a Criança</u>	109
4.2.1.2 <u>Vantagens da Amamentação para a Mãe</u>	110
4.2.1.3 <u>Só o Leite Materno é um Alimento Suficiente para a Criança Pequena?..</u>	111
4.2.1.4 <u>Intervalo entre as Mamadas</u>	112
4.2.1.5 <u>Duração da Mamada</u>	113
4.2.1.6 <u>Fatores que Podem Contribuir para Diminuição do Volume de Leite</u>	114
4.2.1.7 <u>Fatores que Podem Contribuir para Aumento da Produção de Leite</u>	117
4.2.1.8 <u>Existe Leite Materno Fraco?</u>	118
4.2.1.9 <u>A Criança Amamentada Pega Menos Doenças?</u>	119
4.2.1.10 <u>A Criança Pequena Precisa Tomar Água ou Chá Além do Leite Materno?</u>	119
4.2.1.11 <u>Medidas Preventivas de Fissuras no Mamilo</u>	120
4.2.1.12 <u>Existe Problema em Oferecer Mamadeira para a Criança que está Sendo Amamentada?</u>	122
4.2.1.13 <u>Como Fazer Ordenha Manual</u>	123
4.2.2 <i>Escores Inicial (Pré-Teste) e Final (Pós-Teste)</i>	124

SUMÁRIO

4.3 ESTUDO DO EFEITO DE DETERMINADAS VARIÁVEIS NO CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO, ANTES E APÓS A ORIENTAÇÃO	127
4.4 ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E PREVALÊNCIAS DA AMAMENTAÇÃO NO FINAL DO PRIMEIRO, TERCEIRO E SEXTO MÊS DE VIDA DAS CRIANÇAS	132
5 CONCLUSÕES	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
ANEXOS	147

LISTA DE ABREVIATURAS

AM	Aleitamento Materno
DP	Desvio Padrão
IC 95%	Intervalo de Confiança de 95%
LM	Leite Materno
RC	Razão de Chance
SM	Salários Mínimos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Médias dos escores iniciais do teste de conhecimentos em aleitamento materno realizado pelas mães, por grupo	81
Figura 2 - Médias dos escores finais do teste de conhecimentos em aleitamento materno realizado pelas mães, por grupo	82
Figura 3 - Médias dos escores iniciais do teste de conhecimentos em aleitamento materno realizado pelos pais, por grupo	84
Figura 4 - Médias dos escores finais do teste de conhecimentos em aleitamento materno realizado pelos pais, por grupo	85
Figura 5 - Prevalências de amamentação no final do primeiro, terceiro e sexto mês..	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Comparação das características da amostra perdida e da amostra estudada (%)	57
Tabela 2	- Características da população estudada, por grupo	59
Tabela 3	- Percentagem de mães e pais do Grupo Controle que acertaram as respostas sobre conhecimentos em aleitamento materno, por tópico pesquisado e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	63
Tabela 4	- Percentagem de mães e pais do Grupo Experimental 1 que acertaram as respostas sobre conhecimentos em aleitamento materno, por tópico pesquisado e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	64
Tabela 5	- Percentagem de mães e pais do Grupo Experimental 2 que acertaram as respostas sobre conhecimentos em aleitamento materno, por tópico pesquisado e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	65
Tabela 6	- Vantagens da amamentação para a criança, citadas pelas mães, por grupo e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	66

Tabela 7 - Vantagens da amamentação para a criança, citadas pelos pais, por grupo e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	67
Tabela 8 - Vantagens da amamentação para a mãe, segundo o conhecimento delas, por grupo e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	69
Tabela 9 - Vantagens da amamentação para a mãe, segundo o conhecimento dos pais, por grupo e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	70
Tabela 10 - Fatores que podem contribuir para diminuição do volume de leite, segundo o conhecimento das mães e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	72
Tabela 11 - Fatores que podem contribuir para diminuição do volume de leite, segundo o conhecimento dos pais e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	73
Tabela 12 - Fatores que podem aumentar a produção de leite materno, segundo o conhecimento das mães e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	74
Tabela 13 - Fatores que podem aumentar a produção de leite materno, segundo o conhecimento dos pais e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	75
Tabela 14 - Medidas preventivas de fissuras no mamilo, segundo o conhecimento das mães e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	77

Tabela 15 - Medidas preventivas de fissuras no mamilo, segundo o conhecimento dos pais e época em que foi aplicado o questionário (pré-teste e pós-teste)	78
Tabela 16 - Comparação entre as médias dos escores inicial e final das mães, por grupo	83
Tabela 17 - Cálculo de mudança percentual entre os escores inicial e final das mães, por grupo.....	83
Tabela 18 - Comparação entre as médias dos escores inicial e final dos pais, por grupo	86
Tabela 19 - Cálculo de mudança percentual entre os escores inicial e final dos pais, por grupos.....	86
Tabela 20 - Análise bivariada do efeito de determinadas variáveis nos conhecimentos inicial e final das mães sobre aleitamento materno.....	88
Tabela 21 - Análise bivariada do efeito de determinadas variáveis nos conhecimentos inicial e final dos pais sobre aleitamento materno.....	90
Tabela 22 - Variáveis estudadas no modelo multivariado, para análise do conhecimento inicial das mães em AM	92
Tabela 23 - Variáveis estudadas no modelo multivariado, para análise do conhecimento inicial dos pais em AM	94
Tabela 24 - Variáveis estudadas no modelo multivariado, para análise do conhecimento final das mães em AM	95
Tabela 25 - Variáveis estudadas no modelo multivariado, para análise do conhecimento final dos pais em AM	96

Tabela 26 - Resultado da análise bivariada do efeito do conhecimento das mães sobre aleitamento materno na prevalência de amamentação no final do primeiro, terceiro e sexto mês.....	99
Tabela 27 - Resultado da análise bivariada do efeito do conhecimento dos pais sobre aleitamento materno na prevalência de amamentação no final do primeiro, terceiro e sexto mês.....	100
Tabela 28 - Efeitos brutos e ajustados do conhecimento das mães nas prevalências de amamentação	102
Tabela 29 - Efeitos brutos e ajustados do conhecimento dos pais nas prevalências de amamentação	103

RESUMO

Um grupo de 601 crianças nascidas na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre julho de 1994 e março de 1995, divididas em um grupo controle e dois grupos experimentais, foi estudado com vistas a avaliar o conhecimento das mães e dos pais de recém-nascidos em relação ao aleitamento materno antes e após orientação fornecida no período pós-parto e sua relação com a prevalência de aleitamento materno no final do primeiro, terceiro e sexto mês após o parto. Independentemente do grupo, as mães e os pais responderam a um questionário de identificação e a um pré-teste sobre aleitamento materno. Os grupos experimentais receberam a intervenção, que consistiu de orientação pós-natal sobre aleitamento materno nas primeiras 48 horas após o parto, fornecida através de um vídeo, com posterior discussão, e um folheto explicativo. No Grupo Experimental 1, apenas as mães receberam a orientação; no Grupo Experimental 2, também os pais receberam. Foram realizadas visitas domiciliares no final do primeiro, segundo, quarto e sexto mês de vida das crianças ou até a interrupção da amamentação. Na visita domiciliar do primeiro mês, foi realizado o pós-teste sobre aleitamento materno. Os resultados indicam que, apesar do alto conhecimento em alguns tópicos, em geral as mães e os pais têm um conhecimento limitado sobre aleitamento materno. A orientação pós-natal aumentou significativamente o conhecimento das mães e dos pais, tendo ocorrido um maior impacto no conhecimento dos pais. As mães que receberam sozinhas a orientação

RESUMO

pós-natal tiveram uma chance 1,7 vezes maior de obter um escore acima da média quando comparadas com as mães que não a receberam, e as que a receberam junto com os pais tiveram uma chance 2,0 vezes maior. Entre os pais que receberam a orientação pós-natal, essa chance foi 4,8 vezes maior em comparação aos pais do Grupo Controle. A experiência vivida ao longo do primeiro mês de vida da criança e as informações obtidas de outras fontes podem explicar, pelo menos em parte, o aumento observado no conhecimento das mães e dos pais que não receberam a intervenção.

O conhecimento inicial das mães sobre aleitamento materno esteve associado à escolaridade, ao tempo médio de amamentação do(s) filho(s) anterior(es), à orientação sobre aleitamento materno no pré-natal e à participação em curso pré-natal, enquanto o conhecimento observado um mês após o nascimento do filho teve relação com a escolaridade, a participação em curso pré-natal e a intervenção. Já quanto aos pais, seu conhecimento inicial esteve associado à escolaridade, e o de um mês após o nascimento do filho, à escolaridade, à renda *per capita*, à orientação sobre aleitamento materno no pré-natal e à intervenção.

Um maior conhecimento sobre aleitamento materno esteve associado às seguintes prevalências de amamentação: o de mães e pais à amamentação exclusiva no primeiro mês e à total no terceiro e sexto mês; no terceiro mês, o conhecimento das mães também esteve associado à amamentação exclusiva.

Este estudo mostrou que estratégias simples para aumentar o conhecimento das mães e dos pais sobre aleitamento materno podem ter impacto positivo nas taxas de aleitamento materno e, conseqüentemente, na saúde e na qualidade de vida das crianças e suas famílias.

SUMMARY

A group of 601 children born in the maternity ward of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, between July 1994 and March 1995, divided into one control group and two experimental groups, was studied to assess the newborns' mothers' and fathers' knowledge regarding breastfeeding before and after guidance supplied during the post-partum period, and how it related to the prevalence of breastfeeding at the end of the first, third and sixth months after birth. No matter which group they belonged to, the mothers and fathers answered a questionnaire for identification and a pre-test on breastfeeding. The experimental groups received intervention, consisting of post-natal guidance on breastfeeding in the first 48 hours post-partum, supplied by means of a videotape, followed by discussion, and an explanatory leaflet. In Experimental Group 1 only the mothers received guidance; in Experimental Group 2 the fathers also received it. Home visits were made at the end of the first, second, fourth and sixth months, or until breastfeeding ceased. During the home visit at the end of the first month the post-test on breastfeeding was performed. The results indicate that, although they know a lot about some topics, mothers and fathers generally have limited knowledge regarding breastfeeding. Post-natal guidance has increased their knowledge significantly, and a greater impact occurred on the fathers' knowledge. The mothers who received the post-natal guidance alone had a 1.7 times greater chance of obtained a score above the average as compared with the mothers who

SUMMARY

did not receive it, and those who received it together with the fathers had a 2.0 greater chance. Among the fathers who received post-natal guidance this chance was 4.8 times greater as compared with the fathers in the Control Group. The experience of the first month of the infant's life and information obtained from other sources may at least partly explain the increased knowledge observed in the mothers and fathers who did not receive the intervention.

The initial knowledge of mothers regarding breastfeeding was associated with schooling, mean time of breastfeeding their previous children, advice on breastfeeding in the ante-natal period and participation in an ante-natal course, whereas the knowledge observed one month after the infant's birth was related to schooling, participation in an ante-natal course and the intervention. As to the fathers, their initial knowledge was associated with schooling, and that of one month after the child was born was related to schooling, per capita income, advice on breastfeeding in the ante-natal period and the intervention.

Greater knowledge on breastfeeding was associated with the following prevalences of breastfeeding: that of mothers and fathers with exclusive breastfeeding in the first month and total in the third and sixth months; in the third month the mothers' knowledge was also associated with exclusive breastfeeding.

This study showed that simple strategies to increase the knowledge of mothers and fathers on breastfeeding could have a positive impact on the breastfeeding rates and, consequently, on the health and quality of life of the children and their families.

1 INTRODUÇÃO

1.1 INTRODUÇÃO

Desde o começo da espécie humana, a mulher tem procurado um substituto para o leite humano (GRANT, 1968). Relatos sobre os primórdios dessa alimentação (achados arqueológicos datando de 2.000 A.C.) descrevem xícaras com biqueiras encontradas em túmulos de crianças mortas na época da lactação (LAWRENCE, 1994).

No Brasil, assim como em outros países escravagistas, as mães nobres não amamentavam os filhos, e escravas eram utilizadas como amas-de-leite (FREIRE, 1980). Após 1760, publicações recomendavam às mães que cuidassem pessoalmente de seus filhos e “ordenavam” que elas os amamentassem, pois as taxas de mortalidade infantil eram altíssimas (BADINTER, 1985).

No decorrer do século XX observaram-se mudanças profundas quanto ao hábito de amamentar nas classes sociais. Nas décadas de 40 e 50, as taxas de amamentação entre as mulheres de classe social mais elevada eram muito baixas; nas décadas de 60 e 70, elas eram baixas tanto entre as mulheres de classe social elevada como entre as mulheres mais pobres (LIMA & LIMA, 1982). Nos países desenvolvidos, a tendência de retorno ao aleitamento materno (AM) é particularmente evidente entre mulheres de maior

escolaridade e melhor nível sócioeconômico. Nos países em desenvolvimento, apesar dos poucos dados disponíveis, a relação entre nível sócioeconômico e duração da amamentação é considerada negativa (MONTEIRO et al, 1988).

A Organização Mundial de Saúde acredita que as mudanças observadas nos padrões do AM fazem parte do desenvolvimento sócioeconômico e cultural (WILLIAMSON, 1989). Em comunidades tradicionais, quase todas as mulheres amamentam. Nas sociedades em desenvolvimento, as mais educadas passam a preferir as facilidades da mamadeira, comportamento seguido por mulheres de outros estratos sociais, atingindo inclusive as mais pobres e as residentes em áreas rurais. Nas sociedades desenvolvidas, são as mulheres mais educadas que passam a valorizar o AM, adotando novamente esta prática, que, mais uma vez, é seguida por mulheres de outros estratos sociais.

O AM, segundo alguns, não é um ato puramente instintivo. O ser humano associa aprendizagem, interações, inter-relações, escolhas, prazer e amor à sua biologia (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 1992), e, nos dias atuais, a opção pela amamentação, ou não dos filhos tem sido uma escolha pessoal de cada mãe (GIUGLIANI, 1994).

Nas sociedades modernas, muitas mulheres se viram privadas do apoio e dos conhecimentos de familiares, que transmitiam a sua experiência com amamentação às novas mães. Em função dessas mudanças, as mães, principalmente as que estão amamentando pela primeira vez ou as que interromperam a amamentação precocemente em filhos anteriores, passaram a necessitar de orientação e apoio de outras pessoas.

Apesar desta necessidade, segundo a avaliação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, 58,8% das parturientes não recebem qualquer esclarecimento quanto à amamentação nas maternidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991).

1.1.1 Vantagens do Aleitamento Materno

Na década de 80, foram descritos inúmeros benefícios do leite materno (LM) para a saúde da criança e da mãe. Com o objetivo de fazer uma ampla divulgação desses benefícios, foi realizada, em 1991, por médicos americanos, uma ampla revisão sobre aspectos epidemiológicos do AM. O estudo da relação entre amamentação e saúde da criança revelou que o aumento do uso da mamadeira em países pobres trouxe resultados desastrosos. Evidências epidemiológicas indicam importante proteção do LM contra infecções gastrintestinais e significativa diminuição de outros tipos de infecções, incluindo pneumonia, bacteriemia e meningite (CUNNINGHAM et al, 1991).

Em 1993, um grupo de peritos em nutrição infantil da América Latina, em reunião para discutir a nutrição e a alimentação de crianças menores de seis anos, ressaltam que a promoção e o apoio ao AM devem ocupar uma posição prioritária nos esforços para melhorar a saúde e a nutrição durante a infância. Os peritos destacam especialmente a grande contribuição que o AM pode representar nos países da América Latina no combate à redução da mortalidade infantil, da incidência e duração de enfermidades diarreicas e outras infecções, dadas as condições em que vive grande parte da população desses países

e as limitações de alguns sistemas de saúde para implementar medidas preventivas efetivas (O'DONNELL et al, 1994).

Não há dúvidas de que o LM é o melhor alimento para a criança pequena. A Organização Mundial de Saúde recomenda a amamentação exclusiva até o 4º-6º mês de vida e parcial até o final do segundo ano de vida (OMS/UNICEF, 1989). A interrupção da amamentação nos primeiros meses de vida e a introdução precoce de alimentos diferentes do LM antes dos quatro meses podem ter efeitos nocivos na saúde da criança, principalmente entre aquelas que vivem em condições ambientais precárias (GIUGLIANI, 1994).

Estima-se que o AM previna, anualmente, mais de seis milhões de mortes de crianças menores de um ano. Mais de dois milhões de mortes (de um total de nove milhões) poderiam ser evitadas se a amamentação ótima (exclusiva até quatro-seis meses e parcial até o final do primeiro ano de vida) fosse praticada universalmente. Somente na América Latina, 270.000 vidas de crianças menores de um ano são salvas anualmente pela prática da amamentação. Outras 170.000 poderiam ser salvas (de um total de 650.000 mortes anuais) se essa prática fosse universal (HUFFMAN et al, 1991).

No início da década de 90, foi relatado pela Organização Pan-Americana de Saúde que, na América Latina e no Caribe, o risco de mortalidade infantil era três a cinco vezes maior em crianças alimentadas artificialmente. Globalmente, a maioria das mortes relacionadas à alimentação com leite não-humano era devida à doença diarreica. Somente na América Latina, haviam sido registradas mais de 500.000 mortes anuais por infecção intestinal em crianças abaixo de cinco anos de idade (MACEDO, 1988).

Num estudo de casos e controles sobre mortalidade infantil realizado em Porto Alegre e Pelotas, foi verificado que a alimentação do bebê com leite não-humano é um importante fator de risco para morte por diarreia e infecções respiratórias. As crianças não amamentadas, comparadas com aquelas em amamentação exclusiva, tiveram um risco 14,2 e 3,6 vezes maior de morrer por diarreia e infecção respiratória, respectivamente. Para as crianças alimentadas parcialmente ao seio, esse risco foi de 4,2 e 1,6 vezes. O risco de morte por outras doenças infecciosas, além da diarreia e das infecções respiratórias, também foi maior naquelas crianças não amamentadas (risco relativo = 2,5) (VICTORA et al, 1987).

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado efeito protetor do LM contra diversas doenças infecciosas, em especial contra as infecções gastrintestinais em crianças de baixo nível sócioeconômico. FEACHEN & KOBLINSKI (1984), revisaram 35 estudos realizados em 14 países e encontraram relato de proteção do AM contra diarreia em 83% dos trabalhos. GONÇALVES SOBRINHO (1982) e BARROS FILHO et al (1985), em estudos prospectivos realizados na região de Ribeirão Preto (SP), mostraram uma associação estatisticamente significativa entre ausência de LM e maior incidência de episódios de diarreia nos primeiros seis meses de vida. VICTORA et al (1992), num estudo de casos e controles, demonstraram que crianças com diarreia, não amamentadas, tiveram um risco 3,3 vezes maior de desidratar do que crianças amamentadas. Alguns estudos relatam que este efeito protetor do LM pode diminuir ou desaparecer quando se adiciona à dieta da criança qualquer outro alimento, inclusive água ou chás (BARROS & VICTORA, 1990; VICTORA et al, 1989; BROWN et al, 1989; POPKIN et al, 1990).

Os resultados de vários estudos indicam uma menor incidência de infecções respiratórias em crianças amamentadas (BROWN et al, 1989; CHANDRA, 1979; CUNNINGHAM, 1979; HOWIE et al, 1990). FRANK et al (1982) sugerem que as doenças respiratórias são menos graves nas crianças amamentadas. A proteção do LM contra infecções respiratórias parece ser mais significativa quando a amamentação é exclusiva (CHANDRA, 1979) e se estende aos primeiros seis meses de vida da criança (VICTORA et al, 1987).

SAARINEN (1982), num estudo de coorte realizado com crianças finlandesas de classe média-alta, descreveu que aquelas amamentadas por menos de 2 meses apresentaram um risco 3,3 vezes maior de apresentar dois ou mais episódios de otite média, no primeiro ano de vida, quando comparadas com crianças exclusivamente amamentadas por, no mínimo, seis meses. A duração da otite média secretória parece, também, ser menor em crianças amamentadas ao seio (TEELE et al, 1989). Outros estudos também demonstraram uma associação entre AM e um menor número de episódios de otite média (CHANDRA, 1979; CUNNINGHAM, 1979).

Mais recentemente, tem sido sugerido que crianças amamentadas apresentam menos episódios de infecções do trato urinário. MARILD et al (1989) relataram que as crianças com o primeiro episódio de pielonefrite tinham tido 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 6 meses de idade e amamentadas exclusivamente ou parcialmente ao seio, quando comparadas com as crianças que nunca foram amamentadas. KRIPKA

(1996), contudo, num estudo de casos e controles realizado em Porto Alegre, não confirmou a associação relatada na literatura entre AM e menor risco de infecção do trato urinário em lactentes.

O LM permite uma fácil digestão e contém todos os elementos essenciais para um adequado crescimento da criança, mostrando-se superior a outros tipos de leite (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1978). Tem sido relatado que, em geral, o LM exclusivo é suficiente para um crescimento adequado até os seis meses de vida (BARROS FILHO et al, 1991; MURAHOVSKI, 1987). Mesmo em populações de baixo nível sócioeconômico, estudos demonstram que crianças que recebem exclusiva ou predominantemente LM se desenvolvem bem nos primeiros seis meses de vida (LAUBER & REINHARDT, 1979; GOPOLAN, 1956; PIMENTEL et al, 1991) e apresentam um melhor estado nutricional do que as crianças alimentadas com leite não-humano (SEWARD & SERDULA, 1984).

Também tem sido estudada a influência do LM no nível de inteligência das crianças. LUCAS et al (1992), num estudo realizado na Inglaterra, após avaliarem o Quociente de Inteligência (QI) aos oito anos de idade de 300 crianças pré-termo, concluíram que aquelas que receberam LM (mesmo por sonda nasogástrica) apresentaram um QI significativamente maior em relação às amamentadas com leites artificiais.

LANTING et al (1994), na Inglaterra, realizaram um estudo com 804 crianças a fim de avaliarem uma possível relação entre AM e desenvolvimento neurológico a longo prazo. As crianças foram avaliadas logo após o nascimento e aos nove anos de idade. Os resultados sugerem um efeito benéfico, ainda que pequeno, do AM no desenvolvimento

neurológico das crianças. Esse efeito tem sido atribuído, pelo menos em parte, à presença de ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa no LM.

Um aspecto interessante do uso de outros leites que não o humano é a sua possível associação com desordens do sistema imune. Alergias alimentares aparecem menos freqüentemente em crianças amamentadas exclusivamente ao seio (GERRARD et al, 1973) e a dermatite atópica parece ter seu início adiado (CHANDRA et al, 1989; LUCAS et al, 1990). O uso de leites de outras espécies, durante a infância, pode causar hipertrofia linfóide (HOLLAND et al, 1962; BOAT et al, 1975) e alguns dos fenômenos imunológicos associados com doenças auto-imunes (ANDERSON et al, 1974), pode acelerar o desenvolvimento de doença celíaca (GRECO et al, 1988) e ser um fator de risco para doença de Crohn e colite ulcerativa na idade adulta (KOLETZKO et al, 1989; WHORWELL et al, 1979). Ainda é bastante discutido a relação entre o uso de leite não-humano na dieta infantil e o desenvolvimento de *diabetes mellitus*. MAYER et al (1988) sugerem que o *diabetes mellitus* tipo I possa ser resultado de uma agressão imunológica às células beta pancreáticas causada pelo uso de outro leite que não o humano, podendo ser responsável por 2 a 26% dos casos dessa doença. Entretanto, ELLIS & ATKINSON (1996), analisando criticamente o que foi publicado na literatura sobre o assunto, não encontraram evidências que confirmem a associação entre o uso precoce de leite de vaca na dieta infantil e o desenvolvimento de *diabetes mellitus* insulino-dependente. Finalmente, a amamentação tem um papel na prevenção e modificação de certos tipos de doenças hepáticas crônicas, cujo mecanismo protetor pode ser simplesmente o de evitar a toxicidade hepática por cobre presente no leite ou água contaminados. Os mecanismos

pelos quais o LM protege contra todas estas doenças ainda não são conhecidos (WEISS et al, 1989).

Para a mulher que amamenta, têm sido descritas vantagens como involução uterina pós-parto mais rápida, proteção contra anemia (amenorréia pós-parto mais prolongada) e menor incidência de câncer de ovário (SCHNEIDER, 1987). Com relação ao câncer de mama, os estudos de caso-controle tendem a mostrar o AM como fator de proteção para o câncer de mama, enquanto os estudos prospectivos mostram uma proteção fraca ou não significativa. A amamentação prolongada, no mínimo, retarda o surgimento do câncer de mama entre mulheres com risco de desenvolvê-lo; quanto mais uma mulher amamentar, menor será a sua chance de vir a desenvolver câncer de mama antes da menopausa (THOMAS & NOOMAN, 1993).

Nos primeiros seis meses após o parto, se a mulher ainda não menstruou e a criança se alimenta exclusiva ou predominantemente ao seio, a mãe terá uma proteção de 98% contra uma nova gravidez (FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, 1988). Nas populações que praticam o AM, o intervalo entre os nascimentos é, em média, 50% maior do que nas populações que não o praticam (BROWN, 1982). No Chile, os resultados de um estudo prospectivo realizado com 735 mães mostraram o impacto que um programa de promoção do AM pode ter no período infértil pós-parto, cuja duração aumenta de forma significativa (PÉREZ & VALDÉZ, 1991).

O ato de amamentar pode ser muito prazeroso para a mãe e para a criança, proporcionando, assim, um maior vínculo afetivo entre eles. É um momento de troca de afeto, especialmente quando há o contato pele-a-pele e olho-a-olho. A mulher que

amamenta com sucesso freqüentemente refere um sentimento de realização como mulher e mãe, o que transmite maior segurança e tranqüilidade à criança (GIUGLIANI, 1994). Algumas mães também acham mais prático amamentar do que dar mamadeira, pois, a qualquer hora e em qualquer lugar, o leite está pronto e na temperatura adequada.

O fator econômico também deve ser lembrado, pois, mesmo levando em consideração os alimentos extras que a mãe deve ingerir durante a lactação, é mais econômico alimentar uma criança ao seio do que alimentá-la com leite de vaca ou com outras fórmulas. Além da família, a comunidade e o Estado têm vantagens com o fator econômico, pois uma população mais sadia terá menos gastos com medicações, exames complementares e internações hospitalares.

1.1.2 Tendência e Situação do Aleitamento Materno no Brasil

O levantamento nacional realizado pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1989, mostrou uma tendência ascendente da amamentação no Brasil desde 1981, provavelmente devido a resultados dos esforços empreendidos pelos diversos setores governamentais e não-governamentais envolvidos com a promoção do AM, além do reconhecido papel dos avanços obtidos na legislação no que se refere à regulamentação da comercialização de produtos substitutivos do LM e às licenças-maternidade e paternidade. A mediana do AM geral encontrado foi de 134 dias e a do AM exclusivo ou predominante foi de 72 dias. A mediana do AM exclusivo ou predominante foi de 86 dias na região Sul do País, de 92 dias na região Centro-Oeste (a maior do País) e de 41 dias no Nordeste (a menor). Neste estudo, ficou evidenciado que as mães de baixo nível sócioeconômico

tendem a amamentar por mais tempo. A mediana da amamentação para o grupo com renda de até 0,5 salários mínimos (SM) *per capita* foi de 168 dias, enquanto que para as crianças pertencentes aos domicílios de níveis de renda 2 (0,5 a 2,0 SM) e 3 (2,0 SM ou mais) foram de 115 e 104 dias, respectivamente. Já o padrão de aleitamento exclusivo ou predominante apresenta um comportamento inverso. Crianças de baixa renda são amamentadas neste regime por apenas 65 dias, enquanto que as pertencentes a famílias de rendas mais altas são amamentadas por cerca de 95 dias. Analisando separadamente as zonas urbana da zona rural, foram encontradas as seguintes medianas (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1989):

- zona urbana: – AM geral 123 dias
 - AM complementado com água e chás..... 74 dias
- zona rural: – AM geral 191 dias
 - AM complementado com água e chás 64 dias

Um estudo recente avaliou a evolução da prática da amamentação no País nas décadas de 70 e 80. Foi observado, através da comparação de dados de duas pesquisas nacionais (Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF/75 e Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN/89), um aumento substancial na frequência da amamentação na idade de um, três e doze meses (13, 18 e 14 pontos percentuais, respectivamente). Entre 1975 e 1989, o tempo mediano de amamentação no País passou de 2,5 para 5,5 meses. Foi demonstrada uma tendência ascendente da prática da amamentação em todos os estratos da população. Os aumentos mais acentuados ocorreram entre as mulheres de maior poder

aquisitivo e de maior escolaridade, nas áreas urbanas de um modo geral e na região Centro-Sul do País (VENANCIO, 1996).

Dados recentes, obtidos da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996, mostram que 14,6% das crianças abaixo de três meses não tinham sido amamentadas no dia anterior à entrevista; entre as crianças de quatro e seis meses, esse percentual aumentou para 36,3% e, entre as de sete e nove meses, para 56,9%. Quarenta por cento das crianças menores de três meses tinham sido exclusivamente amamentadas no dia anterior à entrevista mas, entre as de quatro e seis meses, essa proporção baixou para 12,8%. Foi observada uma percentagem bastante alta de crianças de até três meses (41,9%) e entre quatro e seis meses (45,3%) amamentadas e que recebem complementação (PESQUISA NACIONAL SOBRE DEMOGRAFIA E SAÚDE, 1996).

1.1.3 Conhecimento das Mães Sobre Aleitamento Materno

Ao longo dos anos, foram descritos fatores que exerceriam influência na decisão da mãe em amamentar ou não o seu filho e na duração da mesma (FORMAN, 1984). Dentre estes fatores (culturais e emocionais), encontra-se o conhecimento das mães sobre aleitamento materno (ALLEN & PELTO, 1985; GULICK, 1982; LYNCH et al, 1986).

Alguns estudos associam um maior conhecimento da mãe sobre AM com a decisão dela de amamentar o seu filho (FREED & FRALEY, 1993; GROSSMAN et al, 1990).

FREED & FRALEY (1993) , num estudo realizado com 268 mães em Houston (EUA), mostraram que as mães que optaram por amamentar os filhos tinham mais

conhecimentos sobre os benefícios do AM do que aquelas que optaram por oferecer-lhes mamadeira.

GROSSMAN et al (1990) ofereceram orientação sobre AM para gestantes de baixa renda que procuraram atendimento na clínica pré-natal do Hospital da Universidade de Ohio, Estados Unidos. As gestantes participaram de, no mínimo, duas reuniões pré-natais e de encontros individuais com uma enfermeira, sendo também entregue a elas uma série de três folhetos com orientações sobre AM. Foi aplicado um pré e um pós-teste para testar seu conhecimento sobre AM, sendo o pré-teste aplicado durante o pré-natal e o pós-teste na maternidade. Os resultados mostraram que as mães que receberam a educação pré-natal sobre AM apresentaram um conhecimento significativamente maior quando comparado com o grupo que não recebeu orientação. Este maior conhecimento foi associado com a decisão da mãe de amamentar.

Em Baltimore (EUA), num estudo com 100 puérperas que estavam amamentando e 100 puérperas que optaram por oferecer fórmula a seus filhos foi encontrado um conhecimento significativamente maior sobre AM entre as mães que iniciaram a amamentação, quando comparadas com aquelas que optaram pela mamadeira (GIUGLIANI et al, 1993 – comunicação pessoal).

Também tem sido estudada a associação entre conhecimento da mãe sobre AM e duração da amamentação. GULICK (1982), num estudo realizado nos Estados Unidos com 88 primigestas, encontrou uma associação entre mães mais bem informadas a respeito do AM e amamentação com duração superior a 1 mês.

JENNER (1988), num estudo realizado com primíparas, mostrou que as mães que receberam orientação sobre AM apresentaram uma taxa de amamentação exclusiva nos três primeiros meses significativamente maior do que as mães que não receberam a orientação.

Entretanto, GIUGLIANI et al (1995), num estudo transversal com 100 mães de primogênitos entre seis e doze meses que procuraram atendimento pediátrico no Serviço de Emergência ou no Pronto Atendimento do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, não encontraram associação entre a orientação que as mães relataram ter recebido nas maternidades e durante o seguimento das crianças com o conhecimento dessas mães sobre vários aspectos do AM.

O estudo realizado por KAPLOWITZ & OLSON (1983) avaliou a influência do conhecimento da mãe na decisão de iniciar e de manter a amamentação. Foi aplicado um programa educativo para gestantes de baixa renda que participavam de um programa de suplementação alimentar especial em Nova York, Estados Unidos. O programa educativo consistiu de cinco folhetos com informações sobre AM enviados pelo correio para a casa dessas gestantes. Os folhetos abordavam vantagens da amamentação, fisiologia básica da lactação e técnica de amamentação. As mães foram entrevistadas antes e depois da intervenção, sendo que dez perguntas eram referentes a conhecimentos sobre AM. O sistema de score elaborado para avaliar as respostas permitiu mostrar que o programa educativo aumentou efetivamente o conhecimento, mas não causou impacto positivo nas atitudes das mães nem aumentou a incidência ou a duração da amamentação.

1.1.4 Conhecimento dos Pais Sobre Aleitamento Materno

Atualmente, nas sociedades modernas, o marido/companheiro tem sido considerado uma das fontes mais significativas de estímulo para amamentar que uma mulher pode receber. Vários estudos suportam esta hipótese, destacando a importância da inclusão do pai nos programas de incentivo ao AM (VALDECAÑAS et al, 1981; JONES, 1987; MCLORG & BRYANT, 1989; ISSLER et al, 1989; ARMOTRADING et al, 1992; GIUGLIANI et al, 1992; GIUGLIANI et al 1994; ISABELLA & ISABELLA, 1994; MCCLURG-HITT & OLSEN, 1994; LOSCH et al, 1995; KESSLER et al, 1995).

JORDAN (1986) acredita que o pai deva ser incluído nos ensinamentos e na prática da amamentação tanto quanto possível, e que ele deva, inclusive, conhecer a técnica de amamentação. O fato de possuírem esses conhecimentos poderá, segundo a autora, minimizar a sensação de exclusão que freqüentemente acomete os pais.

Um estudo sueco, realizado por CHÂTEAU et al (1977), avaliou programas de educação sobre AM como fator de promoção do mesmo. Foram entrevistados mães (primíparas) e pais de recém-nascidos a termo e saudáveis. Foi observado que oferecer informações sobre AM para o pai, no período em que a mãe está na maternidade, foi um importante fator de promoção para o AM. Entretanto, este estudo apresenta falhas metodológicas (amostra pequena e não-randomizada), que limitam as suas conclusões.

Apesar de cada vez mais ser dado importância para o papel do pai no incentivo à amamentação, algumas pesquisas recentes demonstram que existem muitas percepções

errôneas e falta de conhecimentos com relação à lactação entre os pais das crianças que são amamentadas (GIUGLIANI et al, 1994; FREED et al, 1992).

GIUGLIANI et al (1994) realizaram, em Baltimore (EUA), um trabalho com 181 pais com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre AM 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 haviam sido amamentados. Os pais com filhos anteriores que haviam sido amamentados, os que participaram de reuniões pré-natais e os que receberam informações sobre AM da equipe de saúde tiveram significativamente mais chance de ter um melhor conhecimento sobre AM.

FREED et al (1992) estudaram a expectativa e o conhecimento de 268 pais em relação ao AM. As entrevistas foram realizadas, durante o atendimento pré-natal, em cinco hospitais particulares de Houston (EUA). Cinquenta e oito por cento dos pais disseram que a esposa/companheira pretendia amamentar exclusivamente. Várias diferenças significativas foram observadas entre estes pais e aqueles que disseram que a esposa/companheira pretendia oferecer somente fórmula láctea para o filho. Os primeiros acreditavam mais que o AM 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 AM deformasse os seios e interferisse na relação sexual do casal. A maioria dos pais dos dois grupos não aceitava o fato da criança ser amamentada em público. Os autores sugerem que os pais sejam incluídos em programas educacionais que os preparem para oferecer apoio à amamentação.

1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Independentemente do tipo de ação adotada para a promoção do AM, parece ser imprescindível a conscientização da importância do AM. Também parece lógico que o conhecimento das mães e dos pais em AM auxilie na conscientização dessa importância e no manejo de situações que possam levar à interrupção precoce da amamentação. É possível, também, que a orientação sobre AM melhore as atitudes dos pais com relação à amamentação e desfaça alguns tabus sobre esta prática. Talvez o pai, mais informado, sinta-se mais preparado para influenciar a mãe na opção pela amamentação e para ajudá-la a manter essa opção. Existem estudos mostrando o impacto positivo de programas educativos sobre AM para as mães (GULICK, 1982; FREED & FRALEY, 1993; GROSSMAN, 1990; KAPLOWITZ & OLSON, 1983), mas não há na literatura estudos sobre o impacto de tais programas em pais.

A presente dissertação é resultado de parte de um estudo, cujo objetivo principal foi avaliar o impacto da orientação das mães e dos pais sobre AM no período pós-natal na prevalência da amamentação nos primeiros seis meses. Aqui, será abordada especificamente a questão do conhecimento das mães e dos pais sobre AM e sua relação com a prevalência da amamentação no primeiro semestre de vida da criança.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento das mães e dos pais de recém-nascidos em relação ao aleitamento materno antes e após orientação fornecida no período pós-parto imediato e sua relação com a prevalência de aleitamento materno ao final do primeiro, terceiro e sexto mês de vida da criança.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar os conhecimentos sobre aleitamento materno das mães e dos pais logo após o nascimento da criança, antes de ser fornecida orientação sobre o assunto;
2. Avaliar os conhecimentos sobre aleitamento materno das mães e dos pais um mês após o nascimento da criança, independentemente de terem recebido orientação sobre o assunto;
3. Comparar os conhecimentos sobre aleitamento materno das mães e dos pais que receberam orientação sobre o assunto com os das mães e dos pais que não a receberam;
4. Estudar o efeito de algumas variáveis no conhecimento das mães e dos pais sobre aleitamento materno, antes e após a orientação sobre o assunto;

5. Estudar a associação entre os conhecimentos das mães e dos pais sobre aleitamento materno e a prevalência dele no final do primeiro, terceiro e sexto mês de vida da criança.

1.4 HIPÓTESES

1. A orientação das mães e dos pais sobre aleitamento materno no período pós-natal aumenta os seus conhecimentos sobre o assunto.

2. O nível de conhecimento das mães e dos pais sobre aleitamento materno tem uma associação positiva com a prevalência da amamentação no final do primeiro, terceiro e sexto mês de vida da criança.

2 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo constitui um ensaio-clínico, em que parte da amostra é submetida a uma intervenção (grupo experimental) e parte não (grupo controle).

2.2 POPULAÇÃO ENVOLVIDA NO ESTUDO

A população do estudo consistia de usuários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um hospital universitário de atenção múltipla, que absorve uma demanda não só de Porto Alegre, mas também de outros municípios e estados vizinhos. O número de partos realizados neste hospital no ano de 1996 foi de 3.744, dos quais 28,5% eram cesareanas. O local e a qualidade do atendimento pré-natal das mães que têm filhos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre varia bastante, podendo ser no próprio hospital, como em clínicas privadas ou postos da rede pública. O nível sócioeconômico da população assistida pelo hospital também é variável, concentrando pessoas de baixa renda.

2.3 POPULAÇÃO –ALVO

A população-alvo é constituída de recém-nascidos normais, que estavam no alojamento conjunto, com peso de nascimento igual ou maior que 2500g, que iniciaram a amamentação, e que são filhos de pais habitando a mesma residência, no município de Porto Alegre.

2.4 AMOSTRA

2.4.1 Seleção da Amostra

Diariamente, nos dias úteis, entre julho de 1994 e março de 1995, todas as crianças com as características da população-alvo que nasceram na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foram selecionadas para o estudo.

2.4.2 Cálculo do Tamanho da Amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado no estudo maior, que visou avaliar o impacto da orientação das mães e dos pais sobre AM no período pós-natal na prevalência da amamentação nos primeiros seis meses de vida. Desta forma, assumindo uma prevalência de AM, exclusivo ou não, aos seis meses, de 50% (ISSLER et al, 1990) e estimando um aumento de, no mínimo, 15% nesta prevalência para os grupos que receberiam 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). Devido a prováveis perdas e para análise de fatores de confusão, ao número inicial de 133 crianças foi acrescentado um percentual aproximado de 50%.

2.4.3 Alocação para os Grupos

Os primeiros 208 recém-nascidos selecionados foram alocados no **Grupo Controle** (grupo de recém-nascidos cujas mães e pais não receberam a orientação sobre aleitamento materno). As 197 crianças seguintes constituíram o **Grupo Experimental 1** (grupo de recém-nascidos cujas mães receberam a orientação sobre aleitamento materno) e as 196 restantes, o **Grupo Experimental 2** (grupo de recém-nascidos cujas mães e pais receberam a orientação sobre aleitamento materno). Optou-se por trabalhar os grupos em épocas diferentes para evitar troca de informações entre as mães.

2.5 Coleta dos Dados

2.5.1 Na Maternidade

Nesta etapa do estudo, utilizou-se como instrumento de coleta dos dados um questionário padronizado, denominado de Questionário Inicial (Anexo A). Este questionário foi aplicado no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, geralmente no segundo dia após o parto. Independentemente do grupo a que pertencesse a criança, tanto o pai quanto a mãe respondiam individualmente a este questionário, que visava à obtenção, entre outras, das seguintes informações: identificação,

estado civil, idade materna e paterna, cor da mãe e do pai, escolaridade materna e paterna, número de filhos, renda *per capita*, tempo de amamentação de filhos anteriores quando presentes, atendimento pré-natal, orientação ou não do pai e da mãe sobre AM durante atendimento pré-natal, participação da mãe e do pai em algum curso pré-natal e conhecimentos da mãe e do pai sobre AM (pré-teste). O pré-teste das mães foi entre as perguntas de número 16 e 28 e o pré-teste dos pais foi entre as perguntas 45 e 57.

Para avaliar os conhecimentos sobre AM, utilizou-se um sistema de escore a partir de treze perguntas, escore que poderia variar de zero a vinte e seis pontos de acordo com o número de respostas corretas. Com exceção das respostas da pergunta de número um, que podia valer zero, um ou dois pontos, se incorreta, parcialmente correta ou correta, respectivamente, todas as respostas das demais questões valiam zero (respostas incorretas) ou dois pontos (respostas corretas). Sistema de escore semelhante foi utilizado em estudos anteriores que avaliaram conhecimentos em AM: de mães que compareceram aos serviços de assistência pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e de pais de recém-nascidos no *Johns Hopkins Hospital*, em Baltimore, Estados Unidos (GIUGLIANI et al, 1994; GIUGLIANI et al, 1995).

2.5.2 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 ocorresse antes dos seis meses, sendo os dados coletados através de questionários padronizados para cada visita.

Na visita do final do primeiro mês, as mães e os pais, independentemente do Grupo a que pertenciam, respondiam ao Questionário de Seguimento 1 (Anexo B), que continha questões referentes à alimentação da criança, além das perguntas que avaliavam os conhecimentos. Estas perguntas bem como o sistema de pontuação eram idênticas aos do pré-teste. O pós-teste das mães foi entre as pergunta número 1 e 13, e o pós-teste dos pais foi entre as perguntas 45 e 57.

Nas visitas dos finais do segundo, quarto e sexto mês de vida das crianças, somente as mães eram entrevistadas. Nestas visitas, elas informavam o tipo de alimentação oferecida à criança (Anexos C, D e E).

Durante o acompanhamento, só foram consideradas perdidas as famílias não localizadas após três tentativas (no mínimo) de visita domiciliar. Todas as perdas foram confirmadas pela autora deste trabalho ou por outra pediatra do grupo de trabalho.

2.6 INTERVENÇÃO

Após responderem ao Questionário Inicial (que incluía o pré-teste sobre conhecimentos em AM), as mães do Grupo Experimental 1 e as mães e os pais do Grupo Experimental 2 receberam orientação sobre AM. Esta orientação foi dada através de um vídeo (duração de dezoito minutos), de um folheto explicativo, entregue logo após a exibição do vídeo, e da discussão do assunto com as mães e com os pais. Tanto o vídeo (Anexo F) quanto o folheto (Anexo G), especialmente elaborados para este trabalho,

abordavam tópicos básicos sobre AM, que, no folheto, se apresentavam de forma mais resumida.

As mães e os pais do Grupo Controle, assim como os pais do Grupo Experimental 1, receberam o tratamento de rotina dispensados na época aos usuários da Maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o que incluía eventuais orientações, variáveis de acordo com cada situação, sobre aleitamento materno.

2.7 VARIÁVEIS EM ESTUDO

Com base na literatura disponível e considerando os objetivos do estudo, foram estudadas as seguintes variáveis.

- 1 – **Tipo de parto:** informação obtida do prontuário.
- 2 – **Sexo do recém-nascido:** informação obtida do prontuário.
- 3 – **Renda *per capita*:** renda familiar mensal dividida pelos membros da família. Informação verbal fornecida pela mãe e/ou pai.
- 4 – **Estado civil dos pais:** informação verbal fornecida pela mãe ou pai.
- 5 – **Idade materna e paterna:** em anos completos no dia da entrevista. Informação verbal fornecida pela mãe e pai.
- 6 – **Cor da mãe e do pai** – características materna e paterna observadas pelo entrevistador.

7 – Escolaridade materna e paterna: número de anos completos na escola, com aprovação. Informação verbal fornecida pela mãe e pelo pai.

8 – Número de filhos anteriores: número de filhos nascidos vivos, da mãe, não incluindo a criança do estudo. Informação verbal fornecida pela mãe.

9 – Tempo de amamentação de filhos anteriores: média, em meses, da amamentação de filhos anteriores da mãe. Informação verbal fornecida pela mãe.

10 – Atendimento pré-natal: número de consultas realizadas pela mãe durante a gravidez. Informação verbal fornecida pela mãe.

11 – Orientação às mães e aos pais sobre aleitamento materno fornecida por profissionais de saúde nas visitas pré-natais: informação verbal fornecida pela mãe e pelo pai.

12 – Participação da mãe e do pai em curso pré-natal: informação verbal fornecida pela mãe e pelo pai.

13 – Conhecimentos da mãe e do pai sobre aleitamento materno: avaliados através de escore (inicial, obtido no pré-teste; e final, no pós-teste), o qual foi constituído a partir do número de respostas consideradas corretas conforme critérios previamente estabelecidos. As respostas que foram consideradas corretas para a elaboração do escore estão descritas a seguir:

Pergunta nº 1 – Diga duas vantagens que a amamentação traz para o bebê:

Respostas consideradas corretas:

- É mais saudável.
- É mais natural.
- É mais prático.
- Propicia melhor digestão.
- Fornece nutrientes adequados.
- Provoca menos alergia.
- Protege contra doenças.
- Diminui o risco de contaminação.
- Melhora crescimento/ desenvolvimento.
- Dispensa outros alimentos até os seis meses.
- Promove ligação entre mãe e filho.
- Garante menor mortalidade.
- É mais econômico.

Pergunta n° 2 - Diga uma vantagem que o aleitamento materno traz para a mulher que amamenta:

Respostas consideradas corretas:

- Realização como mãe/mulher.
- Maior troca de carinho entre mãe e filho.
- Menor chance de engurgitamento mamário.
- Prevenção de outra gravidez.
- Maior praticidade.
- Recuperação do peso anterior mais rapidamente.
- Satisfação/tranquilidade materna.
- Involução uterina mais rápida.
- Proteção contra anemia.
- Proteção contra câncer de mama.
- Mais saúde.
- Maior economia.

Pergunta n° 3 - Em geral você acha que só o leite materno é alimento suficiente para o bebê pequeno? Por quanto tempo?

Resposta considerada correta: • Sim, por quatro a seis meses.

Pergunta n° 4 – Como você acha que (sua esposa) deve amamentar o seu bebê?

Resposta considerada correta: • Sempre que ele quiser.

Pergunta n° 5 – Quanto tempo você acha que o bebê deve mamar em cada seio?

Resposta considerada correta: • O tempo que ele quiser.

Pergunta n° 6 – O que você acha que pode diminuir a produção de leite?

Respostas consideradas corretas:

- Drogas: anticoncepcional oral com estrógenos e progesterona, clorotiazida, bromocriptina e nicotina.
- Fatores emocionais: estresse, ansiedade, preocupação, medo, falta de autoconfiança, raiva.
- Dor/ desconforto.
- Falta de estímulo dos mamilos/ falta de sucção.
- Cansaço físico.
- Desnutrição crônica da mãe.

Pergunta n° 7 – O que pode ser feito para aumentar a produção de leite?

Respostas consideradas corretas:

- Estimulação freqüente dos mamilos/sucção freqüente.
- Suplementação alimentar se a mãe for malnutrida.
- Medidas psicológicas: apoio, motivação, autoconfiança, relaxamento.
- Repouso/ sono.
- Metoclopramida.

Pergunta n° 8 – Na sua opinião, existe mãe com leite fraco?

Resposta considerada correta: • Não.

Pergunta n° 9 - Você acredita que a criança amamentada ao seio pega menos doenças?

Resposta considerada correta: • Sim.

Pergunta n° 10 – Você acha que o bebê precisa tomar água ou chá além do leite materno?

Resposta considerada correta: • Não.

Pergunta n° 11 – Diga uma maneira de prevenir fissuras:

Respostas consideradas corretas:

- Retirar a criança do seio corretamente.
- Manter os mamilos sempre secos.
- Amamentar o bebê usando técnica correta (boa pega).
- Prevenir engurgitamento mamário.
- Evitar sabonete, álcool ou higiene excessiva dos mamilos.
- Banho de sol/ luz.

Pergunta n° 12 - Você vê algum problema em usar mamadeira enquanto o bebê estiver mamando no peito? Qual?

Respostas consideradas corretas:

- Sim. A criança poderá largar o peito.
- Sim. A criança tem que fazer menos esforço para retirar o leite da mamadeira do que para retirar o leite do peito.
- Sim. A mamadeira tem maior risco de contaminação.

Pergunta n° 13 – Se fosse preciso, você saberia como retirar (ou como sua esposa poderia retirar) leite do peito usando as mãos?

Resposta considerada correta:

- Quando a mãe e o pai explicavam a técnica correta.
-

14 - Categoria de amamentação: foi utilizado o seguinte critério, adotado pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992):

- **Amamentação:** situação na qual a criança recebe leite humano (diretamente da mama ou dela extraído). Neste estudo, esta categoria foi denominada de amamentação total. Informação verbal fornecida pela mãe.

- **Amamentação exclusiva:** situação na qual o lactente recebe somente leite materno de sua mãe ou ama-de-leite e nenhum outro líquido, exceto gotas de xarope, de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos. Informação verbal fornecida pela mãe.

- **Amamentação predominante:** situação na qual a fonte predominante de alimentação do lactente é o leite materno. Aceita-se que o lactente receba água e bebidas aquosas (água açucarada ou misturada com diversos sabores, infusões, chás, etc); sucos de frutas; solução de sais de reidratação oral; vitaminas; minerais e medicamentos sob a forma de gotas, xaropes, e fluidos rituais (em pequena quantidade). Com exceção do suco de frutas e da água açucarada, esta definição não permite incluir nenhum outro tipo de alimento fluido. Informação verbal fornecida pela mãe.

15 – Tempo de Amamentação: período em meses completos.

2.8 EQUIPE DE TRABALHO

A equipe de trabalho foi composta, além da autora e da orientadora deste estudo, por outras duas pediatras e dezoito acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (bolsistas de iniciação científica ou voluntários).

A autora e as duas pediatras realizaram as entrevistas no hospital e aplicaram a intervenção nos dois grupos experimentais. Os acadêmicos do Curso de Medicina realizaram as visitas domiciliares, após treinamento teórico e prático visando à padronização dos dados coletados.

Durante a execução da pesquisa, o grupo de trabalho reuniu-se semanalmente para controle da coleta dos dados e discussão do andamento do projeto e de eventuais dificuldades.

2.9 CONTROLE DE QUALIDADE

Uma subamostra aleatória (5% do total das visitas domiciliares) foi revisitada pela autora e pelas duas outras pediatras do grupo de trabalho a fim de checar a validade das informações colhidas pelos entrevistadores.

2.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

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

O trabalho foi aprovado pela Comissão Científica e pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Processo número 046/94).

2.11 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 5.1. (DEAN et al, 1990) e SPSS for WINDOWS (SPSS RELEASE 6.0, 1990).

Para fins de análise, as variáveis estudadas foram categorizadas da seguinte maneira:

- **Tipo de Parto:** vaginal; cesareana.
- **Sexo do recém-nascido:** feminino; masculino.

-
- **Renda *per capita*:** $\leq 0,5$ SM; $0,6 - 1,9$ SM; ≥ 2 SM, segundo ponto de corte usado em estudo anterior (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1989).
 - **Estado civil:** casado; solteiro.
 - **Idade materna e paterna:** ≤ 20 anos; > 20 anos, ponto de corte segundo definição utilizada atualmente para adolescência (SOUZA, 1996)
 - **Cor da mãe e do pai:** branca; não-branca.
 - **Escolaridade materna e paterna:** ≤ 8 anos; > 8 anos, por ser considerado oito anos de estudo a escolaridade básica.
 - **Número de filhos anteriores:** nenhum; $1 - 3$ filhos; > 3 filhos.
 - **Tempo de amamentação de filhos anteriores:** ≤ 3 meses; > 3 meses; primíparas, por ser a recomendação do tempo mínimo de amamentação exclusiva da Organização Mundial de Saúde (OMS/UNICEF, 1989).
 - **Atendimento pré-natal:** nenhuma consulta; $1 - 4$ consultas; > 4 consultas, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (GAIO, 1996).
 - **Orientação da mãe e do pai sobre AM na assistência pré-natal:** sim; não.
 - **Participação da mãe e do pai em curso pré-natal:** sim; não.
 - **Escores inicial e final:** $<$ média; \geq média.

Para a análise dos dados, seguiram-se os seguintes passos:

1. Distribuição e frequência das variáveis estudadas.

2. Cálculo das médias e medianas dos escores iniciais e finais.
3. Comparação das médias dos escores iniciais e finais, através do teste t de Student e ANOVA.
4. Análise bivariada, através do teste do Qui-quadrado, para medir a significância estatística das diferenças entre proporções, com nível de significância (α) de 5% ($p < 0,05$).
5. Cálculo de mudança percentual (delta percentual), para identificar a variação percentual entre o escore inicial e o escore final. Delta percentual (Δ) = $[(m_2 - m_1)/m_1 \times 100]$.
6. Análise multivariada, através da regressão logística, para medir o efeito de possíveis variáveis de confusão na associação entre a exposição e o desfecho estudado.

2.12 ESTUDO PILOTO

No mês de junho de 1994, foi realizado o estudo piloto. Trinta casais foram entrevistados na maternidade do Hospital de Clínicas com o objetivo de testar o questionário inicial. Neste período, houve também o treinamento dos alunos de graduação que iriam realizar as visitas domiciliares.

3 RESULTADOS

No mês de julho de 1994, iniciou-se a coleta de dados do presente estudo. Das 654 crianças elegíveis para o estudo, 53 (8,1%) não puderam ser incluídas pelos seguintes motivos: porque mãe e/ou pai se recusaram a participar – 7 (1,1%); porque não foi possível entrevistar o pai na maternidade, apesar dos esforços da equipe – 11 (1,7%), porque o pai não compareceu ao hospital – 35 (5,4%).

Não houve nenhuma diferença estatisticamente significativa quando foram comparadas as características das 53 crianças não incluídas no estudo (perdas iniciais) com as 601 crianças que constituíram a amostra estudada. O objetivo desta comparação foi verificar um possível vício de seleção. (Tabela 1)

Tabela 1
Comparação das características da amostra perdida e da amostra estudada (%)

Característica	Amostra perdida (n = 53)	Amostra estudada (n = 601)	χ^2 ; p
Tipo de parto			
vaginal	92,1	78,9	3,09; 0,08
cesareana	7,9	21,1	
Sexo do recém-nascido			
feminino	44,7	50,9	0,33; 0,57
masculino	55,3	49,1	
Renda per capita			
≤ 0,5 SM	30,3	18,8	3,68; 0,16
0,6-1,9 SM	51,5	50,9	
≥ 2,0 SM	18,2	30,3	
Estado civil dos pais			
solteiro	62,2	62,9	0,00; 0,95
casado	37,8	37,1	
Idade			
materna ≤ 20 anos	28,9	25,0	0,17; 0,68
> 20 anos	71,1	75,0	
paterna ≤ 20 anos	13,3	10,8	0,07; 0,78
> 20 anos	86,7	89,2	
Escolaridade			
materna ≤ 8 anos	68,9	64,9	0,14; 0,70
> 8 anos	31,1	35,1	
paterna ≤ 8 anos	73,3	65,2	0,89; 0,35
> 8 anos	26,7	34,8	
Cor			
da mãe branca	48,9	57,7	1,00; 0,32
não-branca	51,1	42,3	
do pai branca	60,0	62,9	0,05; 0,82
não-branca	40,0	37,1	
Assistência pré-natal			
nenhuma consulta	12,8	7,5	5,05; 0,08
1-4 consultas	23,1	13,1	
≥ 5 consultas	64,1	79,4	
Tempo de amamentação de filhos anteriores			
≤ 3 meses	26,7	25,0	4,17; 0,12
> 3 meses	46,7	33,9	
primíparas	26,7	41,1	

No primeiro mês de acompanhamento das 601 crianças, houve 30 perdas (5,0%). O número de perdas foi semelhante entre os grupos, não havendo diferença estatisticamente significativa ($p = 0,36$). Essas perdas ocorreram pelos seguintes motivos:

No Grupo Controle (14 perdas):

- Pais não localizados: 11
- Pais se separaram: 2
- Mãe se recusou a continuar na pesquisa: 1

No Grupo Experimental 1 (8 perdas):

- Pais não localizados: 6
- Pai se recusou a continuar na pesquisa: 2

No Grupo Experimental 2 (8 perdas):

- Pais não localizados: 8

No acompanhamento do segundo ao sexto mês, houve perda de 24 crianças (4,0%) pelos seguintes motivos:

No Grupo Controle (7 perdas):

- Pais não localizados: 2
- Pais se separaram: 5

No Grupo Experimental 1 (9 perdas):

- Pais não localizados: 3
- Pais se separaram: 5
- Mãe se recusou a continuar na pesquisa: 1

No Grupo Experimental 2 (8 perdas):

- Pais não localizados: 4
- Pais se separaram: 3
- Criança faleceu: 1

3.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A Tabela 2 apresenta as principais características da população estudada, por grupo.

Tabela 2
Características da população estudada, por grupo

Característica	Grupo Controle n = 208	Grupo Experimental 1 n = 197	Grupo Experimental 2 n = 196	p alfa
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
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)	
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)	
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)	
Renda per capita				
≤ 0,5 SM	47 (22,5)	36 (18,3)	30 (15,3)	0,23
0,5 – 2,0 SM	96 (46,2)	108 (54,8)	102 (52,0)	
≥ 2,0 SM	65 (31,3)	53 (26,9)	64 (32,7)	
Idade				
materna	≤ 20 anos	48 (23,1)	50 (25,4)	0,71
	> 20 anos	160 (76,9)	147 (74,6)	
paterna	≤ 20 anos	21 (10,1)	19 (9,6)	0,56
	> 20 anos	187 (89,9)	178 (90,4)	
Cor				
da mãe	branca	143 (68,8)	95 (48,2)	0,00
	não-branca	65 (31,2)	102 (51,8)	
do pai	branca	147 (70,7)	117 (59,4)	0,02
	não-branca	61 (29,3)	80 (40,6)	
Escolaridade				
materna	≤ 8 anos	135 (64,9)	125 (63,5)	0,84
	> 8 anos	73 (35,1)	72 (36,5)	
paterna	≤ 8 anos	127 (61,1)	131 (66,5)	0,27
	> 8 anos	81 (38,9)	66 (33,5)	

(continuação) Tabela 2 – Características da população estudada, por grupo

Característica	Grupo Controle n = 208	Grupo Experimental 1 n = 197	Grupo Experimental 2 n = 196	p alfa
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
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 AM no pré-natal				
mãe	não	137 (65,9)	134 (68,0)	0,41
	sim	71 (34,1)	63 (32,0)	
pai	não	190 (91,3)	173 (87,8)	0,21
	sim	18 (8,7)	24 (12,2)	
Participação em curso pré-natal				
mãe	não	189 (90,9)	164 (83,2)	0,06
	sim	19 (9,1)	33 (16,8)	
pai	não	198 (95,2)	189 (95,9)	0,66
	sim	10 (4,8)	8 (4,1)	
Número de filhos que a mãe já tem				
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
> meses	77 (37,0)	73 (37,1)	54 (27,6)	
primíparas	89 (42,8)	78 (39,6)	80 (40,8)	

Setenta e nove por cento das mães tiveram parto normal, e houve uma discreta predominância de recém-nascidos do sexo feminino (50,9%). A idade materna variou de 14 a 43 anos (média = 25,7 ± DP = 6,4) e a paterna de 15 a 63 anos (média = 29,1 ± DP = 7,7). A renda *per capita* média foi de 2,1 SM. A maioria das mães e dos pais era de cor branca (57,7% e 62,9%, respectivamente), não era casada, apesar dos pais morarem juntos

(62,0%), e tinha oito anos ou menos de escolaridade (64,9% e 65,2%, respectivamente). Embora a maioria das mulheres (79,4%) tenha realizado cinco ou mais consultas pré-natais, menos da metade das mães (31,4%) e poucos pais (9,3%) relataram ter recebido orientação sobre AM neste período, ou participado de algum curso pré-natal (13,6% e 4,0%, respectivamente). O número de primíparas foi semelhante entre os grupos (42,8%, 39,6% e 40,8%, respectivamente).

O Grupo Controle apresentou um número significativamente maior de mães e pais de cor branca, quando comparado com os Grupos Experimentais 1 e 2.

3.2 CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO LOGO APÓS O NASCIMENTO DAS CRIANÇAS (PRÉ-TESTE) E UM MÊS APÓS (PÓS-TESTE)

Os resultados descritos nesta secção serão baseados nas 571 crianças cujos pais responderam ao pré e pós-testes (amostra inicial menos perdas do primeiro mês $\Rightarrow 601 - 30$), sendo que o Grupo Controle ficou constituído por 194 crianças, o Grupo Experimental 1 por 189 crianças e o Grupo Experimental 2 por 188 crianças.

Em primeiro lugar, serão apresentados os resultados obtidos em cada questão formulada no pré e pós-testes. Em seguida, serão descritos os resultados do escore do pré (escore inicial) e do pós-teste (escore final).

3.2.1 Conhecimento das Mães e dos Pais em cada Tópico Pesquisado no Pré-Teste e no Pós-Teste

O índice de acerto das mães e dos pais, por grupo, para cada tópico pesquisado no pré e pós-testes encontra-se nas Tabelas 3, 4 e 5.

3.2.1.1 Vantagens da Amamentação para a Criança

Entre as mães dos três grupos, tanto no pré como no pós-teste, o índice de acerto deste tópico foi superior a 90%, sendo que não houve diferença importante quando comparado o índice de acerto no pré e no pós-teste. Entre os pais do Grupo Controle também foi pequeno o aumento de acertos observado (1,5%). No entanto, entre os pais dos Grupos Experimentais 1 e 2, houve um aumento de 7,4% e 6,9%, respectivamente.

As principais vantagens da amamentação para a criança citadas pelas mães e pelos pais estão descritas, respectivamente, nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 3

Percentagem de mães e pais do Grupo Controle que acertaram as respostas sobre conhecimentos em aleitamento materno, por tópico pesquisado e época em que foi aplicado o questionário (pré e pós-teste)

Respostas corretas obtidas em relação aos tópicos	MÃES (n = 194)				PAIS (n = 194)			
	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	p	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	p
Pelo menos uma vantagem da amamentação para a criança	184 (94,8)	187 (96,4)	181 (93,3)	0,46	184 (94,8)	184 (94,8)	0,52	
Pelo menos uma vantagem da amamentação para a mãe	113 (58,2)	127 (65,5)	84 (43,3)	0,14	88 (45,4)	88 (45,4)	0,68	
Só o leite materno é alimento suficiente para a criança até os 4-6 meses	112 (57,7)	111 (57,2)	68 (35,0)	0,92	102 (52,6)	102 (52,6)	0,00	
A criança deve ser amamentada em regime de livre demanda	142 (73,2)	159 (82,0)	100 (51,5)	0,04	123 (63,4)	123 (63,4)	0,02	
A criança deve mamar o tempo que quiser	96 (49,5)	109 (56,2)	73 (37,6)	0,19	95 (49,0)	95 (49,0)	0,02	
Pelo menos um fator que pode diminuir o volume de leite	96 (49,5)	98 (50,5)	69 (35,6)	0,84	78 (40,2)	78 (40,2)	0,35	
Pelo menos um fator que pode contribuir para aumentar o volume de leite	52 (26,8)	36 (18,6)	35 (18,0)	0,05	41 (21,1)	41 (21,1)	0,44	
Não existe leite fraco	152 (78,4)	160 (82,5)	86 (44,3)	0,31	114 (58,8)	114 (58,8)	0,00	
A criança amamentada ao seio pega menos doenças	192 (99,0)	188 (96,9)	192 (99,0)	0,16	191 (98,5)	191 (98,5)	0,65	
A criança não precisa tomar água ou chá além do leite materno	82 (42,3)	94 (48,5)	42 (21,6)	0,22	65 (33,5)	65 (33,5)	0,01	
Pelo menos uma maneira de prevenir fissuras	48 (24,7)	80 (41,2)	15 (7,7)	0,00	33 (17,0)	33 (17,0)	0,01	
Pelo menos um problema por usar mamadeira enquanto a criança estiver sendo amamentada	115 (59,3)	83 (42,8)	79 (40,7)	0,00	70 (36,1)	70 (36,1)	0,35	
Domínio da técnica de fazer ordenha manual	26 (13,4)	65 (33,5)	15 (7,7)	0,00	32 (16,5)	32 (16,5)	0,00	

Tabela 4

Percentagem de mães e pais do Grupo Experimental I que acertaram as respostas sobre conhecimentos em aleitamento materno, por tópico pesquisado e época em que foi aplicado o questionário (pré e pós-teste)

Respostas corretas obtidas em relação aos tópicos	MÃES (n = 189)				PAIS (n = 189)			
	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	Nº (%)	Nº (%)	p		Nº (%)	Nº (%)	p	
Pelo menos uma vantagem da amamentação para a criança	182 (96,3)	185 (97,9)	0,36		160 (84,7)	174 (92,1)	0,02	
Pelo menos uma vantagem da amamentação para a mãe	118 (62,4)	134 (70,9)	0,08		75 (39,7)	74 (39,2)	0,92	
Só o leite materno é alimento suficiente para a criança até os 4-6 meses	107 (56,6)	129 (68,3)	0,02		68 (36,0)	89 (47,1)	0,03	
A criança deve ser amamentada em regime de livre demanda	144 (76,2)	167 (88,4)	0,00		83 (43,9)	138 (73,0)	0,00	
A criança deve mamar o tempo que quiser	109 (57,7)	112 (59,3)	0,75		95 (50,3)	90 (47,6)	0,61	
Pelo menos um fator que pode diminuir o volume de leite	75 (39,7)	101 (53,4)	0,01		62 (32,8)	76 (40,2)	0,13	
Pelo menos um fator que pode contribuir para aumentar o volume de leite	40 (21,2)	45 (23,8)	0,54		32 (16,9)	39 (20,6)	0,36	
Não existe leite fraco	142 (75,1)	168 (88,9)	0,00		89 (47,1)	101 (53,4)	0,22	
A criança amamentada ao seio pega menos doenças	185 (97,9)	184 (97,4)	0,74		182 (96,3)	187 (98,9)	0,09	
A criança não precisa tomar água ou chá além do leite materno	81 (42,9)	98 (51,9)	0,08		35 (18,5)	75 (39,7)	0,00	
Pelo menos uma maneira de prevenir fissuras	52 (27,5)	107 (56,6)	0,00		19 (10,1)	39 (20,6)	0,00	
Pelo menos um problema por usar mamadeira enquanto a criança estiver sendo amamentada	129 (68,3)	110 (58,2)	0,04		78 (41,3)	89 (47,1)	0,25	
Domínio da técnica de fazer ordenha manual	49 (25,9)	94 (49,7)	0,00		18 (9,5)	35 (18,5)	0,01	

Tabela 5

Percentagem de mães e pais do Grupo Experimental 2 que acertaram as respostas sobre conhecimentos em aleitamento materno, por tópico pesquisado e época em que foi aplicado o questionário (pré e pós-teste)

Respostas corretas obtidas em relação aos tópicos	MÃES (n = 188)			PAIS (n = 188)		
	Nº (%)	Nº (%)	p	Nº (%)	Nº (%)	p
Pelo menos uma vantagem da amamentação para a criança	173 (92,0)	176 (93,6)	0,55	163 (86,7)	176 (93,6)	0,02
Pelo menos uma vantagem da amamentação para a mãe	96 (51,1)	131 (69,7)	0,00	59 (31,4)	84 (44,7)	0,01
Só o leite materno é alimento suficiente para a criança até os 4-6 meses	108 (57,4)	136 (72,3)	0,00	62 (33,0)	121 (64,4)	0,00
A criança deve ser amamentada em regime de livre demanda	129 (68,6)	164 (87,2)	0,00	84 (44,7)	151 (80,3)	0,00
A criança deve mamar o tempo que quiser	119 (63,3)	115 (61,2)	0,67	92 (48,9)	110 (58,5)	0,06
Pelo menos um fator que pode diminuir o volume de leite	85 (45,2)	96 (51,1)	0,26	65 (34,6)	81 (43,1)	0,09
Pelo menos um fator que pode contribuir para aumentar o volume de leite	42 (22,3)	52 (27,7)	0,23	31 (16,5)	52 (27,7)	0,01
Não existe leite fraco	133 (70,7)	160 (85,1)	0,00	92 (48,9)	155 (82,4)	0,00
A criança amamentada ao seio pega menos doenças	184 (97,9)	182 (96,8)	0,52	179 (95,2)	182 (96,8)	0,43
A criança não precisa tomar água ou chá além do leite materno	67 (35,6)	106 (56,4)	0,00	35 (18,6)	117 (62,2)	0,00
Pelo menos uma maneira de prevenir fissuras	35 (18,6)	86 (45,7)	0,00	16 (8,5)	52 (27,7)	0,00
Pelo menos um problema por usar mamadeira enquanto a criança estiver sendo amamentada	81 (43,1)	100 (53,2)	0,05	61 (32,4)	104 (55,3)	0,00
Domínio da técnica de fazer ordenha manual	35 (18,6)	120 (63,8)	0,00	7 (3,7)	71 (37,8)	0,00

Tabela 6

Vantagens da amamentação para a criança, citadas pelas mães, por grupo e época em que foi aplicado o questionário (pré e pós-teste)*

Vantagens da Amamentação para a Criança	GRUPO CONTROLE (n = 194)		GRUPO EXPERIMENTAL 1 (n = 189)		GRUPO EXPERIMENTAL 2 (n = 188)	
	PRÉ-TESTE Nº (%)	PÓS-TESTE Nº (%)	PRÉ-TESTE Nº (%)	PÓS-TESTE Nº (%)	PRÉ-TESTE Nº (%)	PÓS-TESTE Nº (%)
Protege contra doenças	138 (71,1)	132 (68,0)	121 (64,0)	126 (66,7)	127 (67,6)	121 (64,6)
Promove ligação entre mãe e filho	18 (9,3)	19 (9,8)	16 (8,5)	25 (13,2)	16 (8,5)	16 (8,5)
Provoca menos alergia	1 (0,5)	0	0	0	1 (0,5)	2 (1,1)
Fornece nutrientes adequados	42 (21,6)	31 (16,0)	42 (22,2)	25 (13,2)	31 (16,5)	24 (12,8)
Diminui o risco de contaminação	9 (4,6)	2 (1,0)	1 (0,6)	7 (3,7)	6 (3,2)	11 (5,9)
Propicia melhor digestão	2 (1,0)	0	1 (0,6)	1 (0,6)	2 (1,1)	4 (2,1)
Melhora crescimento/desenvolvimento	23 (11,9)	37 (19,1)	31 (16,4)	36 (19,0)	23 (12,2)	32 (17,0)
É mais saudável	83 (42,8)	76 (39,2)	95 (50,3)	77 (40,7)	74 (39,4)	66 (35,1)
É mais natural	4 (2,1)	1 (0,5)	2 (1,1)	0	4 (2,1)	1 (0,5)
Dispensa outros alimentos até os 6 meses	3 (1,5)	0	2 (1,1)	5 (2,6)	3 (1,6)	4 (2,1)
É mais econômico	3 (1,5)	4 (2,1)	2 (1,1)	5 (2,6)	1 (0,5)	3 (1,6)
É mais prático	4 (2,1)	15 (7,7)	13 (6,9)	16 (8,5)	5 (2,7)	24 (12,8)

*As mães poderiam citar uma ou mais vantagens

Tabela 7

Vantagens da amamentação para a criança, citadas pelos pais, por grupo e época em que foi aplicado o questionário (pré e pós-teste)*

Vantagens da Amamentação para a Criança	GRUPO CONTROLE (n = 194)		GRUPO EXPERIMENTAL 1 (n = 189)		GRUPO EXPERIMENTAL 2 (n = 188)	
	Nº (%)	PÓS-TESTE Nº (%)	PRÉ-TESTE Nº (%)	PÓS-TESTE Nº (%)	PRÉ-TESTE Nº (%)	PÓS-TESTE Nº (%)
Protege contra doenças	98 (50,5)	100 (51,5)	76 (40,2)	89 (47,1)	82 (43,6)	93 (49,5)
Promove ligação entre mãe e filho	15 (7,7)	16 (8,2)	10 (5,3)	16 (8,5)	19 (10,1)	15 (8,0)
Provoca menos alergia	0	0	0	0	1 (0,5)	0
Fornece nutrientes adequados	42 (21,6)	51 (26,3)	60 (31,7)	36 (19,0)	27 (14,4)	36 (19,1)
Diminui o risco de contaminação	3 (1,5)	3 (1,5)	6 (3,2)	2 (1,1)	13 (6,9)	7 (3,7)
Propicia melhor digestão	0	0	1 (0,5)	3 (1,6)	1 (0,5)	1 (0,5)
Melhora crescimento/desenvolvimento	45 (23,2)	37 (19,1)	43 (22,8)	42 (22,2)	35 (18,6)	48 (25,5)
É mais saudável	94 (48,5)	93 (47,9)	75 (39,7)	76 (40,2)	80 (42,6)	87 (46,3)
É mais natural	8 (4,1)	3 (1,5)	3 (1,6)	4 (2,1)	8 (4,3)	4 (2,1)
Dispensa outros alimentos até os 6 meses	1 (0,5)	1 (0,5)	0	3 (1,6)	2 (1,1)	6 (3,2)
É mais econômico	3 (1,5)	3 (1,5)	2 (1,1)	1 (0,5)	0	3 (1,6)
É mais prático	3 (1,5)	6 (3,1)	2 (1,1)	2 (1,1)	0	5 (2,7)

*Os pais poderiam citar uma ou mais vantagens

3.2.1.2 Vantagens da Amamentação para a Mãe

Comparando o índice de acerto do pré-teste com o do pós-teste, as mães do Grupo Controle e do Grupo Experimental 1 tiveram, neste tópico, um aumento em torno de 8,0%, enquanto que para as mães do Grupo Experimental 2 este aumento foi de 18,6%. Os pais do Grupo Experimental 2 também foram os que apresentaram a maior diferença entre o pré e o pós-teste nesta questão (13,3%).

As vantagens da amamentação para a mãe, de acordo com os conhecimentos das mães e dos pais, encontram-se descritas nas Tabelas 8 e 9, respectivamente.

3.2.1.3 Só o Leite Materno é um Alimento Suficiente para a Criança Pequena?

As mães do Grupo Controle não apresentaram aumento no índice de acerto quando comparado o pré-teste com o pós-teste, enquanto as mães dos Grupos Experimentais 1 e 2 obtiveram um aumento de 11,7% e 14,9%, respectivamente. Entre os pais, o aumento observado no índice de acerto foi de 17,6%, 11,1% e 31,4%, respectivamente.

3.2.1.4 Intervalo entre as Mamadas

As mães dos três grupos aumentaram o índice de acerto deste tópico quando comparado o pré-teste com o pós-teste (8,8%, 12,2% e 18,6%, respectivamente). Entre os

Tabela 8

Vantagens da amamentação para a mãe segundo os conhecimentos delas, por grupo e época em que foi aplicado o questionário (pré e pós-teste)*

Vantagens da Amamentação para a Mãe	GRUPO CONTROLE (n = 194)		GRUPO EXPERIMENTAL 1 (n = 189)		GRUPO EXPERIMENTAL 2 (n = 188)	
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Maior troca de carinho entre mãe e filho	21 (10,8)	10 (5,2)	17 (9,0)	7 (3,7)	13 (6,9)	15 (8,0)
Realização como mãe/mulher	1 (0,5)	3 (1,5)	2 (1,1)	1 (0,5)	5 (2,7)	4 (2,1)
Prevenção de outra gravidez	0	3 (1,5)	1 (0,5)	3 (1,6)	2 (1,1)	0
Proteção contra anemia	0	1 (0,5)	0	0	0	0
Involução uterina mais rápida	8 (4,1)	9 (4,6)	11 (5,8)	11 (5,8)	14 (7,4)	21 (11,2)
Proteção contra câncer de mama	10 (5,2)	17 (8,8)	19 (10,1)	23 (12,2)	14 (7,4)	13 (6,9)
Satisfação/tranquilidade materna	37 (19,1)	18 (9,3)	24 (12,7)	15 (7,9)	17 (9,0)	10 (5,3)
Recuperação de peso mais rapidamente	13 (6,7)	13 (6,7)	9 (4,8)	28 (14,8)	10 (5,3)	40 (21,3)
Menor chance de engurgitamento mamário	0	1 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	2 (1,1)	1 (0,5)
Mais saúde	0	2 (1,0)	0	1 (0,5)	2 (1,1)	1 (0,5)
Maior economia	5 (2,6)	8 (4,1)	6 (3,2)	9 (4,8)	3 (1,6)	14 (7,4)
Maior praticidade	39 (20,1)	59 (30,4)	37 (19,6)	58 (30,7)	31 (16,5)	51 (27,1)

*As mães poderiam citar uma ou mais vantagens

Tabela 9

Vantagens da amamentação para a mãe segundo os conhecimentos dos pais, por grupo e época em que foi aplicado o questionário (pré e pós-teste)*

Vantagens da Amamentação para a Mãe	GRUPO CONTROLE (n = 194)		GRUPO EXPERIMENTAL 1 (n = 189)		GRUPO EXPERIMENTAL 2 (n = 188)	
	PRÉ-TESTE Nº (%)	PÓS-TESTE Nº (%)	PRÉ-TESTE Nº (%)	PÓS-TESTE Nº (%)	PRÉ-TESTE Nº (%)	PÓS-TESTE Nº (%)
Maior troca de carinho entre mãe e filho	24 (12,4)	19 (9,8)	24 (12,7)	23 (12,2)	15 (8,0)	21 (11,2)
Realização como mãe/mulher	6 (3,1)	3 (1,5)	4 (2,1)	5 (2,6)	3 (1,6)	5 (2,7)
Prevenção de outra gravidez	1 (0,5)	0	2 (1,1)	0	2 (1,1)	1 (0,5)
Involução uterina mais rápida	2 (1,0)	3 (1,5)	1 (0,5)	4 (2,1)	0	3 (1,6)
Proteção contra câncer de mama	11 (5,7)	10 (5,2)	15 (7,9)	13 (6,9)	3 (1,6)	5 (2,7)
Satisfação/tranquilidade materna	32 (16,5)	21 (10,8)	22 (11,6)	10 (5,3)	20 (10,6)	11 (5,9)
Recuperação de peso mais rapidamente	2 (1,0)	6 (3,1)	5 (2,6)	9 (4,8)	2 (1,1)	13 (6,9)
Menor chance de engurgitamento mamário	2 (1,0)	6 (3,1)	9 (4,8)	4 (2,1)	6 (3,2)	4 (2,1)
Mais saúde	2 (1,0)	6 (3,1)	1 (0,5)	1 (0,5)	4 (2,1)	4 (2,1)
Maior economia	1 (0,5)	2 (1,0)	0	1 (0,5)	2 (1,1)	3 (1,6)
Maior praticidade	12 (6,2)	24 (12,4)	8 (4,2)	9 (4,8)	7 (3,7)	17 (9,0)

*Os pais poderiam citar uma ou mais vantagens

pais, o aumento no índice de acerto deste tópico foi de 11,9%, 29,1% e 35,6%, respectivamente.

3.2.1.5 Duração da Mamada

Neste tópico, o maior aumento no índice de acerto, quando comparado o pré-teste com o pós-teste, foi entre os pais do Grupo Controle (11,4%). Entre as mães do Grupo Experimental 2 e os pais do Grupo Experimental 1, observou-se uma pequena diminuição no índice de acerto (2,1% e 2,7%, respectivamente).

3.2.1.6 Fatores que Podem Contribuir para Diminuição do Volume de Leite

As mães e os pais dos três grupos apresentaram um aumento no índice de acerto deste tópico quando comparado o pré-teste com o pós-teste, sendo que, entre as mães, o maior aumento foi no Grupo Experimental 1 (13,7%) e, entre os pais, no Grupo Experimental 2 (8,5%).

As Tabelas 10 e 11 apresentam os principais fatores que podem contribuir para a diminuição do volume de LM, de acordo com o conhecimento das mães e dos pais, respectivamente.

Tabela 10
Fatores que podem contribuir para diminuição do volume de leite materno,
segundo o conhecimento das mães e época em que foi aplicado o questionário
(pré e pós-teste)*

Fatores que podem diminuir a produção de leite materno	Grupo Controle (n = 194)		Grupo Experimental 1 (n=189)		Grupo Experimental 2 (n = 188)	
	Pré-teste N° (%)	Pós-teste N° (%)	Pré-teste N° (%)	Pós-teste N° (%)	Pré-teste N° (%)	Pós-teste N° (%)
Falta de estímulo do mamilo/ falta de sucção	31 (16,0)	28 (14,4)	36 (19,0)	43 (22,8)	23 (12,2)	30 (16,0)
Fatores emocionais	40 (20,6)	40 (20,6)	23 (12,2)	31 (16,4)	38 (20,2)	41 (21,8)
Dor/desconforto	0	0	0	0	0	1 (0,5)
Drogas:						
Anticoncepcional	26 (13,4)	31 (16,0)	17 (9,0)	28 (14,8)	27 (14,4)	21 (11,2)
Cigarro	7 (3,6)	6 (3,1)	4 (2,1)	3 (1,6)	5 (2,7)	1 (0,5)
Cansaço físico	3 (1,5)	9 (4,6)	1 (0,5)	6 (3,2)	6 (3,2)	8 (4,3)

*As mães poderiam citar um ou mais fatores

Tabela 11

Fatores que podem contribuir para diminuição do volume de leite materno, segundo o conhecimento dos pais e época em que foi aplicado o questionário (pré e pós-teste)*

Fatores que podem diminuir a produção de leite materno	Grupo Controle (n = 194)		Grupo Experimental 1 (n = 189)		Grupo Experimental 2 (n = 188)	
	Pré-teste Nº (%)	Pós-teste Nº (%)	Pré-teste Nº (%)	Pós-teste Nº (%)	Pré-teste Nº (%)	Pós-teste Nº (%)
Falta de estímulo do mamilo/falta de sucção	21 (10,8)	23 (11,9)	23 (12,2)	25 (13,2)	23 (12,2)	26 (13,8)
Fatores emocionais	30 (15,5)	38 (19,6)	26 (13,8)	38 (20,1)	32 (17,0)	38 (20,2)
Dor/desconforto	0	1 (0,5)	0	1 (0,5)	2 (1,1)	0
Drogas:						
Anticoncepcional	8 (4,1)	9 (4,6)	4 (2,1)	12 (6,3)	2 (1,1)	7 (3,7)
Cigarro	11 (5,7)	10 (5,2)	6 (3,2)	5 (2,6)	13 (6,9)	9 (4,8)
Desnutrição crônica da mãe	0	0	0	1 (0,5)	0	0
Cansaço físico	4 (2,1)	2 (1,0)	5 (2,6)	7 (3,7)	3 (1,6)	8 (4,3)

*Os pais poderiam citar um ou mais fatores

3.2.1.7 Fatores que Podem Contribuir para Aumento da Produção de Leite

As mães do Grupo Controle diminuíram em 8,2% o índice de acerto deste tópico no pós-teste quando comparado com o pré-teste. Nos Grupos Experimentais 1 e 2, houve, ao contrário, um aumento no índice de acerto de 2,6% e 5,4%, respectivamente. A estimulação freqüente dos mamilos/sucção freqüente foi menos citada no pós-teste do que no pré-teste pelas mães do Grupo Controle (diminuição de 7,6%).

Os pais do Grupo Experimental 2 aumentaram em 11,2% o índice de acerto deste tópico quando comparado o pré-teste com o pós-teste, sendo que, no Grupo Controle, esse aumento foi de 3,1% e, no Grupo Experimental 1, de 3,7%. A estimulação freqüente do mamilo/sucção freqüente foi bem mais citada no pós-teste do que no pré-teste pelos pais do Grupo Experimental 2 (aumento de 15,5%).

As Tabelas 12 e 13 apresentam os fatores que podem contribuir para aumentar a produção de leite, de acordo com o conhecimento das mães e dos pais, respectivamente.

Tabela 12
Fatores que podem aumentar a produção de leite materno, segundo o conhecimento das mães e época em que foi aplicado o questionário (pré e pós-teste)*

Fatores que podem aumentar a produção de leite materno	Grupo Controle (n = 194)		Grupo Experimental 1 (n = 189)		Grupo Experimental 2 (n = 188)	
	Pré-teste Nº (%)	Pós-teste Nº (%)	Pré-teste Nº (%)	Pós-teste Nº (%)	Pré-teste Nº (%)	Pós-teste Nº (%)
Estimulação freqüente dos mamilos/sucção freqüente	42 (21,6)	27 (14,0)	32 (16,9)	32 (16,9)	33 (17,6)	39 (20,8)
Medidas psicológicas	9 (4,6)	9 (4,6)	9 (4,8)	7 (3,7)	5 (2,7)	5 (2,7)
Repouso/sono	2 (1,0)	2 (1,0)	1 (0,5)	4 (2,1)	4 (2,1)	7 (3,7)
Metoclopramida	0	1 (0,5)	0	4 (2,1)	2 (1,1)	2 (1,1)

*As mães poderiam citar um ou mais fatores

Tabela 13
Fatores que podem aumentar a produção de leite materno, segundo o conhecimento dos pais e época em que foi aplicado o questionário (pré e pós-teste)*

Fatores que podem aumentar a produção de leite materno	Grupo Controle (n = 194)		Grupo Experimental 1 (n= 189)		Grupo Experimental 2 (n = 188)	
	Pré-teste Nº (%)	Pós-teste Nº (%)	Pré-teste Nº (%)	Pós-teste Nº (%)	Pré-teste Nº (%)	Pós-teste Nº (%)
Estimulação freqüente dos mamilos/sucção freqüente	24 (12,4)	27 (13,9)	24 (12,7)	24 (12,7)	17 (9,0)	46 (24,5)
Medidas psicológicas	6 (3,1)	9 (4,6)	5 (2,6)	11 (5,8)	12 (6,4)	8 (4,3)
Repouso/sono	6 (3,1)	7 (3,6)	3 (1,6)	6 (3,2)	3 (1,6)	1 (0,5)
Metoclopramida	0	0	0	1 (0,5)	0	1 (0,5)

*Os pais poderiam citar um ou mais fatores

3.2.1.8 Existe Leite Materno Fraco?

O índice de acerto deste tópico entre as mães, no pré-teste, foi em torno de 75%, enquanto que, entre os pais, foi em torno de 45%. Quando comparado o pré-teste com o pós-teste, as mães dos Grupos Experimentais 1 e 2 aumentaram em 13,8% e 14,4%, respectivamente, o índice de acerto deste tópico, enquanto nas mães do Grupo Controle o aumento foi de apenas 4,1%. Os pais dos três grupos também apresentaram aumento: nos pais do Grupo Experimental 2, ele foi de 33,5%; nos do Grupo Controle e do Grupo Experimental 1, ele foi menor (14,5% e 6,3%, respectivamente).

3.2.1.9 A Criança Amamentada ao Seio Pega Menos Doenças?

Entre as mães e os pais dos três grupos, este foi o tópico com maior índice de acerto, tanto no pré como no pós-teste (acima de 95,0%). Apesar deste alto índice de acerto, as mães dos três grupos tiveram uma discreta diminuição do índice de acerto quando comparado o pré-teste com o pós-teste (2,1%, 0,5% e 1,1%, respectivamente), assim como os pais do Grupo Controle (0,5%).

3.2.1.10 A Criança Pequena Precisa Tomar Água ou Chá Além do Leite Materno?

No pré-teste, menos da metade das mães e dos pais dos três grupos acertaram este tópico. Mas eles apresentaram aumento no índice de acerto quando comparado o pré-teste com o pós-teste, sendo que o maior aumento ocorreu com as mães e os pais do Grupo Experimental 2 (20,8% e 43,6%, respectivamente).

3.2.1.11 Medidas Preventivas de Fissuras no Mamilo

Este foi um dos tópicos com menor índice de acerto, tanto no pré como no pós-teste das mães e dos pais. Quando comparados o pré-teste e o pós-teste do Grupo Controle e Grupos Experimentais 1 e 2, as mães tiveram um aumento no índice de acerto de 16,5%,

29,1% e 27,1%, respectivamente, enquanto os pais, um aumento de 9,3%, 10,5% e 19,2%, respectivamente.

As Tabelas 14 e 15 apresentam as maneiras de prevenir fissuras no mamilo, de acordo com o conhecimento das mães e dos pais, respectivamente.

Tabela 14
Maneiras de prevenir fissuras no mamilo, segundo o conhecimento das mães e época em que foi aplicado o questionário (pré e pós-teste)*

Maneiras de prevenir fissuras	Grupo Controle (n = 194)		Grupo Experimental 1 (n = 189)		Grupo Experimental 2 (n = 188)	
	Pré-teste N° (%)	Pós-teste N° (%)	Pré-teste N° (%)	Pós-teste N° (%)	Pré-teste N° (%)	Pós-teste N° (%)
Amamentar usando a técnica correta	5 (2,6)	3 (1,5)	6 (3,1)	14 (7,4)	4 (2,1)	11 (5,9)
Prevenir o engurgitamento mamário	0	1 (0,5)	4 (2,1)	3 (1,6)	3 (1,6)	1 (0,5)
Retirar a criança do seio corretamente	0	2 (1,0)	0	3 (1,6)	0	2 (1,1)
Manter os mamilos sempre secos	0	0	0	8 (4,2)	1 (0,5)	20 (10,6)
Evitar sabonete, álcool ou higiene excessiva dos mamilos	3 (1,5)	3 (1,5)	4 (2,1)	8 (4,2)	2 (1,1)	0
Banho de sol/luz	47 (24,2)	77 (39,7)	41 (21,7)	79 (41,8)	29 (15,4)	69 (36,7)

*As mães poderiam citar uma ou mais maneiras

Tabela 15
Maneiras de prevenir fissuras no mamilo, segundo o conhecimento dos pais e época em que foi aplicado o questionário (pré e pós-teste)*

Maneiras de prevenir fissuras	Grupo Controle (n = 194)		Grupo Experimental 1 (n = 189)		Grupo Experimental 2 (n = 188)	
	Pré-teste Nº (%)	Pós-teste Nº (%)	Pré-teste Nº (%)	Pós-teste Nº (%)	Pré-teste Nº (%)	Pós-teste Nº (%)
Amamentar usando a técnica correta	3 (1,5)	3 (1,5)	3 (1,6)	8 (4,2)	1 (0,5)	8 (4,3)
Prevenir o engurgitamento mamário	2 (1,0)	2 (1,0)	2 (1,1)	3 (1,6)	2 (1,1)	1 (0,5)
Retirar a criança do seio corretamente	1 (0,5)	2 (1,0)	1 (0,5)	0	1 (0,5)	0
Manter os mamilos sempre secos	0	0	2 (1,1)	7 (3,7)	1 (0,5)	23 (12,2)
Evitar sabonete, álcool ou higiene excessiva dos mamilos	0	0	1 (0,5)	1 (0,5)	0	1 (0,5)
Banho de sol/luz	9 (4,6)	28 (14,4)	10 (5,3)	21 (11,1)	11 (5,9)	25 (13,3)

*Os pais poderiam citar uma ou mais maneiras

3.2.1.12 Existe Problema em Oferecer Mamadeira para a Criança que está Sendo Amamentada? Que Problema?

Quando comparado o pré-teste com o pós-teste, as mães do Grupo Controle e do Grupo Experimental 1 diminuíram o índice de acerto deste tópico (16,5% e 10,1%, respectivamente), mas as do Grupo Experimental 2 aumentaram este índice (10,1%).

Os pais do Grupo Controle também diminuíram o índice de acerto neste tópico quando comparado o pré-teste com o pós-teste (4,6%), já os dos Grupos Experimentais 1 e 2 aumentaram o índice em 5,8% e 22,9%, respectivamente.

O problema citado pela maioria das mães e dos pais, tanto no pré-teste como no pós-teste, foi o fato da criança se acostumar com o bico da mamadeira e, como consequência, largar o seio.

3.2.1.13 Como Fazer Ordenha Manual

Poucas mães e pais, no pré-teste, conseguiram explicar corretamente a técnica para realizar a ordenha manual. Quando comparado o pré-teste com o pós-teste dos Grupos Controle e Experimentais 1 e 2, as mães aumentaram o índice de acerto em 20,1%, 23,8% e 45,2%, respectivamente, enquanto os pais o aumentaram em 8,8%, 9,0% e 34,1%, respectivamente.

No pré-teste, algumas mães e pais, tanto do Grupo Controle como dos Grupos Experimentais 1 e 2, explicaram a técnica de forma errada, embora tenham dito que sabiam fazer a ordenha manual (18,0%, 19,0% e 31,9% das mães, respectivamente e 21,6%, 19,0% e 27,1%, dos pais, respectivamente). O mesmo ocorreu no pós-teste das mães (23,2%, 31,2% e 20,2%) e dos pais (19,1%, 28,6% e 33,5%).

De uma forma geral, quando comparados os acertos, no pré-teste e no pós-teste, dos treze tópicos pesquisados sobre conhecimentos em AM, as mães do grupo que não recebeu

orientação sobre o assunto (Grupo Controle) tiveram uma diferença de percentual acima de dez em apenas dois tópicos. Nos grupos em que as mães receberam a orientação (Grupos Experimentais 1 e 2), esta diferença ocorreu em seis e oito tópicos, respectivamente.

Entre as mães, o maior aumento no índice de acertos foi observado no Grupo Experimental 2 no tópico referente à ordenha manual (aumento de 45,2%). No Grupo Controle, o maior aumento foi de 20,1%, também no tópico referente à ordenha manual. No Grupo Experimental 1, o maior aumento foi no tópico referente à prevenção de fissuras (aumento de 29,1%).

Nos grupos em que os pais não receberam orientação sobre AM (Grupos Controle e Experimental 1), houve um aumento de acertos acima de 10% em cinco e quatro tópicos, respectivamente. No grupo em que eles receberam orientação (Grupo Experimental 2), este aumento ocorreu em nove tópicos pesquisados.

Entre os pais do Grupo Experimental 2, a diferença mais marcante entre o pré e o pós-teste foi no tópico referente à oferta de água ou chá para a criança durante a amamentação exclusiva (aumento de 43,6%). Já para o Grupo Controle, a diferença maior ocorreu no tópico referente ao LM ser suficiente para a criança até os quatro-seis meses (aumento de 17,6%). No Grupo Experimental 1, foi no item referente ao intervalo entre as mamadas (aumento de 29,1%).

3.2.2 Escores Inicial (Pré-Teste) e Final (Pós-Teste)

O escore inicial do teste de conhecimentos sobre AM realizado pelas mães dos três grupos variou de 2 a 26 pontos, com média e mediana igual a 14,0. As mães do Grupo Experimental 2 tiveram uma média do escore inicial significativamente menor que as mães dos outros grupos ($p = 0,01$). Desta forma, podemos dizer que as mães do Grupo Experimental 2 iniciaram o estudo com um conhecimento significativamente menor sobre AM do que as mães do Grupo Controle e do Grupo Experimental 1. (Figura 1)

O escore final das mães variou de 4 a 26 pontos. O grupo formado pelas mães que não receberam orientação sobre AM (Grupo Controle) apresentou uma média no escore final significativamente menor ($p = 0,00$) que a média dos Grupos Experimentais 1 e 2, cujas mães receberam a orientação. (Figura 2)

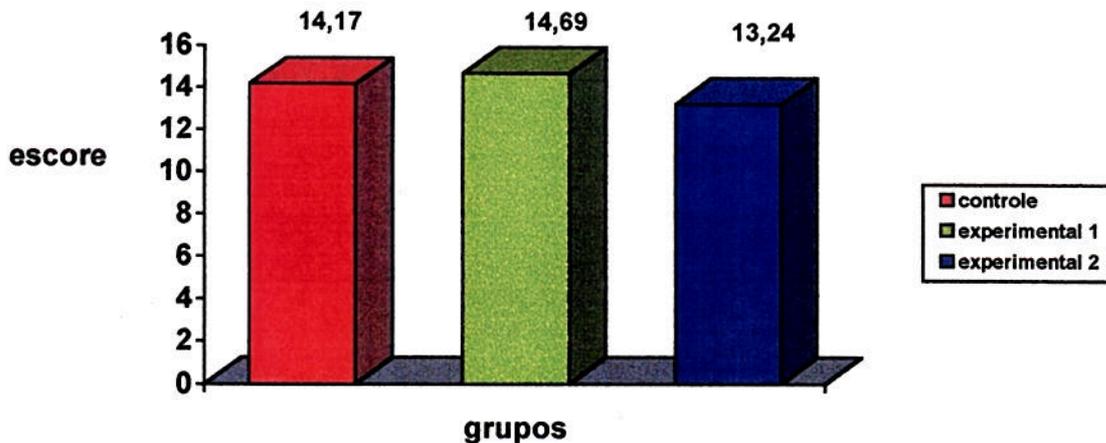


Figura 1 - Médias dos escores iniciais do teste de conhecimentos em aleitamento materno realizado pelas mães, por grupo

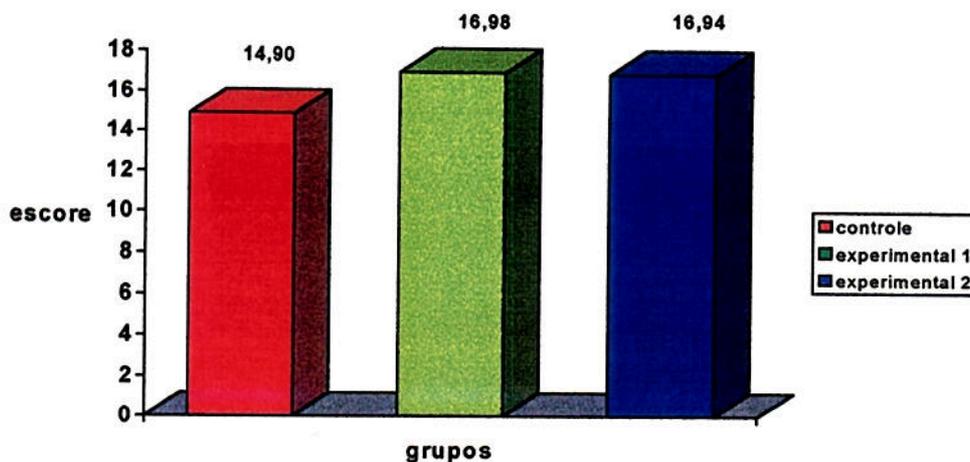


Figura 2 - Médias dos escores finais do teste de conhecimentos em aleitamento materno realizado pelas mães, por grupo

As mães dos três grupos em estudo apresentaram um aumento estatisticamente significativo quando comparada a média do escore inicial com a média do escore final. (Tabela 16)

A Tabela 17 apresenta o delta percentual de cada grupo de mães, ou seja, a variação percentual entre a média do escore inicial e a média do escore final. Houve diferença estatisticamente significativa quando comparada a variação percentual entre os três grupos, sendo o Qui-quadrado de homogeneidade de 37,88 ($p < 0,0001$). Calculando a média do delta percentual das mães dos Grupos Experimentais 1 e 2 (média percentual = 22%) e comparando-a com o delta percentual do Grupo Controle (5,2%), encontra-se um Qui-quadrado de 25,49 ($p < 0,0001$). Este resultado indica que houve um aumento bem mais significativo no escore final das mães dos Grupos Experimentais 1 e 2 do que no do

Grupo Controle. Ao comparar o aumento percentual do Grupo Experimental 1 (15,6%) com o aumento do Grupo Experimental 2 (27,9%), também encontra-se uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 9,11$; $p < 0,003$), ou seja, as mães do Grupo Experimental 2 tiveram um aumento significativamente maior no escore final do que as do Grupo Experimental 1.

Tabela 16
Comparação entre as médias dos escores inicial e final das mães, por grupo

	ESCORE INICIAL (média ± DP)	ESCORE FINAL (média ± DP)	t	p
Grupo Controle	14,17 ± 4,32	14,90 ± 4,62	2,57	0,01
Grupo Experimental 1	14,69 ± 4,27	16,98 ± 4,34	6,77	0,00
Grupo Experimental 2	13,24 ± 4,52	16,94 ± 4,58	11,31	0,00

Tabela 17
Cálculo de mudança percentual entre os escores inicial e final das mães, por grupo

	ESCORE INICIAL(média)	ESCORE FINAL(média)	DELTA PERCENTUAL
Grupo Controle	14,17	14,90	5,2%
Grupo Experimental 1	14,69	16,98	15,6%
Grupo Experimental 2	13,24	16,94	27,9%

O aumento percentual no conhecimento final das mães devido à co-intervenção (experiência vivenciada e, provavelmente, informações de outras fontes) foi de 5,2% (Grupo Controle). Após o ajuste do aumento percentual das mães dos Grupos Experimentais 1 e 2 (percentual observado – 5,2%), restou um aumento de 10,4% e 22,7%, respectivamente.

Entre os pais, tanto a média quanto a mediana do escore inicial do teste de conhecimentos em AM foi 10,0, sendo que a pontuação variou de zero a 24. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias do escore inicial dos pais dos três grupos. (Figura 3)

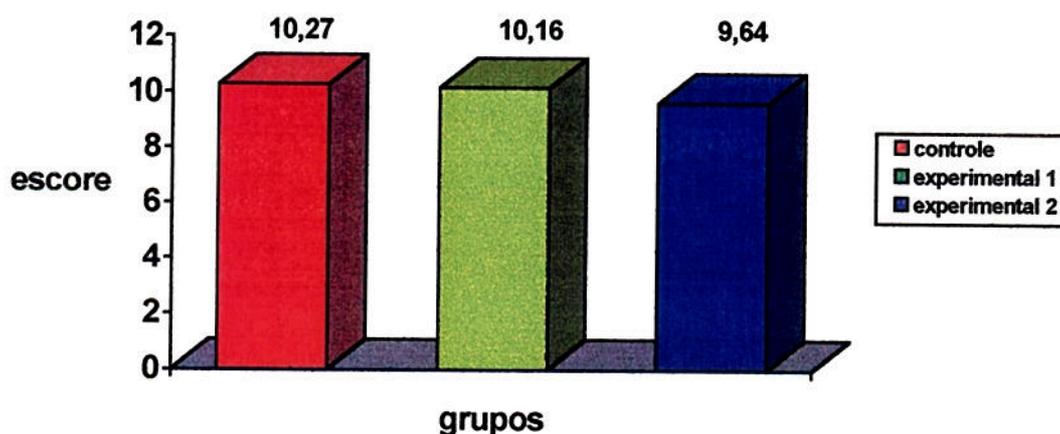


Figura 3 - Médias dos escores iniciais do teste de conhecimentos em aleitamento materno realizado pelos pais, por grupo

O escore final do pós-teste aplicado aos pais variou de 2 a 26 pontos. No grupo em que os pais receberam orientação sobre AM (Grupo Experimental 2), a média foi significativamente maior ($p = 0,00$) que a dos dois grupos em que eles não receberam a orientação (Grupo Controle e Grupo Experimental 1), ou seja, os pais que receberam

orientação tiveram um conhecimento final sobre AM significativamente maior do que os que não receberam orientação. (Figura 4)

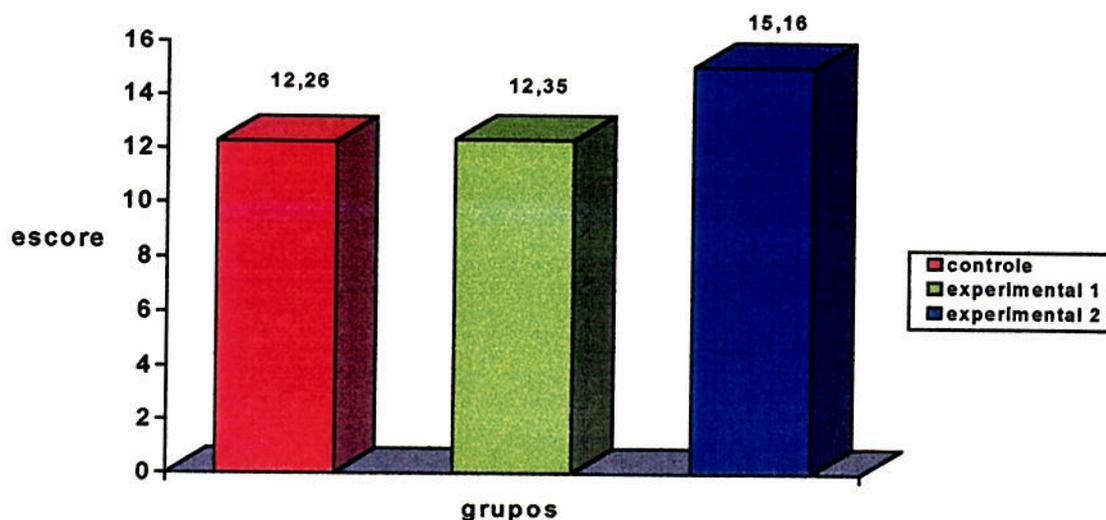


Figura 4 - Médias dos escores finais do teste de conhecimentos em aleitamento materno realizado pelos pais, por grupo

Os pais dos três grupos apresentaram um aumento estatisticamente significativo quando comparado o escore inicial com o escore final. (Tabela 18)

A Tabela 19 apresenta a variação percentual ocorrida entre o escore inicial e o escore final dos pais dos três grupos. O Qui-quadrado de homogeneidade foi 84,5 ($p < 0,0001$), o que indica que houve diferença estatisticamente significativa no aumento percentual ocorrido entre o escore inicial e o escore final dos três grupos estudados.

Tabela 18
Comparação entre os escores inicial e final dos pais, por grupo

	ESCORE INICIAL (média ± DP)	ESCORE FINAL (média ± DP)	t	p
Grupo Controle	10,27 ± 3,97	12,26 ± 4,41	7,21	0,00
Grupo Experimental 1	10,16 ± 4,71	12,35 ± 5,02	7,38	0,00
Grupo Experimental 2	9,64 ± 4,45	15,16 ± 4,62	16,55	0,00

Tabela 19
Cálculo de mudança percentual entre os escores inicial e final dos pais, por grupo

	ESCORE INICIAL (média)	ESCORE FINAL (média)	DELTA PERCENTUAL
Grupo Controle	10,27	12,26	19,4%
Grupo Experimental 1	10,16	12,35	20,6%
Grupo Experimental 2	9,64	15,16	58,3%

Calculando a média do delta percentual do Grupo Controle com o Grupo Experimental 1 (média percentual = 20,0%) e comparando-a com o delta percentual do Grupo Experimental 2 (58,3%) encontramos um Qui-quadrado de 82,72 ($p < 0,0001$). Esse resultado demonstra que houve um aumento bem mais significativo no escore final dos pais do Grupo Experimental 2 do que nos do Grupo Controle e do Grupo Experimental 1.

O aumento percentual ajustado dos pais do Grupo Experimental 2 (aumento observado: 58,3% – aumento da co-intervenção: 20,1%) foi de 38,2%.

3.3 ESTUDO DO EFEITO DE DETERMINADAS VARIÁVEIS NO CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO, ANTES E APÓS A ORIENTAÇÃO

3.3.1 Análise Bivariada

As Tabelas 20 e 21 apresentam os resultados da análise bivariada realizada para determinar o efeito de algumas variáveis nos conhecimentos inicial e final das mães e dos pais sobre AM, respectivamente.

O ponto de corte utilizado no conhecimento inicial e final das mães e dos pais sobre AM foi a média do escore.

Houve uma associação estatisticamente significativa entre conhecimento inicial das mães sobre AM e as seguintes variáveis: estado civil, renda *per capita*, idade, escolaridade, assistência pré-natal, orientação sobre AM no pré-natal, participação em curso pré-natal, tempo de amamentação de filhos anteriores e o grupo em estudo a que elas pertenciam. No conhecimento final das mães sobre AM, o número de filhos anteriores passou a ter uma associação significativa, e o tempo de amamentação desses filhos deixou de ter associação

Tabela 20

Análise bivariada do efeito de determinadas variáveis nos conhecimentos iniciais e final das mães sobre aleitamento materno

VARIÁVEIS	MÉDIA DO ESCORE INICIAL = 14,04		MÉDIA DO ESCORE FINAL = 16,27		χ^2 ; p
	< 14,04 n = 264	≥ 14,04 n = 307	< 16,27 n = 238	≥ 16,27 n = 333	
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	χ^2 ; p
Grupo em estudo					
controle	89 (45,9)	105 (54,1)	98 (50,5)	96 (49,5)	9,46; 0,00
experimental 1	71 (37,6)	118 (62,4)	71 (37,6)	118 (62,4)	
experimental 2	104 (55,3)	84 (44,7)	69 (36,7)	119 (63,3)	
Estado civil					
solteiro	176 (49,7)	178 (50,3)	168 (47,5)	186 (52,5)	12,17; 0,00
casado	88 (40,6)	129 (59,4)	70 (32,3)	147 (67,7)	
Renda per capita					
≤ 0,5 SM	60 (57,1)	45 (42,9)	65 (61,9)	40 (38,1)	24,92; 0,00
0,6-1,9 SM	141 (51,4)	149 (51,4)	117 (40,3)	173 (59,7)	
≥ 2,0 SM	63 (64,2)	113 (64,2)	56 (31,8)	120 (68,2)	
Idade materna					
≤ 20 anos	76 (55,1)	62 (44,9)	74 (53,6)	64 (46,4)	10,04; 0,00
> 20 anos	188 (43,4)	245 (56,6)	164 (37,9)	269 (62,1)	
Cor da mãe					
branca	146 (43,5)	190 (56,5)	129 (38,4)	207 (61,6)	3,98; 0,14
não-branca	118 (50,2)	117 (49,8)	109 (46,4)	126 (53,6)	
Escolaridade materna					
≤ 8 anos	208 (56,4)	161 (43,6)	192 (52,0)	177 (48,0)	44,78; 0,00
> 8 anos	56 (27,7)	146 (72,3)	46 (22,8)	156 (77,2)	

(continuação) Tabela 20 – Análise bivariada do efeito de determinadas variáveis nos conhecimentos inicial e final das mães sobre aleitamento materno

VARIÁVEIS	MÉDIA DO ESCORE INICIAL = 14,04		MÉDIA DO ESCORE FINAL = 16,27		χ^2 ; p
	< 14,04 n = 264	≥ 14,04 n = 307	< 16,27 n = 238	≥ 16,27 n = 333	
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	χ^2 ; p
Assistência pré-natal					
nenhuma consulta	23 (62,2)	14 (37,8)	26 (70,3)	11 (29,7)	22,84; 0,00
1-4 consultas	45 (60,0)	30 (40,0)	42 (56,0)	33 (44,0)	
≥ 5 consultas	196 (42,7)	263 (57,3)	170 (37,0)	289 (63,0)	
Orientação da mãe sobre AM no pré-natal					
não	206 (52,6)	186 (47,4)	177 (45,2)	215 (54,8)	5,75; 0,02
sim	58 (32,4)	121 (67,6)	61 (34,1)	118 (65,9)	
Participação da mãe em curso pré-natal					
não	249 (50,4)	245 (49,6)	219 (44,3)	275 (55,7)	9,80; 0,00
sim	15 (19,5)	62 (80,5)	19 (24,7)	58 (75,3)	
Número de filhos que a mãe já tem					
nenhum	117 (48,5)	124 (51,5)	96 (39,8)	145 (60,2)	7,64; 0,02
1-3 filhos	128 (44,4)	160 (55,6)	116 (40,3)	172 (59,7)	
> 3 filhos	19 (45,2)	23 (54,8)	26 (61,9)	16 (38,1)	
Tempo de amamentação de filhos anteriores					
≤ 3 meses	78 (53,4)	68 (46,6)	69 (47,3)	77 (52,7)	2,67; 0,26
> 3 meses	69 (37,5)	115 (62,5)	73 (39,7)	111 (60,3)	
primíparas	117 (48,5)	124 (51,5)	96 (39,8)	145 (60,2)	

Tabela 21

Análise bivariada do efeito de determinadas variáveis nos conhecimentos inicial e final dos pais sobre aleitamento materno

VARIÁVEIS	MÉDIA DO ESCORE INICIAL = 10,02				MÉDIA DO ESCORE FINAL = 13,27			
	< 10,02		≥ 10,02		< 13,27		≥ 13,27	
	n = 276	n = 295	n = 268	n = 303	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)
	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	χ ² ; p	χ ² ; p	χ ² ; p	χ ² ; p
Grupo em estudo								
controle	92 (47,4)	102 (52,6)	112 (57,7)	82 (42,3)	0,31; 0,86	39,36; 0,00	82 (42,3)	39,36; 0,00
experimental 1	90 (47,6)	99 (52,4)	102 (54,0)	87 (46,0)			87 (46,0)	
experimental 2	94 (50,0)	94 (50,0)	54 (28,7)	134 (71,3)			134 (71,3)	
Renda per capita								
≤ 0,5 SM	66 (62,9)	39 (37,1)	71 (66,4)	36 (33,6)	25,96; 0,00	33,90; 0,00	36 (33,6)	33,90; 0,00
0,6-1,9 SM	151 (52,1)	139 (47,9)	144 (49,7)	146 (50,3)			146 (50,3)	
≥ 2,0 SM	59 (33,5)	117 (66,5)	53 (30,9)	121 (69,1)			121 (69,1)	
Estado civil								
solteiro	187 (52,8)	167 (47,2)	184 (51,9)	170 (48,1)	7,05; 0,01	9,36; 0,00	170 (48,1)	9,36; 0,00
casado	89 (41,0)	128 (59,0)	84 (38,4)	133 (61,6)			133 (61,6)	
Idade paterna								
≤ 20 anos	33 (52,4)	30 (47,6)	35 (55,6)	28 (44,4)	0,30; 0,58	1,76; 0,18	28 (44,4)	1,76; 0,18
> 20 anos	243 (47,8)	265 (52,2)	233 (45,9)	275 (54,1)			275 (54,1)	
Escolaridade paterna								
≤ 8 anos	219 (59,8)	147 (40,2)	214 (58,5)	152 (41,5)	52,71; 0,00	54,23; 0,00	152 (41,5)	54,23; 0,00
> 8 anos	57 (27,8)	148 (72,2)	54 (26,3)	151 (73,7)			151 (73,7)	
Cor do pai								
branca	167 (46,0)	196 (54,0)	155 (42,7)	208 (57,3)	2,66; 0,26	7,74; 0,02	208 (57,3)	7,74; 0,02
não-branca	109 (52,4)	99 (47,6)	113 (54,3)	95 (45,7)			95 (45,7)	
Orientação do pai no pré-natal sobre AM								
não	261 (50,6)	255 (49,4)	259 (50,2)	257 (49,8)	9,90; 0,00	21,38; 0,00	257 (49,8)	21,38; 0,00
sim	15 (27,3)	40 (72,7)	9 (16,4)	46 (83,6)			46 (83,6)	
Participação do pai em curso pré-natal								
não	269 (49,1)	279 (50,9)	262 (47,8)	286 (52,2)	2,37; 0,12	3,32; 0,07	286 (52,2)	3,32; 0,07
sim	7 (30,4)	16 (69,6)	6 (26,1)	17 (73,9)			17 (73,9)	

significativa. A cor da mãe foi a única variável que não se apresentou significativamente associada, em nenhum momento, com o seu conhecimento em AM.

Em relação aos pais, houve uma associação estatisticamente significativa entre conhecimento inicial sobre AM e renda *per capita*, estado civil, escolaridade e orientação sobre AM no pré-natal. No conhecimento final dos pais, estas quatro variáveis permaneceram significativas, e a cor e o grupo em estudo a que pertenciam passaram a ter associação significativa. A idade e a participação em curso pré-natal não apresentaram associação significativa com o conhecimento sobre AM em nenhum momento.

3.3.2 Análise Multivariada

Assim como na análise bivariada, o ponto de corte utilizado para a análise multivariada do conhecimento das mães e dos pais em AM foi a média do escore.

As variáveis incluídas no modelo multivariado, para análise do conhecimento inicial das mães em AM, são apresentadas na Tabela 22. Após o ajuste, as mães com mais de oito anos de escolaridade, com tempo médio de amamentação de filhos anteriores superior a três meses, que receberam orientação pré-natal sobre AM e participaram de curso pré-natal mostraram ter um conhecimento inicial sobre AM significativamente maior que as outras mães. As do Grupo Experimental 2, independentemente das características estudadas, apresentaram um menor conhecimento inicial em AM.

Tabela 22
Variáveis estudadas no modelo multivariado, para análise do conhecimento inicial das mães em aleitamento materno

VARIÁVEIS	RAZÃO DE CHANCE (IC 95%)*	p
Grupo		
Controle	1,00	-
Experimental 1	1,23 (0,78 – 1,94)	0,37
Experimental 2	0,59 (0,37 – 0,94)	0,02
Idade materna		
≤ 20 anos	1,00	-
> 20 anos	0,96 (0,59 – 1,58)	0,88
Cor da mãe		
branca	1,00	-
não-branca	0,95 (0,61 – 1,46)	0,80
Estado civil		
solteira	1,00	-
casada	0,95 (0,64 – 1,42)	0,82
Renda per capita		
≤ 0,5 SM	1,00	-
0,6 – 1,9 SM	1,43 (0,83 – 2,48)	0,20
≥ 2,0 SM	1,52 (0,78 – 2,95)	0,21
Escolaridade da mãe		
≤ 8 anos	1,00	-
> 8 anos	3,30 (2,09 – 5,21)	0,00
Número de filhos anteriores		
nenhum	1,00	-
1 – 3	3,46 (0,32 – 37,58)	0,31
> 3	3,75 (0,31 – 45,88)	0,30
Tempo de amamentação de filho(s) anterior(es)		
≤ 3 meses	1,00	-
> 3 meses	1,89 (1,14 – 3,13)	0,01
primiparas	2,75 (0,25 – 30,28)	0,41
Assistência pré-natal		
nenhuma consulta	1,00	-
1 – 4 consultas	0,81 (0,33 – 3,03)	0,64
≥ 5 consultas	1,43 (0,65 – 3,16)	0,38
Orientação da mãe sobre AM no pré-natal		
não	1,00	-
sim	1,55 (1,02 – 2,37)	0,04
Participação da mãe em curso pré-natal		
não	1,00	-
sim	3,70 (1,92 – 7,15)	0,00

*Chance de apresentar um escore no pré-teste sobre aleitamento materno igual ou acima da média

Entre os pais, após o controle das possíveis variáveis de confusão, apenas a escolaridade acima de oito anos permaneceu significativamente associada a um maior conhecimento inicial sobre AM. Apesar da renda *per capita* $\geq 2,0$ SM e da orientação sobre AM no pré-natal não apresentarem uma associação estatisticamente significativa com o conhecimento inicial deles sobre o assunto, a razão de chance foi de 1,75 e 1,74, respectivamente. (Tabela 23)

As Tabelas 24 e 25 apresentam o modelo multivariado para análise do conhecimento final sobre AM das mães e dos pais, respectivamente. Entre as mães, aquelas com maior escolaridade, com participação em curso pré-natal e que receberam a orientação pós-natal (Grupos Experimentais 1 e 2) mostraram um conhecimento final sobre AM significativamente maior que as outras mães. Idade > 20 anos e realização de cinco ou mais consultas durante o pré-natal não apresentaram uma associação estatisticamente significativa, mas a razão de chance foi de 1,58 e 2,11, respectivamente. Já entre os pais, os com renda *per capita* mais elevada, com maior escolaridade, que receberam orientação pré-natal sobre AM e pertencentes ao Grupo Experimental 2, ou seja, os que receberam a orientação pós-natal, apresentaram um conhecimento significativamente maior sobre AM que os outros pais.

Tabela 23
Variáveis estudadas no modelo multivariado, para análise do conhecimento inicial dos pais em aleitamento materno

VARIÁVEIS	RAZÃO DE CHANCE (IC 95%)*	p
Grupo		
Controle	1,00	-
Experimental 1	1,03 (0,66 – 1,60)	0,89
Experimental 2	0,94 (0,61 – 1,45)	0,77
Idade paterna		
≤ 20 anos	1,00	-
> 20 anos	0,74 (0,42 – 1,29)	0,29
Cor do pai		
branca	1,00	-
não-branca	0,94 (0,61 – 1,46)	0,83
Estado civil		
solteiro	1,00	-
casado	0,77 (0,53 – 1,12)	0,17
Renda per capita		
≤ 0,5 SM	1,00	-
0,6 – 1,9 SM	1,33 (0,82 – 2,15)	0,25
≥ 2,0 SM	1,75 (0,98 – 3,13)	0,06
Escolaridade do pai		
≤ 8 anos	1,00	-
> 8 anos	2,99 (1,93 – 4,63)	0,00
Orientação do pai sobre AM no pré-natal		
não	1,00	-
sim	1,74 (0,88 – 3,45)	0,11
Participação do pai em curso pré-natal		
não	1,00	-
sim	1,13 (0,41 – 3,10)	0,82

*Chance de apresentar um escore no pré-teste sobre aleitamento materno igual ou acima da média

Tabela 24
Variáveis estudadas no modelo multivariado, para análise do conhecimento final das mães em aleitamento materno

VARIÁVEIS	RAZÃO DE CHANCE (IC 95%)*	p
Grupo		
Controle	1,00	-
Experimental 1	1,75 (1,11 – 2,77)	0,02
Experimental 2	2,04 (1,28 – 3,24)	0,00
Idade materna		
≤ 20 anos	1,00	-
> 20 anos	1,58 (0,97 – 2,58)	0,07
Cor da mãe		
branca	1,00	-
não-branca	0,88 (0,57 – 1,35)	0,55
Estado civil		
solteira	1,00	-
casada	0,69 (0,47 – 1,03)	0,07
Renda per capita		
≤ 0,5 SM	1,00	-
0,6 – 1,9 SM	1,64 (0,96 – 2,80)	0,07
≥ 2,0 SM	1,20 (0,62 – 2,30)	0,59
Escolaridade da mãe		
≤ 8 anos	1,00	-
> 8 anos	2,97 (1,87 – 4,73)	0,00
Número de filhos anteriores		
nenhum	1,00	-
1 – 3	1059,47 (————)	0,50
> 3	495,26 (————)	0,54
Tempo de amamentação de filho(s) anterior(es)		
≤ 3 meses	1,00	-
> 3 meses	1,51 (0,91 – 2,51)	0,11
primíparas	1289,49 (————)	0,49
Assistência pré-natal		
nenhuma consulta	1,00	-
1 – 4 consultas	1,40 (0,56 – 3,49)	0,47
≥ 5 consultas	2,11 (0,94 – 4,74)	0,07
Orientação da mãe sobre AM no pré-natal		
não	1,00	-
sim	1,28 (0,83 – 1,97)	0,26
Participação da mãe em curso pré-natal		
não	1,00	-
sim	2,03 (1,08 – 3,82)	0,03

*Chance de apresentar um escore no pós-teste sobre aleitamento materno igual ou acima da média

Tabela 25
Variáveis estudadas no modelo multivariado, para análise do conhecimento final dos pais em aleitamento materno

VARIÁVEIS	RAZÃO DE CHANCE (IC 95%)*	p
Grupo		
Controle	1,00	-
Experimental 1	1,31 (0,82 – 2,08)	0,26
Experimental 2	4,76 (2,95 – 7,70)	0,00
Idade paterna		
≤ 20 anos	1,00	-
> 20 anos	0,98 (0,53 – 1,88)	0,95
Cor do pai		
branca	1,00	-
não-branca	0,83 (0,53 – 1,31)	0,42
Estado civil		
solteiro	1,00	-
casado	0,71 (0,48 – 1,06)	0,09
Renda per capita		
≤ 0,5 SM	1,00	-
0,6 – 1,9 SM	1,39 (0,83 – 2,33)	0,21
≥ 2,0 SM	1,90 (1,03 – 3,50)	0,04
Escolaridade do pai		
≤ 8 anos	1,00	-
> 8 anos	3,12 (1,96 – 4,96)	0,00
Orientação do pai sobre AM no pré-natal		
não	1,00	-
sim	3,73 (1,67 – 8,35)	0,00
Participação do pai em curso pré-natal		
não	1,00	-
sim	1,20 (0,40 – 3,57)	0,74

*Chance de apresentar um escore no pós-teste sobre aleitamento materno igual ou acima da média

3.4 ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E PREVALÊNCIAS DA AMAMENTAÇÃO NO FINAL DO PRIMEIRO, TERCEIRO E SEXTO MÊS DE VIDA DAS CRIANÇAS

Após a avaliação do conhecimento das mães e dos pais sobre AM, era importante estudar a associação entre o nível de seu conhecimento sobre o assunto e a prevalência de amamentação. Foram analisadas as prevalências de três categorias de amamentação (exclusiva, predominante e total) em três momentos, ou seja, no final do primeiro, terceiro e sexto mês de vida das crianças. (Figura 5)

No cálculo das prevalências da amamentação, foram excluídas as crianças perdidas no primeiro mês (30 crianças) e após o primeiro mês de acompanhamento (24 crianças), o que resultou em 547 crianças.

O conhecimento das mães e dos pais sobre AM usado para esta análise foi o conhecimento apresentado no pós-teste (score final), sendo que o ponto de corte foi a média do score ($<$ média, \geq média).

As Tabelas 26 e 27 apresentam os resultados das análises bivariadas realizadas para testar a relação entre o conhecimento das mães e dos pais, respectivamente, e as prevalências de amamentação no final do primeiro, terceiro e sexto mês de vida das crianças. Foram estatisticamente significativas as seguintes associações:

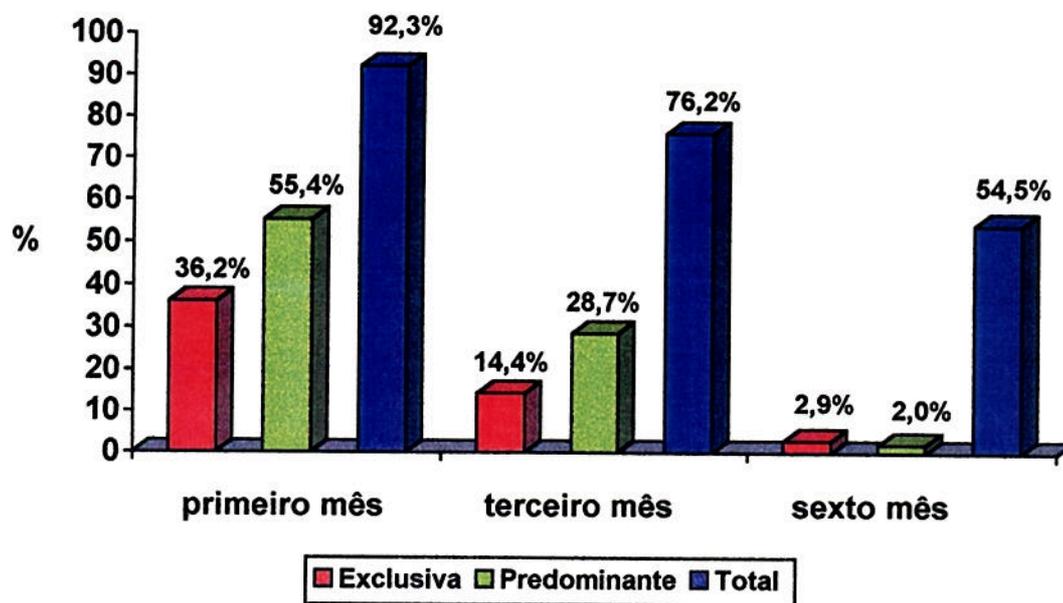


Figura 5 – Prevalências de amamentação no final do primeiro, terceiro e sexto mês

Tabela 26
Resultado da análise bivariada do efeito do conhecimento das mães sobre
aleitamento materno na prevalência de amamentação no final do primeiro,
terceiro e sexto mês

Mês	Categoria de Amamentação	Escore Final das Mães (média = 16,27)		χ^2 ; p	
		< 16,27 (n = 226)	\geq 16,27 (n = 321)		
		Nº (%)	Nº (%)		
P R I M E I R O	Exclusiva	sim	49 (24,7)	34,07; 0,00	
		não	177 (50,7)		
	Predominante	sim	129 (42,6)	0,33; 0,56	
		não	97 (39,8)		
	Total		sim	207 (41,0)	0,14; 0,71
			não	19 (45,2)	
T E R C E I R O	Exclusiva	sim	8 (10,1)	35,56; 0,00	
		não	218 (46,6)		
	Predominante	sim	70 (44,6)	0,79; 0,37	
		não	156 (40,0)		
	Total		sim	159 (38,1)	6,81; 0,01
			não	67 (51,5)	
S E X T O	Exclusiva	sim	6 (37,5)	4,49; 0,03	
		não	220 (41,4)		
	Predominante	sim	5 (45,5)	0,00; 0,98	
		não	221 (41,2)		
	Total		sim	97 (32,6)	19,96; 0,00
			não	129 (51,8)	

Tabela 27

Resultado da análise bivariada do efeito do conhecimento dos pais sobre aleitamento materno na prevalência de amamentação no final do primeiro, terceiro e sexto mês

Mês	Categoria de Amamentação	Escore Final dos Pais (média = 13,27)		χ^2 ; p
		< 13,27 (n = 260)	≥ 13,27 (n = 287)	
		Nº (%)	Nº (%)	
P R I M E I R O	Exclusiva			
	sim	71 (35,9)	127 (64,1)	16,23; 0,00
	não	189 (54,2)	160 (45,8)	
	Predominante			
	sim	146 (48,2)	157 (51,8)	0,06; 0,80
	não	114 (46,7)	130 (53,3)	
Total				
sim	237 (46,9)	268 (53,1)	0,67; 0,41	
não	23 (54,8)	19 (45,2)		
T E R C E I R O	Exclusiva			
	sim	22 (27,8)	57 (72,2)	13,44; 0,00
	não	238 (50,9)	230 (49,1)	
	Predominante			
	sim	71 (45,2)	86 (54,8)	0,35; 0,55
	não	189 (48,5)	201 (51,5)	
Total				
sim	186 (44,6)	231 (55,4)	5,55; 0,02	
não	74 (56,9)	56 (43,1)		
S E X T O	Exclusiva			
	sim	6 (37,5)	10 (62,5)	0,32; 0,57
	não	254 (47,8)	277 (52,2)	
	Predominante			
	sim	6 (54,5)	5 (45,5)	1,11; 0,29
	não	254 (47,4)	282 (52,6)	
Total				
sim	124 (41,6)	174 (58,4)	8,69; 0,00	
não	136 (54,6)	113 (45,4)		

⇒ **Primeiro mês**

- Prevalência de amamentação exclusiva e conhecimento das mães e dos pais sobre AM.

⇒ **Terceiro mês**

- Prevalência de amamentação exclusiva e conhecimento das mães e dos pais sobre AM.
- Prevalência de amamentação total e conhecimento das mães e dos pais sobre AM.

⇒ **Sexto mês**

- Prevalência de amamentação exclusiva e conhecimento das mães sobre AM.
- Prevalência de amamentação total e conhecimento das mães e dos pais sobre AM.

Outras variáveis, além do conhecimento das mães e dos pais, podem estar associadas à prevalência de amamentação. Por isso, utilizou-se o modelo multivariado de Regressão Logística para o controle das possíveis variáveis de confusão. Desta forma, foram estudadas as relações que ocorrem entre as diferentes variáveis e as prevalências de amamentação no final do primeiro, terceiro e sexto mês de vida das crianças. As variáveis testadas foram as seguintes: tipo de parto, sexo do recém-nascido, estado civil, renda *per capita*, cor da mãe e do pai, idades materna e paterna, escolaridades materna e paterna,

assistência pré-natal, número de filhos que a mãe já tinha, tempo de amamentação de filhos anteriores, orientação da mãe e do pai sobre AM no pré-natal, participação da mãe e do pai em curso pré-natal e orientação pós-natal (grupo em estudo a que pertenciam as mães e os pais). Após o ajuste, o conhecimento das mães sobre AM permaneceu significativamente associado à prevalência de amamentação exclusiva no primeiro e no terceiro mês de vida e à prevalência de amamentação total no sexto mês. Apesar do conhecimento das mães não apresentar uma associação significativa com a prevalência de amamentação total aos três meses e com a prevalência de amamentação exclusiva aos seis meses, a razão de chance foi de 1,56 e 4,22, respectivamente. O conhecimento dos pais sobre AM permaneceu significativamente associado à prevalência de amamentação exclusiva no primeiro mês e à prevalência de amamentação total no terceiro e sexto meses. As Tabelas 28 e 29 apresentam o resultado desta análise, para a mãe e para o pai, respectivamente.

Tabela 28
Efeitos brutos e ajustados do conhecimento das mães nas prevalências de amamentação

Mês	Categoria de Amamentação	RAZÃO DE CHANCE BRUTA (IC 95%)	RAZÃO DE CHANCE AJUSTADA* (IC 95%)
PRIMEIRO	Exclusiva	3,13 (2,08 - 4,76)	2,71 (1,78 - 4,14)
TERCEIRO	Exclusiva	7,74 (3,48 - 17,92)	6,54 (2,94 - 14,58)
	Total	1,73 (1,13 - 2,63)	1,56 (0,99 - 2,45)
SEXTO	Exclusiva	5,11 (1,08 - 33,30)	4,22 (0,86 - 20,51)
	Total	2,23 (1,55 - 3,21)	1,97 (1,33 - 2,90)

*Ajustado para tipo de parto, sexo do recém-nascido, renda *per capita*, cor, estado civil, idade, escolaridade, assistência pré-natal, orientação sobre AM no pré-natal, participação em curso pré-natal, número de filhos que já tem e tempo de amamentação de filhos anteriores

Tabela 29
Efeitos brutos e ajustados do conhecimento dos pais nas prevalências de
amamentação

Mês	Categoria de Amamentação	RAZÃO DE CHANCE BRUTA (IC 95%)	RAZÃO DE CHANCE AJUSTADA* (IC 95%)
PRIMEIRO	Exclusiva	2,11 (1,45 - 3,09)	1,76 (1,18 - 2,64)
TERCEIRO	Exclusiva	2,68 (1,53 - 4,71)	1,25 (0,83 - 1,89)
	Total	1,64 (1,08 - 2,50)	1,91 (1,21 - 3,00)
SEXO	Total	1,69 (1,18 - 2,42)	1,64 (1,11 - 2,40)

*Ajustado para tipo de parto, sexo do recém-nascido, renda *per capita*, cor, estado civil, idade, escolaridade, orientação sobre AM no pré-natal, participação em curso pré-natal, número de filhos que a mãe já tem e tempo de amamentação de filhos anteriores

4 DISCUSSÃO

Inicialmente, serão discutidos alguns aspectos metodológicos do estudo e, após, a discussão seguirá a orientação adotada na apresentação dos resultados descritos.

O presente estudo selecionou 654 crianças nascidas na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre julho de 1994 e março de 1995. Elas foram alocadas sistematicamente em três grupos. O primeiro grupo, Controle, não recebeu a intervenção proposta por este estudo. Os dois grupos seguintes foram experimentais: no grupo Experimental 1, somente as mães receberam a intervenção e, no Experimental 2, a intervenção foi realizada para as mães e para os pais dos recém-nascidos. Embora houvesse consciência de que, do ponto de vista metodológico, o ideal seria a alocação aleatória das crianças para os grupos, optou-se por essa distribuição para evitar entrecruzamento entre eles (troca de informações entre as mães), o que seria inevitável caso se trabalhasse simultaneamente com os grupos. Cabe ressaltar que a rotina do hospital não foi modificada no período de seleção das crianças quanto aos cuidados e orientações fornecidas às mães no alojamento conjunto.

Ao definir o delineamento do estudo, uma das preocupações foi a de evitar a ocorrência de vícios que impedissem a identificação do verdadeiro valor de fatores

envolvidos no AM. Assim, houve rigor na definição da população a ser estudada e um rigoroso controle de perdas foi implantado, a fim de evitar vícios de seleção. A coleta dos dados, realizada em questionários padronizados por uma equipe exaustivamente treinada para esta função, e a codificação dos questionários, feita sempre pela mesma pessoa, contribuíram para evitar possíveis vícios de aferição. Os vícios de confusão foram minimizados pela análise multivariada, que permitiu determinar de forma independente, os efeitos das variáveis em estudo. O fato de ser um estudo prospectivo, que diminuiu sensivelmente eventuais erros decorrentes de falhas da memória, proporcionou uma maior qualidade e precisão às informações.

Para alcançar o objetivo do estudo – avaliar o conhecimento das mães e dos pais de recém-nascidos em relação ao AM antes e após orientação fornecida no período pós-parto imediato e sua relação com a prevalência de AM ao final do primeiro, terceiro e sexto mês de vida da criança – e testar as hipóteses formuladas, o delineamento experimental foi considerado o mais adequado, visto que ele permite comparar o efeito da intervenção (orientação pós-natal em AM) sobre os desfechos estudados (conhecimento das mães e dos pais sobre AM e prevalência de amamentação no final do primeiro, terceiro e sexto mês).

4.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

De acordo com dados obtidos do censo demográfico de 1991 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1991), a população estudada não é representativa da

população total de Porto Alegre. Ela apresenta, em relação à população de Porto Alegre, um percentual menor de pessoas de cor branca (58% das mães e 63% dos pais *versus* 84%), um menor índice de analfabetismo (3% *versus* 5,3%) e uma renda *per capita* menor (50% têm renda *per capita* de até 1¼ de SM *versus* renda *per capita* de até 2 SM para 50% da população de Porto Alegre).

Na comparação das características dos três grupos estudados, houve uma predominância significativa de mães e pais de cor branca no Grupo Controle em relação aos Grupos Experimentais 1 e 2. Essa diferença, no entanto, não invalida os resultados do estudo, pois a variável foi controlada pelo modelo multivariado da regressão logística.

Um aspecto importante a ser destacado entre as características da população estudada é o fato de 80% das mães terem realizado cinco ou mais consultas durante o pré-natal e apenas 31% terem recebido orientação sobre AM durante este período. Este dado é preocupante e mostra a apatia dos serviços de saúde com relação à promoção do AM, como descrito numa avaliação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991), que constatou que 70,8% das mulheres tinham realizado mais de seis consultas durante o pré-natal e 66% não haviam recebido orientação sobre o assunto. Desta forma, nos parece importante avaliar não somente o número de consultas realizadas durante o acompanhamento pré-natal, mas também a qualidade destes atendimentos, pois a orientação das mães e dos pais sobre AM neste período mostrou-se importante para um maior conhecimento sobre o assunto no período pós-natal, o que pode vir a interferir nas prevalências de amamentação.

4.2 CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO LOGO APÓS O NASCIMENTO DA CRIANÇA (PRÉ-TESTE) E UM MÊS APÓS (PÓS-TESTE)

4.2.1 Conhecimento das Mães e dos Pais em Cada Tópico Pesquisado no Pré-Teste e no Pós-Teste

É interessante observar que o índice de acertos nos diferentes tópicos pesquisados variou bastante (3,7% a 99,0%). Em vista disso, não é possível generalizar dizendo que as mães e os pais apresentam muito ou pouco conhecimento sobre AM, e, sim, que alguns tópicos são de maior ou menor conhecimento deles. Assim, torna-se relevante saber quais são as questões acerca do AM bem ou pouco conhecidas das mães e dos pais, de forma que elas possam ser priorizadas no atendimento individual às mães e aos pais, bem como ressaltadas em futuras campanhas para promoção do AM.

Na maioria dos tópicos pesquisados, as mães apresentaram um maior conhecimento sobre AM do que os pais. Esse resultado foi observado tanto no pré como no pós-teste; no pós-teste, essa diferença no nível de conhecimento entre as mães e os pais foi menor, principalmente quando o pai recebeu orientação pós-natal sobre AM junto com a mãe. Isso indica que os pais podem apresentar conhecimento sobre AM semelhante ao das mães, desde que devidamente orientados sobre o assunto, quebrando desta forma o preconceito de que AM é um assunto que interessa somente às mulheres/mães.

De uma maneira geral, as mães e os pais que receberam a orientação pós-natal apresentaram um maior índice de acertos no pós-teste, embora, em alguns tópicos, também tenha ocorrido um aumento no índice de acertos entre as mães e os pais que não receberam a orientação, aumento este que pode ser explicado, pelo menos em parte, pela experiência vivenciada e, provavelmente, por informações de outras fontes que não a intervenção do presente estudo.

Informações sobre AM são adquiridas através de leituras de jornais, livros, revistas, conversas com parentes, amigos e/ou vizinhos. Acredita-se que informações obtidas através de fontes não ligadas à área da saúde nem sempre são corretas, o que pode explicar, junto com dificuldades surgidas ao longo da amamentação, a diminuição no índice de acerto observada em três tópicos das mães que receberam a orientação pós-natal. Estes resultados nos levam a acreditar que, embora a orientação pós-natal tenha sido um fator determinante no nível de conhecimento das mães e dos pais sobre o assunto, outros fatores também influenciaram.

Num documento do UNICEF de 1995 que registra dados sobre amamentação no Ceará, no item em que são abordados fatores que interferem na amamentação, é lembrado o fato das mães sentirem-se inseguras ao amamentar (por receberem pressões e conselhos de pessoas muitas vezes desinformadas e, inclusive, de suas mães e sogras que não amamentaram) e a falta de aconselhamentos simples, porém essenciais, para resolverem pequenos problemas surgidos durante a amamentação (UNICEF, 1995). BRYANT (1982) também relata em seu estudo que parentes, amigos e vizinhos apresentam um impacto

significativo nas decisões que envolvem a amamentação, o uso da mamadeira e a época de introduzir alimentos sólidos na dieta da criança. Por isso, reveste-se de grande importância a educação da população em geral sobre amamentação e o acompanhamento dos pais até o momento em que a amamentação fique estabelecida e as dificuldades iniciais estejam superadas. É fundamental que as mães saiam da maternidade com um endereço e/ou telefone de referência, para que elas possam buscar a orientação correta para uma dúvida ou dificuldade surgida ao longo da amamentação.

4.2.1.1 Vantagens da Amamentação para a Criança

A orientação pós-natal praticamente não mudou o nível de conhecimento das mães e dos pais em relação a esse tópico, pois a maioria deles soube relatar, já no pré-teste, pelo menos uma vantagem da amamentação para a criança.

Apesar do alto índice de acertos, poucas vantagens parecem ser conhecidas das mães e dos pais. Proteção contra doenças foi a mais citada. A praticidade foi pouco lembrada, embora tenha sido a que apresentou maior aumento no índice de acertos (o que pode estar relacionado com o que a mãe estava vivenciando). Interessante observar que os tópicos fornecimento de nutrientes adequados através do LM e o fato de ser um alimento mais natural foram menos citados no pós-teste do que no pré-teste das mães dos três grupos. É possível que as mães que deixaram de citar estas duas vantagens tenham oferecido outra alimentação a seus filhos. Os pais do Grupo Experimental 1 deixaram de

referir, de uma forma bastante relevante (diminuição de 52,7%), o fornecimento de nutrientes adequados pelo LM como uma vantagem da amamentação para a criança.

A orientação pós-natal sobre AM oferecida às mães e aos pais abordou de forma semelhante todas as vantagens da amamentação para a criança mas, frente aos resultados obtidos, observa-se que algumas vantagens, por serem de menor conhecimento deles, devem ser mais enfatizadas.

4.2.1.2 Vantagens da Amamentação para a Mãe

As mães, e principalmente os pais, desconhecem a maioria das vantagens que a amamentação representa para a mãe. Entre as mães que não receberam a orientação pós-natal, houve um aumento de apenas 7% no índice de acertos deste tópico, enquanto que, entre as que receberam a orientação pós-natal, o aumento foi de 14%, em média. Parece importante as mães saberem as vantagens da amamentação para elas mesmas, pois, segundo DUSDIEKER et al (1985), a crença da mãe de que tanto ela quanto a criança se beneficiam com o AM é fundamental para a escolha da amamentação como forma de alimentar o filho. Em sociedades modernas, em que predomina o individualismo, é muito importante que as mulheres saibam das vantagens do AM para elas.

É interessante observar que a satisfação/tranquilidade materna e o carinho entre mãe e filho foram mais citadas no pré-teste do que no pós-teste das mães e dos pais dos três grupos, o que pode ser explicado, pelo menos parcialmente, pelo fato de o primeiro

mês de vida da criança ser um período de adaptação entre mãe/filho e os demais integrantes da família, o que gera um certo nível de estresse.

Uma vantagem da amamentação para a mãe que também repercute na saúde da criança é o efeito protetor do AM contra nova gravidez. Apesar da sua importância, ela foi citada por menos de 2% das mães e por menos de 1,5% dos pais. Esse efeito protetor chega a 98% nos primeiros seis meses após o parto entre as mulheres que amamentam plenamente e que ainda estão em amenorréia (FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, 1988). Convém lembrar que a orientação pós-parto não abordou essa vantagem, o que pode em parte explicar a raridade com que ela foi citada mesmo no pós-teste.

A recuperação mais rápida do peso anterior à gravidez entre as mulheres que amamentam foi abordada na orientação pós-natal. Observou-se que ela foi substancialmente mais citada no pós-teste das mães que receberam a orientação pós-natal, o que pode expressar um interesse bastante grande das mães com o seu corpo.

4.2.1.3 Só o Leite Materno é um Alimento Suficiente para a Criança Pequena?

Desde 1989, a Organização Mundial de Saúde preconiza a amamentação exclusiva nos primeiros quatro a seis meses e parcial até, pelo menos, o final do primeiro ano de vida das crianças (OMS/UNICEF, 1989).

Apesar desta recomendação ter sido feita há bastante tempo, pouco mais da metade das mães e poucos pais tinham esta informação. O resultado da intervenção neste

tópico foi boa, pois aumentou de forma importante o conhecimento das mães e dos pais que receberam a orientação pós-natal. Esse aumento foi mais evidente entre os pais, talvez porque eles tenham partido de um conhecimento menor que as mães (o conhecimento inicial deles neste tópico foi, em média, 23% menor do que o das mães).

4.2.1.4 Intervalo entre as Mamadas

Atualmente, se sabe que as crianças não devem ser amamentadas em horários pré-estabelecidos, pois há evidências de que a alimentação em intervalos regulares não faz parte do comportamento normal das crianças pequenas (MILLARD, 1990) e de que diminui o volume de leite produzido pela mãe (CARVALHO et al, 1983). O ideal é que a própria criança estabeleça seus horários e determine, com o passar do tempo, o seu próprio ritmo entre as mamadas, o qual deve ser respeitado pela mãe. No entanto, nas sociedades modernas, o relógio é um grande controlador do tempo disponível das pessoas, e isso tende a ser repassado para a amamentação, fazendo com que algumas mães e pais ainda pensem que ela tem que seguir horários pré-estabelecidos por eles e não pela vontade da criança (CARVALHO et al, 1983).

O resultado da intervenção no conhecimento das mães e dos pais quanto ao intervalo das mamadas foi bastante positivo, pois os pais que receberam a orientação pós-natal tiveram um aumento de 35% no índice de acerto nesse tópico, enquanto as mães aumentaram, em média, 15%. É interessante destacar que, nos três grupos, o aumento no

índice foi maior entre os pais do que entre as mães, o que pode ter ocorrido, como no tópico anterior, pelo fato dos pais partirem de um patamar de conhecimento menor.

Cabe ressaltar que nesse tópico, assim como no seguinte, as respostas foram oferecidas às mães e aos pais, que escolhiam a considerada correta. Optou-se por oferecer as respostas de forma padronizada porque se entendeu que essas questões poderiam causar dúvidas às mães e aos pais, os quais poderiam pedir explicações ao entrevistador.

4.2.1.5 Duração da Mamada

Como exposto acima, a mãe deve respeitar os intervalos que a criança faz entre as mamadas e o tempo que ela fica no seio. Sabe-se que cada criança tem comportamento próprio: enquanto algumas são mais calmas, tranquilas, e ficam mamando por um tempo mais prolongado, outras são mais agitadas e sugam mais rapidamente. Deve-se também lembrar que uma mesma criança pode apresentar comportamentos diferentes ao longo do dia. O importante é que a mãe saiba que, com o passar dos dias, a criança vai mostrando o seu comportamento e estabelecendo o seu ritmo para a alimentação, cabendo a ela interpretar as reações da criança.

Apesar de estar bem estabelecido que a criança deve permanecer no seio o tempo que for necessário, muitas mães e pais ainda acreditam que a mamada deve ter uma duração fixa, ou seja, entre 10 e 15 minutos. Muitas mães e pais mostraram-se resistentes a mudar de opinião mesmo após terem recebido a orientação correta, já que, mesmo entre as

mães que receberam a orientação pós-natal, não foi observado um aumento significativo no índice de acerto, tendo ocorrido até mesmo uma discreta diminuição entre aquelas que receberam a orientação junto com os pais. Embora seja antigo e ultrapassado, o conceito de que a mamada deve ter uma duração fixa permanece bastante arraigado na população, o que revela que existe um desconhecimento da população sobre o comportamento normal do recém-nascido.

4.2.1.6 Fatores que Podem Contribuir para Diminuição do Volume de Leite

A grande maioria das mães é capaz de produzir um volume adequado de leite para o seu filho, sendo este volume regulado pela demanda da criança. Alguns fatores podem interferir na produção e/ou ejeção de leite, diminuindo ou aumentando o seu volume. O que ocorre freqüentemente é a interpretação errônea de que o choro da criança é sinal de que a mãe não está produzindo um volume adequado de leite, o que muitas vezes só traduz a insegurança da mãe quanto à sua capacidade de nutrir adequadamente seu filho. Como conseqüência, pode ocorrer a introdução de outros alimentos, formando-se, dessa forma, um ciclo em que o uso de outros alimentos leva a uma menor demanda de LM e, conseqüentemente, a uma diminuição do seu volume, que será cada vez mais substituído por outros alimentos (HILL, 1991). O estudo realizado por HILL (1991) com 400 mães nas primeiras oito semanas pós-parto mostrou que 27% das mães acreditavam que não tinham leite suficiente, sendo que a maioria (65,3%) acreditava nisso pelo fato das crianças mostrarem-se irritadas e insatisfeitas após as mamadas. Entre as mães que acreditavam ter

apresentado uma diminuição do volume de leite e aquelas que não apresentaram esse problema, foi observada uma diferença significativa quanto ao conhecimento sobre AM e o encorajamento dos familiares em relação à amamentação. HILL (1991) mostrou que a fase inicial da amamentação é fundamental para a sua manutenção com sucesso e que a percepção da mãe de não estar produzindo leite suficiente para o seu filho muda a sua conduta em relação à amamentação. Em outro estudo, HILL (1987) demonstrou que o leite materno insuficiente é a principal causa de interrupção da amamentação durante as primeiras semanas pós-parto. GULICK (1982) também sugere que este problema ocorra mais freqüentemente durante as primeiras seis semanas pós-parto.

Num estudo de coorte realizado por ISSLER et al (1990), crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre foram acompanhadas até a interrupção da amamentação ou até o final do primeiro ano de vida: o principal motivo alegado pelas mães para a introdução do leite de vaca na dieta da criança foi a baixa produção de LM (47,5%) e, para a interrupção da amamentação, a ausência de LM (40,5%).

Num estudo realizado por HILLERVIK-LINDQUIST (1991), 51 mães saudáveis foram acompanhadas por um período de três dias a 18 meses após o parto. Durante o período em que estavam amamentando, 55% das mães perceberam crises de diminuição na produção de leite. Cinquenta e dois por cento dessas crises ocorreram antes dos três meses de idade da criança. Fatores emocionais da mãe (ansiedade, estresse e desconforto) foram citados como sendo o principal motivo para a diminuição da produção de leite (45%). Causas relacionadas à criança – recusa em mamar, choro sem motivo e doença – estiveram

presentes em 24% dos casos. Entre as mães que relataram uma diminuição no volume de leite e aquelas que não relataram esse problema, foi encontrada uma diferença significativa quanto aos motivos que as levaram a iniciar a amamentação. Cinquenta e quatro por cento das mães que relataram diminuição no volume de leite e 48% das mães que não relataram esse problema citaram vantagens nutricionais como o motivo que as fez iniciar a amamentação. Razões práticas e emocionais foram mais citadas pelas mães que não relataram diminuição no volume de leite, enquanto que sentir-se na obrigação de amamentar foi mais citada pelas mães que apresentaram esse problema. Foi destacado também o fato de as mães que perceberam uma diminuição no volume de leite terem apresentado uma grande ambivalência de atitudes durante a amamentação.

Apesar de ser extremamente importante a mãe ter um volume adequado de leite para a manutenção da amamentação, o presente estudo mostrou que as mães e os pais sabem pouco sobre os fatores que podem interferir no volume de leite. Inicialmente, menos da metade das mães e dos pais citou pelo menos um fator que poderia diminuir o volume de leite. A orientação pós-natal aumentou o nível de conhecimento deles em relação a esse tópico, porém de forma discreta (as mães aumentaram em torno de 10% e os pais, 8,5%). A falta de estímulo do mamilo/falta de sucção e fatores emocionais foram os mais citados pelas mães; os fatores emocionais foram os mais citados pelos pais.

4.2.1.7 Fatores que Podem Contribuir para Aumento da Produção de Leite

Embora seja muito freqüente as mães queixarem-se de pouco leite e que esse problema interfira de forma significativa na manutenção da amamentação, poucas mães sabem manejar essa situação. O estudo mostrou que as mães e os pais praticamente desconhecem os fatores que podem contribuir para aumentar a produção de leite, pois o índice de acerto deste tópico no pré-teste foi em torno de 23% para as mães e de 17% para os pais. Mesmo com a orientação pós-natal, o conhecimento das mães e dos pais ficou abaixo do desejado, pois as mães tiveram um aumento médio de apenas 4% e os pais, um aumento de 11,2%.

Sabe-se o quanto é importante a produção e a ejeção de um volume adequado de leite para a criança sentir-se satisfeita e tranqüila. A satisfação do filho tornará a mãe mais tranqüila para oferecer-lhe apenas o leite materno, principalmente observando que a criança apresenta um ganho de peso adequado. Mas, de acordo com os resultados deste estudo, as mães e os pais sabem pouco sobre este importante aspecto da amamentação, o que aponta para a necessidade de uma maior divulgação.

4.2.1.8 Existe Leite Materno Fraco?

Um dos mitos relacionados ao AM, descrito por CARVALHO (1985), é a crença de que existe leite materno fraco. O mito do LM fraco tem sido apontado como causa de

desmame, visto que o choro da criança muitas vezes é interpretado não só como consequência de pouca produção de leite mas também como evidência de leite fraco.

Quando as mães consideram o LM um alimento fraco ou insuficiente para o crescimento da criança, é comum elas introduzirem outros alimentos na dieta da criança, o que pode levar à interrupção precoce da amamentação. Isso foi observado por SIQUEIRA et al (1994), que, num estudo realizado com 498 mães, observaram que a principal justificativa para a interrupção da amamentação foi o fato do “leite não sustentar” (77,9%).

Um estudo realizado por BOTTORFF & MORSE (1990) demonstrou que as mães discutem a aparência e o aspecto do LM, comparando-os com os substitutos. Como resultado, elas freqüentemente consideram que o LM tem um “aspecto fino”, reforçando o mito de que o LM é fraco.

Num estudo realizado em nosso meio por GIUGLIANI et al (1995) sobre conhecimentos maternos em amamentação, 64% das mães disseram não acreditar na existência de LM fraco. Porém, num estudo realizado por MARTINES et al (1989) na cidade de Pelotas, a segunda razão mais freqüente para as mães iniciarem o uso de suplementos na dieta das crianças nos primeiros três meses de vida foi o fato delas considerarem o LM insuficiente ou fraco.

O presente estudo mostrou que a maioria das mães e quase a metade dos pais não acreditavam na existência de LM fraco. A orientação pós-natal fez com que o nível de conhecimento em relação a esse tópico aumentasse, sendo que os pais que receberam a orientação registraram o maior aumento (33,5%).

4.2.1.9 A Criança Amamentada Pega Menos Doenças?

A proteção do LM contra doenças infecciosas já é um fato bastante documentado (CUNNINGHAM et al, 1991; MACEDO, 1988; VICTORA et al, 1987; FEACHEN & KOBLINSKI, 1984; GONÇALVES SOBRINHO, 1982; VICTORA et al, 1992; BROWN et al, 1989; HOWIE et al, 1990; SAARINEM, 1982; TEELE et al, 1989; MARILD et al, 1989; PISACANE et al, 1992; GIUGLIANI, 1997) e mostrou ser bastante conhecido das mães e dos pais, pois o índice de acertos entre eles não foi inferior a 95%, tanto no pré como no pós-teste. Esse resultado foi coerente com o fato de ter sido esta a vantagem do AM mais citada para a criança. É interessante observar que, mesmo com esse alto índice de acerto, as mães dos três grupos apresentaram uma pequena diminuição quando comparou-se o pós-teste com o pré-teste, o que talvez possa ser explicado pelo fato de algumas crianças terem apresentado algum problema de saúde na vigência da amamentação.

4.2.1.10 A Criança Pequena Precisa Tomar Água ou Chá Além do Leite Materno?

Oferecer água ou chá além do LM é um hábito bastante frequente entre as mães, principalmente nos meses de calor. CARVALHO (1985) descreveu o uso compulsório de água e/ou chá nos intervalos das mamadas como um dos mitos existentes em relação ao AM. Sabe-se que a complementação do LM com água ou chá nos primeiros seis meses de

vida da criança, além de desnecessária (OMS/UNICEF, 1989), diminui a proteção do LM contra doenças infecciosas (BARROS & VICTORA, 1990; VICTORA et al, 1989; BROWN et al, 1989; POPKIN et al, 1990) e pode confundir a criança quanto à forma de sugar, pois, na maioria das vezes, a água e o chá são oferecidos em mamadeiras.

O presente estudo mostrou que a maioria das mães e dos pais dos três grupos acreditava na necessidade de oferecer água ou chá para a criança pequena. No pós-teste, houve um aumento no índice de acerto desse tópico em todos os grupos, sendo que, entre aqueles que receberam a orientação pós-natal, o resultado inverteu-se, ou seja, a maioria passou a acreditar que a criança não precisa receber água ou chá. Esse resultado, acreditamos, é importante para o aumento da prevalência da amamentação exclusiva.

4.2.1.11 Medidas Preventivas de Fissuras no Mamilo

A prevenção de fissuras no mamilo é fundamental para o sucesso da amamentação, pois além de causarem dor e desconforto à mãe, elas servem de porta de entrada para os germes (principalmente *Staphylococcus aureus*) causadores da mastite. As fissuras podem sangrar, levando a criança a recusar o peito. Como consequência das alterações causadas por sua presença, pode haver uma diminuição no volume de leite, o que pode levar à introdução de outros alimentos na dieta da criança e à interrupção da amamentação.

Neste estudo, as mães e os pais mostraram saber pouco sobre prevenção de fissuras no mamilo, apesar do aumento significativo observado no índice de acerto daqueles que

receberam a orientação pós-natal (as mães aumentaram em torno de 28% e os pais, em torno de 19%). As mães e os pais que não receberam a orientação também aumentaram o conhecimento sobre as medidas preventivas necessárias, o que pode ter ocorrido pela própria experiência, visto que a ocorrência de fissuras é muito freqüente. Apesar desses dados, o resultado obtido pode ser considerado insuficiente, pois apenas as mães do Grupo Experimental 1 conseguiram um índice de acerto acima de 50% no pós-teste. Tanto no pré como no pós-teste, a única medida preventiva citada de forma relevante foi o banho de sol/luz. O uso da técnica correta para amamentar, apesar de ser fundamental para a prevenção de fissuras no mamilo e o sucesso da amamentação, mostrou-se praticamente desconhecida das mães e dos pais. Essa técnica inclui um adequado posicionamento da mãe e da criança e uma pega correta, ou seja, a criança deve abocanhar cerca de dois centímetros do tecido mamário, além do mamilo (ARDRAN et al, 1958; WEBWE et al, 1986; SMITH et al, 1988). Cabe ressaltar que o uso de uma boa técnica de amamentação, além de prevenir fissuras no mamilo, permite a retirada do leite posterior, que é mais nutritivo e rico em gordura.

Para o sucesso da amamentação, é fundamental que as medidas preventivas de fissuras no mamilo sejam mais divulgadas, pois, apesar delas interferirem de forma significativa na amamentação, a grande maioria das mães e dos pais não sabe o que fazer para preveni-las.

4.2.1.12 Existe Problema em Oferecer Mamadeira para a Criança que está Sendo Amamentada?

Oferecer mamadeira para a criança que está sendo amamentada significa muitas vezes iniciar um processo que culmina com a interrupção da amamentação, e isto ocorre porque as formas da criança sugar o seio da mãe e o bico da mamadeira são totalmente diferentes. Para retirar leite do peito, é necessário que a criança faça movimentos musculares para abaixar, protuir, elevar e retrain a mandíbula, além de movimentos da língua que fazem a ordenha do leite propriamente dita. Já na mamadeira, a criança não precisa realizar esses movimentos (DE CARVALHO, 1995). Além de confundir o reflexo de sucção da criança, o uso da mamadeira com outros alimentos e líquidos não nutritivos leva a uma diminuição do LM.

É interessante o resultado obtido nesse tópico, pois apenas quando a mãe e o pai receberam a orientação pós-natal juntos é que se observou um aumento importante no conhecimento. As mães e os pais do Grupo Controle e as mães do Grupo Experimental 1 apresentaram uma diminuição no índice de acerto desse tópico. É possível que, ao introduzirem outros alimentos à dieta da criança, as mães e os pais desses grupos tenham deixado de ver algum problema em oferecer-lhe a mamadeira.

4.2.1.13 Como Fazer Ordenha Manual

A ordenha do LM é importante quando ocorre ingurgitamento mamário e quando a mãe retorna ao trabalho fora de casa. No ingurgitamento mamário, torna-se necessário retirar um pouco de leite antes da criança começar a mamar, pois a aréola ingurgitada não permite que a criança faça uma boa pega, o que, além de ser doloroso para a mãe, impede à criança uma retirada efetiva do leite (GIUGLIANI, 1994).

Antes de começar a trabalhar fora de casa, a mulher pode retirar e congelar o leite do seio para que possa ser oferecido à criança no futuro e, quando começa o trabalho fora de casa, a mãe pode esgotar o seio durante o horário de trabalho para que seja oferecido à criança na sua ausência (GIUGLIANI, 1994).

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, poucas mães e pais sabiam fazer a ordenha manual de forma correta. No pós-teste, de um modo geral, esse conhecimento aumentou, sobretudo entre aqueles que receberam a orientação pós-natal. Mesmo assim, ficou abaixo do desejado, pois apenas entre as mães do Grupo Experimental 2 foi observado um índice de acerto acima de 50%. É importante salientar o número expressivo de mães e pais que, mesmo após terem recebido a orientação, explicaram a técnica de forma errada, acreditando ser a correta.

4.2.2 Escores Inicial (Pré-Teste) e Final (Pós-Teste)

A diferença observada entre a média dos escores inicial e final das mães e dos pais dos três grupos em estudo foi estatisticamente significativa. Ela variou, entre os diferentes grupos, de 0,73 a 5,52 pontos, o que, na prática, significou menos de uma questão até quase três questões. Este aumento aparentemente pequeno, no entanto, teve um impacto positivo nas taxas de amamentação.

O fato de ter havido um aumento no conhecimento mesmo entre aqueles que não receberam a orientação pós-natal indica que ocorreu uma co-intervenção, que provavelmente foi a experiência vivida pelas mães e pelos pais após o nascimento do filho e a obtenção de informações sobre AM de outras fontes. Isso foi levado em consideração para dimensionar os resultados da intervenção.

É interessante ressaltar que, embora o aumento no conhecimento tenha ocorrido em todos os grupos, ele foi mais significativo quando as mães e os pais receberam a orientação pós-natal, o que demonstra que a intervenção (orientação pós-natal) fez diferença no nível de conhecimento deles.

Após um mês, as mães continuaram sabendo mais sobre AM do que os pais, embora, comparativamente, eles tenham aprendido mais do que elas, pois a variação percentual entre o escore inicial e o escore final foi maior entre os pais do que entre as mães dos três grupos. Talvez isso possa ser explicado, pelo menos em parte, pelo fato dos

pais partirem de um patamar mais baixo de conhecimentos em AM, permitindo a observação de um maior impacto da intervenção no conhecimento dos mesmos.

O fato dos maridos/companheiros receberem a orientação pós-natal junto com as mães fez com que elas tivessem um aumento no conhecimento sobre AM significativamente maior do que quando receberam a orientação sozinhas. Quando as mães receberam sozinhas a orientação pós-natal, foi observado um aumento percentual ajustado entre o escore inicial e o escore final de 10,4%, enquanto o aumento observado entre as mães que receberam a orientação junto com os pais foi de 22,7%. Pode-se levantar pelo menos duas explicações para esse resultado: (1) As mães que receberam a orientação junto com os pais iniciaram o estudo com um nível de conhecimento significativamente menor que as outras mães e (2) a participação do pai serviu de estímulo e apoio para elas. É possível que os pais que receberam a orientação pós-natal tenham participado e apoiado mais as mães no primeiro mês de vida da criança, inclusive repassando para elas informações que eles receberam durante a intervenção.

São escassos os estudos relatados na literatura que avaliaram o conhecimento das mães sobre AM antes e após uma intervenção. PINELLI et al (1993) avaliaram a implantação de um protocolo para a promoção do AM em três hospitais de Toronto, Canadá, sendo que, para isso, utilizaram um pré e um pós-teste (com sistema de escore) para medir o conhecimento sobre AM das mães e dos profissionais da saúde. Os resultados obtidos mostraram que não houve um aumento significativo no conhecimento das mães e dos profissionais da saúde após a implantação do protocolo, mas os autores acreditam que

esta medida tenha iniciado uma mudança positiva nos programas e nas condutas relacionadas ao AM.

Outro estudo que aplicou um programa educativo sobre AM foi o de KAPLOWITZ & OLSON (1983), que, embora tenha aumentado significativamente o conhecimento das mães, não mudou as atitudes das mesmas em relação ao AM, nem a sua incidência ou duração.

Pode-se citar também o estudo de GROSSMAN et al (1990), no qual as mães que receberam a orientação pré-natal sobre AM aprenderam significativamente mais sobre o assunto do que as que não receberam a orientação, sendo que as mães que optaram por amamentar seus filhos tiveram um escore no pós-teste significativamente maior do que aquelas que optaram por oferecer mamadeira.

O estudo realizado por GIUGLIANI et al (1994) foi o único encontrado na literatura que avaliou o conhecimento dos pais sobre AM. Esse estudo foi realizado em Baltimore, Estados Unidos, com 181 pais de recém-nascidos. Os resultados indicaram que os pais, em geral, tinham pouco conhecimento sobre AM, e que os pais das crianças que estavam sendo amamentadas apresentaram uma percentagem de respostas corretas sobre AM significativamente maior do que os pais das crianças que estavam recebendo mamadeira. Assim como no presente estudo, os pais demonstraram ter um conhecimento maior em determinados tópicos do AM do que em outros, sendo que, entre os pais das crianças que estavam sendo amamentadas, os tópicos que tiveram um maior índice de acerto foram os seguintes: a mãe não deve fumar, beber ou usar drogas enquanto estiver

amamentando (89,1%); geralmente amamentar não é doloroso (87,0%); e o leite materno é de fácil digestão (79,3%). Os tópicos que tiveram um menor índice de acerto foram os seguintes: contra-indicações para a amamentação (22,8%), a duração de cada mamada depende da criança (30,4%) e medidas para aumentar o volume de leite (32,6%).

Os resultados obtidos aqui permitem afirmar que, de uma forma geral, as mães e os pais sabem pouco sobre AM, o que é compatível com os estudos encontrados na literatura. Esses resultados também levam a crer que, para aumentar o nível de conhecimento das mães e dos pais além do observado neste estudo, talvez seja necessário um tipo de intervenção que permita a eles receber orientações sobre AM em mais de um momento, facilitando dessa forma a assimilação de novas informações sobre o assunto.

4.3 ESTUDO DO EFEITO DE DETERMINADAS VARIÁVEIS NO CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO, ANTES E APÓS A ORIENTAÇÃO

Para conhecer mais detalhadamente o efeito de determinadas variáveis, utilizou-se a análise bivariada. Num segundo momento, para controlar os possíveis fatores de confusão e avaliar com eficiência estatística as interações entre um número maior de variáveis, realizou-se a análise multivariada.

Todas as variáveis testadas na análise bivariada foram incluídas no modelo multivariado, o que possibilitou o estudo das interações entre as diferentes variáveis e o conhecimento das mães e dos pais sobre AM, sem que houvesse exclusão prévia de variáveis que pudessem estar relacionadas com o desfecho (ROTHMAN, 1986), as quais, mesmo sem significância estatística na análise bivariada, apresentavam forte significado biológico e/ou um importante significado na área desta pesquisa.

Os resultados indicam que as mães que revelaram um conhecimento *inicial* maior sobre AM apresentaram as seguintes características: têm idade superior a 20 anos, são casadas, têm escolaridade acima de 8 anos, possuem renda *per capita* igual ou superior a 2 SM, realizaram pré-natal completo, receberam orientação sobre AM no pré-natal, participaram de curso pré-natal e amamentaram filhos anteriores por um tempo maior que 3 meses. Após um mês, o tempo de amamentação dos filhos anteriores deixou de ter uma associação significativa com o conhecimento. É interessante destacar que o número de filhos que a mãe já tinha não teve associação significativa com o seu conhecimento *inicial*, mas, após um mês, as mães com mais de três filhos sabiam significativamente menos que as outras mães. As primíparas e as mães com até três filhos aumentaram o seu conhecimento sobre AM, enquanto que as com mais de três diminuíram o nível de conhecimento sobre o assunto. É possível que as primíparas e as mães com menos filhos estivessem mais receptivas à orientação pós-natal, pois mães com mais experiência muitas vezes julgam que já sabem o suficiente sobre cuidados e alimentação da criança. Além disso, a amamentação exige tempo disponível da mãe, e talvez o fato dessas mães terem

mais de três filhos e, conseqüentemente, uma maior carga de serviços domésticos tenha interferido de forma negativa na opinião delas sobre determinados aspectos do AM.

Um estudo realizado por GIUGLIANI et al (1995) avaliou o conhecimento sobre AM de 100 mães de primogênitos que compareceram aos serviços de assistência pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As mães que apresentaram um melhor conhecimento sobre o assunto tinham uma maior escolaridade, afirmaram ter recebido orientação sobre AM no pré-natal e realizaram no mínimo cinco visitas pré-natais. Esses fatores também se mostraram significativos na análise bivariada realizada aqui.

Controlando as possíveis variáveis de confusão, verificou-se que, independentemente de outros fatores, as mães com escolaridade acima de oito anos (RC = 3,30), que amamentaram filho(s) anterior(es) em média mais de três meses (RC = 1,89), que receberam orientação sobre AM no pré-natal (RC = 1,55) e que participaram de curso pré-natal (RC = 3,70) revelaram um conhecimento *inicial* sobre AM significativamente maior do que as outras mães. Em vista desses resultados, pode-se dizer que as mães que apresentaram maior conhecimento sobre AM são mais bem informadas (tanto em geral, pela maior escolaridade, como especificamente em AM, pela orientação recebida sobre o assunto no pré-natal), tiveram sucesso em experiência prévia de amamentação (por terem amamentado em média mais de três meses) e mostraram-se mais motivadas a receber informações sobre o assunto (por participarem de curso pré-natal). As mães do Grupo Experimental 2, independentemente de outros fatores, iniciaram o estudo com um conhecimento significativamente menor que as outras mães, o que acredita-se

tenha ocorrido por acaso, visto que os grupos eram semelhantes quanto às características testadas, com exceção da cor.

As mães que receberam a orientação pós-natal oferecida por este estudo, independentemente de outros fatores, apresentaram um conhecimento *final* sobre AM significativamente maior que as outras (Grupo Experimental 1 \Rightarrow RC = 1,75 e Grupo Experimental 2 \Rightarrow RC = 2,04), assim como as mães com mais de oito anos de escolaridade (RC = 2,97) e as que participaram de curso pré-natal (RC = 2,03). As variáveis que, na análise bivariada, tiveram associação significativa com o conhecimento *final* das mães sobre AM, mas no modelo multivariado deixaram de ter, na realidade, não determinaram o conhecimento das mães, mas estiveram relacionadas com fatores que efetivamente determinaram o nível de conhecimento. Estas variáveis foram as seguintes: idade, estado civil, renda *per capita*, número de filhos que já tinha, assistência pré-natal e orientação sobre AM no pré-natal. É importante salientar que a idade da mãe superior a 20 anos e a realização de cinco ou mais consultas durante o pré-natal apresentaram uma associação importante com o conhecimento *final* das mães, pois, embora o valor de p tenha sido $> 0,05$ ($p = 0,07$), a razão de chance foi de 1,58 e 2,11, respectivamente, que são valores que não podem ser desprezados numa análise multivariada.

Em relação aos pais, a análise bivariada mostrou que os que apresentaram um maior conhecimento sobre AM, tanto no nascimento do filho como um mês após, tinham uma renda *per capita* igual ou superior a 2 SM, eram casados, tinham escolaridade acima de oito anos e receberam orientação no pré-natal sobre AM. Os pais de cor branca só

mostraram um conhecimento maior que os não-brancos um mês após. No estudo realizado por GIUGLIANI et al (1994), os pais com mais de 25 anos, caucasianos, casados e com escolaridade maior (> 12 anos) tiveram um percentual de respostas corretas sobre AM significativamente maior do que os outros.

Já na análise multivariada, a escolaridade acima de oito anos foi a única variável que permaneceu significativamente associada a um maior conhecimento *inicial e final* dos pais sobre AM (RC = 2,99 e 3,12, respectivamente). A orientação pré-natal e a renda *per capita* igual ou maior a 2 SM mantiveram-se significativamente associadas apenas com o conhecimento *final* (RC = 3,73 e 1,90, respectivamente), sendo que com o conhecimento *inicial* estas variáveis apresentaram uma razão de chance que deve ser valorizada (1,74 e 1,75, respectivamente), apesar do valor de p ser > 0,05. Os pais que receberam a orientação pós-natal oferecida por este estudo, independentemente de outros fatores, apresentaram um conhecimento *final* sobre AM significativamente maior do que os que não a receberam a (RC = 4,76).

O estudo de GIUGLIANI et al (1994) mostrou, após ajuste por regressão logística para as variáveis de confusão (idade, cor, estado civil e escolaridade), que os pais que tinham um conhecimento sobre AM significativamente melhor que os outros pais apresentavam as seguintes características: tinham outro(s) filho(s) que foi(ram) amamentado(s) (RC = 3,96), participaram de classes pré-natais (RC = 3,31) e receberam informações sobre AM da equipe médica (RC = 2,17).

É importante destacar que a escolaridade acima de oito anos foi a única variável que permaneceu significativamente associada a um maior conhecimento sobre AM em todos os momentos em que foi estudada, tanto entre as mães como entre os pais. Estudos importantes têm mostrado que a escolaridade materna é um dos fatores mais importantes na saúde da criança. O estudo realizado por VICTORA et al (1992) com crianças nascidas na cidade de Pelotas no ano de 1982 sugere que existe influência da educação materna na saúde da criança, e que isso independe parcialmente de outros fatores sócioeconômicos. Outro estudo é o de CLELAND & GINNEKEN (1988), que avaliou a relação entre educação materna e sobrevivência infantil em países em desenvolvimento, o qual também sugere um forte impacto da educação materna na saúde e sobrevivência das crianças. Dessa forma, convém ressaltar a importância da educação dos pais para o sucesso da amamentação, e um maior conhecimento sobre AM constitui, certamente, um passo importante para a mudança de atitudes em relação à amamentação.

4.4 ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE CONHECIMENTO DAS MÃES E DOS PAIS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E PREVALÊNCIAS DA AMAMENTAÇÃO NO FINAL DO PRIMEIRO, TERCEIRO E SEXTO MÊS DE VIDA DAS CRIANÇAS

As prevalências de amamentação encontradas neste estudo foram semelhantes aos índices encontrados por ISSLER et al (1990), que realizaram um estudo de coorte com crianças nascidas no ano de 1987 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Eles

encontraram 70,6% das crianças sendo amamentadas aos três meses, porém muitas delas (60,2%) também estavam recebendo outro tipo de leite; aos seis meses, o índice de amamentação encontrado foi de 47%. Nosso estudo encontrou 76,2% das crianças sendo amamentadas aos três meses e 54,5% aos seis meses. Cabe ressaltar que a população daquele estudo diferia da do nosso quanto ao fato de também incluir crianças cujos pais não moravam juntos.

No presente estudo, pela análise bivariada, a prevalência de amamentação exclusiva mostrou-se altamente associada ao conhecimento das mães e dos pais, sendo que, apenas no sexto mês, não se observou uma associação estatisticamente significativa entre a prevalência da amamentação exclusiva e o conhecimento do pai. Esse resultado provavelmente se explique pelo fato das mães e dos pais mais bem informados entenderem que não há necessidade de oferecer água ou chá para a criança, que não existe LM fraco e que existem medidas que podem aumentar o volume de leite, ou seja, mães e pais mais informados possuem o suporte necessário para entender e superar problemas que possam ocorrer e interferir na amamentação exclusiva. Provavelmente, o fato de terem conhecimento sobre o assunto faça com que eles, mais conscientizados, valorizem o AM e, por isso, mantenham a amamentação exclusiva.

No final do primeiro mês, mais de 90% das crianças ainda estavam sendo amamentadas, o que pode ter contribuído para que a prevalência de amamentação total não se mostrasse significativamente associada ao conhecimento das mães e dos pais, visto que, no final do terceiro e sexto mês, esta associação foi significativa.

Após o controle do efeito de outras variáveis na prevalência de amamentação, foi verificado que, independentemente de outros fatores, o conhecimento das mães e dos pais manteve-se significativamente associado à prevalência de amamentação exclusiva no primeiro mês, e à prevalência de amamentação total no sexto mês. No terceiro mês, a prevalência de amamentação exclusiva manteve-se associada significativamente com o conhecimento das mães; a prevalência de amamentação total mostrou uma associação significativa com o conhecimento do pai e uma associação muito perto da significância com o conhecimento da mãe (IC = 0,99 – 2,45).

Ao identificar a existência de uma associação significativa entre o conhecimento das mães e dos pais sobre AM e a prevalência de amamentação no primeiro (exclusiva), terceiro (exclusiva e total) e sexto (total) mês, está-se identificando também uma estratégia a ser seguida para a promoção do AM, pois, com base nos benefícios que a amamentação proporciona para a criança, para a mãe e para a sociedade, acredita-se que o AM precisa ser mais incentivado. Esse incentivo deve ser baseado em campanhas que proporcionem maiores informações sobre AM e que visem à população em geral, pois as mães devem receber apoio de todos aqueles que convivem com elas. Estando mais informados sobre AM, as mães e os pais poderão optar conscientemente pela amamentação como forma de alimentar os seus filhos, além de estarem mais preparados para superar possíveis dificuldades encontradas.

Esse trabalho mostrou que é possível, através de uma intervenção simples e não onerosa, aumentar o nível de conhecimento sobre AM das mães e dos pais e,

conseqüentemente, aumentar as taxas de amamentação nos primeiros seis meses de vida das crianças. Investir em aleitamento materno significa, certamente, investir na saúde da população.

5 CONCLUSÕES

1. O conhecimento das mães e dos pais sobre aleitamento materno de uma forma geral é baixo, embora alguns tópicos sejam bem conhecidos.
 2. As mães apresentam um conhecimento maior sobre aleitamento materno do que os pais.
 3. O conhecimento das mães e dos pais sobre aleitamento materno é maior um mês após o parto, independentemente de eles receberem algum tipo de orientação pós-natal sobre o assunto.
 4. A orientação pós-natal sobre aleitamento materno aumenta significativamente o conhecimento a esse respeito tanto entre as mães quanto entre os pais.
 5. A orientação pós-natal sobre aleitamento materno (intervenção realizada por este estudo) causa um impacto maior no conhecimento dos pais do que no das mães.
 6. O conhecimento inicial das mães sobre aleitamento materno está associado significativamente à escolaridade, ao tempo médio de amamentação do(s) filho(s) anterior(es), à orientação sobre aleitamento materno no pré-natal e à participação em curso pré-natal; um mês após o nascimento do filho, o conhecimento está associado
-

significativamente à escolaridade, à participação em curso pré-natal e à orientação sobre aleitamento no pós-natal (intervenção realizada por este estudo). As mães com idade superior a 20 anos e que tenham realizado cinco ou mais consultas durante o pré-natal também apresentam mais chances de ter um maior conhecimento sobre aleitamento materno um mês após o nascimento do filho.

7. O conhecimento inicial dos pais sobre aleitamento materno está associado significativamente à escolaridade; um mês após o nascimento do filho, ele está associado à escolaridade, à renda *per capita*, à orientação sobre aleitamento materno no pré-natal e à orientação sobre aleitamento materno no pós-natal (intervenção realizada por este estudo). Os pais que possuem renda *per capita* igual ou maior que dois salários mínimos e que receberam orientação sobre aleitamento materno no pré-natal também apresentam mais chances de ter um maior conhecimento sobre o assunto no momento do nascimento do filho.

8. O conhecimento das mães e dos pais sobre aleitamento materno têm influência nas prevalências da amamentação exclusiva e total.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEN LH, PELTO GH. Research on determinants of breastfeeding duration: Suggestions for biocultural studies. *Medical Anthropology*, 9, 97-105, 1985.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Nutrition Committee of the Canadian Paediatric Society and Committee on Nutrition of the American Academy of Pediatrics. Breastfeeding. *Pediatrics*, 62, 591-601, 1978.
- ANDERSON JA, WEISS L, REBUCK JW, CABAL LA, SWEET LC. Hyperreactivity to cow's milk in an infant with LE and tart cell phenomenon. *The Journal of Pediatrics*, 84, 59-67, 1974.
- ARDRAN GM, KEMP FH, LIND J. A cineradiographic study of breastfeeding. *British Journal of Radiology*, 31, 156-162, 1958.
- ARMOTRADING DC, PROBART CK, JACKSON RT. Impact of WIC utilization rate on breast-feeding among international students at a large university. *Journal of the American Dietetic Association*, 92, 352-353, 1992.
- BADINTER E. Um novo valor: o amor materno. In: UM AMOR CONQUISTADO: O MITO DO AMOR MATERNO. 5. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, 145-147.
- BARROS FC, VICTORA CG. Breastfeeding and diarrhea in Brazilian Children. *Demographic and Health Surveys Further Analysis Series*, Nº 3, March 1990.
- BARROS FILHO A, BARBIERI MA, SANTOS JR. Crescimento de lactentes até 6 meses de idade alimentados com leite materno e com leite artificial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA, 27º, Porto Alegre, 1991:62.
- BARROS FILHO AZ, BARBIERI MA, SANTORO JR. Influência da duração do aleitamento materno na morbidade de lactentes. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 99, 594-604, 1985.
- BOAT TF, POLMAR SH, WHITMAN V, et al. Hyperreactivity to cow milk in young children with pulmonary hemosiderosis and cor pulmonale secondary to nasopharyngeal obstruction. *The Journal of Pediatrics*, 1975;87:23-9.

-
- BOTTORFF JL, MORSE JM. Mother's perceptions of breast milk. *Journal of Obstetrical, Gynecological, and Neonatal Nursing*, 19, 518-527, 1990.
- BROWN KH, BLACK R, ROMANA GL, KANASHIRO HC. Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics*, 83, 31-40, 1989.
- BROWN RE. Breast-feeding and family planning: a review of the relationships between breast-feeding and family planning. *American Journal of Clinical Nutrition*, 35, 162-171, 1982.
- BRYANT CA. The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices. *Social Science and Medicine*, 16,1757-1765, 1982.
- CARVALHO M, ROBERTSON S, FRIEDMAN A, et al. Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics*, 72, 307-311, 1983.
- CARVALHO M. Obstáculos ao aleitamento materno: fatos e mitos. *Jornal de Pediatria*, 59, 403-414, 1985.
- CHANDRA RK, PURI S, HAMED A. Influence of maternal diet during lactation and use of formula feeds on development of atopic eczema in high-risk infants. *British Medical Journal*, 299, 228-230, 1989.
- CHANDRA RK. Prospective studies of the effect of breastfeeding on incidence of infection and allergy. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 68, 691-694, 1979.
- CHÂTEAU P, HOLMBERG H, JAKOBSSON JW. A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19, 575-584, 1977.
- CLELAND JG, VAN GINNEKEN JK. Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social Science Medicine*, 1357-1368, 1988.
- CUNNINGHAM AS, JELLIFFE DB, JELLIFFE EFP. Breast-feeding and health in the 1980' s: A global epidemiologic review. *The Journal of Pediatrics*, 118, 659-666, 1991.
- CUNNINGHAM AS. Morbidity in breast-fed and artificially fed infants. II. *The Journal of Pediatrics*, 95, 685-689, 1979.
- DBASE III plus, version 1.0. IBM/MSDOS, 1986.
- DE CARVALHO GD. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. *Revista das Secretarias de Saúde*, 10, 12-13, 1995.
-

-
- DEAN AG, DEAN JA, BURTON AH, AND DICKER RC. Epi Info, Version 5: A WORD PROCESSING, DATABASE, AND STATISTICS PROGRAM FOR EPIDEMIOLOGY ON MICROCOMPUTERS. Atlanta: Centers for Disease Control; 1990.
- DUSDIEKER LB, BOOTH BM, SEALS BF, EKWO EE. Investigation of a model for the initiation of breastfeeding in primigravida women. *Social Science and Medicine*, 20, 695-703, 1985.
- ELLIS TM, ATKINSON MA. Early infant diets and insulin-dependent diabetes. *The Lancet*, 347, 1464-1465, 1996.
- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Breast-feeding as a family planning method. *The Lancet*, 2, 1204-1205, 1988.
- FEACHEM RG, KOBLINSKI MA. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. *Bulletin of the World Health Organization*, 62, 271-291, 1984.
- FORMAN MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less developed countries. *Pediatrics*, 74, 667-694, 1984.
- FRANK AL, TABER LH, GLEZEN WP, KASEL GL, WELLS CR, PAREDES A. Breastfeeding and respiratory virus infection. *Pediatrics*, 70, 239-245, 1982.
- FREED GL, FRALEY JK. Effect of expectant mother's feeding plan on prediction of father's attitudes regarding breast-feeding. *American Journal of Perinatology*, 10, 300-303, 1993.
- FREED GL, FRALEY K, SCHANLER RJ. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics*, 90, 224-227, 1992.
- FREIRE G. O escravo negro na vida sexual e de família do brasileiro. In: CASA GRANDE E SENZALA: FORMAÇÃO DA FAMÍLIA BRASILEIRA SOB O REGIME DA ECONOMIA PATRIARCAL. 20. Ed. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1980, 282-409.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico 1991. RESULTADOS DO UNIVERSO RELATIVOS ÀS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO E DOS DOMICÍLIOS – Nº 24, Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro: IBGE; 1991.
- GAIO DS, VANIN CMD, WAINBERG SIC. Acompanhamento da gestação de baixo risco e Puerpério. In: DUNCAN, BB, SCHMIDT, MI, GIUGLIANI, ERJ. MEDICINA AMBULATORIAL: CONDUTAS CLÍNICAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, 182-189.
- GERRARD JW, MACKENZIE JWA, GOLUBOFF N, GARSON JZ, MANINGAS CS. Cow's

milk allergy. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 234, 1-21, 1973.

- GIUGLIANI E. Importancia de la lactancia materna para la salud de los niños latinoamericanos. In: O'DONELL A, BENGEOA JM, TORÚM B, CABALLERO B, PANTÍN EL, PEÑA M. Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Washington: OPS/OMS, 1997, 131-162.
- 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 Paediatrics*, 83, 1127-1131, 1994.
- GIUGLIANI ERJ, CAIAFFA WT, VOGELHUT J, WITTER FR, PERMAN JA. Factors influencing the duration of breastfeeding in a cohort of mothers in Baltimore [abstract]. *Paediatrics Research*, 35, 113A, 1994.
- GIUGLIANI ERJ, ISSLER RMS, JUSTO EB, SEFFRIN CF, HARTMANN RM, CARVALHO NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. *Acta Paediatrics*, 81, 484-487, 1992.
- GIUGLIANI ERJ, ROCHA VLL, NEVES JM, POLANCZYK CA, SEFFRIN CF, SUSIN LRO. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. *Jornal de Pediatria*, 71, 77-81, 1995.
- GIUGLIANI ERJ. Amamentação: como e por que promover. *Jornal de Pediatria*, 70, 138-151, 1994.
- GONÇALVES SOBRINHO J. Estudo da associação entre aleitamento materno e ocorrência de morbidade. *Jornal de Pediatria*, 52, 1331-1333, 1982.
- GOPOLAN C. Protein intake of breast-fed poor Indian infants. *Journal of Tropical Pediatrics*, 2, 89-92, 1956.
- GRANT DM. Breastfeeding maybe a diving "art". *Canadian Nurse*, 64, 45-47, 1968.
- GRECO L, AURICCHIO S, MAYER M, GRIMALDI M. Case-control study on nutritional risk factors in celiac disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 7, 395-399, 1988.
- GROSSMAN LK, HARTER C, HASBROUCK C. Testing mother's knowledge of breastfeeding: instrument development and implementation and correlation with infant feeding decision. *Journal of Pediatric & Perinatal Nutrition*, 2, 43-63, 1990.
- GULICK EE. Informational correlates of successful breast feeding. *Maternal-Child Nursing*, 7, 370-375, 1982.
- HILL PD. The enigma of insufficient milk supply. *Maternal-Child Nursing*, 16, 312-316, 1991.
-

-
- HILL PD. Effects of education on breastfeeding success. *Maternal-Child Nursing*, 16, 145-156, 1987.
- HILLERVIK-LINDQUIST C. Studies on perceived breast milk insufficiency – a prospective study in a group of Swedish women. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 376, 6-27, 1991.
- HOLLAND NH, HONG R, DAVIS NC, WEST CD. Significance of precipitating antibodies to milk proteins in the serum of infants and children. *Journal of Pediatrics*, 61, 181-195, 1962.
- HOWIE PW, FORSYTH JS, OGSTON AS, CLARK A, FLOREY C. Protective effect of breast feeding against infection. *British Medical Journal*, 300, 11-16, 1990.
- HUFFMAN SL, YEAGER BAC, LEVINE RE, SHELTON J, LABBOK M. Breastfeeding saves lives: an estimate of the impact of breastfeeding on infant mortality in developing countries. BETHESDA: CENTER TO PREVENT CHILDHOOD MALNUTRITION PUBLICATION, 1991.
- HULLEY SB, CUMMINGS SR. Designing clinical research. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988, 216-217.
- INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Aspectos de Saúde e Nutrição de Crianças no Brasil – O Perfil do Aleitamento Materno no Brasil. Brasília, 1989.
- ISABELLA PH, ISABELLA RA. Correlates of successful breastfeeding: a study of social and personal factors. *Journal of Human Lactation*, 10, 257-264, 1994.
- ISSLER H, LEONE C, QUINTAL VS. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de São Paulo, Brasil. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 106, 513-522, 1989.
- ISSLER RMS, GIUGLIANI ERJ, SEFFRIN CF, JUSTO EB, CARVALHO NM, HARTMANN RM. Hábitos alimentares no primeiro ano de vida de uma coorte de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 10, 141-145, 1990.
- JENNER S. The Influence of additional information, advice and support on the success of breastfeeding in working class primiparas. *Child: Care, Health and Development*, 14, 319-328, 1988.
- JONES DA. The choice to breast feed or bottle feed and influences upon that choice: a survey of 1525 mothers. *Child: Care, Health and Development*, 13, 75-85, 1987.
- JORDAN PL. Breastfeeding as a risk factor for fathers. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 15, 94-97, 1986.
-

- KAPLOWITZ DD, OLSON CM. The effect of an education program on the decision to breastfeed. *Journal of Nutrition Education*, 15, 61-65, 1983.
- KESSLER LA, GIELEN AC, DIENER-WEST M, PAIGE DM. The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision. *Journal of Human Lactation*, 11, 103-109, 1995.
- KOLETZKO S, SHERMAN P, COREY M, GRIFFITHS A, SMITH C. Role of infant feeding practices in development of Crohn's diseases in childhood. *British Medical Journal*, 298, 1617-1618, 1989.
- KRIPKA R. O aleitamento materno protege contra infecção do trato urinário no primeiro ano de vida? Um estudo caso-controle [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1996.
- LANTING CI, FIDLER V, HUISMAN M, TOUWEN BCL, BOERSMA ER. Neurological differences between 9-years-old children fed breast-milk or formula-milk as babies. *The Lancet*, 344, 1319-1322, 1994.
- LAUBER E, REINHARDT M. Studies on the quality of breast milk during 23 months of lactation in a rural community of the Ivory Coast. *American Journal of Clinical Nutrition*, 32, 1159-1173, 1979.
- LAWRENCE RA. Breastfeeding in modern medicine. In: BREASTFEEDING: A GUIDE FOR THE MEDICAL PROFESSION. 4. Ed. St. Louis: Mosby, 1994,1-35.
- LIMA AJ, LIMA MAR. A alimentação do lactente através dos tempos. In: LIMA AJ. PEDIATRIA ESSENCIAL. 2. Ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu,1982, 187-196.
- LOSCH M, DUNGY CI, RUSSEL D, DUSDIEKER LB. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *Journal of Pediatrics*, 126, 507-514, 1995.
- LUCAS A, BROOKE OG, MORLEY R, COLE JT, BAMFORD MF. Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease: randomized prospective study. *British Medical Journal*, 300, 837-840, 1990.
- LUCAS A, MORLEY R, COLE TJ, LISTER G, LEESON-PAYNE C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *The Lancet*, 339, 261-264, 1992.
- LYNCH S, KOCH AM, HISLOP TG, COLDMAN AJ. Evaluating the effect of a breastfeeding consultant on the duration of breastfeeding. *Canadian Journal Public Health*, 77, 190-195, 1986.
- MACEDO CG. Infant mortality in the Americas. *Bulletin of The Pan American Health*

Organization, 22, 303-312, 1988.

- MARILD S, JODAL ULF, MANGELUS L. Medical histories of children with acute pyelonephritis compared with controls. *Journal of Pediatrics Infectious Diseases*, 8, 511-515, 1989.
- MARTINES JC, ASHWORTH A, KIRKWOOD B. Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bulletin of The World Health Organization*, 67, 151-161, 1989.
- MAYER EJ, HAMMAN RF, GAY EC, et al. Reduced risk of IDDM among breastfed children. *Diabetes*, 37, 1625-1632, 1988.
- MCCLURG-HITT D, OLSEN J. Infant feeding decisions in the Missouri: WIC Program. *Journal of Human Lactation*, 10, 253-256, 1994.
- MCLORG PA, BRYANT CA. Influence of social network members and health care professionals on infant feeding practices of economically disadvantaged mothers. *Medical Anthropology*, 10, 265-278, 1989.
- MILLARD AV. The place of the clock in pediatric advice: rationales, cultural themes, and impediments to breastfeeding. *Social Science and Medicine*, 31, 211-221, 1990.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Brasília; 1991.
- MONTEIRO CA, KUNIGA HPP, BENÍCIO MH, RÉA MF. Breast-feeding patterns and socioeconomic status in the city of São Paulo. *Journal of Tropical Pediatrics*, 34, 186-192, 1988.
- MURAHOVSKI J. Curvas e tabelas de crescimento de lactentes brasileiros de zero a seis meses de idade aleitados exclusivamente com leite materno. *Jornal de Pediatria*, 63, 153-175, 1987.
- O'DONNELL A, TORÚN B, CABALLERO B, PANTÍN EL, BENGGOA JM. La alimentación del niño menor de 6 años en América Latina – Bases para el desarrollo de guías de alimentación. Informe de la reunión celebrada en la Isla Margarita de 15 a 20 de Marzo de 1993. Venezuela; 1994.
- OMS/UNICEF. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Genebra: OMS, 1989:32.
- PÉREZ A, VALDÉS V. Santiago breastfeeding promotion program: preliminary results of an intervention study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165, 2039-2044, 1991.
- PESQUISA NACIONAL SOBRE DEMOGRAFIA E SAÚDE 1996. Amamentação e situação

- nutricional das mães e crianças. Rio de Janeiro: BEMFAM, 125-138, 1997.
- PIMENTEL VAPF, JOAQUIM MCM, PIMENTEL EF, GARCIA DMM. El crecimiento de los niños alimentados exclusivamente com leche materna durante los seis primeros meses de vida. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 110, 311-318, 1991.
- PINELLI J, MCGOVERN M, EDWARDS M, MILLIGAN L. Evaluation of a breastfeeding protocol. *Journal of Human Lactation*, 9, 223-230, 1993.
- PISACANE A, GRAZIANO L, MAZZARELLA G, SCARPELLINO B, ZONA G. Breast-feeding and urinary tract infection. *Journal of Pediatrics*, 120, 87-89, 1992.
- POPKIN BM, ADAIR L, AKIN JS, BLACK R, BRISCOE J, FLIEGER W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, 86, 874-882, 1990.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. Quando o pai amamenta seu filhote – Texto para Reflexão, 1992.
- ROTHMAN KJ. Multivariate analysis. In: MODERN EPIDEMIOLOGY. 2. Ed. Boston: Little, Brown and Company, 1986, 285-309.
- SAARINEN UM. Prolonged breast-feeding as prophylaxis for recurrent otitis media. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 71, 567-571, 1982.
- SCHNEIDER AP. Risk factor for ovarian cancer [letter]. *New England Journal of Medicine*, 317, 508-509, 1987.
- SEWARD JF, SERDULA MK. Infant feeding and infant growth. *Pediatrics*, 74, 728-762, 1984.
- SIQUEIRA R, DURSO N, ALMADA AGP, MOREIRA MT, MASSAD GB. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 70, 16-20, 1994.
- SMITH WL, ENRENGERG A, NOVAK A. Imaging evaluation of the human nipple during breastfeeding. *American Journal of Diseases of Children*, 142, 76-78, 1988.
- SOUZA, RP. Adolescência: Abordagem do Adolescente. In: DUNCAN, BB, SCHMIDT, MI, GIUGLIANI, ERJ. MEDICINA AMBULATORIAL: CONDUTAS CLÍNICAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, 154-160.
- SPSS Release 6.0. Chicago: SPSS Inc. 1993.
- 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. *Journal of Infectious Diseases*, 160, 83-94, 1989.

- THOMAS DB, NOOMAN EA. Breast cancer and prolonged lactation. The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *International Journal of Epidemiology*, 22, 619-626, 1993.
- UNICEF. Dados sobre amamentação no Ceará. Brasília, 1995.
- VALDECAÑAS OC, VICENTE LM, VALERA J. Beliefs, attitudes and the practice of breastfeeding among some urban parturient mothers. *Phillippine Journal Nutrition*, 34, 28-36, 1981.
- VENANCIO SI. A evolução da prática do aleitamento materno no Brasil nas décadas de 70 e 80 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1996.
- VICTORA CG, FUCHS SC, KIRKWOOD BR, LOMBARDI C, BARROS FC. Breastfeeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. *Bulletin of The World Health Organization*, 70, 467-475, 1992.
- VICTORA CG, HUTTLY SRA, BARROS FC, LOMBARDI C, VAUGHAN JP. Maternal education in relation to early and late child health outcomes: findings from a Brazilian cohort study. *Social Science and Medicine*, 34, 899-905, 1992.
- VICTORA CG, SMITH PG, VAUGHAN JP, et al. Infant feeding and death due to diarrhea: a case-control study. *American Journal of Epidemiology*, 129, 1032-1041, 1989.
- VICTORA CG, VAUGHAN JP, LOMBARDI C, et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *The Lancet*, 2, 319-322, 1987.
- WEBWE F, WOOLRIDGE MW, BAUM JD. An ultrasonographic study of the organization of suckling and swallowing by newborn infants. *Developmental Medicine Neurology*, 28, 19-24, 1986.
- WEISS M, MULLER-HOCKER J, WIEBECKO B, BELOHRADSKY BH. First description of "Indian childhood cirrhosis" in a non-Indian infant in Europe. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 78, 152-156, 1989.
- WHORWELL PJ, HOLDSTOCK G, WHORWELL GM, WRIGHT R. Bottle feeding, early gastroenteritis, and inflammatory bowel disease. *British Medical Journal*, 1, 382, 1979.
- WILLIAMSON NE. Breastfeeding trends and patterns. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1, 145-152, 1989.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing breast-feeding practices. Update. Programme for Control of Diarrhoeal Diseases, 10, 1-4, 1992.

ANEXOS

Anexo 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**MORA EM POA****SE O BEBÊ ESTÁ NO QUARTO COM A MÃE****SE ESTÁ AMAMENTANDO**

Grupo: 1 2 3

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

02. Número de pessoas que vivem com esta renda: _____

03. Renda per capita: _____ salários-mínimos

04. Estado Civil: (1) casados

(2) solteiros

 REFAM PESS RENPC ESTCIV**DADOS SOBRE A MÃE**

05. Quantos anos você tem? _____ anos

06. Você é: (1) branco

(2) preto

(3) misto

(4) outro _____

 IDADEM RACAM

07. Qual o seu grau de instrução?

(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

 ESCOLM

08. Em que você trabalha? _____

 OCUPM09. 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 filho? Como ele poderia ajudar? APMARM
(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:
() não sabe VANBBM1

17. Me diga uma vantagem que o aleitamento materno traz para a mulher que amamenta:
() não sabe VANMAM1

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 minutos (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?
() não sabe AUMLMM1
-
23. Na sua opinião, existe mãe com leite fraco?
(1) não LMFRAM1
(2) sim
(3) não sabe
24. Você acredita que a criança amamentada ao seio pega menos doenças?
(1) não DOENCM1
(2) sim
(3) não sabe
25. Você acha que o bebê precisa tomar água ou chá além do leite materno?
(1) não AGCHAM1
(2) sim
(3) não sabe
26. Me diga uma maneira de prevenir fissuras:
() não sabe FISSUM1
-
27. Você vê algum problema em usar mamadeira enquanto estiver amamentando no peito?
(1) não MADM1
(2) sim. Qual? _____
(3) não sabe
28. Se fosse preciso, você saberia como retirar leite do seu peito, usando as mãos?
(1) não ORDENM1
(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 ?
_____ MESES AMABBM
(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 minutos (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?
 () não sabe DIMLMP1
-
51. O que pode ser feito para aumentar a produção de leite materno?
 () não sabe AUMLMP1
-
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:
 () não sabe FISSUP1
-
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? MAMOUNP1
 (0) não
 () sim ___ meses
 (77) sim. não sabe quanto tempo
 (88) não sabe
61. ENTREVISTADOR (1) LULIE
 (2) MARILEIDE
 (3) SUZANE
- DATA ___/___/___ ENTRE

Anexo 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:

() não sabe

 VANBBM2

02. Me diga uma vantagem que o aleitamento materno traz para a mulher que amamenta:

() não sabe

 VANMAM2

03. Em geral você acha que só o leite materno é alimento suficiente para o bebê pequeno?

(1) não

(2) nem sempre

(3) sim. Por quanto tempo? _____ meses

(4) não sabe

 LEISUFM2

*04. Como você acha que deve amamentar o seu bebê ?

(1) sempre que ele quiser

(2) regularmente (a cada 2-3 h)

(3) não tem opinião

 DEMANM2

*05. Quanto tempo você acha que o bebê deve mamar em cada seio?

(1) 10 ou 15 minutos (tempo fixo)

(2) o tempo que ele quiser

(3) não sabe

 TEMPSEM2

06. O que você acha que pode diminuir a produção de leite materno?

() não sabe

 DIMLMM2

07. O que pode ser feito para aumentar a produção de leite materno?

() não sabe

 AUMLMM2

08. Na sua opinião, existe mãe com leite fraco?

(1) não

(2) sim

(3) não sabe

 LMFRAM2

09. Você acredita que a criança amamentada ao seio pega menos doenças?

(1) não

(2) sim

(3) não sabe

 DOENCM2

10. Você acha que o bebê precisa tomar água ou chá além do leite materno?

(1) não

(2) sim

(3) não sabe

 AGCHAM2

11. Me diga uma maneira de prevenir fissuras:

() não sabe

 FISSUM2

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? MED1
 ENF1
 AMI1
 AVOM1
 AVOP1
 FAM1
 OUT1
 APOIOMA1
 médico (1) sim (2) não
 enfermeira (1) sim (2) não
 amigos/vizinhos (1) sim (2) não
 avó materna (1) sim (2) não
 avó paterna (1) sim (2) não
 familiar _____ (1) sim (2) não
 outros _____ (1) sim (2) não
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?
 (1) não ACOCHAP
 (2) sim
37. Alguma vez esta avó deu por conta própria água ou chá para o bebê?
 (1) não DEUCHAP
 (2) sim
38. Alguma vez esta avó lhe aconselhou a dar mamadeira com outro leite para o bebê?
 (1) não ACOMAP
 (2) sim
39. Alguma vez esta avó deu por conta própria mamadeira com outro leite para o bebê?
 (1) não DEUMAP
 (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
 (1) ausente FR41
 (2) presente
43. Parente ajudando
 (1) ausente FR51
 (2) presente
44. Pai não apoiando a amamentação
 (1) ausente FR61
 (2) presente

PAI**CONHECIMENTOS SOBRE AMAMENTAÇÃO**

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

50. O que você acha que pode diminuir a produção de leite materno?
() não sabe DIMLMP2
-
51. O que pode ser feito para aumentar a produção de leite materno?
() não sabe AUMLMP2
-
52. Na sua opinião, existe mãe com leite fraco?
(1) não LMFRAP2
(2) sim
(3) não sabe
53. Você acredita que a criança amamentada ao seio pega menos doenças?
(1) não DOENCP2
(2) sim
(3) não sabe
54. Você acha que o bebê precisa tomar água ou chá além do leite materno?
(1) não AGCHAP2
(2) sim
(3) não sabe
55. Me diga uma maneira de prevenir fissuras:
() não sabe FISSUP2
-
56. Você vê algum problema em usar mamadeira enquanto o bebê estiver mamando no peito?
(1) não MADP2
(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*

Anexo 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

 TIPLEI2

*01. Que tipo de alimentação seu bebê recebeu desde que saiu do hospital?

- () 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)

- () a qualquer hora, quando chora de fome
 () tem horários certos para ser amamentado

 DEMAND2

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

- médico (1) sim (2) não
 enfermeira (1) sim (2) não
 amigos/vizinhos (1) sim (2) não
 avó materna (1) sim (2) não
 avó paterna (1) sim (2) não
 familiar _____ (1) sim (2) não
 outros _____ (1) sim (2) não

 MED2 ENF2 AMI2 AVOM2 AVOP2 FAM2 OUT204. Seu marido está lhe dando apoio para continuar amamentando? De que maneira?
(OU DAVA ANTES DO DESMAME)

- (1) sim _____
 (2) não _____
 (3) não sabe _____

 APOIOMA2**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

(8) está sendo amamentado

 IDADESM2

08. Você está trabalhando fora de casa?

- () não
 () sim

 TRABAL2

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

- empregada (1) sim (2) não
 creche (1) sim (2) não
 pai (1) sim (2) não
 avó materna (1) sim (2) não
 avó paterna (1) sim (2) não
 familiar _____ (1) sim (2) não
 outros _____ (1) sim (2) não

 AFAEMP2 AFACRE2 AFAPAI2 AFAVOM2 AFAVOP2 AFAFAM2 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: _____

Anexo 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 | <input type="checkbox"/> MED4 |
| enfermeira | (1) sim (2) não | <input type="checkbox"/> ENF4 |
| amigos/vizinhos | (1) sim (2) não | <input type="checkbox"/> AMI4 |
| avó materna | (1) sim (2) não | <input type="checkbox"/> AVOM4 |
| avó paterna | (1) sim (2) não | <input type="checkbox"/> AVOP4 |
| familiar _____ | (1) sim (2) não | <input type="checkbox"/> FAM4 |
| outros _____ | (1) sim (2) não | <input type="checkbox"/> 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
creche (1) sim (2) não
pai (1) sim (2) não
avó materna (1) sim (2) não
avó paterna (1) sim (2) não
familiar _____ (1) sim (2) não
outros _____ (1) sim (2) não

- AFAEMP4
 AFACRE4
 AFAPAI4
 AFAVOM4
 AFAVOP4
 AFAFAM4
 AFAOUT4

PRESENÇA DE FATORES DE RISCO

12. Ausência de empregada

- (1) ausente
(2) presente

FR44

13. Parente ajudando

- (1) ausente
(2) presente

FR54

14. Pai não apoiando a amamentação

- (1) ausente
(2) presente

FR64

Entrevistador: _____

Data: _____

Anexo 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 | <input type="checkbox"/> MED6 |
| enfermeira | (1) sim (2) não | <input type="checkbox"/> ENF6 |
| amigos/vizinhos | (1) sim (2) não | <input type="checkbox"/> AMI6 |
| avó materna | (1) sim (2) não | <input type="checkbox"/> AVOM6 |
| avó paterna | (1) sim (2) não | <input type="checkbox"/> AVOP6 |
| familiar _____ | (1) sim (2) não | <input type="checkbox"/> FAM6 |
| outros _____ | (1) sim (2) não | <input type="checkbox"/> 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

creche (1) sim (2) não

pai (1) sim (2) não

avó materna (1) sim (2) não

avó paterna (1) sim (2) não

familiar _____ (1) sim (2) não

outros _____ (1) sim (2) não

AFAEMP6

AFACRE6

AFAPAI6

AFAVOM6

AFAVOP6

AFAFAM6

AFAOUT6

PRESENÇA DE FATORES DE RISCO

12. Ausência de empregada

(1) ausente

(2) presente

FR46

13. Parente ajudando

(1) ausente

(2) presente

FR56

14. Pai não apoiando a amamentação

(1) ausente

(2) presente

FR66

Entrevistador: _____

Data: _____

Anexo 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 tranquilo. 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 tranquilo, 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.

- Porque 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 diarreia 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 tranquilidade 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.

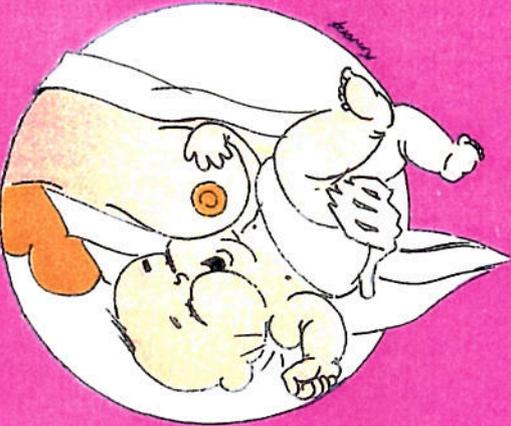
- Lembre-se:

- 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.

Anexo G - Folheto entregue às mães dos Grupos Experimentais 1 e 2 e aos pais do Grupo Experimental 2

Leite materno: o melhor alimento para o bebê

Porque amamentar é importante:




GRUPO DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO DO HCPA

O leite materno é o alimento ideal para o bebê. Contém todos os nutrientes necessários para o bom crescimento e desenvolvimento do bebê. É mais fácil de ser digerido. Protege contra infecções e alergias. Amamentar é mais barato e prático. Ajuda o seu corpo a voltar mais rápido ao normal. Amamentar é dar amor, carinho e proteção ao bebê. Faz com que você e seu bebê se sintam muito próximos.

Amamentando seu filho

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

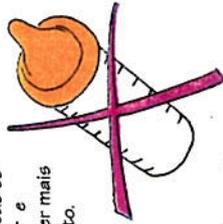


Para que você possa amamentar com sucesso, lembre-se:

Nos primeiros 6 meses de vida o bebê não precisa receber outro alimento além do leite materno. Você não precisa dar água ou chá neste período. Para amamentar escolha uma posição e um lugar em que você e o seu bebê se sintam bem confortáveis.



Evite mamadeiras. O bebê pode se confundir e não querer mais o seu peito.



Rachaduras nos bicos dos seios não são normais. Para preveni-las, é importante que o bebê sugue corretamente, ou seja, ele deve sugar o mamilo e a aréola (parte escura ao redor do mamilo).

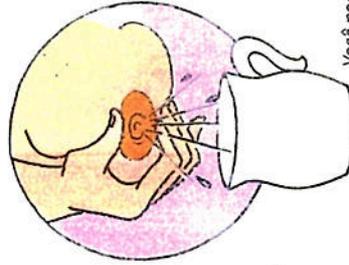
Mantendo o bico do seio sempre seco também ajuda a prevenir rachaduras. Procure o médico se aparecerem sinais de rachadura.

Ofereça os seios sempre que achar que o bebê está com fome. Deixe-o mamar até que fique satisfeito. Ofereça os 2 seios em cada mamada, começando com aquele que o bebê mamou por último na mamada anterior.

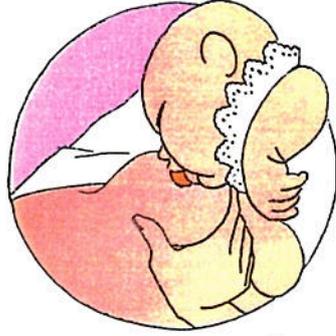


Quanto mais o seu bebê mamar mais leite você terá. Não tenha pressa ao amamentar. A calma e a tranquilidade são importantes para que você tenha bastante leite.

Pode acontecer de você ter menos leite algumas vezes. Ponha o seu bebê para sugar mais neste período (isso fará você ter mais leite).



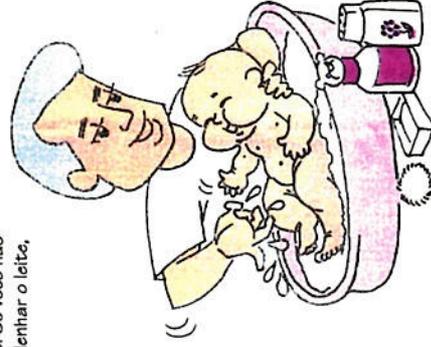
Quando o seu peito estiver muito cheio ou quando, por algum motivo, você precisar sair de casa sem o bebê, você deve retirar (ordenhar) o leite do peito. Se você não sabe como ordenhar o leite, informe-se.



O leite estocado não deve ser fervido ou aquecido em micro-ondas. Deve ser descongelado naturalmente e, após, aquecido em banho-maria.

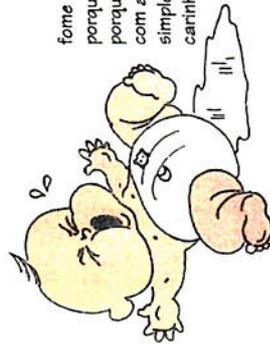


Informe-se sobre as leis que protegem as mulheres que amamentam. Lute pelos seus direitos.



Você pode trabalhar fora de casa e continuar amamentando. Durante as horas de trabalho você deve ordenhar o seu leite e guardá-lo em geladeira por, no máximo, 24 horas. Este leite deve ser oferecido para a criança quando a mãe estiver fora de casa ou pode ser congelado por até 3 meses.

Nem todo o choro é fome. O seu bebê pode chorar porque está com calor ou frio, porque tem cólicas ou está com as fraldas sujas ou porque simplesmente está querendo carinho e atenção.



O incentivo do pai ao aleitamento materno é muito importante. O pai deve participar deste momento tão especial da vida da família. Participar significa apoiar a mãe, ajudar a cuidar do bebê e dos outros filhos, ajudar nos afazeres domésticos e, principalmente, dar amor e carinho para a mãe e para o bebê.

Anexo 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 a 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