

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Alderi Lopes Rabelo

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ALEITAMENTO
MATERNO DAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

UBERLÂNDIA

2013

ALDERI LOPES RABELO

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ALEITAMENTO
MATERNO DE PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Linha de pesquisa: O leite humano e o processo de aleitamento materno na nutrição infantil

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Vânia Olivetti Steffen Abdallah

UBERLÂNDIA

2013

ALDERI LOPES RABELO

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO DE PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Linha de pesquisa: O leite humano e o processo de aleitamento materno na nutrição infantil

Uberlândia, ___ de fevereiro de 2013

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Vânia Olivetti Steffen Abdallah (Orientadora) – UFU

Prof. Dr. Carlos Henrique Alves Rezende – UFU

Prof. Dr. Luciano Borges Santiago – UFTM

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

R114a Rabelo, Alderi Lopes, 1949-
2013 Avaliação do conhecimento sobre aleitamento materno de pu-
érperas atendidas em um hospital universitário / Alderi Lopes Ra-
belo. -- 2013.
76 f.

Orientadora: Vânia Olivetti Steffen Abdallah .
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Aleitamento materno -
Teses. I. Abdallah, Vânia Olivetti Steffen. II. Universidade Fede-
ral de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde. III. Título.

CDU: 61

Ao meu filho Marcelo, minha inspiração, meu amor e minha confiança,
com quem aprendo todos os dias a ser melhor.

A minha grande amiga Fernanda, pelo seu apoio e incentivo constante,
mesmo de longe sempre esteve ao meu lado, tenho um carinho de “filha”.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora Professora Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah, por me possibilitar a oportunidade de realizar meu grande sonho. Agradeço pelo carinho e amizade e pelos incentivos constantes sem os quais eu não teria começado o mestrado. Pela paciência, valiosos ensinamentos e interesse na orientação desse trabalho. Dra. Vânia, muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, sabedoria, saúde e por me permitir realizar este trabalho.

A Universidade Federal de Uberlândia, pela disponibilidade de realizar esta pós-graduação.

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, em especial a Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia, pela oportunidade de realizar este trabalho.

Aos meus pais José Praxedes Rabelo e Clotilde Lopes Rabelo, que já não estão mais aqui, mas que sempre estarão comigo e aos quais devo tudo.

Aos meus irmãos pelo apoio e incentivo constante durante o decorrer desse trabalho.

As puérperas que participaram da pesquisa, pois sem as mesmas esse trabalho não seria possível.

A minha colega de mestrado Cristina Elias que muito me ajudou nessa caminhada.

Ao Professor Rogério de Melo Costa Pinto, que é portador de profundos conhecimentos sobre estatística, teve muita paciência em me ensinar estatística e tirar as minhas dúvidas no decorrer desse trabalho.

Ao meu filho Marcelo pela a constante ajuda no percurso dessa jornada.

A minha amiga Fernanda Marçal que foi uma grande incentivadora, muitas vezes pensei em desistir e ela não permitiu.

A todos os funcionários da enfermaria de ginecologia e obstetrícia que direta ou indiretamente participaram dessa pesquisa.

A minha amiga Ângela Morais de Oliveira que sempre estava disposta a tirar mi-nhas dúvidas.

A minha professora de inglês Daiane Resende que nos momentos difíceis, estava sempre disposta a me ajudar.

A enfermeira Floripes Moreira da Silva que sempre me apoiou e incentivou.

A Sirley Aparecida Rodrigues de Oliveira funcionária da biblioteca, que sempre me ajudou todas as vezes que fui à biblioteca.

A grande amiga Marcimeire Amaraes pelo seu apoio e incentivo nessa longa caminhada, o meu muito obrigada.

A Cássia Cristina Cardoso de Oliveira, pela sua grandiosa ajuda, muito obrigada.

A minha colega do mestrado Luana Rodrigues Ferreira Silva, que sempre me incentivou durante essa jornada, meu muito abrigado.

“Cada dia a natureza produz o suficiente para nossa carência. Se cada um tomasse o que lhe fosse necessário, não haveria pobreza no mundo e ninguém morreria de fome.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

RABELO, Alderi Lopes. Avaliação do conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em um Hospital Universitário. Dissertação [Mestrado] – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

O aleitamento materno tem importante papel na redução da mortalidade neonatal e infantil. Os saberes e as atitudes das mulheres têm impacto em vários aspectos do aleitamento materno, como seu estabelecimento e a sua duração. O presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento e fatores que interferem no estabelecimento do aleitamento materno das puérperas atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – MG. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Foram incluídas no estudo todas as puérperas internadas no alojamento conjunto no período de 1º de julho a 31 de dezembro de 2010 que concordaram em participar da pesquisa e não tiveram contra indicação para o aleitamento materno. Foi utilizado entrevista para obtenção dos dados sobre AM. Foram avaliadas variáveis sócio demográficas, perfil obstétrico e informações sobre o AM das puérperas entrevistadas. No período do estudo, 958 mulheres permaneceram em Alojamento Conjunto (AC) durante a internação e 907 foram entrevistadas. A maioria das puérperas era jovem, com união estável, boa escolaridade, fizeram o pré-natal em serviço público, decidiram amamentar antes da gestação e tinham a pretensão de amamentar seus filhos por 12 meses. O pré-natal foi referido como a principal fonte de informação sobre aleitamento materno e os profissionais de enfermagem foram apontados como a principal categoria responsável pelas orientações e auxílio no estabelecimento do aleitamento materno. Os resultados obtidos no estudo sugerem que, a capacitação dos profissionais da saúde, principalmente da equipe de enfermagem, poderia modificar a prática do AM.

Palavras-Chave: Aleitamento materno; Conhecimento; Pré-natal.

ABSTRACT

RABELO, Alderi Lopes. Assessment of breastfeeding knowledge among puerperal women treated in a university hospital. Thesis [MA] - Faculty of Medicine, Federal University of Uberlândia, 2013.

Breastfeeding plays an important role in reducing neonatal and infant mortality. Women's knowledge and attitudes have an impact on several aspects of breastfeeding, such as its establishment and duration. The present study aimed to evaluate the knowledge and factors interfering the establishment of breastfeeding among postpartum women of the Hospital of the Federal University of Uberlandia (Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlandia [HC-UFU]). This is a quantitative study of cross-sectional conducted at Hospital of the Federal University of Uberlandia. The study included all women staying in rooming from July 1 to December 31, 2010 who agreed to participate and had no contraindication to breastfeed. An interview was used to obtain data on breastfeeding. We assessed sociodemographic variables, obstetric profile and information on breastfeeding from interviewed women. During the study period, 958 women remained in rooming during hospitalization and 907 were interviewed. The study revealed that the majority of the puerperal women were young, with stable union, good schooling, realized prenatal in public service, decided to breastfeed before pregnancy and intend to breastfeed their infants for 12 months. Prenatal was mentioned as the main source of information about breastfeeding and nursing professionals were indicated as the main professional category responsible for guidance and assistance on establishment of breastfeeding. The results obtained in this study suggest that the training of health professionals, particularly nursing staff, could change the practice of breastfeeding.

Key-words: Breastfeeding, Knowledge, Prenatal.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	História do aleitamento materno	18
1.2	Epidemiologia do aleitamento materno no Brasil	20
1.3	Conhecimentos sobre aleitamento materno	21
1.4	Iniciativas para melhoria das práticas de aleitamento materno	23
1.5	Profissional de saúde e o aleitamento materno	29
2	OBJETIVOS	32
3	MATERIAIS E MÉTODOS	33
3.1	Caracterização do município e serviço hospitalar de estudo	33
3.2	Tipo do estudo	33
3.3	População do estudo	34
3.3.1	Critérios de inclusão	34
3.3.2	Critérios de exclusão	34
3.4	Coleta de dados	35
3.4.1	Instrumento de coleta de dados	35
3.4.2	Variáveis do estudo	36
3.5	Processamento dos dados	37
3.6	Análise dos dados	38
4	RESULTADOS	39
5	DISCUSSÃO	53
6	CONCLUSÃO	61
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXO 1 . PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	73
ANEXO 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	74
ANEXO 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA MENORES DE 18 ANOS	75
APÊNDICE 1. QUESTIONÁRIO	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição das mulheres por faixa etária. Uberlândia (MG) 2010/2011	39
Tabela 2. Perfil sócio demográfico das mulheres. Uberlândia (MG), 2010/2011	41
Tabela 3. Perfil obstétrico das mulheres. Uberlândia (MG) 2010/2011	42
Tabela 4. Tipo de pré-natal e o número de consultas de pré-natal realizadas pelas mulheres. Uberlândia (MG) 2010/2011	43
Tabela 5. Respostas das questões sobre aleitamento materno obtidas nas entrevistas. Uberlândia (MG) 2010/2011	44
Tabela 6. Caracterização da fonte de informação sobre AM na gestação atual. Uberlândia (MG) 2010/2011	45
Tabela 7. Respostas das questões sobre as orientações de AM recebidas pelas mulheres durante a internação atual e os profissionais responsáveis. Uberlândia (MG) 2010/2011	46
Tabela 8. Respostas das questões sobre auxílio ao AM recebida pelas mulheres durante a internação atual e os profissionais responsáveis. Uberlândia (MG) 2010/2011	47
Tabela 9. Associação entre as variáveis sócio demográficas das mulheres e as informações recebidas sobre AM. Uberlândia (MG), 2010/2011.	48
Tabela 10. Associação entre as variáveis relacionadas ao pré-natal e as informações sobre AM. Uberlândia (MG), 2010/2011	49
Tabela 11. Associação das variáveis das intenções da prática do AM com as informações sobre AM. Uberlândia (MG), 2010/2011	50
Tabela 12. Associação do tipo de pré-natal com as variáveis sócio demográficas. Uberlândia (MG), 2010/2011	51
Tabela 13. Associação do tipo de pré-natal com informação do pré-natal e pretensão de prática do AM. Uberlândia (MG), 2010/2011.	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno;
AME	Aleitamento Materno Exclusivo;
AMP	Aleitamento Materno Predominante;
AC	Alojamento Conjunto;
BLH	Banco de Leite Humano;
CEP/UFU	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia;
DATA SUS	Banco de Dados do SUS;
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana;
HTLV	Retro-virus “ Human T-cell Lymphotropic Vírus”;
HC/UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia;
IFF	Instituto Fernandes Figueira;
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança;
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação;
LM	Licença Maternidade;
OMS	Organização Mundial de Saúde;
ONU	Organização das Nações Unidas;
<i>P</i>	<i>p</i> valor;

SM	Salário Mínimo;
SPSS	“Statistical Package for the Social Science”;
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido;
UBS	Unidade Básica de Saúde;
UFU	Universidade Federal de Uberlândia;
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a infância;
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action;
WHO	World Health Organization.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, houve um avanço importante na atenção ao manejo clínico do aleitamento materno (AM) bem como na realização de pesquisas sobre essa temática. O conceito de AM tem sido ampliado e vem se buscando a unificação dos termos utilizados para facilitar a comunicação dos profissionais atuantes na área (CARVALHO; TAVARES, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (WHO, 1991), aleitamento materno é o ato de a criança receber o leite materno direto do peito ou extraído; aleitamento materno exclusivo (AME) é o ato de a criança receber somente leite materno direto do peito ou extraído e nenhum outro alimento líquido ou sólido, com exceção de medicamentos, vitaminas e minerais e aleitamento materno predominante (AMP) é a situação em que a principal fonte de alimentação da criança é o leite materno, podendo receber água e líquidos à base de água, como chá e suco de frutas, em quantidades limitadas. A OMS, bem como o Ministério da Saúde do Brasil, recomenda que o AME seja iniciado a partir do nascimento e mantido até o 6º mês de vida do lactente, que os alimentos complementares sejam introduzidos a partir dessa idade e que o AM seja continuado até os 2 anos de vida da criança ou mais (WHO, 2001, BRASIL, 2009a).

A literatura científica tem discutido e demonstrado os benefícios do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida para o recém-nascido e aponta que o leite materno é primordial para redução da desnutrição, da morbidade e mortalidade infantil. Além disso, o AME auxilia na prevenção de infecções respiratórias, reduz os riscos para o desenvolvimento de doenças

como a icterícia patológica, a doença atópica, as doenças gastrintestinais, as leucemias; melhora o desenvolvimento das estruturas orofaciais, previne a obesidade infantil e adulta, previne o desenvolvimento de diabetes, a hipertensão arterial e a hipercolesterolemia na vida adulta (BRASIL, 2001, SILVA; SOUZA, 2005, SILVA et. al., 2005, REGO, 2006; LAWRENCE; LAWRENCE, 2010, PINTO, 2007, SHAMS, 2011, QUEENAN, 2011, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2012).

O aleitamento materno também promove o vínculo afetivo materno-infantil e o melhor desenvolvimento psicomotor e cognitivo, com consequente elevação da qualidade de vida do indivíduo (VIEIRA et al, 1998, BRASIL, 2001, MAIA et al, 2006, MASCARENHAS et al, 2006, CARDOSO et al, 2008).

A importância do aleitamento materno transcende as vantagens para o recém-nascido. Para a mulher, os benefícios de amamentar seu filho incluem a aceleração da involução uterina, levando à diminuição dos riscos de hemorragias pós-parto, à proteção contra o risco de desenvolver cânceres de mama e de ovário, diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares (VIEIRA et al, 1998, BRASIL, 2001, REA, 2004, SILVA et al, 2005, PINTO, 2007, TOMA; REA, 2008) e à redução do risco para desenvolvimento de fraturas ósseas por osteoporose (FEBRASGO, 2010).

Outros benefícios podem também ser destacados como a redução do manuseio do tempo e do processamento do alimento quando comparados aos exigidos para a preparação de outras formas de alimentação do lactente; o fato de não ter ônus financeiro e a proteção do meio ambiente relacionada à menor poluição ambiental produzida quando comparada à utilização de chupetas, mamadeiras e outros insumos utilizados nos métodos de alimentação do

lactente que não sejam o aleitamento materno e que exigem descarte de material plástico (VIEIRA et al, 1998, BRASIL, 2001, REA, 2004, SILVA et al, 2005, PINTO, 2007, TOMA; REA, 2008, FEBRASGO, 2010, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2012).

1.1. História do Aleitamento Materno

O aleitamento materno (AM) é uma prática milenar embora sejam raros os relatos das técnicas e condutas a ela relacionadas em alguns períodos históricos (GREINER, 1998). Daquilo que se tem registro, é notável o seu caráter cultural (MOREIRA; LOPES, 2007) e que, ao longo da história da humanidade, alguns fazeres se aproximavam das recomendações preconizadas nos dias atuais.

O tempo de duração do aleitamento materno, por exemplo, que é uma das informações mais precisas descritas em estudos históricos, variava entre 3 e 7 anos, dependendo da tradição dos povos (FORD, 1945; WEHBA, 1991). No entanto, uma prática comum no Brasil colônia, relacionada à alimentação complementar, contraria a recomendação do aleitamento exclusivo. Nessa época, era comum as crianças serem alimentadas com leite materno e imediatamente após receberem uma massa à base de milho com grãos mastigados pela própria mãe (SILVA, 1990).

Um das principais contribuições do conhecimento histórico do aleitamento materno é a compreensão da origem de tabus que perduram no senso comum com a possibilidade de minimização da difusão dessas inverdades na sociedade contemporânea. Como, por exemplo, o colostro

considerado impróprio para consumo por séculos (WICKESIG, 1953) e a recusa em amamentar os filhos, justificada pela estética das mulheres, levava-as a recorrer às amas ou mães de leite (LAWRENCE; LAWRENCE, 2010).

Fato histórico impactante na prevalência do aleitamento materno foi o surgimento da alimentação artificial, que no Brasil ocorreu no século XX (AKRÉ, 1994). A popularização do alimento artificial para lactentes com conseqüente declínio progressivo do AM gerou tamanha preocupação aos estudiosos que reconheciam os benefícios do aleitamento materno que, a partir dos anos 70, um movimento de resgate da prática foi iniciado com indicação da necessidade da criação de programas de promoção, apoio e proteção ao AM (CONTRERAS-LEMUS, 1992) e de normas para comercialização e distribuição daqueles alimentos industrializados para lactentes sob orientação da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (ALLAIN, 2005).

Em 1981 iniciou-se uma campanha no Brasil, com lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) afim de sensibilizar autoridades de saúde e meios de comunicação para atuarem em favor do AM. Várias outras políticas começaram a ser implantadas no país: a Portaria sobre alojamento conjunto (1981); o início da implantação da rede de bancos de leite humano (1985); ampliação da licença maternidade para 120 dias em 1988 (ampliada para 180 dias em 2008) (MONTEIRO et al, 2011).

Em 1992 foi implantada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), além da comemoração da Semana Mundial do Aleitamento Materno. A partir daí em 1999 o Ministério da Saúde instituiu o Prêmio Galba de Araújo, que reconhece os serviços de saúde que oferecem assistência obstétrica e neonatal humanizada (MONTEIRO et al, 2011).

Em 2001, o Brasil relata a melhora significativa nos índices de AM das crianças brasileiras. Recentemente, em 2008 o Ministério da Saúde lançou o Projeto Rede Amamenta Brasil voltado para promoção, proteção e apoio ao AM na Rede de Atenção Básica (BRASIL, 2011b). Em 2011 foi lançada no Brasil a Rede Cegonha, uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011c).

Com a implementação dessas políticas e programas, houve um aumento do tempo médio de duração do AM, no entanto, o país ainda se encontra muito aquém dos parâmetros propostos para o AME, bem como de garantir que as crianças sejam amamentadas até o segundo ano de vida ou mais (BRASIL, 2009b).

1.2. Epidemiologia do Aleitamento Materno no Brasil

O Ministério da Saúde do Brasil avaliou fatores relacionados ao aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal e os resultados indicaram o panorama do AM no país (BRASIL, 2009b). O percentual de crianças que mamaram na primeira hora foi de 67,7% no país, com destaque para a Região Sudeste que teve média inferior ao valor nacional com 63,5% de crianças amamentadas na primeira hora de vida. Segundo esses parâmetros da OMS para a amamentação na primeira hora, o Brasil está classificado como “Bom” com variação percentual de 50-89% de AM na primeira hora.

A prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) para o total de crianças menores de 6 meses (180 dias) nas capitais e o Distrito Federal foi de 41,0%; na Região Sudeste, a prevalência foi de 39,4%. Para essa variável, o Brasil tem uma avaliação “Ruim” segundo os parâmetros da OMS. A mediana do AME ficou em torno de 54,1 dias e, na Região Sudeste, foi de 55 dias. A prevalência do AM em crianças de 9 a 12 meses foi de 58,7% e, na Região Sudeste, foi de 51,4%. A estimativa de duração mediana do AM foi de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras. O Brasil ficou classificado como “Muito ruim” em relação à mediana do AM, que foi de 11,2 meses (BRASIL, 2009b).

Quando analisada a série histórica do AM no Brasil (BRASIL, 2009b), percebe-se uma tendência de melhoria para os índices de aleitamento materno no país. Por um lado, é observada uma mudança positiva nos dados brasileiros e, por outro lado, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) exigem ainda mais avanços, corroborando os dados da pesquisa do Ministério da Saúde que apontam que muitos esforços ainda devem ser empregados para que o país alcance o preconizado pela OMS.

1.3. Conhecimentos sobre Aleitamento Materno

O conhecimento das crenças e práticas do aleitamento materno adotadas pelas mulheres é uma ferramenta importante para se promover o AM. Apesar dessa relevância, poucos trabalhos sobre barreiras e experiências de mulheres têm sido publicados (AI-NASSAJ, AI-WARD, AI-AWQATI, 2004, HAIJAN-TILAKI, 2005, SAKA et al, 2005, HIZEL et al, 2006). Petit (2010) afirma

que a prevalência do AM reflete a maneira como as mulheres obtêm o conhecimento sobre o assunto, e reforça a importância da informação para isso.

Os saberes e as atitudes das mulheres têm impacto em vários aspectos do aleitamento materno, como seu início e sua duração. Estudos apontam que melhorar as atitudes das mães em relação ao ato de amamentar, especialmente entre aquelas mais jovens, no início da gravidez e com menor nível de conhecimento demonstrado, pode aumentar significativamente a duração do AM e seu início precoce (DENNIS, 1990-2000; AHLUWALIA; MORROW; HSIA, 2005).

Estratégias para promoção, proteção e apoio à amamentação devem incluir um componente de informação, educação e comunicação com o objetivo de influenciar mães e membros da família para melhorar seu conhecimento sobre AM (ARTS et al, 2011). Nessas ações educativas temáticas, os problemas potenciais do AM e sua fisiologia devem aparecer (LAANTERÄ et al, 2012).

A educação em saúde é um componente crítico do plano de ação dos serviços públicos para aumentar a adesão ao aleitamento materno e para implementar intervenções educativas eficazes. Para tanto, é necessário o entendimento com relação ao conhecimento e às atitudes prévias dessas mães (MARRONE, 2008), bem como dos pais e familiares devido a sua influência (LIBBUS, 1992). A importância dos membros da família no cuidado com a criança, particularmente na alimentação, tem sido documentada em países em desenvolvimento (ARTS et al, 2011).

A educação sobre práticas de AM deveria ser feita nos primeiros anos escolares para que crianças jovens pudessem aprender sobre as vantagens do AM, o tempo recomendado para sua duração e a importância dessa prática para o desenvolvimento da criança. Além disso, as práticas educativas deveriam contemplar também as avós que não tiveram acesso à escola (PETIT, 2010).

Quanto maior e mais qualificado o conhecimentos sobre AM pelas mulheres, mais confiantes elas são em suas habilidades pessoais para amamentar (MASSMAN et al, 2008). A interação dinâmica corporal entre mãe e filho bem como interdependência entre as expectativas da mãe, o comportamento da criança e as fontes de apoio podem ser determinantes para se postergar o início da alimentação complementar (GRASSLEY; NELMS, 2008, LAANTERÄ et al, 2011).

Todos esses aspectos apontados ilustram que o conhecimento e as atitudes do AM estão fortemente associados com a prática.

1.4. Iniciativas para Melhoria das Práticas do Aleitamento Materno

Algumas iniciativas, adotadas no Brasil, merecem destaque por incentivarem as práticas de aleitamento materno.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi lançada em 1990 com o objetivo de traduzir recomendações de políticas internacionais de AM em um modelo de boas práticas, condensadas em 10 passos para o sucesso do aleitamento materno (WHO, 1998, PÉREZ-ESCAMILLA, 2007, SCHMIED, 2011). A IHAC desenvolve trabalho importante de melhoria da prática do AM

em diferentes partes do mundo com a participação da sociedade civil, celebridades e políticos da área de saúde (PÉRESZ-ESCAMILLA, 2007).

De acordo com a “World Alliance for Breastfeeding Action” (WABA,1998), o Passo 4 da IHAC, que trata da amamentação da primeira hora de vida, merece destaque por favorecer a interação entre mãe e filho nos primeiros momentos de vida (WHO,1998), além de garantir melhor aptidão e tempo de duração do AM (MURRAY, 2007; MOORE; ANDERSON, 2007). Os profissionais de saúde desempenham papel fundamental para que aconteça a amamentação na primeira hora. (PEREIRA, 2007). O ideal é que as crianças mantenham o contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento. O contato pele a pele deve acontecer o mais rápido possível e, nesse momento, as puérperas devem receber apoio e orientações sobre AM, ainda na sala de parto.

Em um estudo realizado por Mullany et al. (2009), foi demonstrado que 7,7% a 19,1% de todas as mortes de crianças poderiam ser evitadas com a iniciação do aleitamento materno na primeira hora ou no primeiro dia. Dados semelhantes foram encontrados em Gana, com a prevenção de mais de 16,0% das mortes por meio do AM na primeira hora (EDMOND et al, 2006). Esses estudos demonstraram que a sobrevivência da criança é maior quando a amamentação é iniciada na primeira hora após o nascimento e, para isso, devem-se promover práticas contínuas do AM.

Diante do expressivo impacto da amamentação na mortalidade neonatal e infantil, a Organização das Nações Unidas (ONU) propõe, dentre as metas para o milênio, que o aleitamento materno seja uma prática prioritária para reduzir as taxas de mortalidade infantil e melhoria da saúde da população

(VASCONCELOS; ALVES; CORREIA, 2008). O AM é entendido como intervenção vital para a redução da mortalidade infantil e o aumento do crescimento das crianças. É o método ideal para suprir as necessidades fisiológicas e psicológicas, em especial quando ocorre o AME (EKAMBARAM; BHAT; AHAMED, 2010).

Visando à divulgação do AM, a WABA propôs a realização de uma estratégia global e unificada para promoção do AM que é a Semana Mundial de Amamentação, celebrada todos os anos dos dias 1º a 7 de agosto com o objetivo de promover esforços de apoio à amamentação. O Brasil participa ativamente dessa estratégia e é surpreendente o envolvimento da publicidade e a criatividade empregada em prol dessa causa. A campanha tem sido usada como excelente exemplo de sucesso social e mobilização de outras redes incentivadas pela Semana Mundial de Amamentação (WABA, 2011).

O apoio e o incentivo à amamentação contam com uma importante estratégia que são os Bancos de Leite Humano (BLH). Os BLH são centros especializados sem fins lucrativos que, além de exercerem funções de processamento, controle de qualidade, estocagem e distribuição do leite humano, exercem também atividades educativas de promoção e apoio ao AM (ALMEIDA, 1999, BRASIL, 2008). O primeiro banco de leite do Brasil foi fundado em outubro de 1943, no Instituto Nacional de Puericultura, hoje Instituto Fernandes Figueira (IFF). O BLH do HC-UFU, foi implantado em 1990 e destaca-se por desenvolver um forte trabalho de apoio e incentivo ao prolongamento do AM à mulheres que estejam amamentando e mães de recém-nascidos prematuros ou recém-nascidos hospitalizados. O BLH oferece orientação e apoio às mulheres que estejam amamentando, coleta domiciliar

de leite das mães doadoras além consulta de amamentação com o pediatra. (www.redeblh.fiocruz.br/acessado em 15/02/2013). Atualmente, os bancos de leite passaram a assumir uma parcela de colaboração no sentido de apoio, proteção e promoção ao aleitamento materno (WHO, 2003; SIMMAN, HARTMANN, 2009).

Em muitos países, a manutenção de BLH constitui um grande desafio porque há barreiras legais como o não reconhecimento do leite humano como opção terapêutica ou alimento. No Brasil, essas dificuldades parecem ser minimizadas, uma vez que existe legislação específica de regulamentação de bancos de leite humano (ASSIS; SILVA, 1993).

A Iniciativa Unidades Básicas Amigas da Amamentação (IUBAAM) desenvolve papel importante no manejo do aleitamento materno. A partir de uma revisão sistemática, foram identificadas ações de apoio, promoção e proteção à amamentação na rede básica de saúde, surgindo a base para a criação da IUBAAM, destacando que o cumprimento dos dez passos para o sucesso da amamentação envolve o pré-natal e o puerpério, comumente acompanhados nas unidades básicas de saúde (UBS) (OLIVEIRA; CAMACHO; TEDSTONE, 2001; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2005). Salienta-se a necessidade de capacitação dos profissionais da área de saúde, bem como orientações aos grupos de apoio às gestantes, mães, e planejamento de ações integrais e contínuas de assistência ao pré-natal, parto e pós-parto (HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008).

Associar essas ações é um importante papel no suporte às famílias e às UBS e, em conjunto com os hospitais, essas podem fortalecer a rede de alianças em prol do AM (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

Nos hospitais, uma importante iniciativa de melhoria no atendimento ao binômio mãe e filho é o sistema de alojamento conjunto (AC) que proporciona a oportunidade para as crianças permanecerem ao lado de suas mães durante a estadia no hospital e conseqüentemente, o estabelecimento da prática do AM. Os dez passos para o sucesso do AM, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), da OMS/UNICEF recomendam o AM dentro da primeira hora de vida com alojamento conjunto nas primeiras 24 horas (WHO/UNICEF). Além da OMS/UNICEF, a Academia Americana de Pediatria e a Faculdade Americana de Obstetrícia e Ginecologia também recomendam o alojamento conjunto completo (ACOG, 2007).

Encorajar o contato precoce entre mãe e filho no AC pode estimular um reconhecimento comportamental e hormonal que ajuda a mãe a começar a sentir que o filho é dela (LVOFF; LVOFF; KLAUS, 2000).

O sistema de Alojamento Conjunto, implantado no Brasil na década de 90, caracteriza-se por manter mãe e recém-nascido sadio juntos por 24 horas do dia do nascimento até o momento da alta hospitalar. Visa também favorecer o desenvolvimento dos cuidados com a mãe e seu filho, além de contribuir para participação do pai nesse momento especial (BRASIL, 1993).

Já se sabe que o AC garante muitas vantagens para a mãe e bebê, como o contato direto pele a pele, proteção, estabilidade emocional e maior interação entre a mãe e o filho. Além disso, permite o estabelecimento de amamentação bem sucedida e melhor entendimento da fisiologia natural da criança pelas mães. As mães podem se tornar mais confiantes ao retornarem a seus lares para cuidar de seus filhos, após orientações recebidas no AC, principalmente para as primíparas (JACKSON, 1948, LEE, et al, 2010).

A Licença-maternidade (LM) é uma proteção à mulher trabalhadora que, por motivos físicos e biológicos, necessita de repouso com a finalidade de se recuperar do período de gestação, parto, pós-parto e cuidar da criança. Anteriormente não era concedido à mulher tal benefício, mas, por volta de 1890, após várias tentativas, no Congresso de Berlim, as negociações foram retomadas. No Brasil, em 1917, foi elaborado o Código do Trabalho, que previa a concessão à licença-maternidade por um período de 15 a 25 dias antes do parto e até 25 dias após o parto e a volta ao trabalho com a remuneração reduzida. Com a Revolução de 1930, surgiram algumas medidas que protegiam a mulher trabalhadora no que diz respeito à maternidade, entretanto, somente em 1934, as mulheres trabalhadoras do comércio conseguiram o direito ao auxílio-maternidade, por meio do Decreto nº 24 273 de 22 de maio de 1934 (BRASIL, 1934).

A licença-maternidade é definida como um benefício de caráter previdenciário, garantido pelo art. 7º, inciso XVIII da Constituição Brasileira, que consiste em conceder à mulher que deu à luz licença-maternidade de 120 dias (BRASIL, 1988).

O projeto de lei PL 2.513/7 que criava o Programa Empresa Cidadã foi convertido na Lei 11.770 de 09 de setembro de 2008, aprovada pelo Presidente da República, a qual prevê incentivo fiscal para as empresas do setor privado que aderirem à prorrogação da licença-maternidade de 120 para 180 dias.

Em 09 de setembro de 2008, a Lei 11.770/2008 foi sancionada e sua regulamentação se deu no final de dezembro de 2009 por meio do Decreto 7.052 de 23 de dezembro de 2009, produzindo efeitos a partir de 1º de janeiro de 2010. A trabalhadora tem direito à remuneração integral, sendo os quatro

primeiros meses da licença-maternidade pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e os outros dois meses pagos pelo empregador, que poderá deduzir do imposto de renda (PANTALEÃO, 2010).

1.5. Profissional de Saúde e o Aleitamento Materno

Há vários esforços para se estabelecer a prática da amamentação, no entanto, o desmame total ainda é uma preocupação das autoridades de saúde pública (ALMEIDA, 1999, BRASIL, 2009b).

O desmame precoce está relacionado aos elevados índices de morbidade e mortalidade infantil. A causa mais importante apontada para o desmame total é a falta de conhecimento das mães sobre a qualidade do seu leite, tanto para sanar a fome como para o desenvolvimento da criança. As informações e as práticas inadequadas dos profissionais também têm influência negativa no estabelecimento e manutenção do AM (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004; NAKANO et al, 2004). No contexto em que a mulher está inserida, amamentar é um fenômeno complexo, influenciado por aspectos culturais, sociais, psíquicos e biológicos (REA, 2003). Não basta à mulher estar informada das vantagens do AM e optar por essa prática, ela precisa estar em ambiente favorável à amamentação e encontrar apoio no profissional de saúde (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004).

Os profissionais de saúde, muitas vezes, apresentam inabilidade no manejo clínico do AM e no suporte às mães que amamentam, isso constitui um obstáculo que pode ser intensificado em algumas instituições de saúde, onde

as práticas hospitalares são pautadas em normas e rotinas que atrasam a primeira mamada (GIUGLIANI, 2002).

Ações de apoio, incentivo, promoção, proteção e orientações ao AM devem ocorrer em conjunto com as ações dos profissionais de saúde durante o pré-natal, o nascimento, a permanência no alojamento conjunto, durante a realização do teste do pezinho, imunizações, nas consultas do puerpério e puericultura. É de extrema importância que a equipe de saúde disponibilize um atendimento para mães e crianças com a finalidade de saber escutar e esclarecer suas dúvidas e aflições, incentivando troca de experiências e, sempre que necessário, uma avaliação de cada caso (OLIVEIRA; CAMACHO, 2002).

É importante apoiar os casais, que vivenciam o processo de lactação, durante todo o período da amamentação. Para isso, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atualizados em seus conhecimentos e condutas para desenvolverem essas atividades de forma eficiente (REGO, 2006).

As iniciativas de apoio ao AM vêm de várias fontes, incluindo profissionais da área de saúde, grupos de apoio e informações via redes sociais. Todos esses esforços têm sido identificados como importantes para o sucesso do AM (BRITTON; MCCORMICK; KING, 2007). Pesquisas também sugerem que o apoio inadequado ou sua falta pode contribuir para a interrupção precoce da amamentação (HODDINOTT; PILL, 2000; MOZINGO et al, 2000; SHEEHAN, SCHMIED ; BARCLAY, 2009).

Vários estudos evidenciam que as mulheres esperam receber apoio profissional e orientações do AM no período pós-parto (SHAKESPEARE; BLAKE e GARCIA, 2004, SHEEHAN; SCHMIED e BARCLAY, 2009). O médico

pediatra, em especial, interfere de forma decisiva no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, envolvendo aspectos relacionados ao AM. Para isso, este profissional deve estar motivado e treinado para que seu papel como incentivador do AM seja satisfatório (SANTIAGO et al, 2003).

Assim os profissionais de saúde desenvolvem papel de educadores, componentes significantes para o sucesso do AM (HENDERSON; PINCOMBE; STAMP, 2000).

O serviço de saúde investigado no presente estudo presta assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal e, dentre as ações desenvolvidas, destacam-se atividades educativas realizadas rotineiramente no alojamento conjunto da enfermaria de ginecologia e obstetrícia pela equipe de enfermagem. As puérperas participam de palestras demonstrativas sobre a técnica adequada do AM com o objetivo de apoiar e incentivar o AM.

A prática do aleitamento materno varia de acordo com as características da população, por isso conhecer “tendências locais do padrão de amamentação” é um ponto importante no apoio e incentivo ao aleitamento bem como a avaliação processual das atividades desenvolvidas pelos serviços (KUMMER et al., 2000).

A partir da perspectiva do conhecimento da realidade local, a avaliação do conhecimento das puérperas sobre o AM, pode contribuir para o estabelecimento, aprimoramento e/ou modificações das ações que influenciam na prática do AM.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar o conhecimento sobre aleitamento materno e os fatores que podem interferir no seu estabelecimento em puérperas atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – MG.

Objetivos específicos

- Associar o perfil sócio-demográfico das puérperas aos conhecimentos sobre amamentação;
- Identificar quais foram as fontes de informação sobre aleitamento materno, das puérperas;
- Identificar, sob a percepção das mulheres atendidas, quais foram os profissionais que as incentivaram a amamentar.

3. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia – MG, sob o número de protocolo 107/2010 (Anexo 1).

3.1. Caracterização do município e serviço hospitalar do estudo

O trabalho foi realizado em Uberlândia – MG/ Brasil, localizada na Região do Triângulo Mineiro, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), que é um hospital federal, público, universitário, e 100% de seus atendimentos são pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é referência regional. Atualmente, possui 528 leitos, incluindo aqueles de unidades especiais. O trabalho foi desenvolvido na Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia do hospital, que possui 37 leitos de internação dos quais 18 leitos são de Alojamento Conjunto; 13 leitos destinados às gestações de alto risco e 06 leitos de cirurgias ginecológicas. O Alojamento Conjunto destina-se à internação do binômio mãe filho, em tempo integral.

3.2. Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo quantitativo do tipo transversal, que averiguou a presença de uma condição de interesse ou evento em um mesmo momento (JORGE; RIBEIRO, 2004; FLETCHER; FLETCHER, 2006).

3.3. População de estudo

A população de estudo foi composta por mulheres no puerpério internadas no Alojamento Conjunto (AC), com faixa etária de 10 a 50 anos de idade. Foram convidadas a participar todas as puérperas internadas no AC do HC-UFU no período do estudo.

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo aquelas puérperas que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), permaneceram no alojamento conjunto e não apresentaram contra-indicação para o AM. As mulheres menores de 18 anos foram incluídas dentro dos mesmos critérios e o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo seu responsável legal (Anexo 3)

3.3.2. Critérios de exclusão

Foram excluídas as puérperas que estiveram em Alojamento Conjunto, porém apresentavam contra-indicação ao AM: mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e do retro-vírus Human T-cell Lymphotropic Vírus (HTLV), e aquelas que se recusaram a participar da pesquisa.

3.4. Coleta de dados

O estudo teve início em 1º julho de 2010 e término em 31 de dezembro do mesmo ano, os dados foram obtidos por meio de uma entrevista.

As puérperas que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo foram convidadas a participar do mesmo entre seis e 24 horas após o parto, quando se considera que a mulher já esteja apta para responder o instrumento da pesquisa. Nesse momento, a proposta do estudo foi apresentada e foram esclarecidas as possíveis dúvidas. Após a concordância em participar do estudo, a mulher foi entrevistada por um dos membros da equipe executora, que foi previamente capacitada. A entrevista teve duração média de 15 minutos.

É uma rotina da unidade de saúde, onde foi desenvolvido o estudo, a ocorrência de palestras educativas sobre aleitamento materno. Para que não ocorresse interferência nos resultados do estudo, a abordagem da mulher, bem como a entrevista, sempre aconteceram antes da participação nesse grupo educativo.

3.4.1. Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para a pesquisa era constituído por 23 questões fechadas com respostas categorizadas de múltipla escolha (Apêndice 1), baseado nas pesquisas sobre aleitamento materno desenvolvidas por Giugliani et.al. (1995), Caldeira; Goulart (2000), Susin et.al. (2000), Melo et.al. (2002), Nakamura et. al. (2003), Silva et.al. (2005), Silva; Souza (2005), Maia et.al.

(2006), Bussato et.al. (2006). Optou-se por perguntas em linguagem coloquial para facilitar o entendimento das participantes.

Para a validação do conteúdo da entrevista, o instrumento foi submetido à avaliação de uma equipe multiprofissional composta por 20 profissionais especializados no tema sendo técnicos de enfermagem, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, médicos e psicólogos.

Após a validação do conteúdo foi executado um estudo piloto com 25 mulheres no puerpério, internadas no HC/UFU e que atenderam aos critérios de inclusão do trabalho. O objetivo do estudo piloto foi avaliar o entendimento pelas mulheres da linguagem utilizada na entrevista, bem como a suscitação de alguma dúvida.

O instrumento final a ser aplicado na pesquisa, consistiu em seis questões sobre o perfil sócio demográfico, seis questões sobre o perfil obstétrico, três questões sobre informação de AM, uma questão sobre a prática de AM, quatro questões sobre o desejo e a decisão de amamentar, e quatro questões sobre o suporte dos profissionais de saúde para o AM.

3.4.2 Variáveis do estudo

As variáveis sócio demográficas investigadas foram a idade materna no momento da entrevista, cidade de procedência, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, sendo que o valor do SM vigente no período de coleta de dados era de R\$545,00.

As variáveis do perfil obstétrico foram a realização de pré-natal, número de consultas de pré-natal, local de realização do pré-natal, complicação

durante a gestação, número de gestações, número de partos, número de abortos e idade gestacional no momento do parto da gravidez atual.

Quanto à informação sobre AM foram investigados se a mulher recebeu informação prévia sobre AM e onde recebeu estas informações. Sobre o desejo e a decisão de amamentar foram investigados o tempo pretendido de AM, se foi instituído aleitamento na primeira hora de vida do recém-nascido, quando houve a decisão de amamentar, a pretensão de iniciar a alimentação complementar, qual primeiro alimento a ser oferecido e a pretensão de oferecer chupeta. Sobre o suporte profissional para o estabelecimento do aleitamento materno foi interrogado se houve orientação na internação atual, quem fez a orientação, se houve auxílio técnico para o AM e quem auxiliou.

3.5. Processamento dos dados

Foi confeccionada uma planilha eletrônica para armazenagem e gerenciamento dos dados, através do programa software Microsoft Excel® Office Excel 2007. Para conferência da consistência do banco de informações foi realizada dupla digitação por digitadores independentes. A validação dos dados, em caso de diferenças detectadas, o pesquisador recorreu à entrevista original para correção. O banco de dados foi transportado para o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17,0, para proceder à análise dos dados.

3.6. Análise dos dados

Na análise dos resultados, algumas variáveis foram recodificadas e categorizadas de forma agrupada como se segue: a variável estado civil foi dicotomizada em união estável (casada e união estável) e solteiras (solteiras, viúvas e divorciadas); a escolaridade foi reagrupada em três categorias sendo grupo 1 (sem escolaridade e ensino fundamental incompleto), grupo 2 (ensino fundamental completo e ensino médio incompleto) e grupo 3 (ensino médio completo a ensino superior completo). O número de gestações e o número de partos foram agrupados em três categorias cada, sendo: 1 gestação/ parto; 2 gestações/ partos; 3 ou mais gestações/ partos. A idade pretendida de início da alimentação complementar para a criança foi estratificada em até 6 meses de vida, acima de 6 meses de vida e não soube responder.

Para descrição do perfil sócio demográfico, do perfil obstétrico, dos dados referentes às informações de AM, sobre o desejo e decisão de amamentar, relacionado com a amamentação e sobre o suporte profissional ao aleitamento materno, foram utilizadas frequências absolutas e percentuais. Para avaliar a associação das variáveis sócio demográficas e informações sobre aleitamento materno, utilizou-se o Teste do Qui-Quadrado (χ^2) considerando resultados estatisticamente significativos aqueles com valor $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

No período de julho a dezembro de 2010, no HC/UFU 1206 mulheres deram à luz a crianças vivas. Desse total de mulheres, 958 permaneceram em Alojamento Conjunto (AC) durante a internação, e destas, 907 foram entrevistadas. Cinquenta e uma mulheres não foram incluídas, das quais 09 (17,6%) eram portadoras do vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV), 09 (17,6%) eram menores de idade sem acompanhamento do responsável legal, 09 (17,6%) se recusaram participar do estudo, 10 (19,7%) mulheres que participaram da atividade de educação em saúde com tema em AM oferecido na internação atual e 14 (27,5%) eram puérperas reinternadas e aquelas cujos filhos foram transferidos para o setor de neonatologia.

A média de idade das puérperas entrevistadas foi de 24,9 anos, variando entre 13 e 44 anos e com mediana de 24 anos, sendo que 57,3% das mulheres tinham até 25 anos de idade no momento do parto atual (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição por faixa etária das mulheres participantes. Uberlândia (MG)2010/2011.

Idade (em anos completos)	Frequência	%
10 a 19	196	21,6
20 a 25	324	35,7
Maiores que 26	387	42,7
Total	907	100,0

Quanto aos demais dados sócio demográficos investigados, os resultados apontam que 850 (93,7%) das mulheres entrevistadas eram procedentes de Uberlândia e 680 (75,0%) viviam em união estável. Quanto à escolaridade, 354 (39,0%) relataram ter cursado entre o ensino médio completo e o ensino superior completo. A maioria das mulheres 525 (57,9%) declarou-se “do lar”, sem ter nenhuma atividade estudantil ou com vínculo empregatício no momento da entrevista. A renda familiar média mensal variou entre 1 e 3 salários mínimos para 769 (84,8%) das entrevistadas (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil sócio demográfico das mulheres. Uberlândia (MG), 2010/2011.

Variável	Frequência	%
Procedência		
Uberlândia	850	93,7
Outra Cidade	57	6,3
Estado civil		
União estável	680	75,0
Solteiras	227	25,0
Ocupação		
Do lar	525	57,9
Estudante	64	7,1
Trabalha fora	318	35,0
Escolaridade		
Sem escolaridade a ensino fundamental incompleto	268	29,6
Ensino fundamental completo a ensino médio incompleto	285	31,4
Ensino médio completo a ensino superior completo	354	39,0
Renda familiar (em Salário Mínimo)		
Menos que 1	25	2,8
Entre 1 e 3	769	84,8
Mais que 3	113	12,4
Total	907	100,0

A investigação do perfil obstétrico mostrou que 341 (37,6%) das mulheres eram primigestas e que em 826 (91,0%) o parto ocorreu a termo. Durante a gravidez, 456 (50,3%) delas não apresentaram complicações obstétricas e apenas 18 (2,0%) não realizaram o acompanhamento pré-natal (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil obstétrico das mulheres. Uberlândia (MG) 2010/2011.

Variável	N	%
Número de gestações		
Primigesta	341	37,6
Secundigesta	293	32,3
Multigesta	273	30,1
Paridade		
Primípara	394	43,4
Segundípara	298	32,9
Multípara	215	23,7
Duração da gestação atual		
Termo	826	91,0
Pré-termo	75	8,3
Pós-termo	06	0,7
Complicação obstétrica		
Não	456	50,3
Sim	451	49,7
Acompanhamento pré-natal		
Sim	889	98,0
Não	18	2,0
Total	907	100,0

Quanto ao acompanhamento pré-natal, 862 (96,9%) mulheres realizaram o pré-natal no serviço público gratuito de saúde e realizaram, pelo menos seis consultas, 793 (89,2%) (Tabela 4).

Tabela 4. Tipo de pré-natal e o número de consultas realizadas pelas mulheres. Uberlândia (MG) 2010/2011.

Variável	Frequência	%
Tipo de acompanhamento pré-natal		
Público	862	96,9
Privado	27	3,1
Número de consultas de pré-natal		
Menor que 06	96	10,8
06 ou mais	793	89,2
Total	889	100,0

Entre as mulheres participantes da pesquisa, 467 (51,5%) referiram ter recebido informações sobre AM durante o pré-natal, 617 (68,0%) pretendiam amamentar por 12 meses ou mais de vida da criança e a decisão de amamentar foi tomada antes da gravidez atual em 551 (60,8%) casos.

Quanto a oferta da chupeta à criança, a maioria das mulheres (52,1%) não pretende utilizar este artifício. O início da alimentação complementar é pretendido até os 6 meses de vida da criança por 816 (90,0%) das puérperas. (Tabela 5).

Tabela 5. Respostas das questões sobre aleitamento materno obtidas nas entrevistas. Uberlândia (MG) 2010/2011.

Variável	Frequência	%
Informações sobre AM na gravidez atual		
Não	440	48,5
Sim	467	51,5
Tempo pretendido de amamentação		
Menos que 3 meses	04	0,5
3 meses	14	1,5
6 meses	272	30,0
12 meses ou mais	617	68,0
Decisão de amamentar		
Antes da gravidez atual	551	60,8
Durante a gravidez	229	25,2
Depois que a criança nasceu	117	12,9
Depois que recebeu orientações na internação atual	10	1,1
Pretensão de oferecer chupeta à criança		
Não	473	52,1
Sim	434	47,9
Pretensão de início da alimentação complementar		
Até 6 meses de vida	816	90,0
Acima de 6 meses	23	2,5
Não soube responder	68	7,5
Total	907	100,0

A principal fonte de informação sobre AM apontada pelas entrevistadas foi o pré-natal conforme indicado na Tabela 6.

Tabela 6. Caracterização da fonte de informação sobre AM na gestação atual. Uberlândia (MG) 2010/2011.

Fonte de informação	Frequência	%
Pré-natal	362	73,3
Meios de comunicação	93	18,8
Comunidade	25	5,1
Família	09	1,8
Hospital	05	1
Total	494	100

Na internação atual, 688 (75,9%) mulheres afirmam não ter recebido nenhum tipo de orientação quanto ao aleitamento materno até o momento da entrevista. Dentre o grupo que recebeu orientações sobre o aleitamento materno, a equipe de enfermagem foi referida como responsável pela a maioria delas (Tabela 7).

Tabela 7. Respostas das questões sobre as orientações de AM recebidas durante a internação e a categoria profissional responsável Uberlândia (MG) 2010/2011.

Variável	Frequência	%
Orientações		
Não	688	75,9
Sim	219	24,1
Total	907	100,0
Profissionais responsáveis		
Médico Obstetra	09	3,1
Equipe de Enfermagem	181	61,8
Médico Pediatra	93	31,7
Outros	10	3,4
Total	293	100,00

Quanto ao auxílio recebido para o estabelecimento do aleitamento materno, 828 (91,3%) mulheres afirmaram que foram ajudadas. A principal categoria profissional responsável pela ajuda técnica à amamentação foi a equipe de enfermagem com 788 (72,7%) dos atendimentos (Tabela 8).

Tabela 8. Respostas das questões sobre auxílio ao AM e a categoria profissional responsável. Uberlândia (MG) 2010/2011.

Variável	Frequência	%
Auxílio		
Não	79	8,7
Sim	828	91,3
Total	907	100,0
Profissionais responsáveis		
Médico Obstetra	08	0,7
Equipe de Enfermagem	788	72,7
Médico Pediatra	231	21,3
Outros	57	5,3
Total	1084	100,0

A análise da associação entre as variáveis sócio demográficas e as informações recebidas sobre aleitamento materno mostrou associação estatisticamente significativa com a escolaridade ($P=0,007$) (Tabela 9).

Tabela 9. Associação entre as variáveis sócio demográficas das mulheres e as informações recebidas sobre AM. Uberlândia (MG), 2010/2011.

Variável	Informação sobre AM		Total	Valor p*
	Não	Sim		
Estado civil				
União estável	327 (48,1%)	353 (51,9%)	680	0,659
Solteira	113 (49,8%)	114 (50,2%)	227	
Escolaridade				
Sem escolaridade a ens. fund. incompleto	149 (55,6%)	119 (44,4%)	268	0,007
Ens. fund. completo a ens. médio incompleto	139 (48,8%)	146 (51,2%)	285	
Ens. médio completo a ens. superior completo	152 (42,9%)	202 (57,1%)	354	
Ocupação				
Do lar	246 (46,9%)	279 (53,1%)	525	0,500
Estudante	33 (51,6%)	31 (48,4%)	64	
Trabalha fora	161 (50,6%)	157 (49,4%)	318	
Renda familiar				
Menos que 1 SM	13 (52,0%)	12 (48,0%)	25	0,885
1 a 3 SM	374 (48,6%)	395 (51,4%)	769	
Mais que 3 SM	53 (46,9%)	60 (53,1%)	113 (12,5)	

* χ^2 (qui-quadrado)

Nas tabelas a seguir (10 e 11) estão demonstrados os resultados da análise da associação (χ^2) entre as características do pré-natal, as intenções da prática

do AM com as informações sobre AM. Foram estatisticamente significantes a associação destas informações com a idade gestacional no momento do parto ($P=0,003$) e a decisão de amamentar ($P<0,001$).

Tabela 10. Associação entre as variáveis relacionadas ao pré-natal e as informações sobre AM. Uberlândia (MG), 2010/2011.

Variável	Informação sobre AM		Total	Valor p*
	Não	Sim		
Gestações				
Primigesta	172 (50,4%)	169 (49,6%)	341	0,226
Secundigesta	130 (44,4%)	163 (55,6%)	293	
Multigesta	138 (50,5%)	135 (49,5%)	273	
Paridade				
Primípara	196 (49,7%)	198 (50,3%)	394	0,646
Secundípara	138 (46,3%)	160 (53,7%)	298	
Múltipara	106 (49,3%)	109 (50,7%)	215	
Consulta pré-natal				
Menos que 6 consultas	51 (53,1%)	45 (46,9%)	96	0,269
6 ou mais consultas	374 (47,2%)	419 (52,8%)	793	
Tipo de pré-natal¹				
Público	407 (47,2%)	455(52,8%)	862	0,046
Privado	18 (66,7%)	9 (33,3%)	27	
Idade gestacional				
Termo	393 (47,6%)	433 (52,4%)	826	0,003
Pré-termo	47 (62,7%)	28 (37,3%)	75	
Pós-termo	0 (0,0%)	6 (100,0%)	6	
AM no CO				
Não	172 (50,4%)	169 (49,6%)	341	0,367
Sim	268 (47,3%)	298 (52,7%)	566	

* χ^2

Tabela 11. Associação das variáveis das intenções da prática do AM com as informações sobre AM. Uberlândia (MG), 2010/2011.

Variável	Informação sobre AM		Total	Valor p*
	Não	Sim		
Tempo pretendido de AM				
Menos de 3 meses	2 (50,0%)	2 (50,0%)	4	0,276
3 meses	9 (64,3%)	5 (35,7%)	14	
6 meses	142 (52,2%)	130 (47,8%)	272	
12 ou mais meses	287 (46,5%)	330 (53,5%)	617	
Pretensão de início da alimentação complementar				
Até 6 meses de vida	390 (47,8%)	426 (52,2%)	816	0,426
Acima de 6 meses	13 (56,5%)	10 (43,5%)	23	
Não souberam responder	37 (54,4%)	31 (45,6%)	68	
Decisão de amamentar				
Antes da gravidez	258 (46,8%)	293 (53,2%)	551	<0,001
Durante a gravidez	109 (47,6%)	120 (52,4%)	229	
Depois do nascimento da criança	73 (62,4%)	44 (37,6%)	117	
Depois da orientação atual	0 (0,0%)	10 (100,0%)	10	
Pretensão de oferecer chupeta				
Não pretende oferecer	21 (46,7%)	252 (53,3%)	473	0,261
Pretende oferecer	19 (50,5%)	215 (49,5%)	434	

* χ^2

Quando analisadas a associação entre as variáveis sócio-demográficas e tipo de acompanhamento pré-natal, foram estatisticamente significativas a escolaridade ($P<0,001$), a ocupação ($P<0,001$) e renda familiar ($P<0,001$) (Tabela 12).

Tabela 12. Associação do tipo de pré-natal e variáveis sócio demográficas.

Uberlândia (MG), 2010/2011.

Variável	Pré-natal		Total	Valor p*
	Público	Privado		
Estado civil				
União estável	648 (96,4%)	24 (3,6%)	672	0,102
Solteira	214 (98,6%)	3 (1,4%)	217	
Escolaridade				
Sem escolaridade a ens.				
fund. incompleto	254 (99,6%)	1 (0,4%)	255	<0,001
Ens. fund. completo a				
ens. médio incompleto	278 (98,6%)	4 (1,4%)	282	
Ens. médio completo a				
ens. superior completo	330 (93,7%)	22 (6,3%)	352	
Ocupação				
Do lar	506 (98,6%)	7 (1,4%)	513	<0,001
Estudante	61 (98,4%)	1 (1,6%)	62	
Trabalha fora	295 (93,9%)	19 (6,1%)	314	
Renda familiar				
Menos que 1 SM	23 (95,8%)	1 (4,2%)	24	<0,001
1 a 3 SM	738 (97,9%)	16 (2,1%)	754	
Mais que 3 SM	101 (91,0%)	10 (9,0%)	111	

O número total para a variável 'Tipo de pré-natal' é de 889, pois 18 mulheres não realizaram acompanhamento durante a gestação.

* χ^2

Avaliada a associação entre o tipo de pré-natal, público ou privado, com o fato da mulher ter ou não recebido informações sobre AM e a pretensão de amamentar, foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($P=0,046$), (Tabela 13).

Tabela 13. Associação do tipo de pré-natal com informações do pré-natal e a pretensão de prática do AM Uberlândia (MG), 2010/2011.

Variável	Pré-natal		Total	Valor p*
	Público	Privado		
Complicação durante a gestação				
Não	422 (95,9%)	18 (4,1%)	440	0,070
Sim	440 (98,0%)	9 (2,0%)	449	
Consultas pré-natal				
Menor que 6	93 (97,0%)	3 (3,0%)	96	0,958
6 ou mais	769 (97,0%)	24 (3,0%)	793	
Pretensão de início da alimentação complementar				
6 meses de vida	777 (97,1%)	23 (2,9%)	800	0,242
Acima de 7 meses	23 (100,0%)	0 (0,0%)	23	
Não responderam	62 (93,9%)	4 (6,1%)	66	
Informação sobre AM				
Não	407 (95,8%)	18 (4,2%)	425	0,046
Sim	455 (98,1%)	9 (1,9%)	464	
Decisão de amamentar				
Antes da gravidez	530 (96,7%)	18 (3,3%)	548	0,829
Durante a gravidez	219 (96,9%)	7 (3,1%)	226	
Depois do nascimento	103 (98,1%)	2 (1,9%)	105	
Depois orientada	10 (100,0%)	0 (0,0%)	10	
Tempo de AM				
Menos de 3 meses	4 (100,0%)	0 (0,0%)	4	0,425
3 meses	11 (91,7%)	1 (8,3%)	12	
6 meses	259 (98,1%)	5 (1,9%)	264	
12 ou mais meses	588 (96,6%)	21 (3,4%)	609	

* χ^2

5. DISCUSSÃO

O aleitamento materno (AM) é a forma mais natural de nutrição do recém-nascido, proporciona benefícios psicológicos e de saúde tanto para a mãe quanto para a criança. A decisão de amamentar é complexa e depende de múltiplos fatores biológicos, psicológicos, sociais e educacionais (SANDES et al, 2007; SINGH, 2010).

A educação das mães sobre a importância e duração do AM é imprescindível para seu estabelecimento, o que resulta na promoção da saúde das crianças. Dentre os principais fatores condicionantes para o sucesso do AM, estão incluídos convicções pessoais, influências familiares e apoio dos profissionais de saúde (SINGH, 2010). A decisão da mulher de amamentar também é influenciada por esses fatores, potencializados pelos sistemas e políticas de saúde (BARCLAY et al, 2012).

Vários autores têm discutido as tendências e os fatores associados e condicionantes ao AM em todo o mundo, dentre os quais, merece destaque a caracterização sócio demográfica das puérperas. Assim, a discussão dessas variáveis pode revelar as tendências culturais de um grupo populacional quanto à amamentação (LAWRENCE; LAWRENCE, 2010; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; SANDES et al., 2007; CAMINHA et al., 2010; MEDINA, 2010; SALUSTIANO et al., 2012).

A caracterização sócio demográfica da população é o ponto inicial para o conhecimento do perfil das mulheres que amamentam seus filhos e sua investigação pode sugerir possíveis fatores que interfiram nessa prática. No presente estudo, a idade materna observada indica um padrão mais jovem do

que os encontrados em outros trabalhos (SANDES et al, 2007; SALUSTIANO et al., 2012). Essa difere ainda da faixa etária materna predominante dos nascidos vivos, considerando todo o município da investigação, cuja maioria das mulheres tem idade maior que 25 anos no momento do parto (DATASUS, 2012). No HC/UFU, também há um número elevado de partos de mães adolescentes (21,6%) quando comparado aos 14,6% do município (DATASUS, 2012). A baixa idade materna pode estar associada ao menor conhecimento e preparo da mulher sobre o aleitamento materno, o que pode estar relacionado também à menor escolaridade (COSTA; ALVAREZ, 2009).

Um trabalho realizado por Faleiros; Trezza e Carandina (2006) sobre fatores que influenciam o aleitamento materno, mostrou que, dentre outros aspectos, o relacionamento com o parceiro pode estar associado ao sucesso ou não do AM . Nesse sentido, o estado civil da mulher que amamenta poderia, sim, influenciar a prática do AM (SALUSTIANO et al, 2012). Nesse levantamento, as mulheres tinham, em sua maioria, relacionamento estável, apresentando um padrão diferente do relatado para o município no qual o Hospital está inserido, onde a maioria das mulheres era solteira ou divorciada (DATASUS, 2012).

O grau de instrução da mulher é relevante nos estudos que investigam conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao AM (EKAMBARAM e AHAMRD, 2010). Nessas pesquisas, o nível de formação da maioria das mulheres foi do ensino médio ao superior completo. Resultados semelhantes têm sido descritos em outros trabalhos (VENANCIO, 2002, SANDES et al, 2007). Em um trabalho realizado em Uberlândia-MG, a escolaridade materna

era menor, correspondente a pelo menos 8 anos de estudo formal (SALUSTIANO, 2012).

O HC-UFU, cujo atendimento é exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, atende a uma população de menor poder aquisitivo. É comum que pessoas com maior poder aquisitivo recorram a serviços de saúde conveniados ou particulares.

As informações obtidas, neste estudo, mostram que a renda familiar é de um a três salários mínimos para a maioria das mulheres entrevistadas. Além disso, a maioria das mulheres, (57,9%), são donas de casa, não exercendo nenhuma atividade remunerada.

Um fator importante para o sucesso do aleitamento materno é o pré-natal, que deve ser realizado de forma humanizada e com qualidade tanto na rede pública de saúde, quanto na privada em que se preconiza a realização de no mínimo seis consultas (HAUCK et al, 2011). Quanto à investigação do tipo de pré-natal realizado, a maioria das mulheres fez o acompanhamento da gravidez no setor público e gratuito de saúde, o que está relacionado com o tipo de instituição de saúde aonde foi realizada a investigação (pública e gratuita) e o perfil econômico das mulheres atendidas.

O período gestacional tem sido considerado um momento oportuno para que sejam feitas orientações adequadas sobre o AM e preparar a mulher para a amamentação (BRASIL, 2006). As ações educativas podem significar o limiar entre a adesão ou o abandono dos procedimentos propostos (SÃO PAULO, 2010).

A rede pública de saúde do município de Uberlândia tem promovido programa de pré-natal com divulgação e incentivo a sua realização. Esse

estudo mostrou que 96,9% das mulheres realizaram o pré-natal no serviço público e foram atendidas no mínimo em seis consultas, conforme a orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Embora a padronização de um número mínimo de consultas de pré-natal seja importante para a qualidade da assistência, a alta cobertura do atendimento pré-natal, por si só, não garante a sua eficiência como apontado por Domingues et al. (2012), em um estudo desenvolvido no Município do Rio de Janeiro.

Independentemente da categoria da instituição de saúde (pública ou privada), o Ministério da Saúde do Brasil, por meio do manual técnico de pré-natal e puerpério, indica que um dos aspectos a serem abordados nas ações educativas do pré-natal é a temática do aleitamento materno (BRASIL, 2006). Nesse sentido, era esperado que todas as mulheres que realizaram o acompanhamento durante a gravidez tivessem recebido informações sobre AM.

Os resultados obtidos no atual estudo quanto à fonte de informações sobre aleitamento materno mostram que o principal local de informação foi o pré-natal. Mas é importante reafirmar que quase metade das mulheres afirmaram não ter recebido nenhuma informação sobre o tema durante a última gravidez, (Tabela 5), corroborando os achados de Ekambaram, Bathe Ahamed (2010) que 52% das mulheres não receberam orientações sobre amamentação no pré-natal.

O Ministério da Saúde do Brasil lança anualmente campanhas publicitárias de grande veiculação em prol do aleitamento materno (PORTAL DA SAÚDE, acesso em 2012). No entanto, os meios de comunicação foram

apontados como fonte de informação por apenas 18,8% das mulheres que receberam alguma informação sobre aleitamento materno. Essa questão mostra-se importante e sugere a necessidade de se fazer reflexão sobre as possibilidades de divulgação de temáticas fundamentais como o AM e como os veículos utilizados têm atingido o público-alvo.

A pretensão do tempo de amamentação encontrada no estudo é de, no mínimo, 12 meses de vida da criança para 68,0% das mulheres participantes. Esse resultado está de acordo com a pesquisa desenvolvida nas capitais brasileiras em que foi encontrada a duração mediana de 11,2 meses de AM (BRASIL, 2009b). Esse resultado revela um panorama promissor quando comparado aos resultados encontrados em estudo desenvolvido na Jordânia, em que 37% das mães consideraram três meses de duração como o tempo adequado para amamentar seus filhos (KHASSAWNEH et al, 2006).

É importante ressaltar que apenas a pretensão da mulher de amamentar não garante o completo sucesso da prática, exigindo atenção das equipes de saúde como aponta Chacon et al. (2001), afirmando que os profissionais de saúde são peças fundamentais para o sucesso do aleitamento materno, desempenhando um papel educativo na promoção da amamentação e preventivo quanto ao desmame total.

O uso da chupeta é controverso e sem consenso no meio científico, mas o Ministério da Saúde, acompanhando as orientações da Organização Mundial de Saúde, recomenda que não seja oferecida chupeta às crianças como ação preventiva do desmame total (WHO, 1989, BRASIL, 2010). Alguns autores afirmam que o uso de chupetas e bico artificiais pode ser benéfico para os recém-nascidos, superando os malefícios apontados (SERTÓRIO; SILVA,

2005; ROCHA; CASTILHO, 2009). Na cultura brasileira, o uso da chupeta é muito presente em todas as esferas sociais (SOARES et al, 2003). Apesar de a maioria das mulheres afirmar que não pretende oferecer chupeta à criança, é expressivo o número de mães que tem convicção em oferecê-la ao recém-nascido (47,9%), mesmo tendo recebido orientações para não fazê-lo. Os resultados reforçam a importância de uma mudança cultural e social para que haja redução do uso da chupeta.

O Ministério da Saúde preconiza que o início da alimentação complementar seja a partir do 6º mês de vida da criança (BRASIL, 1997a; OMS, 2000; BRASIL, 2009a). No atual estudo, 90,0% das entrevistadas afirmou pretender iniciar a alimentação complementar de seu filho até os seis meses de vida, o que significa menor duração do AM exclusivo. Verifica-se, nesta pesquisa, a necessidade de intervenções, que orientem mulheres quanto ao início seguro da alimentação complementar e a importância do AM exclusivo até o sexto mês de vida da criança.

A maioria das mulheres que não recebeu informações sobre AM tinha baixa escolaridade (Tabela 9). Esses resultados diferem de um estudo realizado em município do Centro-Oeste brasileiro, em que não encontrou associação entre a baixa escolaridade e as informações recebidas pelas entrevistadas (EGUES; KOGIEN; TEIXEIRA, 2010).

Quando avaliada a associação entre as variáveis demográficas e acompanhamento pré-natal e parto das mulheres e as informações sobre AM, foram encontrados resultados estatisticamente significativos com relação à escolaridade e ao tipo de pré-natal, isto é, as mulheres que referiram ter recebido informações sobre AM foram as que apresentaram maior escolaridade

e fizeram o pré-natal no serviço público (Tabelas 9 e 10). Esses resultados corroboram os achados de outros autores (MARRONE; VOGELTANSZ-HOLM; HOLM, 2008, ZHOU; YOUNGER; KEARNEY, 2010). A prática do AM e atitudes pretendidas em favor desse, quando avaliadas, foram mais evidentes no grupo que recebeu informações sobre AM. Quando associadas, essa prática pretendida de amamentar com informações sobre AM, foi estatisticamente significativa a decisão de amamentar.

A gestação é um momento importante para orientar e sensibilizar a mulher para a amamentação. Durante esse período, as mulheres deveriam ser orientadas e incentivadas sobre a importância do pré-natal e da amamentação. As orientações sobre AM no pré-natal devem ser priorizadas ao fim da gravidez, privilegiando as mulheres cujos nascimentos dos filhos acontecem ao fim do terceiro trimestre gestacional. Para Petit (2010), educação sobre as práticas do AM deveria ocorrer antes do período gestacional, já nos primeiros anos escolares para que crianças e jovens pudessem aprender sobre as vantagens do AM, seu estabelecimento e manutenção além da importância dessa prática para o desenvolvimento da criança. Um achado desse estudo foi que 60,8% das mulheres entrevistadas decidiram amamentar antes da gestação, provavelmente decorrente de informações e experiências adquiridas previamente

Quanto à investigação da associação do tipo de pré-natal realizado, se público ou privado, apesar de haver algumas associações estatisticamente significativas, 96,9% das mulheres fizeram o acompanhamento da gravidez no setor público e gratuito de saúde, portanto essa avaliação pode não ser real em

decorrência do pequeno número de mulheres 27 (3,1%) que realizaram o pré-natal no serviço privado.

Os profissionais de saúde do hospital investigado desenvolvem atividades educativas e assistenciais relacionadas ao aleitamento materno. Segundo Salustiano (2012), espera-se que hospitais universitários estejam comprometidos não só com a assistência, mas também com a educação em saúde e pesquisa. Os resultados desse estudo apontaram que o envolvimento da equipe de enfermagem do serviço com as questões relacionadas ao AM foi maior do que o de outras categorias profissionais, provavelmente em decorrência do maior contato com a mãe e recém-nascido e o desenvolvimento de sua função de cuidador. Estudos têm demonstrado o importante papel do profissional de enfermagem na promoção, apoio e incentivo ao AM (WARD; BYRNE, 2011). A capacitação dos profissionais da saúde, principalmente da equipe de enfermagem, poderia modificar a prática do AM, uma vez que esses são considerados a principal fonte de informação para as mães, principalmente para as primíparas (BARCLAY et al, 2012; WARD; BYRNE, 2011).

6. CONCLUSÃO

A maioria das puérperas participantes do estudo referiu possuir informação sobre o aleitamento materno, eram jovens, com união estável, boa escolaridade e realizou o pré-natal no sistema público de saúde com número adequado de consultas.

As mulheres referiram a decisão de amamentar antes da gestação, além disso, afirmaram ter recebido informações sobre AM durante a gestação e que pretendiam amamentar seus filhos até 12 meses ou mais.

A informação recebida sobre AM durante a gestação foi associada à maior escolaridade e a realização de pré-natal no serviço público.

Para as puérperas, o pré-natal foi a principal fonte de obtenção da informação sobre o aleitamento materno, sendo os profissionais de enfermagem apontados como a principal categoria responsável pelas orientações e auxílio no estabelecimento do aleitamento materno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância do aleitamento materno para o crescimento e desenvolvimento infantil saudável, para a redução da morbimortalidade na infância, para a saúde materna e saúde ambiental é comprovada e indiscutível.

O presente estudo apontou que as pretensões maternas acerca do aleitamento materno, indicando uma cultura local regional pró amamentação, são promissoras. Mas a continuidade e incentivo das ações de promoção e apoio ao AM devem ser estimuladas, já que ainda são observadas dificuldades entre as mulheres para manterem a prática como pretendiam.

Outro aspecto relevante é o envolvimento das equipes multiprofissionais na promoção do AM e no auxílio às mulheres para a prática do AM. É necessário que todas as categorias profissionais estejam envolvidas com a temática propiciando, de acordo com sua atuação específica, para que haja efetivo apoio, promoção e proteção ao AM.

O presente estudo mostrou que o grupo investigado tem conhecimentos sobre o AM, o que é positivo e resultado dos esforços já implantados para promoção do AM. No entanto entende-se que ainda existem falhas nas oportunidades para orientações sobre o tema o que sugere a necessidade de se instituir estratégias diferenciadas, criativas e específicas para cada grupo social bem como aos profissionais de saúde que atuam nessas realidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHLUWALIA, I. B.; MORROW, B.; HSIA, J. Why do women stop breastfeeding? Findings from the pregnancy risk assessment and monitoring system, **Pediatrics**, v. 116, n. 6, p. 1408-1412, 2005.

AI-NASSAJ, H.; HAI-WARD, N. J.; AI-AWQATI, N. A. Knowledge attitudes and sources of information on breast feeding among medical professionals in Baghdad. **East Mediterr Health J**, v. 10, n.6, p.871-878, 2004.

AKRÉ, J. **Alimentação infantil: bases fisiológicas**. São Paulo: IBFAN, Instituto de Saúde de São Paulo; 1994. 93p.

ALLAIN, A. Fighting an old battle in a new world: how IBFAN monitors the baby food market. Uppsala (Sweden): **Dag Hammarskjold Foundation**, 2005 .

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza – cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p.119-125, 2004.

ALMEIDA, J. A. G. Amamentação um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**. p. 15-23, 1999.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breastfeeding and the Use of Human Milk, **Pediatrics**, v. 129; n. 3. p. 827-841, 2012.

ARTS, M., et al. Knowledge, beliefs, and practices regarding exclusive breastfeeding of infants younger than 6 months in Mozambique: A qualitative study. **J Hum Lact**, v. 27, n.1, p. 25-32, 2011.

ASSIS, M. A.; SANTOS, E. K.; SILVA, D. M. Planejamento de banco de leite humano e central de informações no aleitamento materno. **Rev Saúde Pública**, v. 17, n.5, p. 406-412, 1983.

BARCLAY, L. et al, The professionalizing of breast feeding - Where are we a decade on? **Midwifery**, v. 28, n. 3, p. 281-290, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: **Senado Federal**, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATA SUS. **Estatísticas Vitais**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acesso em: jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Saúde da Criança**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461. Acesso em: jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de atenção básica, nº 23, Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGIAS. II **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: DF, 2009b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: DF, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de Leite Humano: Funcionamento, prevenção e controle de risco**. Brasília: ANVISA, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICA DA SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher, Brasília: DF, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA. **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento materno**. Departamento de ações programáticas estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Fazenda, Secretaria-Executiva, **Ouvidoria-Geral**, Brasília/DF, 1934. <http://portal.ouvidoria.fazenda.gov.br> . Acessado em 02 nov 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011b. 58 p. : il. – (Série I. História da Saúde).

BRASIL. **Portaria consolidada da rede cegonha** (Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011 e Portaria N° 2.351, de 5 de outubro de 2011). http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf

BRITTON, C et al, Support for breastfeeding mothers. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 24, n. 1, 2007.

BUSSATO, A. R. M.; OLIVEIRA, A. F.; CARVALHO, H. S. L. A influência do aleitamento materno sobre o estado nutricional de crianças e adolescentes. **Rev Paulista de Pediatr**, v. 24, n. 3, p. 249-254, 2006.

CALDEIRA, A. P.; GOULART, E. M. A. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **J Pediatr**, v. 76, n. 1, p. 65-72, 2000.

CAMINHA, M. F. C et al. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 240-248, 2010.

CARDOSO, L. O et al. Impacto da implementação da iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. **J Pediatría**. v. 84, n. 2, p.147-153, 2008.

CARVALHO, M. R.; TAVARES, L. A. M. (ORGS) Amamentação: bases científica. 3. Ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**. p. 320-328, 2010.

CASTILHO, Silvia Dinis; ROCHA, Marco Antonio Mendes. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. **J Pediatría**, v. 85, n. 6, 2009.

CHACON, E. T. C. P. S et al. Aleitamento materno: avaliação do conhecimento e técnica durante o puerpério. **Rev Saúde Distr Federal**, v. 12, n. 1/2, p. 24-28, 2001.

COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN, AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Committee Opinion. Breastfeeding: Maternal and infant aspects. **Obstet Gynecol**, v. 109, n. 361, p. 479-480, 2007.

CONTRERAS-LEMUS, J. et al. Disminución de la morbilidad en neonato pretérmino alimentados com leche de su propia madre. **Bol Med Hosp infant Mex**, v. 49, n. 10, p. 671-677, 1992.

COSTA, M. A.; ALVAREZ, C. A. Incentivo ao aleitamento materno nas unidades básicas de saúde do município de Farol. **Rev Saúde Biol**, v. 4, n.2, p. 6-13, 2009.

DENNIS C. L. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. **J of Obstetr Gynecol Neonatal Nurse**, v. 31, n. 1, p. 12-32, 2002

DOMINGUES, R. M. S. M. Avaliação da adequação da assistência pré-natal da rede SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, v. 117, n. 3. p. 380-386, 2006

EGUES, E. M. S.; KOGIEN, M.; TEIXEIRA, C. A. Conhecimentos sobre aleitamento materno de puérperas atendidas no ambulatório da criança no Município de Cáceres, Mato Grosso, Brasil. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 4, n. 3, p. 133-38, 2010.

EKAMBARAM, M.; BHA, B. V.; AHAMED, M. A.P. Knowledge, attitude and practice of breastfeeding among postnatal mothers, Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education & Research, Puducherry, India, **Curr Pediatr Res**, v.14, n. 2, p. 119-124, 2010.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influencia na sua decisão e duração. **Rev de Nutr**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Aleitamento Materno: manual de orientação. São Paulo-SP: **FEBRASGO**, 2010.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica**. 4. Ed. São Paulo: Artmed, 2006.

FORD, C. S. A. Comparative Study of Human Reproduction. New Haven: Yalee University Press. **Publications in Antropology**, v.32, 1945

GIUGLIANI, E. R. J. et al. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **J Pediatr**, v. 71, n. 2, p. 77-81, 1995.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação exclusiva e sua promoção. Rio de Janeiro (RJ): **Guanabara Koogan**, 2002.

GIUGLIANI, E. R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **J Pediatr**, v. 80, n. 5, p. 117-118, 2004.

GRASSLEY, J. S.; NELMS, T. P. Understanding maternal breastfeeding confidence: A Gadamerian hermeneutic analysis of women's stories. **Health Care for Women International**, v. 29, n. 8, p. 841-862, 2008.

GREINER, T. History of breastfeeding. New York: WABA-World Alliance for Breastfeeding Action, 4p. (Breastfeeding Papers), 1998.

HAJIAN-TILAKI, K. O. Factors associated with the pattern of breastfeeding in the north of Iran. **Ann Hum Biol**, v. 32, n. 6, p. 702-713, 2005.

- HANNUL O. L.; KAUNONEN, M.; TARKKA, M. A systematic review professional support interventions for breastfeeding. **Journal of Clinical Nursing**, v.17, n. 9, p.1132-1143, 2008.
- HAUCK, Fern R. et al. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. **Pediatrics**, v. 128, n. 1, p. 103-110, 2011.
- HENDERSON, A. M.; PINCAMBE, J.; STAMP, G. Assisting women to establish breastfeeding. exploring midwives' practices. **Breastfeeding Rev**, v. 8, n.3, p. 11-17, 2000.
- HIZEL, S et al. Traditional beliefs as forgot-ten influencing factors on breast-feeding performance in Turkey. **Saudi Med J**, v. 27, n. 4, p. 511-518, 2006.
- HODDINOTT, P.; PILL R. A qualitative of study women's vews about how health professionals communicate about infant feeding. **Health Expect**, v.3, n. 4, p. 224-233, 2000.
- JACKSON, E. B. General reactions of mothers and nurses to rooming-in. **American Journal of Public Health**, v.38, n. 5, p. 689-695, 1948
- JORGE, M.T.; RIBEIRO, L. A. Programa de atualização em clínica médica (PROCLIM) / organizado pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Porto Alegre: **Artmed/Panamericana**, 2004.
- KHASSAAWNEH et al. Knowledge, attitude and practice of breastfeeding in the North of Jordan: a cross-sectional study. **Inter Breastfeeding J**, v. 1, n.17, p. 1-6, 2006.
- KUMMER, S. C. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev de Saúde Públ**, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2000.
- LAWRENCE, R. A.; LAWRENCE, R. M. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 7^a ed. **Elsevier Mosby**, Philadelphia, 2010.
- LAANTERÄ, S. et al. Confidence in breastfeeding among pregnant women. **Western Journal of Nursing Research**, v .34, n. 7, p. 933-951, 2012.
- LEE, Y. M. et al. Complete rooming-in care of newborn infants. **Korean J Pediatr**, v.53, n. 5, p. 634-638, 2010.
- LIBBUS, M. K. Perspectives of common breastfeeding situations: a known group comparison **J Hum Lact**, v. 8, n. 4, p. 199-203, 1992.
- LVOFF, N. M.; LVOFF, V.; KLAUS, M. H. Effect of the Baby-Friendly Initiative on Infant abandonment in a Russian Hospital. **Arch pediatr adolesc med**, v.154, n. 5, p.474-477, 2000.

MAIA, M. G. M, et al. Fatores associados a interrupção do aleitamento materno em crianças menores de 6 meses de idade, na cidade de Rio Branco (Acre). **Rev Baiana de Saúde Públ**, v. 30, n. 1, p. 129-140, 2006.

MARRONE, S. M. A.; VOGELTANZ-HOLM, N.; HOLM, J. Attitudes, knowledge, and intentions related to breastfeeding among university undergraduate women and men. **J Hum Lact**, v. 24; n. 2, p.186-192, 2008.

MASCARENHAS, M. L. W. et al. Prevalência de aleitamento materno nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **J Pediatr**, v. 82, n. 4, p. 289-294, 2006.

MEDINA, C. L. P. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de vida no município de Niterói. [Dissertação de Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro: 2010.

MELO, A. M. C. A. et al. Conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade do Recife, Pernambuco. **Rev Bras de Saúde Mat Infantil**, v. 2, n. 2, p. 137-142, 2002.

MONTEIRO, CS.; NAKANO, AM.; GOMES, FA. O Aleitamento Materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Invest Educ Enferm**, v.29, n. 2, p. 315-321, 2011.

MOORE, E.R.; ANDERSON, G.C. Randomized controlled trial very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. **J Midwifery Womens Health**, v. 52, n. 2, p.116-125, 2007.

MOREIRA, M. A.; LOPES, R. L. M. Amamentação: aspectos históricos nas políticas públicas brasileiras. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, 2007.

MOSSMAN, M. et al. The influence of adolescent breastfeeding confidence and on breastfeeding initiation and duration. **J Hum Lact**, v. 24, p. 268-277, 2008.

MOZINGO, J. N. et al "It wasn't working"; Women's experiences with short-term breastfeeding. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v. 25, n. 3, p. 120-126, 2000.

MULLANY, L. C. et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal, **J. Nutr**, v. 138, n. 3, p. 599-603, 2008.

MURRAY, E. K, RICKETTS S.; DELLAPORT, J. Hospital practices that increase breastfeeding duration results from population-based study. **Birth**, v. 34, n. 3, p. 202-211, 2007.

NAKANO, A. M. S. et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Rev Latino-Am Enfer [online]**, v.15, n. 2, p. 230-238, 2007.

NAKAMURA, S. S. et al. Percepção e conhecimento de meninas escolares sobre aleitamento materno. **J Pediatr**, v. 79, n. 2, p. 181-188, 2003.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev Bras Epidemiol**, v.5, n. 1, 2002.

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

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B.; TEDSTONE, A. E. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. **J Hum Lact**, v. 17, n. 4, p. 326-343, 2001.

OMS; UNICEF. **Reunião conjunta OMS/UNICEF sobre a alimentação de lactentes e crianças pequenas: declaração e recomendações**. Genebra: 1979.

PANTALEÃO, S. F. **Licença maternidade de 180 dias** – vigência a partir de 2010, atualizado em 08 jan 2010.

PEREIRA, A. Amamentação na 1ª hora de vida salva um milhão de bebês: Semana Mundial do Aleitamento Materno, 2007. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto. ISSN 1646-0480.4(2007) 254-267. Edições Universidade.

PÉREZ-ESCAMILA R. Evidence based breast-feeding promotion: the baby-friendly hospital initiative. **J Nutr**, v. 137, n. 2, p. 484-487, 2007.

PETIT, A. I. Perception and knowledge on exclusive breastfeeding among women attending antenatal and postnatal clinics. A study from mbarara hospital Uganda. **Dar Es Salaam Medical Students' J**, v.16, n.1, p. 27-30, 2010.

PINTO L. F. Apego e aleitamento materno. **Rev Chil Pediatr**, v. 78, n. 1, p. 96-102, 2007.

QUEENAN, J. T. Academy of breastfeeding medicine founder's lecture 1010: breastfeeding: an obstetrician's view. **Breastfeeding Medicine**, v. 6. n. 1. 2011.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 537-545, 2003.

REA, M. F. Os Benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J Pediatr**, v. 80, n. 5, p. 142-146, 2004.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n.2, p. 235-246, 2008.

REGO, J. D. **Aleitamento Materno**. Editora Atheneu, São Paulo: SP, 2ª edição, 2006.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. **Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério**, organizado por Karina Calife, Tania Lago.

RIO DE JANEIRO. Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES nº 2.673 de 2 de março de 2005. Implantação a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 14 março 2005.

ROCHA, M. A. M.; CASTILHO, S. D. Uso da chupeta: história e visão multidisciplinar. **J. Pediatr**, v. 85, n. 6, p. 480-489, 2009.

SAKA, G. et al. Breastfeeding patterns, beliefs and attitudes among Kurdish mothers in Diyarbakir, Turkey. **Acta Paediatr**, v. 94, n. 9, p. 1303-1309, 2005.

SALUSTIANO, L. P. de Q, et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetrícia** v. 14, n. 1, p. 28-33, 2012.

SANDES, A. R. et al. Aleitamento materno: prevalência e fatores condicionantes. **Acta Med. Port.** v. 20, p. 193-200, 2007.

SANTIAGO, L. B. et al. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com tratamento específico. **J Pediatr**. v. 79, n. 6, p. 504-512, 2003.

SCHMIED, V. et al. Ten steps or climbing a mountain: A study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 208, 2011.

SERTORIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 156-62, 2005.

SHAKESPEARE, J.; BRAKE, F.; GARCIA, J. Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. **Midwifery**, v. 20, n. 3, p. 251-260, 2004.

SHAMS, S. Breast feeding and motherhood. **Pakistan J Nutrition**. v. 10, n. 6, p. 599-601, 2011.

SHEEHAN, A.; SCHMIED, V.; BARCLAY, L. Women's experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth. **Matern Child Nutr**, v. 5, n. 2, p. 138-150, 2009.

SIMMER, K.; HARTMANN, B. The knowns and unknowns of human milk banking, **Early Hum Dev**, v. 85, p.701-704, 2009.

SINGH, B. Knowledge, attitude and practice of breast feeding – a case study. **Euro Journals Publishing**, v. 40, n. 3, p. 404-422, 2010.

SILVA, A. A. M. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1990.

SILVA, A. P.; SOUZA, N. Prevalência do aleitamento materno. **Rev Nutr**, v. 18, n. 3, p. 301-310, 2005.

SILVA, L. R. et al. Conhecimento materno sobre aleitamento: um estudo piloto realizado em Salvador, Bahia visando a elaboração de uma cartilha educativa, **Rev de Ciências Médicas e Biol**, v. 4, n. 3, 2005.

SUSIN, L. R. O. et al. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação (Brasil), **Rev Chil Pediatr**, v. 75, n. 5, 2000.

VASCONCELOS, Y.; ALVES, L.; CORREA, E. O que são os objetivos para o milênio? **Rev Vida Simples**, 2008.

VENANCIO S. I. et al. Frequências e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 313-318, 2002.

VIEIRA, G. O. et al. Indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. **J Pediatr**, v. 74, n. 1, p. 11-16, 1998.

WABA/World Alliance for Breastfeeding Action (2011) Nurturing the future through World Breastfeeding Week, WABA, **Penang**, 2011

WARD, K. N.; BYRNE, J. P. A critical review of the impact of continuing breastfeeding education provided to nurses and Midwives. **J Hum Lact**, v. 27, n. 4, p. 381-393, 2011.

WEHBA, J. Nutrição da criança. São Paulo: **Fundo Editorial Byk**, 300p, 1991.

WHO/PAHO.Guiding principles for complementary feeding of the breastfeeding child. Washington, DC. **Pan American Health Organization**, 2001.

WICKES, I.G. A history of infant feeding. Part I. Primitive peoples: works: renaissance writers. **Archives of Disease in Childhood**, v. 28, n.138, p. 151-158, 1953.

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION. **Transforming Health Colleagues into Breastfeeding Advocates.** WABA Activity Sheet 3. Penang, Malaysia: WABA.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding.** Geneva: Division of Child Health and Development, WHO, 1998

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding.** Geneva: Division of Child Health and Development, WHO, 1998

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION. **World food day;** 2007. <http://www.waba.org.my/pdf/worldfoodday.pdf> . Acesso em set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breastfeeding practices.** WHO, Geneva: Switzerland, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Division of Child Health and Development Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding.** Geneva. Switzerland: World Health Organization; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Division of Child Health and Development. Indicators for assessing breastfeeding practices.** Geneva, Suíça, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations.** Genova: WHO; 2001.

WHO/UNICEF. **Global strategy for infant and young child feeding.** Geneva: WHO; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child and adolescent health and development** [website]
. <http://www.who.int/chiladolescenthealth/topics/preventioncare/child/nutrition/breastfeeding/en/index.html>. Acesso: ago. 2008

ZHOU, Q.; YOUNGER, K. M.; KEARNEY, J.M. A exploration of the knowledge and attitudes towards breastfeeding among a sample of Chinese mothers in Ireland. **BMC Public Health**,. v. 10, p. 722, 2010.

ANEXO 1 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131; e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 383/10 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
107/10

Projeto Pesquisa: Conhecimento sobre aleitamento materno de puerperas atendidas no hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – MG.

Pesquisador Responsável: Vânia Olivetti Steffen Abdallah

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data de entrega do relatório parcial: Julho de 2011.

Data de entrega do relatório final: março de 2012.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 29 de junho de 2010.

Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

* O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

* O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprova (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.

* O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

* Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto.

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada **“Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em um hospital escola de Uberlândia – MG”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof^a Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdalha, Alderi Lopes Rabelo, Ana Carolina Cardoso Borges e Prof. Dr. Rogério Melo Costa Pinto.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender quais as informações sobre aleitamento materno que as mulheres, que deram a luz no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, têm. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Alderi Lopes Rabelo, no momento em que a entrevista for realizada, entre 6 e 24 horas após o parto, em sala reservada.

Na sua participação você responderá a um questionário sobre aleitamento materno. Em nenhum momento você será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Em nenhuma fase do estudo haverá riscos para os participantes. Os benefícios serão os resultados da pesquisa contribuindo para o planejamento e assistência à puérpera e ao recém-nascido quanto ao aleitamento materno.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

Prof^a Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdalha e Alderi Lopes Rabelo
Universidade Federal de Uberlândia: Av. Pará, 1720, Hospital de Clínicas, Campus Umuarama – Uberlândia – MG, CEP 38405-320, através dos telefones (034) 3218-2454 e (34) 3218-2124.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, dede 2010.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO 3
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A sua filha está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada **“Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em um hospital escola de Uberlândia - MG**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof^a Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah, Alderi Lopes Rabelo, Ana Carolina Cardoso Borges e Prof. Dr. Rogério Melo Costa Pinto.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender quais as informações sobre aleitamento materno que as mulheres que deram a luz no Hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, têm. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Alderi Lopes Rabelo, no momento em que a entrevista for realizada, entre 6 e 24 horas após o parto, em sala reservada.

Com a participação de sua filha na pesquisa ela responderá a um questionário sobre aleitamento materno. Em nenhum momento sua filha será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Sua filha não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Em nenhuma fase da pesquisa haverá riscos para os participantes. Os benefícios serão os resultados da pesquisa contribuindo para o planejamento e assistência à puérpera e ao recém-nascido quanto ao aleitamento materno.

Sua filha é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

Prof^a Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah e Alderi Lopes Rabelo
Universidade Federal de Uberlândia: Av. Pará, 1720, Hospital de Clínicas, Campus Umuarama – Uberlândia – MG, CEP 38405-320, através dos telefones (034) 3218 2454 e (034) 3218 2124.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, dede 2010..

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito que minha filha participe do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Responsável pela participante da pesquisa.

APÊNDICE 1. QUESTIONÁRIO

- 1 – Idade: _____
- 2 - De onde você veio? Uberlândia? outra cidade? Qual? _____
- 3 - Estado civil: casada? solteira? divorciada/ separada? viúva? amasiada?
- 4 - Ocupação: do lar? estudante? trabalha fora? Qual a atividade? _____
- 5 sem escolaridade?- Escolaridade: ensino fundamental incompleto?
 ensino? fundamental completo ensino médio incompleto?
 ensino médio completo? ensino superior incompleto? ensino superior completo.?
- 6 - Qual a renda familiar? ? <1 salário mínimo de 1 a 3 salários? mínimos
 ?>3 salários mínimos
- 7 - Fez pré-natal? não? sim?
- 8 - Número de consultas que você fez no pré-natal? < 6? ≥6?
- 9 - Onde fez o pré-natal? Serviço? público Qual? _____
 Serviço partícula? Qual? _____
 Serviço conveniado? Qual? _____
- 10 - Teve alguma complicação durante a gravidez? não? sim? Qual (is): _____
- 11 – Qual o número de gestações, partos e abortos? gestação:___ parto:___aborto_____
- 12 pré-termo?ao termo ?– Em relação ao tempo de gestação, seu bebê nasceu: pós-termo?
- 13 - Nessa gravidez, recebeu informações sobre aleitamento materno? não? sim?
- 14 - Onde você recebeu essas informações?
 pré-natal? hospital? comunidade? na família? meios de comunicação?
- 15 - Quanto tempo você pretende amamentar?
 ?< 3 meses 3 meses? 6 meses? ≥ 1 ano?
- 16 - O bebê foi colocado no peito antes de vir para o quarto (no centro obstétrico)?
 não? sim?
- 17 - Quando você decidiu amamentar?
 antes da gravidez? durante a gravidez? depois que o bebê nasceu?
 depois que recebeu orientações?
- 18 – Quando você pretende iniciar outros alimentos para o bebê? _____
 Quais alimentos você daria ao bebê? _____
- 19 - Você pretende dar chupeta ao seu bebê? não? sim?
- 20 - Você foi orientada durante essa internação sobre aleitamento materno?
 não? sim?
- 21 - De quem você recebeu orientação para amamentar, durante essa internação?
 do médico que fez seu parto? da enfermagem? do médico pediatra? de outros?
- 22 - Você recebeu ajuda para amamentar durante essa internação? não? sim?
- 23 - De quem você recebeu ajuda sobre aleitamento materno durante essa internação?
 do médico que fez seu parto? da enfermagem? do médico pediatra? de outros?