

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRO-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL
MESTRADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Avaliação da Operacionalização dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em “Hospitais Amigos da Criança” na cidade do Recife-PE

Karla Alexandra de Albuquerque

Orientadora: Prof^a Dr^a Mônica Maria Osório

Recife - 2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRO-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL
MESTRADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

*Ávaliação da Operacionalização dos “Dez Passos para
o Sucesso do Aleitamento Materno” em “Hospitais
Amigos da Criança” na cidade do Recife – PE*

Dissertação apresentada pela enfermeira
Karla Alexsandra de Albuquerque à
coordenação do curso de Mestrado em Saúde
da Criança e do Adolescente, em observância às
exigências do referido curso para obtenção do
grau de Mestre.

Recife - 2003

Karla Aleksandra de Albuquerque

Avaliação da Operacionalização dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" em Hospitais
Amigos da Criança na cidade do Recife – PE

Submetida à banca examinadora para obtenção do grau de Mestre, sendo aprovada em 29/04/ 2003.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____
(*Pedro Israel Cabral de Lira*)

Prof. Dra. _____
(*Sônia Bechara Coutinho*)

Prof. Dra. _____
(*Anette Rissin*)

Suplente: Prof. Dra. _____
(*Marília Lima Carvalho*)

Suplente: Prof Dr. _____
(*Aurélio Molina da Costa*)

Recife - 2003

Epígrafe

*“Que importa, que ao chegar
Eu me pareça pássaro!
Que importa, que ao chegar
Venha me arrebentando
Caindo aos pedaços
Sem aprumo e sem beleza!...
Fundamental é cumprir
A missão e cumprí-la
Até o fim!...”*

(Dom Helder Câmara)

Agradecimentos

À minha família, que apesar de distante, sempre está presente, incentivando e estimulando a seguir em frente, com coragem e determinação.

À Coordenação do Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, especialmente as Prof. Gisélia Alves e Marília Lima, que, nos momentos que precisamos, estiveram sempre disponíveis e dispostas a nos ajudar da melhor forma possível.

À Mônica Osório, orientadora e amiga, pelo incentivo, apoio, confiança e amizade, até mesmo nos momentos mais difíceis. Esta caminhada fez nascer um profundo carinho, respeito e admiração, que espero partilhar contigo por muito tempo. Lembre-se: você não se livrou de mim!

À todos os professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, minha escola, minha casa, que me ajudaram a dar os primeiros passos na profissão e agora permanecem presentes em todos os momentos: incentivando, apoiando, estimulando sempre. Obrigada!

Agradecimento especial a Prof. Joana Araújo, nossa querida grande mestra Joaninha, Luciana Leal, Marly Javorsky, Gorete Vasconcelos e Ednaldo

Cavacanti, da área Materno-Infantil do Departamento de Enfermagem da UFPE, sempre presentes e torcendo por cada passo que damos.

A Cleide Maria Pontes, a grande estimuladora para que seguisse este caminho.

Primeira pessoa a incentivar a realização do curso e a primeira pessoa a saber da aprovação. Obrigada por todo o seu apoio e confiança. Aprendi muito com você!

A Leda Maria de Lima Cantarutti, maior incentivadora e torcedora do meu sucesso e crescimento. Ensinou-se, entre fraldas e encubadoras, o encantador mundo da Neonatologia, que hoje sigo realizada. Obrigada por tudo e sempre estarei com você!

Aos meus amigos de turma do mestrado Rosane Marques, Aloísia Pimentel, Sandra Araújo, Aldo Costa e Paulo Borges. Com certeza a forte amizade que nos uniu foi fator decisivo para que conseguíssemos chegar aonde chegamos. Estaremos sempre juntos!

Aos amigos que a distância separa, mas o coração une: José Roberto Sabino, irmão e amigo querido que a vida e a Rita me deram de presente e que no momento que mais precisei se disponibilizou a me ajudar, ficando quase expert em Hospital Amigo da Criança; Camila Pacheco, companheira e maior incentivadora, meu ombro nas horas de sufoco; Vanessa Pinheiro, que torce por cada passo que penso em dar; Patrícia Cecatti, que nas horas que o computador

insiste em não colabora, sempre me explica como lidar com ele, utilizando sua objetividade paulista; Áurea e Carolina Calcavecchia, que mesmo sem entenderem bem do que se tratava este trabalho, sempre procuraram estar disponíveis, ajudar e estimular, Alice Gomes, baianinha querida, que torce sempre por mim.

Ào Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, ao Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, ao Hospital Agamenon Magalhães, ao Hospital Barão de Lucena e ao Hospital das Clínicas, pela permissão para utilizá-los como campos de pesquisa.

Às enfermeiras e amigas Iracema Frazão, Meire Aparecida e Sônia Pradines, do Hospital das Clínicas, pela ajuda, incentivo e compreensão durante esta etapa.

Àos alunos de graduação em Enfermagem, Daniela, Suzana e Diana, e em Nutrição, Raquel, Cristiane, Andréa, Catarina e Patrícia, sem as quais seria impossível concluir esta pesquisa no tempo previsto.

À todas as puérperas que fizeram parte da amostra, sendo para elas a principal finalidade deste trabalho.

À todos que direta ou indiretamente colaboraram com o presente estudo.

Sumário

Lista de Tabelas e Gráficos	X
Resumo	Xi
Abstract	Xii
1. Introdução	01
2. Justificativa	05
3. Objetivos	07
4. Revisão de Literatura	08
4.1 Breve histórico do aleitamento materno no mundo	08
4.2 Importância do aleitamento materno	11
4.3 Iniciativa Hospital Amigo da Criança	15
5. Material e Métodos	23
5.1 Local do Estudo	24
5.2 Desenho do Estudo	26
5.3 Procedimento Amostral	27
5.4 Coleta de Dados	30
5.5 Processamento e Análise dos Dados	32
5.6 Variáveis Estudadas	32
5.7 Aspetos Éticos	35
6. Resultados e Discussão	38
6.1 Caracterização da amostra	39
6.2 Avaliação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”	46

7. Conclusões e Recomendações	65
8. Referências Bibliográficas	69
9. Anexos	77
9.1 Anexo 1 – Questionário	78
9.2 Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
9.3 Anexo 3 – Manual de Instrução	89
9.4 Anexo 4 – Questionário para Auto-avaliação dos Hospitais Amigos da Criança	97
9.5 Anexo 5 – Aprovação do Comitê de Ética da Pesquisa	112
9.6 Anexo 6 – Aprovação da Comissão de Ética do CISAM	113
9.7 Anexo 7 – Aprovação da Comissão de Ética do HAM	114
9.8 Anexo 8 – Aprovação da Comissão de Ética do HBL	115
9.9 Anexo 9 – Aprovação da Comissão de Ética do HC	116
9.10 Anexo 10 – Aprovação da Comissão de Ética do IMIP	117

Lista de Quadro, Tabelas e Gráficos

Quadro 1 - Amostra necessária e amostra pesquisada por “Hospital Amigo da Criança”. Recife, 2002	28
Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas das puérperas em “Hospitais Amigos da Criança”. Recife, 2002	39
Tabela 2 - Características obstétricas das puérperas entrevistadas em “Hospitais Amigos da Criança”. Recife, 2002	44
Tabela 3 - Cumprimento dos “Passos para o Sucesso para o Aleitamento Materno” em “Hospitais Amigos da Criança”. Recife, 2002	47
Tabela 4 - Orientações oferecidas no pré-natal em “Hospitais Amigos da Criança”. Recife, 2002	47
Gráfico 1 - Maneira como obteve informações sobre normas em proteção ao Aleitamento Materno na instituição em “Hospitais Amigos da Criança”. Recife, 2002	48
Gráfico 2 - Momento da orientação sobre Aleitamento Materno em “Hospitais Amigos da Criança”. Recife, 2002	50

Resumo

Diante dos altos índices de desmame precoce no mundo, várias propostas de incentivo ao aleitamento materno foram iniciadas. Entre elas, a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC) reforça a participação dos estabelecimentos de saúde que prestam assistência à mulher e à criança através da adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Este trabalho objetivou avaliar a operacionalização de nove dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em cinco “Hospitais Amigos da Criança” da Cidade do Recife, através das puérperas. O estudo foi do tipo transversal, com amostra representativa, totalizando 419 puérperas. Os dados foram coletados através de questionários. Os resultados mostraram que apenas três passos (Passos 6, 7 e 8) foram satisfatoriamente cumpridos de acordo com os padrões estabelecidos pela IHAC, sendo relatados por mais de 80% das puérperas; os Passos 3 e 5 cumpridos em cerca de 70% das entrevistadas, ficando pouco abaixo do estabelecido; porém, os Passos 1, 4, 8 e 10 foram operacionalizados em menos de 50% das puérperas. Sendo assim, a IHAC que objetiva a promoção, proteção, apoio e incentivo ao aleitamento materno, através da adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, não garante o sucesso da amamentação caso não sejam trabalhadas a postura e capacitação técnica dos profissionais de saúde no que diz respeito ao apoio junto a gestantes e nutrizes.

Abstract

Before the high indexes of it weans precocious in the world, several incentive proposals to the maternal aleitamento were initiate. Among them, the Baby-Friendly Hospital Iniciative (BFHI) it reinforces the participation of the establishments of health that render attendance to the woman and the child through "Ten Steps to Successful Breastfeeding". This work aimed at to evaluate the operacionalization of nine of "Ten Steps to Successful Breastfeeding" in five "Hospital Breastfeeding Policies" of the City of Recife, through the puérperas. The study was of the traverse type, with representative sample, totaling 419 women. The data were collected through questionnaires. The results showed that only three steps (Steps 6, 7 and 8) they were satisfactorily accomplished in agreement with the established patterns by BFHI, being told for more than 80% of the women; Steps 3 and 5 accomplished in about 70% of the interviewees, being a little below the established; however, Steps 1, 4, 8 and 10 were operacionalizade in less than 50% of the puérperas. Being like this, BFHI that it aims at the promotion, protection, support and incentive to the breastfeeding, through "Ten Steps to Successful Breastfeeding", it doesn't guarantee the success of the breast-feeding case they are not worked the posture and the professionals' of health technical training in what concerns close to the support pregnant and breastfeed.

1. *Introdução*

O aleitamento materno representa a forma natural de nutrição do ser humano nos primeiros meses de vida. Por outro lado, o aleitamento artificial talvez seja tão antigo quanto a própria história da civilização humana, deduzindo-se, a partir disto, que os problemas relacionados à amamentação sejam tão velhos quanto o próprio ato de amamentar.

A excelência do leite materno como alimento para lactentes não constitui motivo de dúvida, sendo cada vez mais imposta à medida que suas propriedades tornam-se mais conhecidas, assim como as necessidades nutricionais e particularidades fisiológicas do metabolismo da criança.

Alguns fatores que contribuem para a superioridade do leite materno são: melhor digestibilidade, composição química balanceada, ausência de fatores alergênicos, atendimento às necessidades fisiológicas e nutritivas, ação anti-infecciosa, estabelecimento do vínculo afetivo mãe/criança e baixo custo. Além disto, a sucção estimula a liberação de substâncias, como ocitocina e prostaglandinas, que aceleram a involução uterina, reduzem a perda sanguínea, facilitam o descolamento e a expulsão da placenta e estimulam a secreção láctea (CARVALHO 1999; ALMEIDA e NOVAK, 1995; KINK, 1994).

Apesar de ser prática muito antiga, apenas nos anos 70, quando o desmame no 1º mês de vida atingiu mais de 80% das crianças (UNICEF, 1984), as pesquisas médico-científicas começaram a demonstrar interesse pelo aleitamento materno e pelos benefícios de ordem nutricional, imunológica, psicológica, ortodôntica, social, cultural e econômica que este poderia trazer para lactentes, mulheres, sociedade e meio-ambiente, passando a ser entendido como uma questão social mais ampla, indicando condições de vida da mulher e da criança e constituindo um importante fator na diminuição de desnutrição e das taxas de morbi-mortalidade infantil, tanto em países pobres quanto em países ricos.

Com relação ao momento de iniciar o aleitamento materno, vale ressaltar que o recém-nascido deveria mamar o mais cedo possível, preferencialmente durante a primeira meia-hora pós-parto, antes mesmo de cortar o cordão umbilical (MALDONADO, 1976). Porém, embora 71% dos recém-nascidos iniciem a amamentação no primeiro dia de vida, apenas 33% são amamentados durante a primeira meia-hora pós-parto, segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 1996).

VIEGAS (1986) e HENSTSCHEL e HENSTSCHEL (1989) citam a grande tendência dos últimos anos em humanizar o parto, retirando da mãe a sensação de isolamento e temor proporcionados pelos centros obstétricos, constituindo, o parto humanizado, juntamente com outros projetos de incentivo ao aleitamento, em importante arma na promoção e manutenção da alimentação natural.

Dentre estas propostas de incentivo, em 1º de agosto de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), promoveram um encontro em Florença – Itália, onde foram elaborados os *“Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”*.

Estes passos constituem os princípios fundamentais da *“Iniciativa Hospital Amigo da Criança”* (IHAC) – um esforço mundial que objetiva a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno mediante a adoção, pelos hospitais, destes passos, na tentativa de buscar novas estratégias para reverter uma tendência mundial de diminuição da amamentação (INICIATIVA..., 1999 a; INICIATIVA..., 1999 b; UNICEF, 1993).

A *“Iniciativa Hospital Amigo da Criança”* tem como objetivo básico a mobilização e o engajamento de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas, devido ao grande número de informações e

práticas inadequadas atribuídas à unidade ou ao profissional de saúde. Reconhece também estabelecimentos de saúde que podem oferecer informações completas e corretas sobre as vantagens da amamentação, bem como o manejo dos problemas, capacitando os profissionais de saúde e o próprio estabelecimento para prestarem informações corretas e adotarem práticas e rotinas que favoreçam o aleitamento materno visando, sobretudo, a diminuição do desmame precoce (LAMOUNIER, 1998). A IHAC vem sendo desenvolvida no Brasil através do Ministério da Saúde em articulação com a OPAS e o UNICEF.

Desta forma, a IHAC pode ser considerada como uma campanha mundial, que enfatiza a importância da participação dos estabelecimentos de saúde na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno.

Estes programas de incentivo ao aleitamento materno são importantes, porém seu sucesso não é garantido se não for trabalhada a postura e a capacitação técnica dos profissionais de saúde, no que diz respeito ao apoio e orientação às mães. Este trabalho deve ser iniciado ainda no pré-natal e estender-se até o puerpério, sendo reforçado durante a primeira meia hora de vida, momento de maior probabilidade de fortalecimento do vínculo afetivo mãe e filho e do prolongamento do aleitamento materno.

No entanto, para que este objetivo seja atingido, é necessário que as instituições permitam ou ofereçam condições mínimas que possibilitem o cumprimento destes passos, assim como os profissionais de saúde devem ser agentes ativos na sua implementação, atuando efetivamente no estímulo ao aleitamento materno e possibilitando uma adequada orientação a gestantes e puérperas.

Desta forma, acredita-se ser necessário haver uma avaliação das práticas de proteção, promoção e incentivo ao aleitamento materno exercidas pelos profissionais de saúde às mulheres atendidas nestes *“Hospitais Amigos da Criança”*.

2. *Questão do Estudo*

As puérperas estão sendo adequadamente orientadas e estimuladas pelos profissionais de saúde no que diz respeito a importância do aleitamento materno e de como superar as dificuldades que possam aparecer diante deste processo nos *“Hospitais Amigos da Criança”*?

3. Objetivos

- ❖ Caracterizar as puérperas atendidas nos “*Hospitais Amigos da Criança*” de acordo com algumas variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas;
 - ❖ Avaliar a operacionalização dos “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*” em “*Hospitais Amigos da Criança*” na cidade do Recife-PE, segundo as puérperas atendidas nestes hospitais.

4. Revisão de Literatura

Para direcionar a revisão da literatura, esta é dividida em 3 partes: inicialmente, é descrito um breve histórico do aleitamento materno no Brasil e no mundo; segue-se com a importância do mesmo e sua interferência na diminuição da mortalidade infantil e, por fim, apresenta-se a "*Iniciativa Hospital Amigo da Criança*", uma das diretrizes para incentivo do aleitamento materno no mundo.

4.1 Histórico do Aleitamento Materno no mundo

A prática do aleitamento materno é o hábito mais antigo da humanidade. Várias descrições são encontradas na Antiguidade. Relatos sobre o aleitamento materno podem ser observados já no *Código de Hammurabi*, de 1800 a.C. Na Bíblia, Livro Sagrado das religiões, Coríntios 3,2, revelam a prática do aleitamento materno naquela época: "...eu vos alimentei com leite, não com algo para comer, pois não éreis ainda bastante fortes". Em Esparta, a prática do aleitamento materno entre as mulheres era rotina, inclusive entre a monarquia, onde a rainha era requisitada a amamentar o primogênito. O segundo filho do rei Themistes herdou o reino porque foi amamentado pela própria mãe e não por uma ama-de-leite, como aconteceu com o primogênito (UNIVERSIDADE..., 1999).

A alimentação artificial parece também ser tão antiga quanto a história da humanidade. Desde o começo da raça humana, tem-se procurado um substituto satisfatório para o leite materno. Isso pode ser constatado através de objetos encontrados por arqueólogos, como xícaras em sepulturas, datando de 2000 a.C., e vasilhas de barro em túmulos de lactentes, deduzindo-se, a partir disto, que os problemas relacionados ao desmame precoce sejam tão antigos quanto o próprio ato de alimentar (UNIVERSIDADE..., 1999; ARANTES, 1995).

Os trabalhos anteriormente citados relatam que a prática de amas-de-leite, ou seja, amamentar o filho de outra mulher mediante um contrato de trabalho, regulamentada no *Código de Hammurabi*, manteve-se bastante difundida do século XVI até o início do XIX, principalmente na Europa.

Na Inglaterra, do século XVI ao XVII, houve uma queda importante na taxa de amamentação com a difusão da cultura de que o aleitamento materno envelhecia o corpo e deteriorava a silhueta. A França, outra grande potência econômica da época, pela mesma justificativa, também sofreu as drásticas consequências do desmame precoce. Em Paris, houve uma época em que, de cada grupo de 21 mil bebês que nasciam por ano, menos de mil eram amamentados pelas suas mães e a proporção de óbitos em menores de um ano era de 27,5%, entre 1740 a 1749, e de 26,5%, entre 1780 a 1789, ou seja, de cada quatro crianças, uma morria. No Brasil, as taxas de mortalidade infantil também eram altas, principalmente entre os filhos das escravas amas-de-leite, pois lhes era negado o direito a amamentar o próprio filho enquanto amamentavam os filhos das mães ricas (UNIVERSIDADE..., 1999; ARANTES, 1995).

A alimentação artificial obteve então grande progresso, a ponto de se julgar que a alimentação materna não seria indicada. No fim do século XVIII, quando as taxas de mortalidade infantil encontravam-se altíssimas, iniciou-se uma mudança radical na imagem da mãe, de seu papel e de sua importância. Após 1760, surgiram inúmeras publicações que recomendavam às mães a cuidarem pessoalmente de seus filhos e amamentá-los, culminando com o mito do instinto materno em prol do capitalismo. Surgem também os primeiros estudos que mostravam que crianças alimentadas artificialmente apresentavam uma taxa de mortalidade de quase 100%, em oposição àquelas amamentadas pela mãe. E, no início do século XIX, têm-se os primeiros estudos para o conhecimento qualitativo e quantitativo do leite humano e de outros animais. Embora, no final do século XIX prosperasse a utilização da alimentação artificial por meio de mamadeira de leite de vaca, as

conquistas já alcançadas a favor do aleitamento natural se intensificaram no período moderno (UNIVERSIDADE..., 1999; ARANTES, 1995; ARAÚJO, 1956).

No início do século XX, devido a industrialização e a urbanização das comunidades, somados à intensa propaganda das indústrias alimentícias, houve marcante diminuição da amamentação. Após a 2^a Guerra Mundial, com o ingresso da mulher no trabalho industrial e o avanço tecnológico que propiciava uma adequada conservação do leite de vaca, as grandes multinacionais expandiram nos países subdesenvolvidos a mágica propaganda dos “substitutos do leite materno”. No Brasil, a freqüência de aleitamento materno era considerada boa até 1960, quando foi constatada uma notável diminuição, obedecendo à tendência internacional.

Apesar de ser prática muito antiga, apenas na década de 70, quando a proporção de recém-nascidos com menos de um mês de vida alimentados exclusivamente com leite materno era menor que 20% (UNICEF, 1984) e considerando os efeitos adversos que o abandono do leite materno acarretou nos países de terceiro mundo, com muita ênfase, a ciência médica começou a demonstrar interesse pelo aleitamento materno e por seus benefícios, eclodindo na literatura uma série de conhecimentos sobre o aleitamento e culminando, em diversas partes do mundo, em programas de estímulo à retomada desta prática alimentar, sendo considerada a nova arma contra a desnutrição (JORNAL..., 1999; ARANTES, 1995; MEZZACAPPA e MEZZACAPPA FILHO, 1995).

O aleitamento materno passou a ser entendido como uma questão social mais ampla, indicando condições de vida da mulher e da criança, constituindo um importante fator na diminuição da desnutrição e das taxas de morbi-mortalidade infantil, tanto em países pobres quanto em países ricos.

4.2 Importância do Aleitamento Materno

A alimentação é uma necessidade essencial de todos os seres, principalmente nos primeiros anos de vida, decisivos para o estabelecimento de uma boa saúde. Existem necessidades biológicas e psicossociais que precisam ser satisfeitas para se garantir a sobrevivência e o desenvolvimento humano. Sendo assim, a amamentação constitui a principal forma de nutrição do ser humano nos primeiros meses de vida e que garante a satisfação dessas necessidades.

Inegavelmente, o leite materno é o modo insubstituível de fornecer alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis nos primeiros meses de vida, tendo também importante influência biológica e emocional, tanto para mães quanto para crianças. As exigências nutricionais dos lactentes são muito distintas. Nesse sentido, o valor e as vantagens do leite materno, bem como da amamentação, ainda não foram igualados por nenhum produto industrializado, nem por nenhuma outra forma alternativa de alimentação (OMS, 1980 a).

Cada vez mais, as propriedades do leite humano tornam-se conhecidas, assim como as necessidades nutricionais e as particularidades fisiológicas da criança. Sua melhor digestibilidade, composição química balanceada, ação anti-infecciosa, ausência de fatores alergênicos, proteção contra doenças diarréicas e respiratórias, infecções urinárias e meningites são alguns dos fatores que comprovadamente contribuem para a superioridade do leite materno. Outros fatores como menor aparecimento de cáries e de defeitos ortodônticos, proteção contra diabetes infantil e linfomas também são de grande importância. O atendimento das necessidades fisiológicas e nutritivas, aumento do vínculo afetivo entre mãe e criança, baixo custo, maior liberação de ocitocina (contribuindo para involução uterina, constrição dos vasos, levando a menor perda sanguínea), descolamento e expulsão da placenta, estímulo à secreção láctea e proteção contra câncer de mama

são aspectos que também devem ser considerados e que reforçam as qualidades do leite materno (CARVALHO, 1999; ALMEIDA e NOVAK, 1995; KING, 1994).

Porém, o desmame precoce, ou seja, a retirada do leite materno antes do 6º mês de vida, ainda tem sido preocupação constante, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, estando diretamente relacionado à mortalidade infantil. Vários estudos publicados são unâimes ao afirmar que o desmame precoce é fator concreto, significativo e a principal causa apontada pela morte de crianças menores de um ano.

Estima-se que ocorrem cerca de 12 milhões de mortes anuais de menores de 5 anos nos países em desenvolvimento, das quais mais da metade são atribuídas a desnutrição (UNICEF, 1998). De 1989 e 1999, o Brasil reduziu a mortalidade infantil de 52,02 para 33,1 óbitos por mil nascidos vivos. Os dados preliminares do Censo 2000, do Instituto Brasileiro e Geografia e Estatística, mostram que a mortalidade infantil caiu de 48/1000 nascidos vivos, em 1991, para 29,6 mortes/1000, em 2002 (IBGE, 2001), caracterizando uma redução de quase 38%. Apesar deste avanço, o Brasil ainda está acima da meta estipulada pela *Cúpula Mundial das Nações Unidas para Infância* para o ano de 2000, que era de 22 por 1000 nascidos vivos e da OMS, 20 mortes para cada grupo de mil nascidos vivos. Isto o coloca em posição bem abaixo de vizinhos na América Latina: no Chile, a mortalidade é de 10 por 1000 nascidos vivos, na Argentina, 18, e no Paraguai, 24 (POR QUE..., 2002; MORTALIDADE..., 2001).

Existem grandes contrastes nas chances de sobrevivência infantil nas diferentes regiões do Brasil. As taxas de mortalidade infantil variam de cerca de 44 mortes por mil nascidos vivos no Nordeste para cerca de 20 por 1000, na Região Sul. As principais causas de óbito – as doenças imunopreveníveis e infecto-contagiosas – reduziram-se significativamente na maioria das regiões brasileiras. Entretanto,

essas doenças continuam tendo peso relevante no Nordeste, assim como as chamadas causas evitáveis – doenças diarréicas e infecções respiratórias (POR QUE..., 2002).

O Ministério da Saúde, em 1995, estimava que cerca de 1 milhão de crianças morriam a cada ano de diarréia, infecções respiratórias e outras doenças infecciosas porque não eram adequadamente amamentadas (BRASIL, 1995). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN, 1989) demonstram que, em crianças maiores de 1 ano, embora 88,6% de lactentes sejam amamentados, o desmame é intenso e ocorre muito precocemente.

Em Pernambuco, a II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (BRASIL, 1998), demonstrou que 91,4% das crianças residentes na Região Metropolitana do Recife haviam recebido leite materno, porém 28,7% mamaram menos de 3 meses e, destes, apenas 6,0% no 1º mês. No interior do Estado, este índice mostrou-se um pouco melhor: 35,0% mamaram menos de 3 meses no interior urbano (10,8% até o 1º mês) e 31,5% no interior rural (7,4% até 1 mês).

Num estudo realizado no Brasil, Filipinas e Paquistão, observou-se que crianças amamentadas com menos de 2 meses têm uma probabilidade 5,8 vezes menor de morrer; comparadas as que mamaram de 2 a 3 meses (4,1), de 4 a 5 meses (1,8) e de 6 a 8 meses (1,4), confirmado assim os benefícios de se amamentar até, pelo menos, o 6º mês de vida e o fator protetor do leite materno (WHO, 2000).

As causas do desmame precoce são múltiplas e complexas. Contudo, entre os fatores que influenciam adversamente o sucesso da lactação, destacam-se, principalmente, as rotinas hospitalares rígidas e as informações errôneas prestadas por profissionais de saúde. As orientações fornecidas por obstetras, pediatras e pessoal de enfermagem influenciam significativamente na decisão da mãe de

amamentar ou não seu recém-nascido. Infelizmente, com freqüência, estas informações são errôneas, confusas e contraditórias (CARVALHO, SERAFIM e LOPES, 1985).

Estes autores referem um estudo realizado no Rio de Janeiro, onde foi demonstrado que as informações sobre aleitamento materno fornecidas por médicos e por outros elementos da equipe de saúde foram causas importantes que contribuíram para o desmame precoce. Desta forma, para que o aleitamento seja incentivado, é fundamental que o pessoal de saúde possua conhecimentos adequados acerca da psicofisiologia da lactação e que esteja capacitado a resolver problemas relativos à amamentação. Entretanto, na realidade, poucos são os profissionais bem treinados e capazes de atuar efetivamente na área de aleitamento materno.

Baseado nesta afirmação, em 1990, consultores da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), juntamente com representantes de vários países, perceberam que havia necessidade de algumas medidas que contribuíssem para modificar o comportamento dos profissionais de saúde, estimulando-os a difundir as vantagens do aleitamento materno e a educar as mães para serem agentes propagadores do leite materno. Várias propostas de incentivo ao aleitamento materno foram criadas, dentre elas, a *“Iniciativa Hospital Amigo da Criança”*, que será abordada a seguir.

4.3 Iniciativa Hospital Amigo da Criança

A *“Iniciativa Hospital Amigo da Criança”* trata-se de um esforço mundial que tem como principal objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, reforçando a importante participação dos estabelecimentos de saúde que prestam assistência à mulher e à criança (hospitais e maternidades) para se atingir este objetivo e buscando estratégias para reverter uma tendência mundial: a diminuição

do aleitamento materno (INICIATIVA..., 1999a; INICIATIVA..., 1999b; LAMOUNIER, 1996; UNICEF 1993).

Esta Iniciativa foi idealizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, pela Organização Mundial de Saúde e por Organizações Não-Governamentais defensoras da amamentação a partir do encontro “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global”, que reuniu formuladores de políticas de saúde dos governos, agências bilaterais e organismos internacionais, sendo realizado em 1º de agosto de 1990, em Florença, na Itália (*Spedale degli Innocenti*), contando com a participação de 12 países, dentre eles o Brasil (INICIATIVA, 2001; LAMOUNIER, 1998; LAMOUNIER, 1996).

Este encontro objetivou buscar mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Nesta época, foi produzido e adotado pelos participantes do encontro um conjunto de metas chamado “*Declaração de Innocenti*”, resgatando o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso e enfatizando a recomendação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, se possível, com outros alimentos, até os dois anos (INCIATIVA, 2001; LAMOUNIER, 1998; LAMOUNIER, 1996).

Foram discutidas as ações que poderiam ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e que resultassem na redução da morbi-mortalidade infantil. Discutiu-se também a participação das maternidades neste processo, visto que a maioria dos partos realizados nos países industrializados, ou não, são hospitalares, sendo este o local de início do estabelecimento da lactação, e que os profissionais de assistem à mulher e à criança nestas instituições provavelmente detêm as mais atualizadas informações em relação ao cuidado com mãe e bebê (AMAMENTAÇÃO ON LINE, 2003; INICIATIVA, 2001; INICIATIVA..., 1999 a; INICIATIVA, 1999b; LAMOUNIER, 1998; LAMOUNIER, 1996; UNICEF, 1993).

Os estudos acima citados relatam que estas ações foram produzidas, adotadas e compromissadas pelos países participantes através da “*Declaração de Innocenti*”, que resgata o direito da mulher de praticar a amamentação com sucesso, exclusiva até os seis meses e, se possível, com outros alimentos, até os dois anos, através da adoção dos “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*”:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe do serviço.

Por este passo entende-se que o estabelecimento de saúde deve ter uma rotina ou norma sobre aleitamento materno, protegendo esta prática e abrangendo todos os dez passos. Esta norma deve estar em local fácil e todos os funcionários devem ter conhecimento e acesso freqüente a mesma. Deve estar afixada em local visível, nas unidades de atendimento à mulher e a criança, sendo sua linguagem de fácil entendimento.

2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar esta norma.

Todos os membros da equipe multiprofissional que têm qualquer tipo de contato com mães, recém-nascidos e/ou crianças, devem ter recebido instruções ou treinamento sobre a implementação da política de aleitamento materno, incluindo o manejo da amamentação. Este treinamento deve ter tido pelo menos 18 horas no total, incluindo um mínimo de 3 horas de experiência clínica sob supervisão.

3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.

Neste passo, fica assegurado que toda gestante, no ambulatório de pré-natal ou enfermaria para internação de gestantes, receba aconselhamento sobre amamentação através de educação, incluindo a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, vantagens do aleitamento materno e o manejo básico da amamentação.

4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.

Sabendo de todas as vantagens do início do aleitamento materno ainda na sala de parto, a maioria das mães deve receber os seus filhos para que segurem junto à pele na primeira meia hora após o parto transpélviano, ficando com eles por pelo

menos 30 minutos, devendo ser oferecida ajuda de um funcionário a fim de iniciar a amamentação. No que diz respeito ao parto cesáreo, as mães devem receber seus filhos na primeira meia hora em que tiverem condições de recebê-los, por pelo menos 30 minutos, com ajuda do funcionário da equipe de saúde.

5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

No cumprimento deste passo, as mães devem ter recebido assistência em relação ao aleitamento nas primeiras seis horas após o parto, sendo-lhes mostrado como iniciar e manter a lactação através da expressão do leite, quando separadas do filho, através de exercícios ou informações escritas, assim como devem ter recebido orientações sobre onde poderiam obter auxílio, caso necessitarem. A posição correta e técnicas de expressão manual de leite também devem ser orientadas.

6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação médica.

Qualquer bebê amamentado não deve receber outro tipo de alimento ou líquido, que não o leite materno, ao menos que exista razões clínicas justificáveis para tal procedimento. Nenhuma propaganda de alimentos infantis ou outros líquidos como também de mamadeiras e bicos deve estar afixada na unidade de saúde ou ser distribuída a mães, funcionários ou à instituição.

7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

As puérperas devem permanecer com seus filhos no mesmo quarto, desde o momento que tiveram condições de receber esses bebês, dia e noite, com exceção de intervalos máximos de 1 hora para procedimentos hospitalares.

8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.

Nos “Hospitais Amigos da Criança”, as mães devem ser aconselhadas a amamentar seus filhos sempre que estes estiverem com fome ou desejarem, não lhes sendo colocada qualquer restrição à freqüência ou duração das mamadas.

9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.

Nenhuma criança amamentada poderá receber mamadeiras ou chupetas em áreas de cuidados a RN, assim como as mães devem ser orientadas em relação a não utilização destas.

10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Este último passo determina que todas as mães devem ser encaminhadas a grupos de apoio ao aleitamento materno após a alta hospitalar, tais como consultas pós-natal, encaminhamentos para grupos de mães, entre outros.

Os dados encontrados na literatura médica sobre as experiências em “*Hospitais Amigos da Criança*” são animadores: o impacto e a eficiência do programa desenvolvido, quando comparados com outros hospitais ou maternidades tradicionais, têm demonstrado aumento na duração do aleitamento materno. PEREZ e VALDEZ (1991) relatam que, no Chile, após a implantação de um programa de treinamento de pessoal, educação pré-natal e no pós-parto, observou-se um aumento nas taxas de amamentação exclusiva de 32% para 67%. VALDEZ et al (1993) refere ainda outro estudo realizado em Santiago, onde se comparou um hospital que seguia os Dez Passos com um hospital tradicional, observou-se que a prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses foi de 66,8% contra 23,3%. Estudos realizados no Brasil mostram aumento na mediana de amamentação e na prevalência da amamentação exclusiva, de acordo com o mesmo autor, comprovando assim a eficiência do programa desenvolvido nos “*Hospitais Amigos da Criança*”.

Sendo assim, a “*Iniciativa Hospital Amigo da Criança*”, coordenada no Brasil pelo Ministério da Saúde em articulação com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e UNICEF, tem como característica principal o reconhecimento dos estabelecimentos de saúde com maior possibilidade de informar às mães as vantagens do aleitamento materno e as maneiras de enfrentar os possíveis

problemas advindos com este, além de servir como pólos multiplicadores para outros hospitais, seja em âmbito local ou regional, a fim de melhorar as práticas do aleitamento materno. Para atingir tal propósito, capacita tanto profissionais de saúde, quanto a própria instituição de saúde, para prestarem informações corretas sobre amamentação, além de adotarem condutas que favoreçam o aleitamento materno, visando, sobretudo, a diminuição do desmame precoce, haja vista as informações errôneas e práticas inadequadas atribuídas à instituição ou ao profissional de saúde (LAMOUNIER, 1998; LAMOUNIER, 1996).

Para o credenciamento de um hospital como “Amigo da Criança”, ele precisa dar cumprimento a todos os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, revisando e adequando, se necessário, as rotinas adotadas, após a aplicação do “Questionário de auto-avaliação” fornecido pelo Ministério da Saúde. O hospital deverá capacitar os profissionais de saúde, a fim de ser, posteriormente, submetido a avaliações realizadas por uma comissão de avaliadores credenciados pelo Ministério da Saúde e que tem como base o cumprimento de, no mínimo, 80% dos critérios globais de cada um dos dez passos. Uma vez identificado como “Amigo da Criança”, o hospital receberá, em solenidade oficial, uma placa que o identifica como tal perante a comunidade e pode, assim, partilhar das vantagens e dos mecanismos de estímulo definidos pela Iniciativa, como, por exemplo, o recebimento de mais 10% sobre o valor de cada parto realizado pelo hospital (AMAMENTAÇÃO ON LINE, 2003; CIDADE VIRTUAL, 2003, LAMOUNIER, 1998).

CAIÇARA...(2002) afirma que com o credenciamento de uma maternidade como “Hospital Amigo da Criança”, 8% dos custos são reduzidos, pois há menos gastos com alimentação artificial, mamadeiras e chupetas. Além disto, se 50% dos hospitais brasileiros atingissem os requisitos da Iniciativa, seria possível uma economia na saúde de US\$ 9 milhões, o que proporcionaria investimentos em outras áreas da saúde pública.

Além do cumprimento dos “*Dez Passos*”, a Portaria, 123 do Ministério da Saúde, publicada no diário oficial da União em 27 de junho de 2001, diz que o hospital deverá obedecer aos seguintes requisitos (BRASIL, 2001):

- Não estar respondendo à sindicância no Sistema Único de Saúde (SUS), nem ter sido condenado judicialmente nos últimos 2 anos em processo relativo à assistência prestada ao binômio mãe-filho;
- Dispor de responsável habilitado para assistência à mulher e à criança na maternidade e sala de parto;
- Possuir comissão de estudo de morbi-mortalidade materna e neonatal implantada e atuante e que forneça anualmente informações epidemiológicas e as iniciativas adotadas para a melhoria da assistência;
- Apresentar taxa de parto cesariano conforme o estabelecimento pela secretaria Estadual de saúde, tendo como referência as regulamentações do Ministério da Saúde; e
- Apresentar tempo de permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesáreo

Em 1995, existiam no mundo apenas 4.282 “*Hospitais Amigos da Criança*”. Em 1996, este número subiu para 8.041 em 117 países. O último dado divulgado, em 2002, diz que até janeiro de 2001 havia cerca de 15.044 “*Hospitais Amigos da Criança*” no mundo. O Instituto Materno-Infantil de Pernambuco – IMIP – foi o primeiro hospital do Brasil a receber o título de “*Amigo da Criança*”, em 1992. Depois dele, mais 230 foram agraciados com o título¹, dos quais 125 são instituições públicas (15 universitários), 79 filantrópicos, 21 privados e 06 militares, número ainda discreto se comparado ao quantitativo de maternidades existente no País. A Região Nordeste concentra 114 “*Hospitais Amigos da Criança*”, quase metade dos existentes no País (49,4%), e 08 destes hospitais estão no Estado de Pernambuco (INICIATIVA..., 2003; INICIATIVA..., 2001; LAMOUNIER, 1998).

¹ Dados extra-oficiais indicam que atualmente (2003) existem 261 “*Hospitais Amigos da Criança*” no Brasil, sendo 9 no Estado de Pernambuco. Apenas no ano de 2002 57 hospitais foram credenciados.

De acordo com SOS AMAMENTAÇÃO (2003), o Brasil possui mais de 3.000 hospitais com maternidade e, destes, 666 atendem cerca de mil partos por ano. A falta de adesão de alguns hospitais, principalmente os privados, deve-se aos sistemas socioculturais e socioeconômicos adotados. Países como Inglaterra, que possui sistemas estatais mais desenvolvidos, e Estados Unidos, que apresentam uma medicina bastante mercantilizada, dispõem de poucos hospitais credenciados. Porém, a China, devido à iniciativa estatal, é o país que lidera o “*ranking*” mundial de “*Hospitais Amigos da Criança*”. A Noruega e a Suécia, por sua vez, possuem grande número de maternidades privadas enquadradas na iniciativa.

A designação de uma instituição como “*Amiga da Criança*” representa, então, a etapa final de todo um processo de mobilização da equipe de saúde e dos gestores desta instituição, que deve desenvolver, rotineiramente, condutas para promoção, proteção, apoio e incentivo à amamentação, em observância a todos os “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*”.

Sendo assim, a “*Iniciativa Hospital Amigo da Criança*” representa um papel importante de apoio que os hospitais podem desempenhar a fim de tornar o aleitamento materno uma prática adotada nas maternidades, mobilizando-se as equipes de saúde obstétricas e pediátricas, e contribuindo significativamente para a saúde e o desenvolvimento das crianças, assim como para a diminuição das taxas de mortalidade infantil e desmame precoce.

Porém, a implementação desta Iniciativa necessita não só do apoio de todos os profissionais de saúde, mas também dos gestores das instituições materno-infantis, que representam papel imprescindível no seu sucesso, assim como de toda a sociedade, além de vontade e decisão política do governo para investir neste programas de incentivo e apoio ao aleitamento materno.

5. *Material e Métodos*

O presente trabalho trata-se de um estudo do tipo transversal, seccional ou de prevalência, onde se pode observar, num mesmo momento histórico, fator e efeito. A área de estudo foi representada pelos “*Hospitais Amigos da Criança*” na cidade do Recife - PE, de acordo com a classificação do Ministério da Saúde até janeiro de 2001. Utilizou-se dados primários, colhidos através de entrevista realizada com a puérpera, pela pesquisadora principal e por graduandos em enfermagem e nutrição, devidamente treinados.

5.1 Desenho do Estudo

Este um estudo de corte transversal que visa investigar as ações das instituições de saúde que possuem o título de “*Hospital Amigo da Criança*” na cidade do Recife-PE, no que diz respeito aos “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*”.

De acordo com ROUQUAYROL (1994) e PEREIRA (1999), estudo transversal é aquele onde causa e efeito são observados em um mesmo momento histórico. Este tipo de estudo tem por vantagens simplicidade e baixo custo, rapidez e objetividade na coleta de dados, facilidade para obtenção da amostra representativa da população, não há necessidade de seguimento dos indivíduos e é ideal para descrever características dos eventos na população, sendo, desta forma, adequado para o estudo pretendido. Como desvantagens, pode-se citar: amostras de grandes tamanhos para estudos de baixa prevalência, possibilidade de erros de classificação, de memória, de seleção e fatores de confusão.

Estudo descritivo tem característica exploratória uma vez que é uma investigação de pesquisa empírica cujo objetivo é a formação de questões, ou de problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais

precisa ou modificar e clarificar conceitos (LAKATOS e MARCONI, 2001). Estudo descritivo, segundo GIL (1995), é a caracterização da população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Enquadram-se, portanto, no tipo de estudo idealizado.

5.2 Local do Estudo

Este estudo foi desenvolvido em cinco instituições de saúde da cidade de Recife - PE que pertencem a *“Iniciativa Hospital Amigo da Criança”*. Estas instituições perfaziam, até janeiro de 2001, 62.5% do total de *“Hospitais Amigos da Criança”* no Estado do Pernambuco e 100% dos *“Hospitais Amigos da Criança”* da cidade do Recife. Todos eles são considerados centros de referência no estado para gestação de alto risco e para recém-nascidos que necessitam de UTI neonatal, assim como todos possuem bancos de leite humano e serviços de assistência pré-natal e puericultura.

O **Instituto Materno Infantil de Pernambuco** - IMIP - é uma entidade não governamental, sem fins lucrativos e de utilidade pública, que desenvolve ações em assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Tem como objetivo atender mulheres, crianças e adolescentes carentes, do interior do estado e de toda Região Nordeste. Além disso, contribui para a qualificação e formação de recursos humanos na área de saúde. É credenciado como Centro Nacional de Referência para Programas de Assistência Integrada à Saúde da Mulher e da Criança e foi o primeiro hospital brasileiro a receber o título de *“Hospital Amigo da Criança”* (1992).

O **Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros** - CISAM/UPE - é referência no estado em gestação de alto risco e capacitação de profissionais na área de

assistência à mulher. Pertence à Universidade Estadual de Pernambuco (UPE) e desenvolve importantes programas de saúde do adolescente e humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Com a implantação de medidas que estimulam o aleitamento materno, o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros recebeu o título de *“Hospital Amigo da Criança”* no ano de 1995.

O Hospital Agamenon Magalhães – HAM - é uma instituição pública pertencente à Rede Estadual de Saúde que presta assistência básica, secundária e terciária de saúde a pacientes de todo o estado e desenvolve ações de ensino e pesquisa, além de ser serviço de referência para adolescentes. Recebeu o título de *“Hospital Amigo da Criança”* da Organização Mundial de Saúde/UNICEF/Ministério da Saúde em 1995.

O Hospital Barão de Lucena – HBL - é uma instituição de saúde pertencente a Secretaria de Saúde da Estado de Pernambuco, que desenvolve ações médico-assistenciais, além de ensino, pesquisa e extensão. Atende pacientes do interior do estado e da Região Nordeste, em todos os níveis de assistência, primária, secundária e terciária. Recebeu o título de *“Hospital Amigo da Criança”* em 2000.

O Hospital das Clínicas - HC/UFPE - é um órgão suplementar da Universidade Federal de Pernambuco, sem fins lucrativos, vinculado diretamente à Reitoria, destinando-se ao apoio das atividades específicas do Centro de Ciências da Saúde desta Universidade e tem como finalidade prestar assistência de saúde, apoiar as atividades de ensino e servir de campo de pesquisa e proporcionar meios para este objetivo. Recebeu o título de *“Hospital Amigo da Criança”* em 2001.

5.3 Procedimento Amostral

Após escolhidos os hospitais que fariam parte do estudo, estes foram codificados, através de sorteio aleatório simples, como Hospital 1, Hospital 2, Hospital 3,

Hospital 4 e Hospital 5, com a finalidade de garantir o sigilo das informações colhidas, onde esta codificação é do conhecimento apenas da pesquisadora principal.

A fim de realizar o cálculo para dimensionamento da amostra, obteve-se de cada instituição participante (Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Centro Integrado de saúde Amaury de Medeiros, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena e Hospital das Clínicas), o número de partos mensais realizados nos 12 meses do ano anterior a coleta de dados, ou seja, de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2001.

Este quantitativo de partos mensais foi obtido através de planilhas estatísticas das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, dos levantamentos anuais dos centros de estatísticas das instituições ou de livros-registros dos centros obstétricos de cada hospital. Chegou-se, assim, a média de partos por mês realizados em cada instituição de saúde, o que implica no total de puérperas/mês/instituição. Baseado nesta média obtida, considerou-se para amostra 25% do total de partos mensais daquela instituição, pois acreditou-se que este valor ofereceria boa representatividade da população pesquisada, oferecendo oportunidade para uma adequada avaliação dos objetivos propostos, no que diz respeito às diferentes variáveis que seriam analisadas. Sendo assim, a amostra foi constituída por 419 puérperas, na faixa etária de 12 a 42 anos, sendo 95 puérperas do Hospital 1, 68 do Hospital 2, 49 do Hospital 3, 110 do Hospital 4 e 97 puérperas do Hospital 5.

Os valores amostrais encontram-se representados no quadro a seguir (Quadro 1):

Quadro 1 - Amostra necessária e amostra pesquisada por "Hospital Amigo da Criança". Recife, 2002.

HOSPITAL	Partos Total	Média mensal	Amostra necessária	Amostra pesquisada
1	4.563	380	95	95
2	3.264	272	68	68
3	2.366	197	49	49
4	4.619	384	96	110
5	4.680	390	97	97

TOTAL	19.492	324,5	405	419
--------------	---------------	--------------	------------	------------

Uma vez que neste estudo seriam excluídos os partos prematuros, recém-nascidos com baixo peso e natimortos, a amostra também foi calculada subtraindo-se o quantitativo destas exclusões do total de partos mensais. Entretanto, duas instituições não possuíam estas estatísticas, sendo necessário contabilizá-los a partir das informações constantes nos livros-registro dos centros obstétricos dos hospitais, o que poderia prejudicar o trabalho do pesquisador e a fidedignidade dos dados. Das três instituições que foram obtidos, através dos seus centros de estatística, os números de partos prematuros, recém-nascidos com baixo peso ao nascer e natimortos, a exclusão destes valores no total de partos não representou diferença do cálculo anteriormente realizado (25% do total de partos por mês).

No Hospital 4, o cálculo baseado nos 25% do número de partos por mês apontava para um total de 96, entretanto, como o total de puérperas entrevistadas era verificado ao final de cada semana de trabalho de capo, o número de puérperas previsto para este hospital foi extrapolado, totalizando um percentual de 28% dos partos.

Na seleção das puérperas a serem entrevistadas, foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Pré-natal e parto (transpelviano ou cesáreo) realizado nas instituições;
- Período pós-parto mínimo de 6 horas;
- Ausência de intercorrências clínicas graves durante o parto e pós-parto imediato que impedissem a amamentação;
- Recém-nascido (RN) dentro dos parâmetros definidos pela OMS como de baixo risco: idade gestacional \geq 37 semanas, APGAR 5º minuto \geq 8 e peso ao nascer \geq 2500 g;

Como critérios de exclusão, considerou-se:

- Puérperas apresentarem condições patológicas que a impossibilitassem de praticar o alojamento conjunto;
- Recém-nascidos que necessitaram de assistência ventilatória pós-parto;
- Recém-nascidos de alto risco que necessitaram de cuidados médicos intensivos ou semi-intensivos;
- Recém-nascidos portadores de patologias que o impediram de permanecer junto da mãe 24 horas por dia.

5.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados mediante aplicação de um questionário com questões específicas para atender aos objetivos estabelecidos, contendo 91 perguntas fechadas e 12 abertas (Anexo 1). Este questionário foi elaborado com embasamento na definição de cada um dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” segundo o Ministério da Saúde e o “Questionário para auto-avaliação dos Hospitais Amigos da Criança” (Anexo 4). Constituiu-se de duas partes:

- 1) Caracterização da amostra;
- 2) Avaliação da operacionalização dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

Vale ressaltar que o Passo 2 - Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar esta norma - não pôde ser avaliado, visto que diz respeito diretamente ao treinamento sobre aleitamento materno recebido pelos profissionais de saúde e as puérperas não apresentariam subsídios para respondê-los. Desta forma, a avaliação realizada abrangeu nove dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

O instrumento de coleta foi elaborado, pré-testado e validado aplicando-se em 20 puérperas de um dos hospitais em estudo, escolhido aleatoriamente, verificando-se assim a sua aplicabilidade e clareza, constituindo, desta forma, o projeto-piloto. Posteriormente, havendo necessidade de algumas modificações, o questionário foi reestruturado para o início do trabalho de campo.

Acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Nutrição da UFPE, previamente selecionados e treinados, procederam à coleta de dados, juntamente com o pesquisador principal. Além de treinamento teórico-prático realizado pelo pesquisador, tais alunos receberam um “Manual de Instruções” (Anexo 3), constando de orientações gerais e específicas em relação aos procedimentos durante a entrevista e ao preenchimento do questionário e codificação dos dados. Ao final do dia de trabalho, cada um deles realizava a correção dos mesmos antes de entregá-los à supervisão. Todos os questionários preenchidos foram checados pelo pesquisador. A coleta de dados estendeu-se de junho a dezembro de 2002.

Para proceder a coleta de dados, foram obedecidas as seguintes etapas:

1. Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Pesquisa em Seres Humanos, vinculado ao Conselho Nacional de Ética na Pesquisa, com a finalidade de se obter permissão para realização do estudo e a sua oficialização (Anexo 5);
2. Aprovação do projeto pelas Comissões de Ética das instituições onde os estudos foram realizados, constituindo a segunda etapa para oficialização do estudo (Anexos 6,7, 8, 9 e 10);
3. Contato com as instituições, através de seus chefes de serviço, médico e de enfermagem, expondo as finalidades do estudo e a importância deste para a melhoria da assistência oferecida, garantindo-se o anonimato, o sigilo e a total ausência de interferências ou prejuízos à rotina das instituições pesquisadas;

4. Levantamento dos indivíduos que se enquadravam nos critérios estabelecidos para composição da amostra, através dos dados obstétricos e perinatais presentes no prontuário médico;
5. Entrevista, de caráter particular e padronizada, seguindo o questionário pré-determinado. A entrevista obedeceu aos critérios de bioética registrados na Resolução 196/96, guiados pelos seguintes passos:
 - Conversa com a entrevistada, explicando a finalidade da pesquisa, seus objetivos, relevância e ressaltando a necessidade de sua colaboração;
 - Fornecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), para a participação nesta pesquisa. Após a assinatura, foi entregue a entrevistada uma via do referido termo;
 - Aplicação do questionário de entrevista;
 - Registro das respostas realizado no momento da entrevista, sendo permitido à puérpera, no momento em que quisesse, a conferência dos dados registrados;
 - Término da entrevista com permissão da entrevistada para retorno no caso de dúvidas ou para obtenção de novos dados, se necessário.

5.5 Variáveis Estudadas

Para este estudo, visando atingir os objetivos específicos, foram analisadas as seguintes variáveis:

Caracterização da amostra

- Idade materna – representada pelo valor numérico de anos completos, contados a partir da data de nascimento.

- Estado civil – estado atual de união com companheiro ou pai do filho, identificado como solteira, casada, divorciada ou desquitada, ou união consensual, caso não haja união legalmente formalizada.
- Alfabetização – indica se sabe ler e escrever, com ou sem dificuldades.
- Escolaridade – representa os anos de estudo concluídos; caracterizada como ensino fundamental, ensino médio e ensino superior.
- Profissão – atividade profissional exercida, com ou sem remuneração.
- Renda familiar – indica o valor numérico, em salários mínimos atuais, da renda obtida por todos os membros da família.
- Trabalho remunerado enquanto gestante – representa existência de ocupação profissional remunerada no decorrer da gestação.
- Paridade - valor numérico do número de partos realizados, incluindo-se o parto atual e natimortos; classificada como primípara para primeira paridade, secundípara para segundo parto e multípara para 3 ou mais partos.
- Tipo de parto – indica o tipo de parto realizado, indicado como parto normal, incluindo-se os partos a fórceps, e parto cesáreo.

Avaliação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”

- Conhecimento da existência de normas na instituição sobre aleitamento materno – representa o conhecimento das puérperas sobre a existência de normas na instituição de incentivo e apoio a amamentação.
- Fontes de informação sobre as normas – indica o meio pelo qual obteve informações na instituição sobre a existência de normas em prol do aleitamento.
- Orientação no pré-natal sobre aleitamento materno – indica se houve, em alguma das etapas do pré-natal, orientação sobre o manejo e a prática do aleitamento materno.

- Etapa do pré-natal onde foram fornecidas informações sobre aleitamento materno - indica o momento do pré-natal em que foram fornecidas as orientações sobre amamentação.
- Aleitamento materno na primeira meia-hora pós-parto normal - indica início do aleitamento materno na primeira meia-hora, após o parto normal, incentivado e orientado por algum profissional de saúde da instituição.
- Aleitamento materno nas primeiras seis horas pós-parto cesáreo - indica início do aleitamento materno nas primeiras seis horas, após parto cesáreo, incentivado e orientado por algum profissional de saúde da instituição.
- Demonstração de como amamentar - diz se foi demonstrado à puérpera como amamentar, no período pré-natal ou no pós-parto.
- Manutenção da lactação - significa a orientação sobre a ordenha do leite materno e a manutenção da lactação caso haja necessidade do afastamento do binômio mãe-filho.
- Orientação ou propaganda comercial de outros leites no hospital - representa a existência, na instituição, de alguma alusão a outros leites além do materno.
- Oferecimento de algum outro alimento que não o leite materno - indica se foi oferecido algum alimento ao recém-nascido que não o leite materno, incluindo água, soro glicosado e chás, sem que houvesse indicação médica justificável.
- Permanência de 24 horas ao lado do bebê - indica se a mãe permaneceu 24 horas com o seu bebê, executando os cuidados necessários para com ele, incluindo-se afastamento de no máximo uma hora para procedimentos hospitalares.
- Conhecimento sobre livre demanda - se a puérpera foi orientada sobre a livre demanda e se possui conhecimento sobre o que seria a livre demanda.
- Orientação em manter a livre demanda - indica o oferecimento de orientações em amamentar sempre que o bebê assim desejar.
- Posse de mamadeiras,bicos, chupetas ou chucas na admissão no hospital - se a puérpera trouxe para maternidade algum destes objetos e se houve alguma dificuldade para entrar na instituição com eles.

- Orientação a visitantes e acompanhantes sobre a não utilização de mamadeiras, bicos, chucias, chupetas – representa a presença de informações e orientação a paciente, a visitantes, acompanhantes sobre a não utilização pós-alta hospitalar de mamadeiras, bicos, chucias, chupetas ou similares.
- Orientação sobre manutenção da amamentação após a alta hospitalar – indica o fornecimento de orientação e incentivo a manter a lactação após a alta hospitalar.
- Orientação sobre existência de grupos de ajuda sobre aleitamento materno - indica orientação sobre a existência de grupos no hospital para onde a puérpera possa se dirigir no caso de dúvidas e dificuldades em relação ao aleitamento materno ou encaminhamento para grupos de apoio em outras instituições ou em grupos na comunidade.

As demais informações encontradas no roteiro de entrevistas servirão como banco de dados para futuras publicações.

5.6 Processamento e Análise dos Dados

Após a etapa de checagem dos questionários, estes foram digitados pelo pesquisador principal e por um bolsista treinado em um banco de dados desenvolvido no software EPI-INFO versão 6.01, em duas entradas distintas. Com o banco finalizado, estes dados foram inter-relacionados através do comando VALIDATE, efetuando-se a análise da consistência dos dados para verificação de erros desta natureza e consequente correção dos mesmos. Posteriormente, foi realizada a análise descritiva univariada em todos os dados, sendo estes tabulados em valores absolutos e percentuais e apresentados em tabelas e gráficos.

5.7 Aspectos Éticos

Atualmente são instituídos no país o Comitê Nacional para Pesquisa em Seres Humanos, órgão que regulamenta e supervisiona as pesquisas envolvendo seres humanos no País, com representação em cada estado, e as Comissões de Ética para Pesquisa em Seres Humanos, que são comissões pertencentes às instituições de saúde e vinculadas ao Comitê Nacional. Uma pesquisa para ter aprovação deverá obtê-la do Comitê Nacional para Pesquisa em Seres Humanos e, posteriormente, da Comissão de Ética para Pesquisa em Seres Humanos da instituição preterida, caminho que foi percorrido para aprovação deste estudo (Anexos 6, 7, 8, 9 e 10).

Os princípios éticos básicos de respeito pela pessoa orientaram a elaboração do presente estudo, procurando, portanto, esclarecer sempre a entrevistada sobre os objetivos da pesquisa, assim como a total ausência de riscos a sua integridade física ou moral ou interferência na assistência oferecida durante a hospitalização. Foi-lhe garantindo sigilo também total sobre os dados coletados e uso exclusivo para finalidade de estudo, sendo permitido a conferência dos dados coletados, no momento que desejasse, a mudança da informação fornecida ou desistência da participação na amostra.

Além de não oferecer riscos à saúde dos indivíduos, procura maximizar os benefícios para que estes possam representar melhorias que beneficiem todos os envolvidos. Neste sentido, procurar-se-á tornar acessíveis os resultados da pesquisa através de ampla divulgação na comunidade científica e do fornecimento para cada instituição envolvida dos seus dados particulares, a fim de que possa proceder a mudanças em condutas e rotinas, se assim forem desejadas.

6. *Resultados e Discussão*

Para a análise dos dados desta pesquisa, optou-se por dividi-la em duas etapas: inicialmente, caracterizar-se-á a amostra estudada através de seus dados demográficos, socioeconômicos, obstétricos e neonatais e, posteriormente, far-se-á a avaliação³ de nove dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos “Hospitais Amigos da Criança” estudados.

6.1 Caracterização da amostra

A amostra utilizada para esta pesquisa foi de 419 puérperas, cujos dados demográficos e sócio-econômicos estão demonstrados na tabela 1 e os dados obstétricos estão expostos na tabela 2.

A **tabela 1** traça as características da amostra de acordo com a idade materna, estado civil, alfabetização, escolaridade, profissão, renda familiar e realização de atividade remunerada enquanto gestante.

³ Vale ressaltar que havia sido realizada uma avaliação nos “Hospitais Amigos da Criança” que fizeram parte deste estudo pela Secretaria Estadual de Saúde alguns meses antes da coleta de dados.

Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômicas das puérperas em Hospitais Amigos da Criança. Recife, 2002.

CARACTERÍSTICAS	N (419)	%
Idade (anos)		
< 15	5	1,2
15 – 19	117	27,9
20 – 29	212	50,6
30 – 39	74	17,7
> 40	11	2,6
Estado civil		
Solteira	93	22,2
Casada	88	21,0
Consensual	237	56,6
Desquitada/divorciada	1	0,2
Alfabetização		
Sim	407	97,1
Não	12	2,9
Escolaridade		
Sem escolaridade	10	2,4
Ensino Fundamental	213	50,8
Ensino Médio	186	44,4
Ensino Superior	10	2,4
Profissão		
Sem profissão	4	1,0
Dona de Casa	208	50,5
Estudante	51	12,4
Comerciária	41	9,9
Empregada Doméstica	40	9,7
Profissional Liberal	32	7,7
Serviços domésticos	19	4,6
Autônoma	17	4,1
Renda Familiar (salário mínimo*)		
Sem renda	10	2,4
< de 1	25	5,9
1 - 2	167	40,5
2 - 3	114	27,7
3 - 4	43	10,4
> de 4	57	13,1
Trabalho remunerado enquanto gestante		
Sim, fora de casa	148	35,5
Sim, dentro de casa	81	19,3
Não	190	45,3

* Salário Mínimo = R\$ 200,00

Analizando-se os dados da **tabela 1**, vê-se que, embora a maioria das puérperas encontre-se na **idade** de 20 a 29 anos (50,6%), 29,1% eram adolescentes, incluindo-se 1,2% de menores de 15 anos. Estudo de LIMA et al. (1990), revela que, em regiões faveladas do Recife, de cada dez mulheres que são mães, uma é menor de 15 anos, sendo que 60% das mães têm menos de 20 anos de idade.

A gravidez na adolescência tem sérias implicações biológicas, familiares, emocionais, econômicas e jurídico-sociais, que atingem o indivíduo e a sociedade como um todo. Devido a estas repercuções sobre a mãe e o conceito, a gravidez na adolescência é considerada de alto risco pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978; OMS 1977).

Segundo VITALLE e AMÂNCIO (2003) e LIMA et al. (1990), acredita-se que o risco seja maior sob o âmbito social do que o biológico, pois limita ou até mesmo adia as possibilidades de desenvolvimento dessas jovens na sociedade. A adolescente, ainda, apresenta necessidades maiores de calorias, vitaminas e minerais e estas necessidades somam-se àquelas exigidas para o crescimento do feto e para a lactação, fato este que pode dificultar a adequada nutrição e saúde e, consequentemente pôr em risco o crescimento e o desenvolvimento do conceito.

Sendo assim, a adolescente pode apresentar problemas de crescimento, de desenvolvimento, emocionais, comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto. Há inclusive quem considere a gravidez na adolescência como complicaçāo da atividade sexual. Outro ponto dessa questão é a morte da mãe decorrente de complicações da gravidez, parto e puerpério. (WILCOX e FIELD, 1998; PIYASIL, 1998; CREATSAS et al., 1991).

Em relação ao **estado civil**, vê-se que 22,2% das puérperas são solteiras, enquanto que mais da metade (56,6%) vive consensualmente com o pai de seus filhos; 21,0% são casadas e 0,2% relatou ser divorciada, revelando não possuírem uma união formal e/ou estável com o pai de seu filho.

Segundo COSTA (2003), a amamentação é um momento precioso na vida de um casal, que deve vivê-lo com harmonia e amor. Nesse momento, a não participação do pai pode contribuir ou afetar negativamente a amamentação e seu relacionamento com esposa e filhos. O pai pode contribuir muito nesse processo, procurando tomar atitudes que influenciem positivamente a mulher e contribuindo, desta forma, significativamente para o sucesso da amamentação ou o seu fracasso, como o desmame precoce. Este apoio é ainda mais crucial quando se trata do primeiro filho.

No caso de gravidez na adolescência, de modo geral, o pai costuma ser dois a três anos mais velho que a mãe adolescente. A paternidade precoce se associa com maior freqüência ao abandono dos estudos, à sujeição a trabalhos aquém da sua qualificação, a prole mais numerosa e a maior incidência de divórcios (OPAS, 1995).

Portanto, entende-se que a ausência da figura paterna ao lado da mulher pode contribuir negativamente com a amamentação, propiciando o desmame precoce.

Quando se analisa a **alfabetização**, vê-se que quase a totalidade da amostra (97,1%) é alfabetizada, ou seja, sabe ler e escrever, enquanto 2,9% não sabem ler nem escrever. Porém, desta maioria alfabetizada, 50,8% não concluiu o ensino fundamental, enquanto 44,4% ainda se encontram no ensino médio e apenas 2,4% possui nível universitário.

ESCÓSSIA (2002), utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), mostrou que 57,6% dos brasileiros com mais de 15 anos de idade, têm menos de oito anos de estudo, não concluindo o que o Ministério da Educação chama atualmente de ensino fundamental (os antigos primário e ginásio). Entre aqueles com mais de 25 anos, a proporção dos que não concluíram o ensino fundamental sobe para 61,9%. No mercado de trabalho, a baixa escolaridade é um caminho para empregos informais e de baixa remuneração.

No presente estudo, percebe-se que 68,2% das puérperas têm **renda familiar** básica de 1 – 3 salários mínimos, o que corresponde a uma remuneração de, no máximo, R\$ 600,00 mensais para o sustento familiar. Este fato poderia, mais uma vez, suscitar a vantagem do aleitamento, haja vista que, do ponto de vista econômico, o leite materno é melhor, tanto para a família, quanto para o Estado. É importante ressaltar, também, a notável diminuição nos custos hospitalares no que diz respeito à diminuição das taxas de infecção hospitalar, de infecção neonatal e no tempo de internação. Além disto, existe a diminuição nos custos com a compra de medicamentos para crianças desmamadas, de substitutos do leite materno e nos gastos com mamadeiras e outros objetos utilizados para alimentação artificial.

Tratando-se da **profissão**, a maior parte das entrevistadas são “donas de casa” (50,5%) ou estudantes (12,4%), ou seja, não possuem um emprego remunerado, seguidas por aquelas que são comerciais (9,9%) ou empregadas domésticas (9,7%). As profissionais liberais apareceram em 7,7% da amostra, enquanto que aquelas que prestam serviços domésticos como babá, lavadeira, passadeira, diarista, dentre outros, aparecem em 4,6%, e as autônomas, representadas por 4,1% da amostra.

Vê-se também que quase metade não possui nenhum emprego fora de casa (45,3%) e, das que trabalhavam enquanto gestantes, 19,3%, exerceram atividades que eram

executadas no domicílio, como costureira, cabeleireira, dentre outros, o que, aparentemente, não oferece prejuízo a prática da amamentação, visto que tais puérperas permanecerão 24 horas com seus bebês.

A primeira tentativa de concessão da licença maternidade à mãe, segundo ANDRADE (2003), foi no ano de 1890, em Berlim, até que a Convenção de Proteção à Maternidade da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ainda em 1919, incluiu o direito à licença maternidade de 6 semanas antes e 6 semanas após o parto como direito trabalhista da mulher (IBFAN, 2000).

Em 2000, na 88^a Reunião Anual da OIT, foram discutidas as normas para proteção da maternidade da mulher trabalhadora, sendo inclusa a licença maternidade de 14 semanas, sendo 6 semanas compulsórias pós-parto, uma ou várias pausas diárias, ou redução no tempo de trabalho (as pausas ou redução seriam pagas e contadas como tempo trabalhado) e estender a licença maternidade quando pertinente (IBFAN, 2000).

Na Constituição brasileira atual, diz ANDRADE (2003), a licença-maternidade encontra-se prevista no art. 7º, estando assegurado o direito à licença compulsória com duração de 120 dias, sem prejuízo do emprego e salário e sendo vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da empregada-gestante, desde a confirmação da gravidez até 05 meses após o parto. Desta forma, o trabalho assalariado fora de casa deveria já não mais representar obstáculo para a amamentação, podendo a mulher trabalhadora praticá-la sem prejuízos a sua integridade funcional.

Na **tabela 2**, observam-se os dados obstétricos presentes na amostra selecionada, como paridade e tipo de parto. Vale relembrar que 100% da amostra apresentavam idade gestacional \geq 37 semanas, APGAR no 5º minuto \geq 8 e peso ao nascer \geq 2500g., pois estes eram critérios de inclusão da amostra.

Tabela 2 – Características obstétricas das puérperas entrevistadas em Hospitais Amigos da Criança. Recife, 2002.

VARIAVÉIS	N (419)	%
Paridade		
Primípara	207	49,4
Secundípara	112	26,7
Multípara	100	23,9
Tipo de parto		
Normal*	248	59,2
Cesáreo	171	40,8

*Destes, 13 (3,1%) foram à fórceps.

De acordo com os dados acima demonstrados, vê-se que 50,6% das puérperas já pariram mais de um filho, o que leva a afirmar que já teve oportunidade de vivenciar experiências em relação ao aleitamento materno, sejam positivas ou negativas, assim como teriam conhecimento prévio sobre técnicas de amamentação e seus benefícios, o que poderá influenciar na nova experiência.

Alguns fatores como os psicológicos, além da história pessoal da mãe, seu desenvolvimento afetivo e sexual, relações familiares, a vivência durante o período de gestação, do parto, puerpério e interação precoce entre mãe e bebê influenciam fisiologicamente a produção de leite. Estímulos emocionais negativos como medo, estresse, ansiedade, frustração e raiva podem inibir a liberação de ocitocina, impedindo ou inibindo o reflexo de ejeção do leite (PHILBERT, 1995). Sendo assim, cabe ao profissional de saúde ajudar as mães no que diz respeito à proteção e promoção do aleitamento materno, diminuindo seus medos, angústias e inseguranças, e transmitindo-lhes auto-confiança e apoio no enfrentamento das dificuldades que venham a surgir.

Analizando o **tipo de parto**, encontra-se ainda um alto percentual de cesáreas (40,8%), embora a maioria tenha sido partos transpelvianos ou normais (59,8%). A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde relata que, em 1996, os partos

cesáreos representavam cerca de 36,4% do total de todos os partos (PNDS, 1996), grajeando ao País o título mundial de partos cesáreos (NEME, 1995, RUIZ, 2000).

No Estado de Pernambuco, a proporção de cesarianas encontra-se acima dos índices propostos pela OMS (15%), mantendo uma taxa de 27,0%, porém ainda é menor que a Região Sudeste, que apresenta um índice de 57,1% (PNDS, 1996; NOGUEIRA, 1994).

Em vista deste triste quadro, alguns países estão desenvolvendo esforços para diminuir suas taxa de partos cirúrgicos. Nos Estados Unidos, Canadá e Itália, a alta incidência de cesáreas é considerada como um problema de saúde pública. No Brasil, algumas providências para controlar este problema vêm sendo desenvolvidas, porém ainda são discretas para apagar o estigma atribuído ao país de “rei da cesárea”. Dentre as ações estratégicas que foram adotadas, pode-se citar: organização de serviços, com implantação de medidas que estimulam a melhoria da qualidade da assistência, a readequação física e tecnológica das unidades, o apoio aos programas de recursos humanos e o incentivo financeiro para o parto normal (RUIZ, 2000; LANNES, 1999).

No caso de maternidades de referência para alto risco materno e neonatal, como as instituições que fizeram parte do presente estudo, LANNES (1999) considera que estas deverão ser objeto de avaliação do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, a fim de avaliar e rever os critérios para as taxas obtidas.

Em contrapartida, o argumento de que a cesárea afeta negativamente a amamentação, relatada comumente na literatura que discute a incidência de cesarianas no Brasil (RATNER, 1996; SAKALE, 1993; FAÚNDES E CECATTI, 1991), não condiz com os últimos trabalhos publicados, que não demonstram evidências concretas da interferência deste tipo de parto no aleitamento.

6.2 Avaliação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”

A fim de avaliar nove dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” procedeu-se a verificação da operacionalização deste passos nos hospitais pesquisados (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em “Hospitais Amigos da Criança”. Recife, 2002.

PASSOS	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Passo 1				
Conhecimento da existência de normas sobre aleitamento materno	108	25,7	311	74,2
Passo 3				
Orientação sobre aleitamento materno no pré-natal	305	72,5	114	27,2
Passo 4				
Aleitamento na primeira meia hora em parto normal	84	33,5	171	66,5
Aleitamento até 6 horas pós-parto em parto cesáreo	87	58,3	55	41,7
Passo 5				
Demonstração de como amamentar	326	77,8	93	22,2
Manutenção da lactação	299	71,4	120	28,6
Passo 6				
Orientação ou propaganda comercial de outros leites no hospital	14	3,3	405	96,6
Oferecido algum outro alimento além do leite materno	24	5,9	383	94,1
Passo 7				
Permaneceu 24 horas com bebê	347	82,8	72	17,2
Passo 8				
Conhecimento sobre livre demanda	59	14,1	360	85,9
Orientação sobre livre demanda	208	49,6	211	51,4
Passo 9				
Posse de mamadeiras,bicos, chupetas na admissão no hospital	40	9,5	379	90,5
Orientação visitantes/acompanhantes para não usar chucas/bicos	250	59,7	169	40,3
Passo 10				
Orientação quanto a amamentação pós-alta	343	81,9	76	18,1
Orientação sobre grupos de ajuda para dificuldades no AM	147	35,2	269	64,8

No que diz respeito ao **Passo 1** - “Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de serviço” - percebe-se que a maioria das puérperas (74,2%) não possuía conhecimento sobre a existência de normas na instituição a favor do aleitamento materno. De acordo com este passo, os estabelecimentos de saúde devem ter uma rotina que promova, proteja e apóie o aleitamento materno e englobe os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, devendo estar acessível e ser do conhecimento de todos, funcionários e clientes.

Segundo WRIGHT (1996) e STOKAMER (1990), o principal impedimento para a implementação do estímulo ao aleitamento materno nas unidades de saúde é a falta de apoio dos próprios administradores, porém a existência de profissionais nas unidades que promovam modificações nas rotinas e práticas em prol do sucesso do aleitamento é um importante método para se garantir as mudanças necessárias para a prática do aleitamento materno nas instituições de saúde.

Das puérperas que relataram conhecer estas normas (25,7%), 18,7% souberam através da equipe de enfermagem, 17,8% através da exposição das normas no quadro de avisos da unidade, 14,0% através de outros profissionais da saúde como nutricionistas e assistentes sociais, 12,1% através do médico, 4,7% por interesse próprio e 32,7% através de folders e cartazes, como pode ser observado no **gráfico 1**.

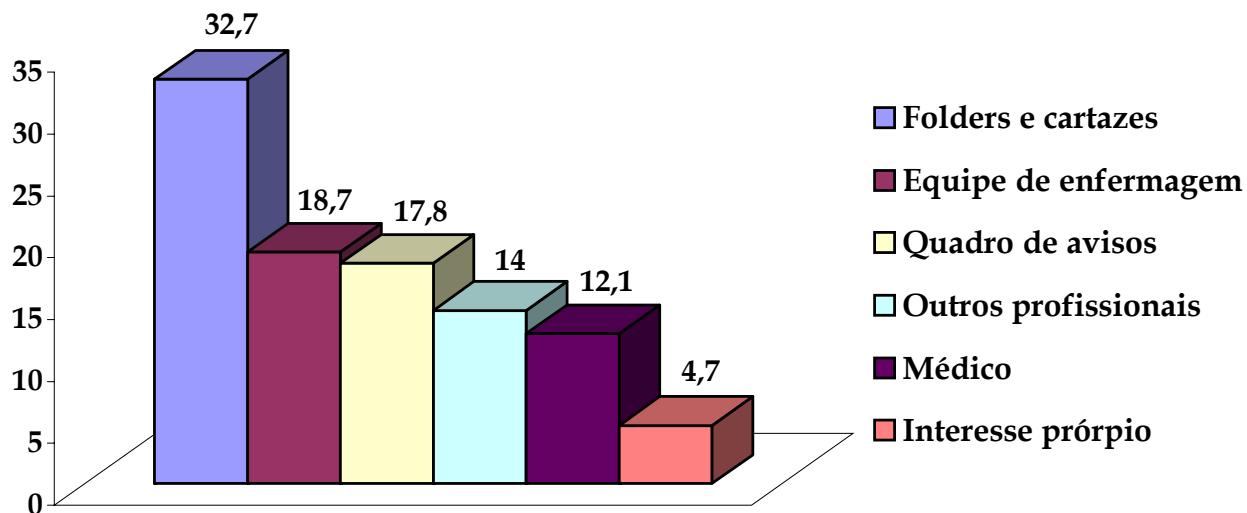


Gráfico 1 - Fonte de informações sobre normas em proteção ao aleitamento materno na instituição em "Hospitais Amigos da Criança". Recife, 2002.

De acordo com o **Passo 3** – “Informar às gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno” –, verifica-se que 72,5% da amostra receberam algum tipo de orientação no pré-natal sobre aleitamento materno. Embora alto, este valor ainda é insatisfatório, pois encontra-se abaixo do proposto pela IHAC, onde 80% das puérperas devem relatar que receberam orientações sobre aleitamento no pré-natal. Vale relembrar que todas as puérperas entrevistadas haviam realizado pré-natal na instituição onde foi realizada a entrevista.

O pré-natal constitui-se de um eficaz instrumento para acompanhamento de gestantes, baseados em diagnósticos e orientações que influirão de forma considerável sobre o desenvolvimento da mãe e da criança (ZUGAIB e SANCOVSKI, 1991). Desta forma, as orientações pré-natais sobre amamentação exercem efeitos benéficos na decisão da mulher em amamentar, sendo fatores de extrema importância, pois oferece maior segurança e diminui as dificuldades e o risco do desmame precoce, o que pode ser observado amplamente na literatura.

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, através da utilização de conhecimentos técnico-científicos existentes e recursos mais adequados e disponíveis. A equipe de saúde deve estar treinada e o serviço organizado para prestar assistência à gestante desde seu primeiro contato com a equipe (BRASIL, s.d.).

GIUGLIANI (1994) corrobora com este fato afirmando que o pré-natal pode ser uma ótima oportunidade para motivar as mães a amamentar. BRASIL (1991) mostra que, embora 70,8% das mulheres tenham acesso a serviços de pré-natal, 66,0% não recebem orientação sobre aleitamento materno. Sendo assim, torna-se imprescindível que todas as gestantes sejam informadas sobre as vantagens do aleitamento materno, assim como sobre a fisiologia da lactação, sua manutenção, dificuldades e maneiras de superá-las durante o pré-natal.

Qualquer momento do pré-natal é adequado para que sejam oferecidas estas orientações. De acordo com os dados demonstrados no **gráfico 2**, vê-se que, das puérperas que receberam orientação no pré-natal sobre aleitamento, a maioria relatou ter sido orientadas durante a consulta (49,7%) e na palestra educativa (31,0%).

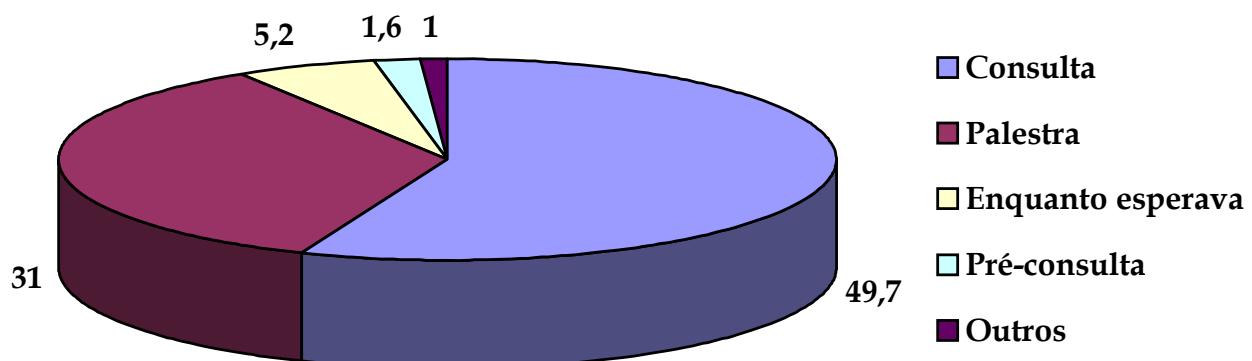


Gráfico 2 - Momento da orientação sobre aleitamento materno no pré-natal em "Hospitais Amigos da Criança". Recife, 2002.

A palestra educativa e a consulta pré-natal tratam-se de importantes armas para um adequado acompanhamento, orientação e previsão de dificuldades que venham a acontecer no ciclo gravídico-puerperal. São também momentos adequados para fornecimento de orientações que serão imprescindíveis durante todo o processo.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, no mínimo, 80% das gestantes devem ser orientadas no que diz respeito à composição do leite materno, vantagens do aleitamento materno para a mãe, vantagens do aleitamento materno para o bebê, técnica de amamentação, cuidados com as mamas e patologias das mamas com o intuito de prevenir possíveis dificuldades no estabelecimento da amamentação, porém nem sempre esta é a realidade. Outro ponto importante a ser enfatizado no pré-natal são os prejuízos advindos com o uso de chupetas e mamadeiras, além da desvantagem do leite artificial, quando comparado ao leite materno (BRASIL, 1991).

As principais informações oferecidas as puérperas entrevistadas, como pode ser observado na **tabela 4**, foram: proteção contra doenças (96,0%), sucção das duas mamas (90,7%), amamentação sob livre demanda (87,7%), importância do colostro (86,4%), valor nutricional do leite materno e mamadas noturnas (83,1%), digestibilidade do leite materno (82,4%), dentre outros. Em contrapartida, algumas informações importantes ainda não têm sido enfatizadas adequadamente como o aleitamento como método de planejamento familiar (49,2%), infecções nas mamas (43,5%), uso de medicamentos ou doenças durante a amamentação (35,9%), mamilos invertidos (34,6%) e métodos de incentivo ao aleitamento materno, como existência dos “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*” na instituição (24,6%).

Tabela 4 – Orientações oferecidas no pré-natal em “Hospitais Amigos da Criança”. Recife, 2002.

ORIENTAÇÕES*	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Composição do leite materno				
Valor nutricional do leite	250	83,1	51	16,9
Importância do colostro	260	86,4	41	13,6
Leite do começo e leite do fim	195	64,8	106	35,2
Vantagens do AM para a mãe				
Vínculo mãe-filho	197	65,4	104	34,6
Sangramento pós-parto	183	60,9	118	39,1
Aleitamento como método de planejamento familiar	148	49,2	153	50,8
Custo financeiro	203	67,6	98	32,4
Facilidade do leite materno	244	81,1	57	18,9
Vantagens do AM para o bebê				
Vitaminas em quantidade necessária	247	82,1	54	17,9
Proteção contra doenças	289	96,0	12	4,0
Melhor digestão	248	82,4	53	17,6
Técnica de amamentação				
Início do aleitamento materno	244	81,1	57	18,9
Amamentação sob livre demanda	264	87,7	37	12,3
Posição correta para mamar	244	81,1	57	18,1
Sucção das duas mamas	273	90,7	28	9,3
Mamadas noturnas	250	83,1	51	16,9
Ordenha manual do leite	202	67,1	99	32,9
Cuidados com as mamas				
Limpeza das mamas	226	75,1	75	24,9
Banho de sol nas mamas	205	68,1	96	31,9
Patologia das mamas				
Ingurgitamento	172	57,1	129	42,9
Fissuras	191	63,5	110	36,5
Infecções	131	43,5	170	56,5
Mamilos invertidos	104	34,6	197	65,4
Outras informações				
Uso de medicamentos/doenças	108	35,9	193	64,1
Incentivo ao aleitamento materno	74	24,6	227	75,4

* N = 301. 04 puérperas não souberam informar quais as orientações que receberam no pré-natal.

Analisando, na **tabela 3**, o cumprimento do **Passo 4** – “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora pós-parto”- vê-se que, daquelas que tiveram parto normal, 66,5% não amamentaram na primeira meia hora pós-parto.

Comprovadamente, o momento ideal para se iniciar a amamentação é a primeira meia-hora pós-parto, como recomenda a *“Iniciativa Hospital Amigo da Criança”*. CARVALHO, SERAFIM e LOPES (1985) e GIUGLIANI (2000) relatam que apesar de uma adequada e efetiva assistência à gestante no pré-natal, o sucesso da lactação pode ser seriamente ameaçado caso o período pós-natal imediato não seja convenientemente assistido.

No entanto, os dados encontrados neste estudo mostram valores bem abaixo do esperado, sendo este dado alarmante e não divergindo dos encontrados na PNDS, em 1996, onde se observou que apenas 33% dos recém-nascidos (RN) são amamentados na primeira meia hora de vida (PNDS, 1996), não podendo ser admitido que as mães, em *“Hospitais Amigos da Criança”*, não tenham recebido ajuda para amamentar na primeira meia-hora pós-parto.

A pele é o órgão sensorial primário. A privação do contato epidérmico para o bebê tem consequências negativas, podendo levar a distúrbios físicos e emocionais que afetam até a fase adulta. Os benefícios do aleitamento materno na primeira meia-hora pós-parto englobam liberação de ocitocina, promoção das contrações uterinas, aceleração da involução uterina, constrição dos vasos, redução da perda sanguínea, facilitação do deslocamento e expulsão da placenta a estímulo da secreção láctea, estabelecimento do vínculo mãe-filho, dentre outros (CARVALHO, 1999).

Dos bebês nascidos por cesariana, que representam 41,0% da amostra, 58,3% mamaram nas primeiras 6 horas pós-parto. REGO (1983) afirma que a operação cesariana envolve uma série de fatores que podem ser considerados importantes

no desmame precoce, como anestesia, dor, ansiedade, imobilização no leito e separação do RN. Porém, dizer que a mulher cesareada não está apta a amamentar não se trata de uma assertiva, visto que o parto cirúrgico não impede o contato pele a pele, tampouco a amamentação na sala de parto, caso as condições de saúde de mãe e filho estejam adequadas.

REGO (1983) ainda afirma que a mulher cesareada não costuma ser estimulada ou até mesmo é desencorajada a amamentar pelo próprio profissional de saúde, porém isto não deve ser razão para se iniciar o aleitamento materno após a 6^a hora pós-parto, tempo máximo determinado pela *“Iniciativa Hospital Amigo da Criança”*.

Em contrapartida, WEIDERPASS et al. (1998) e VICTORA et al. (1990) observaram em seus estudos que não houve diferença nas incidências de amamentação conforme o tipo de parto. Estas autoras relatam que hospitais cujo padrão de atendimento pós-operatório dificulta o alojamento conjunto e o aleitamento sob livre demanda, ou ainda permitem a introdução de outros alimentos, poderiam levar a um maior insucesso do aleitamento, apesar de não ter sido evidenciada, nestes estudos, uma associação estaticamente significante entre tipo de parto e incidência e duração da amamentação.

Provavelmente o tempo de hospitalização diferenciado altere práticas hospitalares relacionadas à amamentação, fazendo com que mães cesariadas recebam menos estímulo ao aleitamento durante o período pós-operatório (WEIDERPASS et al., 1998; VICTORA et al., 1990). Porém, isto não representa razão para que o aleitamento materno, em partos cesáreos, na primeira meia hora, não seja praticado assim que houver condição, sendo o tempo máximo para isto as primeiras seis horas pós-parto.

Vê-se, com os dados obtidos, que ainda é baixíssima a operacionalização deste 4º Passo nos hospitais estudados, necessitando de ações concretas e rápidas no sentido de mudar as práticas e rotinas hospitalares, assim como modificar as condutas tomadas pelos profissionais de saúde, seja da equipe obstétrica ou neonatal, revertendo o grave quadro apresentado e beneficiando mães e bebês atendidos nestes *“Hospitais Amigos da Criança”*.

No **Passo 5** – “Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos” –, 80% das mães devem ter sido orientadas, seja através de informações escritas ou práticas, a como iniciar e manter a lactação através da expressão do leite quando vierem a ser separadas de seu filho, assim como obter auxílio em caso de dificuldades, nas primeiras 6 horas pós-parto.

Neste estudo, observou-se que apenas 77,8% das puérperas relataram que receberam demonstrações sobre como amamentar e 71,4% relataram que receberam orientações de como manter a lactação caso viessem a ser separadas de seus filhos.

O ato de amamentar é um comportamento instintivo, no entanto necessita de orientação e apoio para obter sucesso, principalmente nos casos em que há necessidade de haver separação entre mãe e o bebê. Para isto, é necessário que as mães estejam em permanente contato com o filho e que lhes seja ensinada a técnica correta para retirada do leite.

DE CARVALHO et al. (1985) relatam que a ordenha mais freqüente está associada a maior produção de leite, principalmente na primeira semana pós-parto. Este fato é comprovado cientificamente, já que o estímulo na mama ativa terminações nervosas existentes na aréola, o que promove liberação de prolactina pela hipófise

anterior e de ocitocina pela hipófise posterior, responsáveis pela produção e liberação do leite (BRASIL, 1995).

Sendo assim, o estímulo na mama é o principal fator para a maior produção do leite, devendo ser orientado e ensinado a todas as mulheres. Além disto, a orientação fornecida no início da lactação, seja a respeito dos componentes nutritivos do leite materno ou do é fator decisivo para superar as eventuais dificuldades surgidas. Neste contexto, insere-se as atividades exercidas pelos bancos de leite humano.

O primeiro Banco de Leite Humano surgiu no Brasil em 1943 e até 1985 a preocupação era somente ter leite humano e repassar para lactentes que dele necessitavam. Nada se fazia em termos de apoio ao aleitamento materno. Hoje, os bancos de leite humano, além de serem responsáveis pela coleta, pasteurização e repasse de leite humano, trabalham também atendendo e preparando gestantes para a amamentação, bem como prestando apoio no período pós-parto (BANCOS DE LEITE..., 2003).

Ressalta-se que todos os “*Hospitais Amigos da Criança*” pesquisados possuem seus próprios bancos de leite humano. Sendo assim, todas as puérperas deveriam ter recebido orientações no tocante a posição para amamentar, manutenção da lactação, ordenha e dificuldades surgidas no manejo da lactação.

O **Passo 6** – “Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que haja indicação clínica” - diz que nenhum bebê amamentado deverá receber outro tipo de alimento ou líquido que não o leite materno, a não ser que existam razões médicas justificáveis para tal. Vários estudos mostram que o uso de outros alimentos exerce efeitos negativos sobre a

amamentação (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 1996; AKRAM, AGBOATWALLA e SHAMSHAD, 1997; RIVA et al. 1999; MARTINES et al., 1989).

No presente trabalho, observou-se que 96,6% das puérperas entrevistadas relataram não ter observado nenhum tipo de propaganda comercial de substitutos do leite materno, porém estas propagandas ainda foram relatados por 3,3% da amostra.

Segundo as Normas Brasileiras para Comercialização de Alimentos para Lactentes é vedada a promoção comercial de produtos, tais como fórmulas infantis para lactentes e fórmulas infantis de segmento para lactentes; fórmula de nutrientes apresentada e ou indicada para recém nascido de alto risco e de mamadeiras ou chupetas, em quaisquer meios de comunicação, incluindo merchandising, divulgação por meios eletrônicos, escritos, auditivos e visuais (NORMAS..., 2001).

Sendo assim, o relato de propagandas comerciais de substitutos do leite materno nestes hospitais fere não só a proposta da *“Iniciativa Hospital Amigo da Criança”*, mas também o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes, não devendo, em hipótese alguma, ser permitida. É preciso maior conscientização dos profissionais de saúde e conhecimento do que diz estas Normas de Comercialização de Alimentos para Lactentes.

Quanto ao oferecimento de algum outro alimento, que não o leite materno, 94,1% da puérperas relataram que seus bebês não receberam nenhum outro tipo de substância (água, soro glicosado, leite industrializado ou pasteurizado).

MARTINES (1989) refere que o uso de suplementos adicionados ao leite materno durante a primeira semana de vida aumenta em 3,7 vezes o risco de se suspender a amamentação precocemente. Já KURINIJ e SHIONO (1991) relatam que rotinas hospitalares inadequadas podem levar à promoção do uso de fórmulas e reduzir o

período de lactação. A administração de água, chás ou suplementos do leite materno têm efeitos negativos sobre a amamentação, diminuindo a freqüência de mamadas, facilitando o ingurgitamento e podendo reduzir a produção de leite, o que prejudica a lactação e favorece o desmame precoce.

Em alguns países, como Estados Unidos e Itália, ainda é permitida a distribuição de fórmulas lácteas, mamadeiras e chupetas às puérperas no momento da alta. Em virtude desta prática, em 1981, o Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou que todos os países membros assegurassem que não houvesse doações de substitutos do leite materno ou outros produtos em qualquer local do sistema de saúde. No Brasil, esta prática é proibida pela Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes, de 1992, que normatiza todas as ações da indústria de alimentos infantis, mamadeiras, bicos e chupetas(REA, 1998; IBFAN, 1996a; IBFAN, 1996b).

Porém, apesar de proibida, ainda percebe-se a distribuição destas fórmulas em algumas unidades de saúde, como relata o trabalho de TOMA e MONTEIRO (1998), onde mais de 60% dos hospitais pesquisados utilizavam inapropriadamente fórmulas pré-lácteas, todas incentivadas pela indústria lactífera que se utiliza de diversos artifícios para levar estes produtos aos profissionais de saúde.

Desta forma, acredita-se que é preciso uma maior conscientização dos profissionais de saúde quanto às normas e o conhecimento da interferência do uso de suplementos sobre a amamentação e que estes profissionais sejam multiplicadores e defensores dos benefícios do leite materno.

“Praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia” é o **7º passo** para o sucesso do aleitamento materno. Nele, as puérperas devem permanecer com seus filhos desde o momento que tiverem

condições de responder a estes bebês, dia e noite, com intervalos de afastamento máximo de 1 hora para procedimentos hospitalares.

Alojamento conjunto trata-se de uma técnica de acomodação do recém-nascido o lado da mãe desde o nascimento até o momento da alta, sendo, indiscutivelmente, imprescindível para a promoção do aleitamento e adoção dos “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*”. Os dados obtidos mostram que 17,2% das puérperas foram, por algum motivo, separadas dos seus bebês. Embora, segundo os critérios de exclusão para composição da amostra, seriam excluídos todos aqueles RN que tivessem apresentado, no momento do parto, alguma condição de saúde que impossibilitasse a prática do alojamento conjunto. O percentual encontrado pode ser justificado pelo fato do recém-nascido ter apresentado, posterior ao nascimento, condições clínicas que justificarão a separação de sua mãe.

De acordo com UNGERER e MIRANDA (1999), até o início dos anos 70, no Brasil, não se mantinha mães e bebês no mesmo ambiente após o nascimento e os profissionais que defendiam esta prática eram discriminados e considerados despreparados. Apenas em 1983 foi estabelecida a obrigatoriedade do alojamento conjunto no País e, em 1993, este foi oficializado através de uma portaria ministerial.

Comprovadamente, o alojamento conjunto exerce efeitos positivos sobre a duração do aleitamento materno, já que oferece oportunidades para recebimento de informações e orientações em relação ao manejo da lactação. Além disto, existem benefícios no vínculo afetivo mãe e filho e é importante para o aprendizado do cuidado com o RN. Sendo assim, a implantação e ampliação do alojamento conjunto deve ser prática constante dos profissionais de saúde (UNGERER e MIRANDA, 1999).

O **Passo 8** trata de “Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda”. De acordo com este passo, as mães devem ser aconselhadas a amamentar seus filhos

sempre que esses estiverem com fome ou desejarem, não sendo colocada qualquer restrição à duração e freqüência das mamadas.

Observa-se, nos dados encontrados, que 85,9% da amostra sequer tinham conhecimento sobre o que seria livre demanda e mais da metade da amostra (51,4%) relatou que não foram orientadas sobre a amamentação sob livre demanda, após terem conhecimento, no momento da entrevista, da sua definição.

Nos anos 70 e 80, a estipulação de horários regulares e duração fixa para mamadas pelos profissionais de saúde (a cada 3 ou 4 horas, por 10 minutos, em cada mama) foi uma prática bastante adotada, usando-se a justificativa de respeitar a capacidade gástrica do recém-nascido.

Fisiologicamente, hoje, sabe-se que a manutenção das mamadas depende do esvaziamento da mama, pois leva a menor ingurgitamento mamário, além de maior ganho de peso pela criança e maior duração do aleitamento materno. Portanto quanto mais freqüente há o esvaziamento desta mama, mais a produção do leite é estimulada.

Embasado nestes conhecimentos, o aleitamento sob livre demanda deve ser uma rotina em todos os Hospitais Amigos da Criança, não sendo justificável nestes hospitais a presença de grande percentual de puérperas que ainda não possuem sequer conhecimento sobre o que é livre demanda e que não foram orientadas a praticarem esta livre demanda.

Porém, vale ressaltar que para a ocorrência da livre demanda é necessário que haja um alojamento conjunto bem estabelecido, pois um depende do outro. Desta forma, o aleitamento sob livre demanda trata-se de uma arma importante para o estabelecimento e manutenção da amamentação. É necessário que haja

conscientização dos profissionais de saúde no sentido de estimular a prática do aleitamento materno sob livre demanda, tornando-a uma rotina constante em serviços de assistência materno-infantil.

O passo 9 – “Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio” – diz que nenhuma criança amamentada poderá receber mamadeiras ou chupetas, assim como devem ser orientadas em relação a não utilização destas. De acordo com este passo, 81,5% das puérperas que participaram do estudo não levaram para a maternidade mamadeiras, chupetas, chucas ou bicos, e 59,7% dos visitantes, acompanhantes e familiares foram orientados a não utilizar estes objetos.

Segundo COTRIM, VENANCIO E ESCUDER (2002) e VICTORA et al. (1993), as habilidades orais dos recém-nascidos, intimamente relacionadas à sucção, têm grande importância na alimentação destes, contribuindo para o desenvolvimento do sistema sensório-motor oral. As mamadeiras e chucas exercem influência neste sistema, uma vez que exige um trabalho muscular menor. Já chupetas e bicos podem influenciar negativamente o aleitamento, pois ocasionam confusão de bicos e diminuição na freqüência das mamadas, podendo resultar em desmame precoce. Além disto, há um maior risco de infecções enterogástricas, enteroparasitoses e efeitos cancerígenos, embriopáticos, teratogênicos e mutagênicos produzidos por substâncias contidas nos bicos artificiais.

MATHEW e BATHIA (1989) relatam que, além destes efeitos, os bicos e chupetas acarretam outros sobre o desenvolvimento infantil, como alteração do padrão respiratório e sucção, prolongamento da expiração, diminuição da freqüência respiratória, síndrome do respirador bucal, defeitos ortodônticos, dentre outros.

Embora se tenha conhecimento de todos estes efeitos produzidos pelas mamadeiras e chupetas, elas ainda continuam a ser largamente utilizadas e estimuladas em

diversos países. O uso de chupetas e mamadeiras é forte hábito, estando sempre relacionado à imagem da criança pequena e a incapacidade da mulher em amamentar. No Brasil, o seu uso e divulgação estão restritos nas Normas Brasileiras para Comercialização de Alimentos para Lactentes (COTRIM, VENANCIO E ESCUDER, 2002). Desta forma, o uso de chupetas deve ser desencorajado e os profissionais de saúde, que na maioria das vezes ainda apresentam uma atitude passiva e permissiva, devem orientar as mães os benefícios e do aleitamento materno, aumentando a confiança da mulher na sua capacidade de amamentar.

O **Passo 10** – “Encorajar a formação de grupos de apoio ao aleitamento materno e encaminhar as mães aos mesmos, no momento da alta do hospital ou do ambulatório” – onde todas as mães devem ser encaminhadas a grupos de apoio ao aleitamento materno após a alta, tais como consultas pós-natais, encaminhamentos para grupos de mães, dentre outros.

Vê-se que 81,9% das puérperas relataram que receberam orientação para manterem a lactação após alta hospitalar, porém 64,8% delas referiram não saber o que fazer caso vierem a ter dificuldades com amamentação após a saída da maternidade.

GIUGLIANI (1994) relata que a mãe deveria levar consigo, ao sair da maternidade, um endereço ou um telefone que lhe garantisse ajuda, a qualquer hora, em casos de dúvidas e dificuldades relacionadas ao aleitamento materno. No que diz respeito a “*Hospitais Amigos da Criança*”, todos os profissionais de saúde ligados a assistência à saúde da mulher e da criança recebem treinamentos períodos específicos sobre aleitamento materno e sobre como enfrentar e superar os problemas oriundos da prática da amamentação, estando, portanto, teoricamente, capacitados para atender gestantes e puérperas.

Também, cita-se os Bancos de Leite Humano, que representam centros de apoio para onde as mulheres podem se dirigir em caso de dificuldades. Relembra-se que todas as instituições de saúde pesquisadas possuíam Bancos de Leite Humano e, sendo assim, as puérperas atendidas deveriam ser orientadas a se dirigirem a tais em casos de problemas no manejo da lactação ou a algum outro grupo de apoio na comunidade.

Devido ao tempo de permanência na maternidade ser curto, 24 a 48 horas, o apoio e incentivo ao aleitamento após a alta torna-se extremamente necessário, exercendo grande influência no estabelecimento e manutenção da amamentação. BARROS et al. (1995) relata em seu estudo que houve uma maior incidência de aleitamento materno exclusivo nas crianças que foram atendidas em centros de apoio à lactação.

Grupos de mães e visitas domiciliares também têm se mostrado como valiosas ajudas às mulheres na decisão de amamentar, embora poucos são os estudos que constem os grupos de mães e as visitas domiciliares no apoio à amamentação. Outro importante ponto que começa a ser considerado atualmente é a influência de amigos, parentes, vizinhos e do companheiro no estímulo ao aleitamento materno (ALVARADO et al., 1996; KYENKYA-ISABIRYE e MAGALHÃES, 1990; GIUGLIANI, 1990).

Sendo assim, o apoio às mães após a alta da maternidade exerce um papel muito importante na manutenção da lactação. O apoio no manejo adequado da amamentação em qualquer momento do ciclo gravídico-puerperal, prevenindo dificuldades é de fundamental importância.

7. Conclusões e Recomendações

Em relação a operacionalização dos “Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” estudados, vê-se que, dos nove passos avaliados, apenas três (Passo 6, Passo 7 e Passo 9) estão sendo satisfatoriamente cumpridos nos “Hospitais Amigos da Criança” pesquisados, sendo relatados por mais de 80% das puérperas entrevistadas. Porém, passos importantes como o 1º, 4º, 8º e 10º Passos não foram relatados nem por 50% das puérperas, demonstrando a necessidade de rápidas e enérgicas mudanças nas práticas exercidas pelos profissionais de saúde visando o cumprimento e implementação destes passos. O 3º e 5º Passos foram relatados por cerca de 70% das entrevistadas, ficando próximo do cumprimento adequado (80%), havendo necessidade de reforço nas práticas em prol do seu cumprimento.

Diante deste quadro, vê-se que a promoção do aleitamento materno, como recurso indispensável para proteger a saúde materna, prevenir enfermidades e aumentar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança, é uma das necessidades mais urgentes no Brasil. As taxas de início da amamentação são altas em algumas regiões do País, porém a freqüência e duração do aleitamento materno exclusivo ainda são muito baixas, contribuindo para as taxas de morbi-mortalidades infantil e para os altos custos hospitalares.

Os profissionais de saúde apresentam enorme responsabilidade no que diz respeito ao incentivo, promoção e proteção do aleitamento materno, sendo, também, co-responsáveis no sentido de diminuição destes índices. É necessário que se efetuem mudanças gerais, importantes e enfáticas, nos serviços hospitalares, a fim de aumentar à exposição das mães a atividades de promoção do aleitamento materno, visando estimular o desenvolvimento de atitudes positivas a cerca da amamentação. Dentre algumas destas atividades, pode-se citar: melhoria da assistência pré-natal, incentivo a amamentação sob livre demanda e ao alojamento conjunto, manutenção da lactação da mãe trabalhadora e atenção e apoio permanentes para o manejo diante dos problemas mais freqüentes.

A “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, através dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, trata-se de excelente estratégia de incentivo à amamentação. Porém, para sua implementação e sucesso, é necessário que haja esforço e colaboração de toda sociedade e de todos os envolvidos, seja o serviço de saúde, profissionais de saúde, gestores, pais, familiares, vizinhos e amigos.

Os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, que abrangem estratégias para assistência ao ciclo gravídico-puerperal, norteando medidas que devem ser implementadas pelos serviços de saúde materno-infantis e profissionais de saúde, precisam ser, urgentemente, operacionalizados, no sentido de oferecer adequado estímulo ao aleitamento materno e apoio e orientação a todas as puérperas atendidas nestes Hospitais. É inegável a supremacia destas estratégias e a dos benefícios que advém com a sua implementação. Portanto, torna-se inaceitável o não cumprimento das estratégias contidas nos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em “Hospitais Amigos da Criança”.

Comprovadamente, a deficiente formação dos profissionais de saúde representa sério obstáculo, reduzindo a eficácia dos esforços que se utilizam no incentivo ao aleitamento. Torna-se imprescindível a divulgação e promoção da amamentação, cujos esforços devem ser centrados em intervenções com impacto, sustentabilidade e abrangência assegurados.

Desta forma, a amamentação deve constituir-se de ponto focal dentro da estratégia de atenção materno-infantil. Por outro lado, os serviços e profissionais de saúde devem liderar os esforços para oferecer maior e melhor apoio à amamentação, sensibilizando os órgãos competentes e oferecendo suporte às mulheres que desejam amamentar e que, por problemas solucionáveis, não encontram o apoio necessário.

Diante do exposto, recomenda-se:

- Sensibilização da equipe de saúde e dos gestores para reforçar a importância do aleitamento materno para saúde infantil e da necessidade das maternidades desempenharem melhor o seu papel como estimuladoras da amamentação.
- A necessidade de monitorização contínua do cumprimento dos “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*” em “*Hospitais Amigos da Criança*”, através de uma equipe formada por representantes dos próprios hospitais.
- Reavaliação periódica e sistemática do título de “*Hospital Amigo da Criança*” pelos órgãos competentes.
- Atualização e modernização dos currículos dos cursos de saúde, incluindo o aleitamento materno como conteúdo indispensável, possibilitando adequado conhecimento técnico-científico sobre benefícios do leite materno para mãe e bebê.
- Conscientização de toda equipe de saúde envolvida na assistência materno-infantil na operacionalização dos “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*”, no sentido de proteger, promover, estimular e incentivar o aleitamento materno.

8. Referências Bibliográficas

AKRAM, D.S.; AGBOATWALLA, M.; SHAMSHAD, S. Effect of intervention on promotion of exclusive brastfeeding. **J. Park Med Assoc**, 1997. v. 47, n. 2, p. 46-8.

ALMEIDA, J.A.G; NOVAK, F.R. O Leite Humano: qualidade e controle. **Curso de extensão: fisiologia e patologia da lactação**. X Congresso Brasileiro de Mastologia. Coord. Luiz Ayrton Santos Junior. Natal, set., 1995.

ALVARADO, R.M. et al. Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters participation. **Food Nutr Bull**, 1996. v. 17, n. 1, p. 49-53.

AMAMENTAÇÃO On Line. Site Origem. Grupo de Apoio à Amamentação. Jan 2003. <http://www.aleitamento.org.br/ihac.htm>.

ANDRADE, D.G. **Licença maternidade e seu pagamento**. mar. 2003 Disponível em: <http://mg.trt.gov/dowload/artigos/gravidez.rtf>

ARANTES, C.I.S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**, 1995. n. 71, ano 4. p. 195 – 202.

ARAÚJO, j. Dados para a história a alimentação do lactente. **Pediatria prática**. São Paulo. vol. XXVII, fasc. 9, p. 31-6. set., 1956.

BANCOS DE LEITE BRASILEIROS: a maior rede do mundo. abr.03. Disponível em: <http://www.aleitamento.med.br/bdleite.htm>

BARROS, F.C et al. The impact of lactation cebtrres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. **Acta Paediatr**, 1995; v. 84, p. 1221-6.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Manual de Normas Técnicas**. Brasília, 1995. 38 p.

BRASIL, Ministério da Saúde et al. **Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição**: saúde, nutrição, alimentação, condições sócio-econômicas no estado de Pernambuco. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1998.

BRASIL. Portaria Conjunta nº 29 de 22.06.2001. **Diário Oficial da União**, 123 – E, seção 1, p. 55, 27.06.2001.

CAIÇARA Jornal On Line. Local: Hussein Assina Convênios. jan. 2003.
<http://www.net-uni.com.br/~caicara/homepage/jcai195/jcai195/local.htm>

CARVALHO, M. SERAFIM, M.G; LOPES, J.M. Estímulo ao Aleitamento Materno: através da criação de um centro de lactação. **Clínica Pediátrica**. v. 9, n.1, jan/fev, 1985. p. 35-41.

CARVALHO, M.R. **Últimos dados sobre a situação do aleitamento materno no Brasil**. nov. 99. Disponível em: <http://aleitamento.med.br/dadosam.htm>

CIDADE VIRTUAL. Jornais pelo Vale. Jan 2003.
<http://www.cidades.bnu.terra.com.br/jornais/noticias.asp?codigo=2179&cidade=7>.

COSTA, C.G.A. **O papel do pai na amamentação**. fev. 2003. Disponível em:
<http://epud.org.br/nutriweb/n0202/amamentpai.htm>

COTRIM, L.C.; VENANCIO, S.S; ESCUDER, M.M.L. Uso de chupetas e amamentação em crianças menores de 4 anos no estado de SP. **Rev Bras de Saúde Materno-Infantil**. Recife, vol. 2, n. 3, p. 245 – 252, set-dez, 2002.

CREATSAS, G. et al. Teenage pregnancy: comparison with two groups of older pregnant women. **J. Adolesc. Health**, 1991, n. 12, p. 77-81.

DE CARVALHO, M. et al. Frequency of milk production by mothers of nonnursing prematures neonates. **Am J Dis Child**, 1985, n. 139, p. 483-5.

ESCOSSIA, F. - 11:12:33 **Baixa escolaridade atinge 62% dos adultos.** nov. 02. Disponível em: http://www.guiavocacional.com.br/noticias/default.asp?cod_noticia=371

FAÚNDES, A; CECATTI, J.G. A operação cesareana no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, abr/jun, 1991. p. 150-173.

GIUGLIANI, E.R.L. Amamentação: como e por que amamentar. **Jornal de Pediatria**. v. 70, n. 3, p. 138-151. 1994. Artigo de Revisão.

GIUGLIANI, E.R.L. O aleitamento na prática clínica. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, 2000, n. 76, sup. 3, p. 238-252.

HENTSCHEL, H.; HENTSCHEL, F.B.L. O profissional de saúde e o incentivo ao aleitamento materno. In: SALES, J.M. et al. **Tratado de assistência pré-natal**. cap.55. São Paulo: Rocca, 1989. p. 591-9.

IBFAN. **Atualidade em amamentação:** mais um passo para a proteção da saúde infantil. n.19, dez. 1996 (b). 4p. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/atual19.html>

IBFAN. **Atualidades em amamentação:** Monitoramento do código internacional. n.18, 1996 (a). Disponível em: <http://ibfan.org.br/atual18.html>

IBFAN. **Atualidades em amamentação:** proteção à maternidade para mulheres que trabalham. N. 25, jul 2000. 8p.

INICIATIVA Hospital Amigo Da Criança. **Como ser um hospital amigo da criança?** nov, 1999 (a). <http://www.aleitamento.org.br/comoihac.htm>

INICIATIVA Hospital Amigo Da Criança. **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.** nov, 1999 (b). <http://www.aleitamento.org.br/dezpassos.htm>

INICIATIVA Hospital Amigo Da Criança. **O que é IHAC?** nov, 1999 (c). <http://www.aleitamento.org.br/comoihac.htm>

INICIATIVA Hospital Amigo Da Criança. **Como ser um hospital amigo da criança?** Jan, 2001. <http://www.aleitamento.org.br/comoihac.htm>

INICIATIVA Hospital Amigo da Criança. **UNICEF Brasil.** Jan 2003. <http://www.unicef.org/brazil/ihac.htm>

JAVORKSY, M; SCOCCHI, C.G.S; LIMA, R.A.G. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Pediatria Moderna.** v. XXV, n. 19, n. 30-6, jan/fev, 1999.

JORNAL DE SANTA CATARINA. O direito de mamar. **Edição comemorativa à Semana Nacional de Amamentação.** Florianópolis, 01 out 1999.

KING, F.S. **Como Ajudar as Mães a Amamentar.** Ministério da Saúde/INAM/PNIAM, 1994.

KURINIJ, N; SHIONO, P.H. Early formula supplementation of breastfeeding. **Pediatrics**, 1991. v. 88, . 4, p. 745-50.

KYENKYA-ISABIRYE, M.; MAGALHÃES, R. O Papel dos grupos de mães no sistema de saúde. **Internat J Gynecol Obstetr**, 1990, v. 31, sup 1, p. 85-90.

LAKATOS, E.V.; MARCONI, M.A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2001. 238 p.

LAMOUNIER, J.A. Experiência Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, 1996.

LAMOUNIER, J.A. Tendências do aleitamento materno no Brasil. **Jornal de Pediatria**, 1998.

LANNES, R. Uma estratégia de regulação: Secretaria de Assistência à Saúde restringe as cesarianas. **Rev. Tema**. São Paulo, n. 7, p.22-3, fev. 99.

MALDONADO, T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1976. 227 p.

MARTINES, J.C.; ASHWORTH, A.; KIRKWOOD, B. Breastfeeding among the urban poor on sourthrn Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. **Bull World Health Org**, 19889, v. 67, n. 2, p. 151-61.

MATHEW, O.P.; BATHIA, J. Sucking and breathing patterns during breast and bottle feeding in term neonates. **Am J Dis Child**, 1989, v. 143, p. 588-92.

MEZZACAPPA, M.A.M.S.; MEZZACAPPA FILHO, F. Lactação: fisiologia e assistência. In: NEME, Bussâmara. **Obstetrícia básica**. cap. 24. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 171-5.

MORTALIDADE Infantil: Um Desafio para o País. Boletim Informativo do Projeto Jornalista Amigo da Criança. março 2001.
<http://www.anoi.org.br/direto/direto32.htm>

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 1995.

NORMA Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. Nov. 2001. Disponível em:
http://acd.urj.br/consumo/legislacao/nb_nbcalcp.htm

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: Teoria e Prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 583p.

PEREZ, A.; VALDEZ, V. Santiago breast-feeding promotion program: preliminary results of na intervention sutdy. **Am J Obstet Gynecol**, 1991; 165:2039-44.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. Prelacteal feeds are negatively associated with breastfeeding outcomes in Honduras. **J. Nutr**, 1996. n. 126, p. 2765-73.

PHILBERT, P. Mecanismos de formação do leite e galactopoese. **Curso de extensão**: fisiologia e patologia da lactação. X Congresso Brasileiro de Mastologia. Coord. Luiz Ayrton Santos Junior. Natal, set., 1995.

PIYASIL, V. Anxiety and depression in teenage mothers: a comparative study. **J. Med. Assoc. Thai.**, 1998. v. 81, n. 2, p. 125-9.

PNDS 1996. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**, 1996. Sociedade Civil. Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Programa de Pesquisa de Demografia e Saúde (DHS). MacroIntencioanl Inc. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS, 1996.

POR QUE Nossas Crianças Continuam Morrendo? Boletim Informativo do Projeto Jornalista Amigo da Criança. Maio/jun 2001.
<http://www.anoi.org.br/direto/direto44.htm>.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 1996. n. 30, ano 1, p.19-33.

REA, M. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. **Jornal de Pediatria**, 1998. v. 74, n. 3, p. 171-4.

REGO, J.D. Amamentação na cesareada: conduta hospitalar e domiciliar. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, 1983. v. 55, n. 3, p. 256-8.

RIVA, E. et al. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. **Acta Paediatric**, 1999. v. 88, n. 4, p. 411-5.

RUIZ, Milton Artur. Cesariana: Uma Epidemia Desnecessária. **Medicina & Saúde: Na Rede**. Março 2000. <http://www.medicinaesaude.com.br>.

SAKALLA, C. Medically unnecessary cesarea section births: introduction to a symposium. **Social Science and Medical**, v. 37, n. 10, p. 1177-98, 1993.

SOS AMAMENTAÇÃO. Hospital Amigo da Criança: Seja um Amigo da Criança do UNICEF. Jan 2003.

<http://www.sosdoutor.com.br/sosamamentacao/hospamigo.asp>. Texto original da Revista Realidade Hospitalar. Glaxo Wellcome.

STOMAKER, C.L. Breastfeeding promotion efforts: why some do not work. **Internat J Gynecol Obstetr**, 1990, suppl 1, p. 61-5.

TOMA, T.S; MONTEIRO, C.A. **Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo**. Dissertação apresentada a Faculdade de Ciências Médicas do Estado de São Paulo, 1998.

UNGERER, R.L.S.; MIRANDA, A.T.C. História do alojamento conjunto. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 75, p. 5-10.

UNICEF. O “choro da angústia da separação” do recém-nascido na ausência de contato com o corpo materno. ago, 1997. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/nascimento.htm>

UNICEF. **Situação Mundial da Infância**. UNICEF. Brasília, 1993.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Centro de Referência em Aleitamento Materno. **O aleitamento ao longo da História**. nov. 1999. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/historia.htm>

VALDEZ, V.; PEREZ, A.; LABBOK, M.; PUGIN, E. et al. The impact of a hospital and clinic-based breast-feeding promotion programme in a middle class urban environment. **Journal of Tropical Pediatrics**, 1993. n. 39, p. 142-151.

VICTORA, C.G et al. Cesarean section and duration of breastfeeding among Brazilians. **Arch Dis Chil**, 1990, v. 65, p. 632-4.

VICTORA, C.G et al. Use de pacifiers and brastfeeding duration. **The Lancet**, 1993. v. 341, p. 404-6.

VIEGAS, D. Aspectos psicológicos da Assistência ao recém-nascido. In: VIEGAS, D.; VILHENA-MORAES, R. **Neonatologia clínica e cirúrgica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1986. v. 1, cap. 29, p. 275-84.

VITALLE, M.S.S.; AMÂNCIO, O.M.S. **Gravidez na Adolescência**. abr.03. Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm>

WEIDERPASS, E. et al. Incidência e duração da amamentação conforme tipo de parto estudo longitudinal no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 3, julho 1999, p. 225-31.

WHO Collaborative Study Team on the role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Efefct of breastfeeding on Infant and Child Mortality due to Infections Diseases in less Developed countries: a Pooled Analysis. **The Lancet**, 2000. n. 355, p. 451 – 455.

WILCOX, H.; Field, T. Correlations between the BDI and CES-D in a sample of adolescent mothers. **Adolescence**, 1998. v. 33, n. 131, p. 565-74.

WRIGHT, A.; RICE, S.; WELLS, S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. **Pediatrics**. V. 97, n. 5, p. 669-75. 1996.

ZUGAIB, M; SANCOVSKI, M. **O pré-natal**. São Paulo: Atheneu, 1991. 134 p.

9. Anexos