

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

**Conhecimentos e práticas sobre aleitamento materno de
profissionais que atendem lactentes nos serviços públicos de
saúde de Botucatu/SP**

Mestranda: Patrícia Kelly Silvestre

Orientadora: Prof^a Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia Pamplona Tonete

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

**Botucatu
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Silvestre, Patrícia Kelly.

Conhecimentos e práticas sobre aleitamento materno de profissionais que atendem lactentes nos serviços públicos de saúde de Botucatu/SP / Patrícia Kelly Silvestre. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientadora: Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Co-orientadora: Vera Lúcia Pamplona Tonete

Assunto CAPES: 40406008

1. Aleitamento materno 2. Enfermagem em saúde pública 3. Educação continuada

CDD 614.44

Palavras-chave: Aleitamento materno; Educação em enfermagem; Educação médica; Educação continuada

Dedicatória



*A minha mãe **Damária**, que está sempre ao meu lado na alegria e na tristeza, na saúde e na doença com seu amor incondicional.*

*Ao meu avô **João**, que me ensinou a não desistir, que me aplaudiu todos os dias da minha vida em meio a dores, amores, derrotas e vitórias (in memoriam).*

*A minha avó **Antonia**, que me levou pela mão a lugares que não posso esquecer (in memoriam).*

*À minha orientadora **Cristina**, que me mostrou o caminho nos momentos em que achei que fosse me perder.*

*À minha co-orientadora **Vera**, que me segurou na mão em frente a obstáculos.*

*À Dra. **Saskia**, pelo incentivo constante ao estudo.*

***Felix o ventre que te trouxe e os peitos que te amamentaram”.**(Lc 11,27).*

Agradecimentos



Ao meu Deus (Jesus) pela sua onipotência, onisciência e principalmente pela sua onipresença em toda minha vida. Obrigada !

Agradeço a todos que contribuíram para a realização deste estudo, em especial :

A minha mãe e ao meu pai, responsáveis pela minha existência.

Aos profissionais médicos e enfermeiros que se dispuseram a responder os questionários.

À minha orientadora Cristina, pela garra diária e exemplo contínuo de competência.

À minha co-orientadora Vera, pelo dinamismo e eficiência demonstrados.

À Divisão Técnica de Enfermagem, representada pela Enf^a Andréia Lamberlan e Enf^a Regina Lúcio, por me cederem horários para o estudo.

Ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação pela oportunidade.

A todos os professores da pós-graduação do Departamento de Enfermagem pelo acolhimento.

À Professora Maria Antonieta, pela dedicação que demonstrou em suas aulas e esforço em fazernos melhores.

À Elizandra, secretária da Pós Graduação em Enfermagem, pela disponibilidade constante.

À Rosana, Heloisa e todos os enfermeiros e médicos da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu que me auxiliaram na coleta de dados.

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina/UNESP Botucatu, pelo Bolsa Integração Graduação-Pós Graduação.

À Associação Beneficente de Hospitais Sorocabana, que me permitiu acesso sem restrições.

À Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, financiadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional.

A toda minha família, em especial ao meu primo Alessandro e ao meu tio Fausto, que me ajudaram diretamente a montar este trabalho.

A Saskia e Karina, amigas literalmente do "peito".

Às amigas: Alexandra, Gabriela, Denise, Cássia, Elizabete, Rosemary e Sabrina, que estiveram presentes quando precisei relaxar para começar de novo.

Ao Marcos, uma pessoa especial, por me transmitir fé e esperança sempre.

À saudosa Dra. Marineusa, que me conduziu a este amor, Aleitamento Materno.

Às companheiras de trabalho e de causa, a amamentação: Andréia, Ana Maria, Ana Claudia, Thaiane e Danielle, que me acolheram sem hesitar, nunca vou esquecê-las.

A todos que, mesmo não sendo citados, se dedicaram a este trabalho.

Resumo



O aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado por outros alimentos até os dois anos de idade ou mais se configura como prática fundamental para a qualidade de saúde e de vida do lactente, com vantagens também para a mãe e os demais sujeitos envolvidos com este fenômeno. Para o sucesso desta prática destaca-se, entre outras condições, a competência técnico-científica dos profissionais de saúde que atuam na atenção à saúde materno-infantil. Considerando essas premissas, objetivou-se investigar os conhecimentos e práticas sobre o aleitamento materno de médicos e enfermeiros que atendem lactentes nos serviços públicos de saúde de um município do interior paulista. Trata-se de um estudo epidemiológico, analítico, inserido no campo da educação em saúde, realizado em município de médio porte, situado na região centro sul do Estado de São Paulo. A população do estudo foi composta pelos médicos e enfermeiros que atendiam lactentes nos serviços públicos de saúde do referido município, incluindo Centros de Saúde e Policlínicas, Unidades de Saúde da Família e Unidades Hospitalares de Nível Secundário e Terciário, totalizando 101 profissionais. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2007, a partir de um questionário estruturado com questões abertas e fechadas sobre características profissionais, conhecimentos específicos e práticas relacionadas ao processo de amamentação. Quanto à análise dos dados sobre conhecimentos e práticas em aleitamento materno, foram tomadas como parâmetro as recomendações do Ministério da Saúde brasileiro. Inicialmente, a análise dos dados considerou as frequências das respostas de todos os profissionais, a cada aspecto abordado das variáveis de conhecimentos e práticas em aleitamento materno, bem como foram consideradas as porcentagens médias de

acertos para cada um destes aspectos. Destaca-se que todos os profissionais foram questionados sobre todas as variáveis de conhecimentos, enquanto determinadas variáveis de práticas foram abordadas conforme seu local de trabalho. Especificamente para análise das variáveis de práticas, foram excluídos os 12 profissionais que possuíam mais de um vínculo empregatício, contando-se, então, com 89 médicos e enfermeiros. A seguir, as porcentagens médias de acertos sobre conhecimentos e práticas em aleitamento materno foram avaliadas segundo as características dos profissionais priorizadas neste estudo: local de trabalho, tempo de formação, categoria profissional e participação em cursos de aleitamento materno durante e após a graduação, quando foi aplicado o teste de diferença de proporções (Teste Qui-quadrado) e calculado o nível de significância de cada aspecto abordado ($p < 0,05$). Optou-se por considerar desempenho bom, quando a porcentagem de acertos ficou entre 80% e 100%, regular, entre 50% e 79,9% e ruim, abaixo de 50%. Na sequência, trabalhou-se com escores médios de acertos, pontuando as 40 questões sobre conhecimentos com 0,25 pontos cada, totalizando 10 pontos e as cinco questões sobre práticas com 2 pontos cada, também totalizando 10 pontos. A média dos escores de acertos foi, então, obtida entre conhecimentos e práticas. Em relação aos conhecimentos sobre o aleitamento materno, constatou-se desempenho bom em questões sobre duração do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno, motivos para interrupção do aleitamento materno, composição do leite humano, manejo de traumas, composição das fórmulas infantis e higiene das mamas; desempenho regular quando se abordaram as razões para oferecimento de fórmula infantil, fatores relacionados à baixa produção de leite e duração e

freqüência das mamadas; desempenho ruim em questões sobre pega correta, a despeito de sua importância para o sucesso da amamentação. Quanto às práticas em aleitamento materno, quando foram considerados todos os profissionais, observou-se desempenho bom em relação à orientação para evitar o uso de chupeta e desempenho regular quanto à orientação para manutenção do aleitamento materno, mesmo quando a mãe trabalha fora. Considerando as variáveis de práticas específicas, abordadas conforme contexto de atuação, na área hospitalar, foi associado a desempenho regular: quanto à colocação do neonato para mamar na sala de parto, à prescrição de fórmulas para bebês normais e teste da sucção com soro glicosado. Entre os profissionais da atenção básica, verificou-se desempenho bom quanto à orientação sobre as vantagens do aleitamento materno e regular para observação de uma mamada e orientação sobre a prevenção de traumas mamilares nas consultas de puericultura. De uma maneira geral, as estratificações realizadas, segundo características dos profissionais pré-estabelecidas não evidenciaram diferenças significativas nem para conhecimentos, nem para as práticas. Considerando os escores médios de acertos, aqueles obtidos para as práticas foram sempre um pouco superiores aos dos conhecimentos. No total, esses escores variaram pouco, sendo o menor valor observado de 7,6 e o maior 8,2. A par dos resultados satisfatórios, conclui-se que há necessidade de se viabilizar intervenções educativas nesta temática, tanto para médicos como para enfermeiros, nos diferentes níveis de atenção à saúde do município estudado, especialmente, nos aspectos que se revelaram pouco conhecidos e/ou praticados em desacordo ao preconizado oficialmente. Para tal, sugere-se a realização de ações de educação permanente em

saúde, sob co-responsabilização/execução inter e extra-institucional, que incluam a participação ativa, integral e contextualizada de todos os envolvidos com a saúde da população materno-infantil.

Palavras-Chave: Aleitamento Materno; Educação em Enfermagem; Educação Médica; Educação Continuada.

Summary



Breastfeeding knowledge and practices of professionals assisting breastfed infants at public health care services in Botucatu/SP

Exclusive breastfeeding for six months complemented by other types of food until the age of two years or longer is a fundamental practice for the quality of life of breastfed infants. It also brings advantages to the suckling mother and other subjects involved in this phenomenon. In order to achieve success in such practice, the technical and scientific competence, among other conditions, of health care professionals working in maternal-child health care is pointed out. By taking these premises into account, this study aimed at investigating the breastfeeding knowledge and practices of physicians and nurses assisting breastfed infants at the health care services of a city in inner São Paulo state. It is an analytical epidemiological study in the field of health education conducted in a medium-sized city located in the mid-southern region of São Paulo state. The studied population consisted of physicians and nurses assisting breastfed infants at the public health care services in the abovementioned city, which included Health Care Units, Polyclinics, Family Health Units and Secondary and Tertiary Referral Hospitals, thus totaling 101 professionals. Data were collected in the second semester of 2007 by using a structured questionnaire with open and closed questions on professional characteristics, specific knowledge and practices related to the breastfeeding process. As regards the analysis of correct answers concerning breastfeeding knowledge and practices, the recommendations by the Brazilian Department of Health were taken as parameters. Initially, data analysis considered the frequencies of answers by all professionals to each approached aspect of the breastfeeding

knowledge and practices variables as well as the mean percentages of correct answers for each one of such aspects. It is pointed out that all the professionals were questioned with regard to all knowledge variables while certain practices variables were approached according to their workplaces. Specifically, in order to analyze the practices variables, 12 professionals holding jobs in more than one institution were excluded, which resulted in 89 physicians and nurses. Next, the mean percentages of correct answers concerning breastfeeding knowledge and practices were evaluated according to the professionals' characteristics prioritized in this study: workplace, education time, professional category and participation in breastfeeding courses during and after their undergraduation training, which was when the proportion difference test (Chi-Square Test) was applied, and the level of significance of each approached aspect was calculated ($p < 0.05$). Performance was considered to be good when the percentage of correct answers was between 80% and 100%, regular with a percentage between 50% and 79.9% and bad for that under 50%. Then, mean scores of correct answers were used by assigning 0.25 points to each of the 40 knowledge questions, thus totaling 10 points, and 2 points to each of the practices questions, thus totaling 10 points. The mean of the scores for correct answers was then obtained for knowledge and practices. As regards breastfeeding knowledge, good performance was found for questions on the duration of exclusive breastfeeding and breastfeeding, reasons for breastfeeding interruption, composition of human milk, management of traumas, composition of child formulas and breast hygiene; regular performance was observed when the reasons for offering child formulas, factors related to low milk production and the

duration and frequency of feedings were approached; bad performance was verified for questions on correct gripping despite its importance for breastfeeding success. As regards breastfeeding practices, with all professionals considered, good performance was observed in relation to orientation to avoid the use of pacifiers, and regular performance was found as regards orientation for breastfeeding maintenance even when the mother worked out of the home. By taking into account specific practices variables approached according to the context of working in a hospital, regular performance was associated with: placing the neonate to breastfeed in the delivery room, the prescription of formulas for normal infants and the sucking test with glucosic serum. Among the basic-care professionals, good performance was also observed as regards orientation concerning the advantages of breastfeeding, and regular performance was noted for the observation of a feeding and orientation concerning the prevention of nipple trauma during child care consultation. Overall, the stratifications conducted according to the professionals' pre-established characteristics showed significant differences neither for knowledge nor for practices. By taking into account the mean scores of correct answers, those obtained for practices were always slightly higher than those for knowledge. In total, such scores showed little variation, and the lowest value observed was of 7.6 while the highest was of 8.2. Additionally to the satisfactory results, it was concluded that it is necessary to enable educational interventions related to this topic for both physicians and nurses in the different health care levels in the city under study, particularly as regards the aspects which were shown to be little known and/or practiced in disagreement with what is officially professed To that end, the

conduction of actions is suggested for permanent health care education under inter and extra-institutional co-responsibilization/execution which should include the active, integral and contextualized participation of all those involved with the health care of the maternal and neonatal population.

Key words: Breastfeeding; Nursing Education; Medical Education; Continuing Education.

Resumen



Conocimientos y prácticas sobre amamantamiento materno de profesionales que atienden a lactantes en los servicios públicos de salud de Botucatu/SP

El amamantamiento materno exclusivo hasta los seis meses y complementado por otros alimentos hasta los dos años de edad o más es una práctica fundamental para la calidad de salud y de vida del lactante, con ventajas también para la mamá y los demás sujetos involucrados en ese fenómeno. Para el éxito des esa práctica se destaca, entre otras condiciones, la competencia técnico-científica de los profesionales de salud que actúan en la atención a la salud materna e infantil. Considerando esas premisas, se pretendió investigar los conocimientos y prácticas sobre el amamantamiento materno de médicos y enfermeros que atienden a lactantes en los servicios públicos de salud de un municipio del interior del estado de São Paulo. Se trata de un estudio epidemiológico, analítico, inserido en el campo de la educación en salud, realizado en municipio de mediano porte, situado en la región centro sur del Estado de São Paulo. La población del estudio fue compuesta por los médicos y enfermeros que atendían a lactantes en los servicios públicos de salud del referido municipio, incluyendo Centros de Salud y Policlínicas, Unidades de Salud de la Familia y Unidades Hospitalarias de Nivel Secundario y Terciario, totalizando 101 profesionales. La cosecha de datos fue realizada en el segundo semestre de 2007 con un cuestionario estructurado con cuestiones abiertas y cerradas sobre características profesionales, conocimientos específicos y prácticas relacionadas al proceso de amamantamiento. En cuanto al análisis de los aciertos sobre conocimientos y prácticas en amamantamiento materno, fueron tomadas como parámetro las recomendaciones del Ministerio de la Salud brasileño.

Inicialmente, el análisis de los datos considero las frecuencias de las respuestas de todos los profesionales, a cada aspecto de las variables de conocimientos y prácticas en amamantamiento materno, y también fueron considerados los porcentajes medios de aciertos para cada uno de esos aspectos. Se destaca que todos los profesionales fueron cuestionados sobre todas las variables de conocimientos, mientras que determinadas variables de prácticas fueron enfocadas conforme a su local de trabajo. Específicamente para el análisis de las variables de prácticas se excluyó a los 12 profesionales que poseían más de un vínculo laboral y se contó, entonces, a 89 médicos y enfermeros. A continuación, los porcentajes medios de aciertos sobre conocimientos y prácticas en amamantamiento materno fueron evaluados según las características de los profesionales priorizados en este estudio: lugar de trabajo, tiempo de formación, categoría profesional y participación en cursos de amamantamiento materno durante y tras la graduación, cuando fue aplicado el teste de diferencia de proporciones (Test Chi-cuadrado) y calculado el nivel de significancia de cada aspecto estudiado ($p < 0,05$). Se optó por considerar buen desempeño el porcentaje de aciertos entre el 80% y el 100%; regular, entre el 50% y el 79,9%; y malo, debajo del 50%. En la secuencia, se trabajó con puntajes medios de aciertos, puntuando las 40 cuestiones sobre conocimientos con 0,25 puntos cada una, totalizando 10 puntos y las cinco cuestiones sobre prácticas con 2 puntos cada una, también totalizando 10 puntos. El promedio de los puntajes de aciertos fue, entonces, obtenido entre conocimientos y prácticas. En relación con los conocimientos sobre el amamantamiento materno, se constató un buen desempeño en cuestiones sobre duración del amamantamiento materno exclusivo y

amamantamiento materno, motivos para interrupción del amamantamiento materno, composición de la leche humana, manejo de traumas, composición de las fórmulas infantiles e higiene de las mamas; desempeño regular cuando se estudiaron las razones para ofrecimiento de fórmula infantil, factores relacionados a la baja producción de leche y duración y frecuencia de las mamadas; mal desempeño en cuestiones sobre agarre correcto, pese a su importancia para el éxito del amamantamiento. En cuanto a las prácticas en amamantamiento materno, cuando fueron considerados todos los profesionales, se observó un buen desempeño en relación con la orientación para evitar el uso de chupete y desempeño regular en cuanto a la orientación para mantenimiento del amamantamiento materno, mismo cuando la madre trabaja fuera. Considerando las variables de prácticas específicas, estudiadas conforme al contexto de actuación, en el área hospitalaria, fue asociado a desempeño regular: colocación del neonato para mamar en la sala de parto, la prescripción de fórmulas para bebés normales y el test de la succión con suero glucosado. Entre los profesionales de la atención básica, se verificó un buen desempeño en cuanto a la orientación sobre las ventajas del amamantamiento materno y regular para observación de una mamada y orientación sobre la prevención de traumas mamilares en las consultas de puericultura. De una manera general, las estratificaciones realizadas, según características de los profesionales preestablecidos, no evidenciaron diferencias significativas ni para los conocimientos ni para las prácticas. Considerando los puntajes medios de aciertos, aquellos obtenidos para las prácticas fueron siempre un poco superiores a los de los conocimientos. En el total, esos puntajes variaron poco, siendo el valor más

pequeño observado de 7,6 y el más grande 8,2. Con base en los resultados satisfactorios, se concluye que hay la necesidad de viabilizar intervenciones educativas en esta temática, tanto para médicos como para enfermeros, en los diferentes niveles de atención a la salud del municipio estudiado, especialmente en los aspectos que se revelaron poco conocidos y/o practicados en desacuerdo con lo preconizado oficialmente. Para tanto, se sugiere la realización de acciones de educación permanente en salud, bajo corresponsabilización/ejecución inter y extrainstitucional, que incluyan la participación activa, integral y contextualizada de todos los involucrados en la salud de la población materno-infantil.

Palabras clave: Amamantamiento Materno; Educación en Enfermería; Educación Médica; Educación Continuada.

*Lista de Figuras,
Quadro e Tabelas*



Figura 1 - Unidades Hospitalares e Unidades de Atenção Básica de Botucatu/SP com áreas de abrangência. Botucatu, 2007.....	58
Figura 2 - Distribuição das porcentagens médias de acertos dos profissionais de saúde, conforme as variáveis de conhecimento. Botucatu, 2008.....	74
Quadro 1 - Distribuição dos profissionais de saúde, sujeitos da investigação, por local de trabalho. Botucatu, 2008.....	59
Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de saúde conforme variáveis de caracterização: tempo de formado, instituição de formação na graduação, tempo de trabalho no serviço atual, sexo, categoria profissional e idade. Botucatu, 2008.....	69
Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de saúde conforme variáveis de caracterização: número de filhos, experiência familiar com aleitamento materno e participação em curso sobre este tema. Botucatu, 2008.....	70
Tabela 3 - Distribuição das respostas dos profissionais de saúde conforme as variáveis de conhecimento: Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e duração ideal dessa prática. Botucatu, 2008.....	71
Tabela 4 - Distribuição das respostas e das porcentagens médias de acertos dos profissionais de saúde, conforme as variáveis de conhecimento. Botucatu, 2008.....	73
Tabela 5 - Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de prática. Botucatu, 2008.....	74
Tabela 6 - Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de conhecimento, segundo local de trabalho. Botucatu, 2008.....	76
Tabela 7 - Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de prática, segundo local de trabalho. Botucatu, 2008....	77
Tabela 8 - Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de prática, segundo área de atenção à saúde. Botucatu, 2008.....	77

Tabela 9 - Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de conhecimento, segundo categoria profissional. Botucatu, 2008.....	78
Tabela 10 - Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de prática, segundo a categoria profissional. Botucatu, 2008.....	79
Tabela 11 - Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de conhecimento, segundo tempo de formado em anos. Botucatu, 2008.....	80
Tabela 12 - Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de prática, segundo tempo de formado. Botucatu, 2008.....	81
Tabela 13 - Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de conhecimento, segundo a participação em cursos sobre AM durante e após a graduação. Botucatu, 2008.....	82
Tabela 14 - Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de prática, segundo a participação em cursos sobre AM durante e após a graduação. Botucatu, 2008.....	83
Tabela 15 - Distribuição dos escores médios de acertos dos conhecimentos e práticas segundo local de trabalho, tempo de formado, categoria profissional e realização de curso sobre aleitamento materno durante e após a graduação. Botucatu, 2008.....	84

Lista de Siglas



AM	Aleitamento Materno
OMS	Organização Mundial de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
RNMBP	Recém-Nascido de Muito Baixo Peso
BLH	Banco de Leite Humano
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
MS	Ministério da Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para A Infância
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
HAC	Hospital Amigo da Criança
PAISMCA	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
UBAC	Unidade Básica Amiga da Criança
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
USF	Unidades de Saúde Da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UHNT	Unidade Hospitalar de Nível Terciário
UHNS	Unidade Hospitalar de Nível Secundário
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
AMP	Aleitamento Materno Predominante

Sumário



RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	13
RESUMEN.....	18
LISTA DE FIGURAS, QUADRO E TABELAS.....	23
LISTA DE SIGLAS.....	26
APRESENTAÇÃO.....	30
1 - INTRODUÇÃO.....	33
1.1. Vantagens e duração do aleitamento materno.....	34
1.2. Desmame precoce e as propostas oficiais para evitá-lo.....	41
1.3. Situação do aleitamento materno no contexto nacional, estadual e local.....	47
1.4. Profissionais de saúde e o aleitamento materno.....	50
2 - OBJETIVOS.....	54
2.1. Objetivo geral.....	55
2.2. Objetivos específicos.....	55
3 - MATERIAL E MÉTODO.....	56
3.1. Desenho do estudo.....	57
3.2. Local de realização do estudo.....	57
3.3. População e amostra.....	59
3.4. Coleta de dados.....	61
3.5. Relação das variáveis.....	62
3.6. Análise de dados.....	64
3.7. Procedimentos éticos.....	66
4 - RESULTADOS.....	68
5 - DISCUSSÃO.....	85
6 - CONCLUSÃO.....	107
7 - REFERÊNCIAS.....	110
ANEXOS.....	119

Apresentação



Iniciei minha carreira profissional em 2001, na Unidade Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, em especial, na Unidade de Terapia Intensiva, onde permaneci por dois anos como enfermeira assistencial. Neste mesmo hospital, na sequência, fui atuar na Unidade de Cuidados Intermediários e Berçário, como coordenadora, onde permaneci até o final de 2006, ano em que fui transferida para o Banco de Leite Humano da mesma instituição, também como coordenadora.

Atuando, portanto, na área neonatal desde a minha iniciação profissional, observei inúmeras vezes, a necessidade do aprimoramento das ações voltadas ao aleitamento materno, independentemente do local em que eu estivesse atuando.

Muitos recém-nascidos de alto risco, internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, acabavam não vivenciando a amamentação, com dificuldade da equipe em reverter esse quadro. Mesmo crianças que permaneciam em alojamento conjunto, com frequência tinham problemas para efetivar o aleitamento materno, principalmente quando as opiniões e orientações divergiam entre a equipe, confundindo e prejudicando o entendimento das nutrizes sobre as condutas a serem seguidas.

Vendo a importância que os profissionais da equipe de saúde, em especial, médicos e enfermeiros têm para que se obtenha êxito no processo de aleitamento materno, inclusive pela possibilidade de levarem segurança às mães

neste momento delicado de suas vidas e de seus filhos, decidi, no mestrado profissional, (re)conhecer as práticas e conhecimentos sobre aleitamento materno daqueles que atendem gestantes, parturientes, puérperas e seus conceitos em serviços públicos de saúde e, desta forma, obter subsídios para o planejamento e desenvolvimento de minhas ações como coordenadora do único Banco de Leite Humano existente em uma ampla região do interior do Estado de São Paulo.

1. Introdução



A temática desta investigação é voltada ao aleitamento materno (AM). Pretende-se estudar conhecimentos e práticas de profissionais de saúde – médicos e enfermeiros, pois se parte do pressuposto de que estes têm relevante papel no processo de implementação de ações de intervenção nesta área, no âmbito dos serviços públicos de saúde, espaços institucionais priorizados neste estudo.

Com a finalidade de inserir e contextualizar o tema, apresenta-se a seguir uma breve revisão da literatura sobre vantagens e duração do aleitamento materno; aspectos que envolvem o desmame precoce e as propostas oficiais para evitá-lo; a situação do aleitamento materno no contexto nacional, estadual e local e a relação dos profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, com o aleitamento materno.

1.1. Vantagens e Duração do Aleitamento Materno

À luz dos conhecimentos científicos atuais, o leite humano é considerado, de forma consensual, como o único alimento capaz de atender de maneira adequada a todas as necessidades fisiológicas do metabolismo dos lactentes, nos primeiros seis meses de vida ¹.

Nas décadas de 1980 e 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendava que a duração do aleitamento materno exclusivo (AME) fosse de quatro a seis meses. Porém, em maio de 2001, a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a recomendação da amamentação exclusiva por seis meses. Do ponto de

vista biológico, o leite materno apresenta em sua composição todos os nutrientes necessários à criança nos seis primeiros meses de vida, com evidências científicas de que a complementação do leite materno com água ou chás, neste período, é desnecessária, mesmo em dias quentes e secos. Após essa idade, é necessária a introdução de outros alimentos à dieta infantil, devendo-se manter o AM até 24 meses ou mais, de forma complementar²⁻³.

Facilmente digerido e assimilado pelo lactente, o leite materno é livre de impurezas e está sempre pronto e à temperatura ideal. É muito mais econômico do que as fórmulas industrializadas e promove o melhor desenvolvimento físico e mental da criança, além de conferir proteção contra doenças infecciosas, como a enterocolite necrotizante, a pneumonia, a otite média, a meningite causada por *Haemophilus influenzae* e as diarréias e, também, contra doenças como diabetes mellitus insulino-dependente e alergias⁴⁻⁵⁻⁶.

Em metanálise publicada em 1999, foi destacada a relação entre o AM e o prognóstico cognitivo dos recém-nascidos. Crianças amamentadas mostraram escores superiores em testes com esta finalidade, quando comparadas àquelas que recebiam leite artificial, especialmente na vigência de baixo peso ao nascer e amamentação por longo período⁷.

No primeiro ano de vida, o desenvolvimento da criança é muito sensível à nutrição e, desta forma, a alimentação adequada é necessária não só para fornecer nutrientes e energia para seu crescimento, mas também para o

amadurecimento e manutenção das funções corpóreas e para a constituição de reservas. Todas essas funções são favorecidas pelo AM⁴.

Do ponto de vista emocional, destaca-se que a proximidade mãe-bebê, intrínseca ao processo de AM, cria uma distância ótima para que o recém-nascido visualize a face de sua mãe, promova a interação do binômio e o estabelecimento de vínculos afetivos e facilita a estimulação infantil, já que durante o processo a mãe pode, entre outras coisas, acariciar, olhar e conversar com seu bebê, favorecendo seu desenvolvimento integral. O contato precoce e prolongado viabilizado pelo aleitamento contribui, ainda, com a redução da ocorrência de abuso, negligência e abandono durante a infância⁸⁻⁹⁻⁶.

Além das vantagens nutricionais, imunológicas e emocionais, o AM promove a saúde do sistema estomatognático. Por promover intenso exercício da musculatura orofacial, a amamentação é apontada como fator determinante para o adequado desenvolvimento craniofacial, estimulando favoravelmente as funções de respiração, deglutição, mastigação e fonação. Os movimentos de ordenha favorecem o adequado selamento labial durante o estado de repouso e a correção do retrognatismo mandibular fisiológico e, também, beneficiam o posicionamento da língua na região palatina dos incisivos centrais, devido à aquisição de tonicidade, como resultado de sua intensa atividade durante as mamadas. Em síntese, ao favorecer o desenvolvimento deste sistema, propicia o correto estabelecimento da respiração nasal e o desenvolvimento de todo o complexo craniofacial¹⁰.

Há evidências de que a amamentação exclusiva por seis meses satisfaz a necessidade fisiológica de sucção da criança. Ao contrário, crianças desmamadas precocemente não suprem essa necessidade e acabam adquirindo hábitos de sucção não nutritiva. A presença de hábitos orais deletérios pode comprometer o equilíbrio da neuromusculatura orofacial e o crescimento craniofacial, propiciando alterações oclusais, dependendo do período, da intensidade e da frequência do hábito ¹¹.

Especificamente, em recém-nascidos pré-termo (RNPT), em revisão de literatura sobre o manejo clínico hospitalar do AM, foram apontadas as vantagens imunológicas do leite humano, seu papel na maturação gastrintestinal, na formação do vínculo mãe-filho e no melhor desempenho neurocomportamental apresentado pelas crianças amamentadas ⁶.

Durante a amamentação, a coordenação da sucção/deglutição dos prematuros é maior e está comprovado que os níveis da pressão parcial de oxigênio transcutânea, da saturação de oxigênio e da temperatura corporal são mais elevados do que os obtidos durante alimentação com mamadeira, confirmando que a alimentação no peito é mais fisiológica para estas crianças ¹².

É provável que as doenças da prematuridade decorram de um desequilíbrio entre as defesas antioxidantes e a exposição a radicais livres liberados após hipóxia ou injúria por reperfusão, cujo excesso traria risco de patologias comuns entre os prematuros, como a enterocolite necrotizante, a displasia broncopulmonar, a hemorragia intraventricular e a retinopatia da prematuridade.

Como o RNPT parece não apresentar proteção contra o estresse oxidativo, o uso do leite humano é vantajoso, já que esse oferece melhor proteção antioxidante que os leites artificiais ¹³.

O leite da mãe de prematuros possui maior concentração de proteínas e carboidratos que o encontrado em leite de mães de bebês de termo. Em caso de recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP), o leite humano é mais facilmente digerido e melhor absorvido. A presença de enzimas ativas e de outros fatores anti-infecciosos protege o prematuro de infecções, inclusive enterocolite necrotizante e infecções respiratórias ¹⁴.

A revisão sistemática de literatura sobre o aleitamento em prematuros, anteriormente citada, também apontou que o leite materno confere proteção contra alergia aos prematuros com história familiar de atopia, principalmente no que diz respeito à incidência de eczema. Isso foi observado aos 18 meses de idade, quando aqueles que receberam leite artificial apresentaram maiores riscos de desenvolver esse tipo de reação se comparados aos que receberam leite de banco de leite humano (BLH) ⁶.

Os ácidos graxos Omega 3 são essenciais para que haja desenvolvimento normal da retina, em especial nos RNMBP. Assim, esses lipídios, juntamente com outras substâncias antioxidantes, como vitamina E, caroteno e taurina, poderiam explicar a proteção oferecida pelo leite materno contra o desenvolvimento da retinopatia da prematuridade. Sabe-se que a incidência e a gravidade dessa doença estão significativamente diminuídas nos prematuros que

foram exclusivamente amamentados ou receberam pelo menos 80% da ingestão láctea na forma de leite humano ¹⁴.

As vantagens psicológicas do vínculo mãe-filho propiciado pela amamentação e suas conseqüências para as crianças prematuras são mais difíceis de medir, mas igualmente têm-se revelado importantes. Uma forma de se verificar o impacto positivo deste vínculo, é atentar para o Método Mãe Canguru, onde o recém-nascido é mantido na posição vertical, em decúbito prono, contra o corpo da mãe, implicando contato precoce e crescente entre os dois. A adoção efetiva deste método permite constatar que o AM com maior apego mãe-filho, leva a uma redução significativa da incidência de infecções graves, inclusive em comparação com o método tradicional de AM em prematuros ¹⁵.

Há vantagens no desempenho cognitivo de crianças nascidas prematuras alimentadas com leite humano e evidências epidemiológicas de que essa prática esteja relacionada a um menor índice de reinternação em RNPT, mesmo após o início de suplementação alimentar. Desse modo, mesmo a amamentação parcial deve ser encorajada, se não for possível a exclusiva, especialmente na população pré-termo ¹⁴⁻⁶.

Com relação às taxas de mortalidade infantil, tanto em países em desenvolvimento quanto em áreas pobres de países desenvolvidos, estas poderiam ser diminuídas, com a implementação do AM. Estima-se que a maioria das 10,8 milhões de mortes infantis, no mundo, ocorridas no ano de 2000, por doenças como pneumonia e diarreia, poderiam ser evitadas se 90% dessas crianças estivessem em

AME, entre zero e cinco meses de vida, e continuando a amamentação com outros alimentos entre seis e 11 meses, haveria uma redução de 13% nesse evento ¹⁶.

Assim, as evidências científicas de que a amamentação é a melhor forma de alimentar os lactentes, especialmente os prematuros, acumulam-se e as autoridades de saúde recomendam sua implementação, por meio de políticas e ações que previnam o desmame precoce.

Com menos ênfase, apresentam-se evidências científicas dos benefícios da amamentação para a mulher. Sabe-se que existe uma relação positiva entre amamentar e apresentar menos doenças, como o câncer de mama, certos cânceres de ovário e fraturas ósseas. Há ainda indícios de um menor risco de morte por artrite reumatóide ¹⁷.

Discute-se, também, a relação do aleitamento com o prolongamento da amenorréia pós-parto e o maior espaçamento intergestacional. Outros benefícios para a mulher que amamenta são: o retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente e o menor sangramento uterino pós-parto, com conseqüente menor ocorrência de anemia ¹⁷.

Além das inúmeras vantagens para os lactentes e suas mães, a prática do AM também repercute positivamente no sistema de saúde, contribuindo com a diminuição de gastos, até mesmo em países onde a mortalidade infantil é baixa. De modo geral, crianças alimentadas artificialmente necessitam cinco vezes mais de tratamentos hospitalares, quando comparadas àquelas amamentadas exclusiva ou parcialmente com leite materno ¹⁸.

1.2. Desmame precoce e as propostas oficiais para evitá-lo

Desmame é definido como o processo natural de introdução gradual de outros alimentos na dieta do lactente, primeiro para complementar o leite do peito e, progressivamente, para substituí-lo, na medida em que a criança esteja preparada para receber a alimentação do adulto ¹⁹.

Entretanto, diversos fatores levam ao desmame precoce e interferem no sucesso do AM, como o baixo nível socioeconômico e cultural ²⁰, o uso de medicamentos pelas puérperas ²¹ e o uso indiscriminado de chupetas ²², entre outros.

Recente estudo qualitativo evidenciou as seguintes alegações maternas para a interrupção do AM: a crença de que seu leite era fraco; as intercorrências com a mama puerperal; a falta de experiência materna; o fato do aleitamento se tornar um fardo frente às mudanças ocorridas no cotidiano; a inadequação entre as necessidades maternas e as da criança; as interferências externas dos familiares, em especial das avós e amigos; o trabalho materno fora do lar; a ambigüidade entre o querer e o poder amamentar; a falta de tempo para si e vergonha de amamentar em público ¹.

Uma das causas apontadas para o desmame precoce, detectada em estudo sobre o espaço social das mulheres em Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo, foi a falta de conhecimento que a mãe tinha a respeito da qualidade do

seu leite, tanto para sanar a fome quanto para conduzir ao adequado desenvolvimento do seu filho ²³.

O desmame precoce tem se configurado como uma relevante preocupação para a saúde pública e alvo de intervenção de políticas públicas no Brasil ²³.

Dentre as políticas que têm influenciado positivamente as taxas de AM e AME, destaca-se a criação, em 1981, do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) pelo Ministério da Saúde (MS), conjugando ações multisetoriais, principalmente nas áreas de comunicação social, assistência à saúde e legislação ²⁴. Os índices alcançados, no entanto, ainda estão bem distantes das recomendações dos órgãos internacionais de proteção à saúde e à infância, como a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Atualmente, o principal programa da área da saúde voltado à proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada pela OMS e UNICEF em 1992. No bojo da IHAC, são propostos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, a saber: Passo 1 - ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; Passo 2 - treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar a referida norma; Passo 3 - informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno; Passo 4 - ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto; Passo 5 - mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação,

mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; Passo 6 - não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno a não ser que seja prescrito pelo médico; Passo 7 - praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia; Passo 8 - encorajar o aleitamento sob livre demanda; Passo 9 - não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito e Passo 10 - encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório ²⁵.

Assim, a IHAC tem como intuito promover de forma abrangente o AM, em especial na forma exclusiva. Há mais de 18 mil hospitais com o título de Hospital Amigo da Criança (HAC) em todo mundo e 289 estão localizados no Brasil. Destaca-se a enorme contribuição desta IHAC para as taxas de aleitamento mundial, em área hospitalar. Dados sobre a implantação desta iniciativa revelaram um aumento de 21% para 70% nas referidas taxas, mas poucos destes hospitais avaliam se o aleitamento é mantido em casa, no período pós-alta ¹⁶.

Estudo sobre a situação do aleitamento materno, realizado em municípios paulistas, evidenciou que crianças cujas mães residiam em locais onde inexistia HAC tinham 2,2 vezes mais chances de receberem precocemente outros líquidos e alimentos nos primeiros quatro meses de vida ²⁶.

Porém, em investigação brasileira realizada no Nordeste, demonstrou-se que apenas ser HAC não era suficiente para garantir a manutenção do aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida, identificando

resposta muito favorável com uma intervenção implementada por agentes comunitários de saúde, voltada ao apoio ao AME e a evitar a introdução precoce de alimentação complementar. Neste estudo, os lactentes que receberam visitas pós-natais em casa tiveram maior prevalência de AME quando comparados aos que não foram visitados: 45% e 13%, respectivamente ¹⁶.

Em Belarus, associou-se à IHAC outro programa de promoção ao AM, resultando em uma taxa de 43% de crianças em AME com três meses de vida, comparado aos 6% de crianças em locais-controles. Destaca-se, porém, que as práticas hospitalares e legislação trabalhista relacionada ao parto, desenvolvidas nesta localidade, são totalmente diversas da realidade brasileira: lá, as puérperas permanecem seis a sete dias internadas e têm direito a três anos de licença maternidade, enquanto no Brasil elas ficam internadas de 24 a 48 horas, resultando em alta hospitalar antes da instalação adequada do AM e têm 120 dias de licença maternidade ²⁷.

Como outro exemplo, um sistema de promoção à prática da amamentação após a alta da maternidade desenvolvido em Bangladesh, previa a realização de 15 visitas antes e depois do parto e resultou em uma taxa de 70% de crianças em amamentação exclusiva aos cinco meses de vida, comparado com 6% das crianças dos estudos controles ²⁸.

A IHAC tem contribuído para aumentar a incidência e a duração da amamentação no Brasil, mas não tem alcançado os patamares desejados. Mesmo que a cobertura desse programa se expanda, seu potencial de impacto tem limites,

tanto pelo tempo curto de permanência da puérpera no hospital, não permitindo o real estabelecimento do AM, quanto por não ser bem enfatizada a continuação do processo após a internação, como sugere o 10º passo da IHAC²⁹. Esse passo aponta a relevância do apoio à nutriz, indicando a necessidade de se viabilizar que os serviços de saúde acompanhem o processo, após a alta hospitalar¹⁶.

No Brasil, assim como em muitos outros países, a rede de assistência primária à saúde é pública e disponível à maioria das mulheres, tornando-se a principal responsável por acompanhar as gestantes durante o pré-natal e, posteriormente, os lactentes e suas mães²⁹.

A gestação é uma etapa chave para a promoção do AM, pois é nesse período que a maioria das mulheres define os padrões de alimentação que espera praticar com seu filho. Após a alta da maternidade, o acompanhamento pediátrico ou de puericultura durante a primeira infância é essencial para o apoio na manutenção da amamentação.

Entre as experiências positivas de propostas de intervenção por parte da rede de atenção básica, destaca-se, durante a década de 1980, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA) da Secretaria do Estado da Saúde do Rio de Janeiro, que seguindo orientação do Ministério da Saúde, desenvolvia várias ações de promoção ao aleitamento materno no conjunto das ações básicas de saúde²⁹.

Destacam-se, também a proposta de Unidade Básica Amiga da Criança (UBAC) de Londrina em 1995 e, quatro anos depois, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), criada no Estado do Rio de Janeiro. Os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação da IUBAAM são fruto de uma revisão sistemática³⁰ sobre as intervenções conduzidas nas fases de pré-natal e de acompanhamento do binômio mãe-bebê que foram efetivas em estender a duração da amamentação. Foi criada também uma metodologia de avaliação, a partir da adaptação dos instrumentos da IHAC. Essa tecnologia foi, então, incorporada pelo MS, que constituiu uma equipe de consultores em AM, que passou a investir na viabilização e aperfeiçoamento da IUBAAM para implantá-la em todo o Brasil. Foi desenvolvido o Curso de 24 horas de Capacitação de Multiplicadores da IUBAAM, o Curso de 40 horas de Capacitação de Avaliadores da IUBAAM e o material didático e de avaliação correspondentes³¹.

Considerando a proposta oficial para evitar o desmame precoce, também devem ser citadas a ampliação da Rede de Bancos de Leite Humano, os Projetos Carteiro Amigo e Bombeiros da Vida, a Semana Mundial da Amamentação e a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras³².

1.3. Situação do aleitamento materno no contexto nacional, estadual e local

Pesquisas realizadas nos últimos trinta anos demonstram que a prática do AM tem aumentado no país. A duração mediana da amamentação foi mais do que duplicada entre 1975 e 1989, passando de 2,5 meses para 5,5 meses ³³. Estimou-se que em 1975, uma em cada duas mulheres brasileiras amamentava apenas até o segundo ou terceiro mês e, em 1999, uma em cada duas mulheres brasileiras amamentava até cerca de dez meses ²⁴.

Estudo desenvolvido em 1999, sobre a prevalência do AM nas capitais brasileiras, evidenciou que a maioria das crianças (87,3%) era amamentada no primeiro mês de vida. Essa proporção decrescia para 77,5% aos 120 dias e para 68,6% aos 180 dias. Os maiores percentuais de prevalência foram encontrados nas regiões Norte e Centro-Oeste do país, nas diferentes idades. Com relação ao percentual de crianças alimentadas exclusivamente com leite materno, este foi baixo já no primeiro mês de vida: 47,5%; aos 120 dias, a proporção estimada foi 17,7% e aos 180 dias, 7,7%. A região Sul destacou-se com as maiores prevalências de AME para todas as idades. A estimativa para o Brasil, considerando-se crianças até seis meses de idade, para AM e AME era de 68,6% e 7,7%, respectivamente ³⁴.

Algumas diferenças e semelhanças na frequência do AME entre as capitais merecem ser realçadas: em Fortaleza, os percentuais de crianças com 30 e 120 dias de vida alimentadas somente com o leite materno correspondiam a 73,4% e 29%, respectivamente e em Recife, as taxas de amamentação, nas mesmas idades,

situavam-se em 34,1% e 17,3%. No entanto, aos 180 dias, ambas as localidades apresentavam prevalências semelhantes dessa modalidade de aleitamento: Fortaleza com 10,2% e Recife com 10,3%. Os resultados sugerem que as capitais em melhor situação de AME, nos primeiros meses, encontraram dificuldades em manter essa condição e seus lactentes chegaram ao final do primeiro semestre de vida em patamares semelhantes aos verificados nos municípios que não alcançaram desempenho tão favorável no início do período ³⁴.

No Estado de São Paulo, estudo realizado com 84 municípios que colheram dados sobre a alimentação das crianças menores de um ano no Dia Nacional de Vacinação de 1998, evidenciou que apenas 27 deles apresentaram taxa superior a 20% de prevalência de AME em menores de quatro meses, raramente alcançando-se níveis superiores a 30%. Identificaram-se como fatores de risco para o desmame precoce: a baixa escolaridade materna, a ausência de IHAC, a primiparidade e a maternidade precoce ²⁶. No ano seguinte, com metodologia semelhante, investigação realizada no mesmo estado buscou conhecer os determinantes do AME até o sexto mês de vida, sendo evidenciada maior chance desta prática entre mulheres com educação terciária, na faixa etária entre 25 e 29 anos, múltiparas, cujo peso ao nascer dos filhos foi superior a 3000g e residentes em municípios que desenvolviam atividades pró-aleitamento, entre outros. Esse estudo concluiu que a existência de ações de proteção, promoção e apoio à amamentação, implementadas nos municípios, influenciaram positivamente o AME, atenuando o impacto dos fatores de risco relacionados ao desmame ³⁵.

Em Botucatu/SP, município de realização da presente investigação, a tendência do AM em uma década de avaliação (1995-2004) evidenciou uma melhora importante dessa prática, tanto para o AME quanto para o AM, embora de forma menos contundente: a duração mediana do AME aumentou 14 dias e, do AM, 85 dias, representando incremento de 82% e de 50,9%, respectivamente, na década³⁶.

Tais resultados foram atribuídos à criação do BLH na maternidade de um hospital terciário do referido município, em 1992, bem como a intenção desse hospital em se qualificar como HAC; a mudança na atenção básica municipal, com a criação de unidades de saúde da família (USF) e o aumento no número dos profissionais de saúde envolvidos com a amamentação³⁶. Esses fatos apóiam evidências da literatura, no que diz respeito ao AM, de que o potencial de influência dos serviços e profissionais de saúde é grande.

No mesmo município, dados de uma pesquisa de 2004, sobre a situação do AME em crianças menores de quatro meses, demonstraram que em AME estavam 38% delas e 85% estavam em AM. No dia anterior à pesquisa, tomaram leite de vaca ou outros leites 33,4% das crianças, 29,2% receberam chás e 22,4% água³⁷.

Pelo exposto, fica evidente que apesar da tendência favorável, há ainda muito a melhorar no que diz respeito às ações relativas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, nos diferentes contextos citados.

1.4. Profissionais de saúde e o aleitamento materno

Historicamente, organismos internacionais e nacionais têm apresentado propostas de intervenção pelos serviços de saúde com a finalidade de promover, proteger e apoiar o AM, que parecem estar influenciando positivamente neste sentido. Dentre as ações oficialmente propostas, destacam-se as intervenções educativas em amamentação, aos profissionais de saúde ³⁸.

Tais ações têm sido elaboradas tendo por base os conhecimentos técnico-científicos vigentes, considerando-se, também, que a formação profissional possa ser insuficiente no tema.

É importante que o profissional de saúde sinta-se responsável pelos casos de desmame precoce em situações sob sua orientação e que busque a razão de cada caso de insucesso, refletindo sobre o que poderia ter feito a mais e melhor. O êxito da amamentação está na dependência das emoções da mãe, do preparo técnico e do comportamento das pessoas que a cercam. Respeitar, aceitar, ter empatia e compreender aqueles diretamente envolvidos com esta prática, são atitudes que facilitam a resolução dos problemas, levando a um pós-parto saudável, contribuindo para o estabelecimento dos importantes vínculos entre os pais e filhos ³⁹.

Assim, nas últimas décadas, foram elaborados e preconizados diversos cursos e materiais de treinamento para os já formados, pela OMS e pelo UNICEF, muitos dos quais foram adaptados e viabilizados pelo MS e secretarias

estaduais e municipais de saúde, visando à qualificação profissional em AM, com especificidades de enfoques, de população-alvo e de carga horária ³⁸.

Considera-se, pois, que o sucesso do AM depende, além de fatores sociais, culturais e psicológicos da puérpera, também do conhecimento técnico e científico dos profissionais de saúde envolvidos com a promoção, proteção, apoio, manejo clínico e práticas de aconselhamento nesta área ⁴⁰.

É válido salientar que promoção envolve trabalhar de forma a aumentar o reconhecimento pela sociedade das inúmeras vantagens do AM, criando um ambiente em que população, profissionais de saúde, dirigentes e gestores de serviços públicos e privados, empregadores e empregados valorizem esta prática. Proteção diz respeito à atitude de defender e favorecer o AM com intervenções reguladoras e transformadoras do ambiente, tornando-o mais favorável ao AM. Apoiar significa sustentar, ser auxílio e amparo para a mãe que amamenta ⁴¹.

Pode-se afirmar que manejo clínico se refere à abordagem prática do processo de AM, segundo as competências clínicas e as habilidades técnicas dos profissionais envolvidos. Já o aconselhamento pode ser definido como uma relação interpessoal, na qual o conselheiro assiste o indivíduo na sua totalidade psíquica ⁴².

Compreender mais profundamente os problemas que cercam uma consulta, de maneira a diagnosticá-los corretamente e, assim, ajudar efetivamente uma mãe a resolvê-los é o cerne do aconselhamento ⁴³.

Ressalte-se que o papel dos serviços de saúde é importante em todas as etapas assistenciais, e os profissionais da saúde precisam estar qualificados para as orientações e manejo técnico adequados nos períodos pré-natal, de atenção ao parto, puerpério e puericultura, com competência e habilidades para oferecer e garantir o apoio, viabilizando o aleitamento precoce e complementado pelo tempo indicado.

Foram observadas, em estudo sobre as alegações maternas para o desmame precoce, duas questões presentes em todos os momentos das entrevistas: a solidão, relacionada ao isolamento da mulher-mãe e a necessidade de obter apoio para a consecução da amamentação, junto ao setor de saúde e nos demais seguimentos, como o núcleo familiar ¹.

Em estudo realizado em 14 países, com aproximadamente 30 mil mulheres, verificou-se que o apoio profissional ou leigo efetivo aumentava qualquer tipo de aleitamento ⁴⁴.

No Brasil, desde a implantação do PNIA, em 1981, iniciou-se um processo de conscientização dos profissionais, enfatizando a responsabilidade de todos na promoção, incentivo e apoio ao AM ²⁴. Partiu-se do princípio de que as informações e as práticas dos profissionais de saúde influenciam o estabelecimento e manutenção do AM ²³.

Para que possam desempenhar seu papel a contento, os profissionais de saúde devem se instrumentalizar com conhecimentos técnicos e científicos atualizados. Desta forma, estarão colaborando com a garantia do direito

de toda criança de ser amamentada, conforme consta do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ⁴⁵.

Considerando a importância do aleitamento materno, sua duração ainda limitada e a influência dos profissionais de saúde, especialmente de enfermeiros e de médicos, em sua prevalência, propôs-se a realização do presente estudo, cujos objetivos são apresentados a seguir.

2. Objetivos



2.1. Objetivo Geral

Investigar os conhecimentos e práticas sobre o aleitamento materno de médicos e enfermeiros que atendem lactentes nos serviços públicos de saúde do município de Botucatu/SP.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar e analisar os conhecimentos e as práticas desenvolvidas nas unidades de atenção básica e nas maternidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por base as atuais recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde;

- Analisar os conhecimentos e práticas considerando o local de trabalho, o tempo transcorrido desde a formação dos profissionais, a categoria profissional e a participação em curso sobre aleitamento materno durante e após a graduação.

3. Material e Método



3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, analítico, inserido no campo da educação em saúde, focado nos conhecimentos e práticas de profissionais de saúde, relativos ao aleitamento materno.

3.2. Local de realização do estudo

O estudo foi realizado em Botucatu, município situado na região centro sul do Estado de São Paulo, com população estimada de aproximadamente 120.000 habitantes ⁴⁶.

Para atendimento ao SUS, Botucatu/SP conta com 16 unidades de saúde que compõem a rede de atenção básica, sendo oito do modelo tradicional, unidades básicas de saúde (UBS) (cinco Centros de Saúde e três Policlínicas) e oito sob a estratégia Saúde da Família, as USF, onde atuam 10 equipes. Para o atendimento ao parto e puerpério, o município conta com um hospital-escola, unidade hospitalar de nível terciário (UHNT) - o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (HC-UNESP) e um Hospital Filantrópico, a Associação Beneficente de Hospitais Sorocabana (ABHS), unidade hospitalar de nível secundário (UHNS). Esses serviços estão representados na Figura 1.

Figura 1 – Unidades Hospitalares e Unidades de Atenção Básica de Botucatu/SP com áreas de abrangência. Botucatu, 2007.

3.3. População e amostra

O universo do estudo foi composto por todos os médicos e enfermeiros que atendiam lactentes nos serviços públicos de saúde de Botucatu/SP, incluindo Centros de Saúde e Policlínicas (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e maternidades da ABHS (UHNS) e do HC-UNESP (UHNT), totalizando 106 profissionais. Entretanto, cinco destes profissionais não puderam participar desta pesquisa (3 médicos e 2 enfermeiros), configurando, assim, uma população de estudo de 101 participantes.

No Quadro 1, é apresentada a distribuição dos participantes do estudo por local de trabalho.

Quadro 1 – Distribuição dos profissionais de saúde, sujeitos da investigação, por local de trabalho. Botucatu, 2008.

Local de Trabalho	Nº	%
UHNT	31	30,7
UBS	29	28,7
USF	20	19,8
UHNS	9	8,9
UHNS e UHNT	5	5,0
UHNS ou UHNT e UBS ou USF	7	6,9
Total	101	100,0

Da UHNT, participaram do estudo, profissionais dos setores que se dedicam ao atendimento do recém-nascido e lactente jovem: Unidade Neonatal, Alojamento Conjunto e Ambulatório de Puericultura, totalizando nove médicos pediatras, entre docentes e médicos contratados e 22 enfermeiros.

Das UBS, 14 médicos pediatras e 15 enfermeiros que atendem a toda a população adscrita, inclusive a infantil, responderam ao questionário e das USF, 11 enfermeiros e nove médicos de família, que, seguindo as diretrizes do MS, atendem às grandes áreas – saúde da mulher, do adulto e da criança, indistintamente⁴⁷.

Na maternidade da UHNS, dois médicos pediatras e sete enfermeiros participaram da investigação. Destaca-se, porém, que os enfermeiros atuam em todos os setores deste hospital, não sendo escalados, habitualmente, para atuação exclusiva na maternidade.

Alguns profissionais atuavam em mais de uma instituição: UHNS e UHNT (três médicos e dois enfermeiros); UHNS ou UHNT e UBS ou USF (sete médicos).

No total, 44 médicos e 57 enfermeiros que atuavam com recém-nascidos e lactentes nos serviços de saúde de Botucatu/SP vinculados ao SUS, constituíram a população deste estudo.

3.4. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2007, a partir de um questionário estruturado com questões abertas e fechadas.

Este instrumento de coleta de dados contempla questões relacionadas à caracterização profissional, ao conhecimento específico em aleitamento materno e à prática relacionada ao processo de amamentação (Anexo 1). Para sua construção, partiu-se de um outro instrumento validado em investigação realizada com profissionais de cinco municípios brasileiros, que objetivou analisar aspectos da implementação e operacionalização da promoção da saúde no Programa Saúde da Família, realizando-se as adaptações consideradas necessárias para permitir analisar tanto conhecimentos quanto práticas relativas ao AM⁴⁸.

Em seguida, o instrumento foi avaliado por três peritos na área, duas enfermeiras e uma nutricionista, que auxiliaram na formulação das questões em seu formato final e do gabarito.

Realizou-se, então, teste piloto com 10 profissionais (seis enfermeiros e quatro médicos), o que viabilizou a re-elaboração de algumas questões que não apresentavam clareza. A consistência do instrumento foi verificada pelo Cálculo do α -Cronbach, analisando a proporção entre locais de trabalho para cada um dos níveis da escala de acerto.

O Cálculo do α -Cronbach foi empregado por se tratar de um método de confiabilidade, com um índice de consistência interna que toma valores

entre 0 y e 1 y, utilizado para comprovar que o instrumento que se está avaliando não contém informações defeituosas, o que poderia levar a conclusões equivocadas. Portanto, α -Cronbach é um coeficiente de correlação ao quadrado, que mede a homogeneidade das perguntas, promovendo correlação entre todos os itens, para observar se, efetivamente, esses se parecem. Sua interpretação resume-se a: quanto mais se aproximar ao índice extremo 1, maior será a sua confiabilidade, considerando a representatividade a partir de 0,80.

3.5. Relação das variáveis

As variáveis relativas à caracterização dos participantes do estudo incluíram: sexo (masculino e feminino); idade (anos); local atual de trabalho (UBS, USF, UHNS, UHNT); tempo de serviço neste local (anos e/ou meses); formação universitária (médico ou enfermeiro); ano de conclusão do curso de graduação, instituição de graduação (nome); filhos (sim ou não), número de filhos; idade dos filhos (anos); experiência em aleitamento com filhos (sim ou não); duração do aleitamento dos filhos amamentados (meses); participação durante e/ou após a graduação de cursos sobre aleitamento materno (sim ou não) e carga horária dos cursos (horas).

Para subsidiar a análise dos conhecimentos relacionados à amamentação, as seguintes variáveis foram utilizadas: conhecimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (sim ou não); citação de três desses

passos; duração ideal do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo (4 meses, 6 meses, 12 meses, 24 meses ou mais, não sei, outro); concordância com afirmações relativas à: produção e composição do leite, posição, pega e sucção, traumas mamilares, duração das mamadas, hipogalactia, interrupção do aleitamento materno, higiene das mamas e fórmulas infantis (sim, não e não sei).

A prática dos profissionais em relação à amamentação foi estudada investigando-se as seguintes variáveis: a frequência com que desaconselham o uso de chupeta e a frequência com que desaconselham a manutenção do aleitamento materno exclusivo para mães que trabalham fora (na maioria das consultas, eventualmente e nunca ou muito raramente).

Para contemplar o estudo das especificidades da prática de profissionais das unidades hospitalares, foram investigadas as seguintes variáveis: as frequências com que colocam o bebê para mamar na sala de parto, com que testam a sucção do bebê com soro glicosado e com que prescrevem ou aconselham o uso de fórmulas infantis para bebês normais (na maioria das vezes, eventualmente e nunca ou muito raramente). Para os profissionais da atenção básica, foram investigadas as seguintes variáveis de prática: as frequências com que abordam as vantagens e importância da amamentação, com que observam uma mamada e com que orientam como lidar com fissuras, dor ou ingurgitamento (na maioria das consultas, eventualmente e nunca ou muito raramente).

3.6. Análise dos dados

Para análise dos dados, iniciada em outubro de 2007, foi construído um banco no software Microsoft Office Excel, versão 8.0, que permitiu a entrada de dados e o intercâmbio de informações com outro software estatístico utilizado, o EpiInfo, versão 3.3.2. Toda digitação foi realizada pela autora e a consistência dos dados foi testada a partir de questões associadas.

Quanto à análise dos acertos sobre conhecimentos e práticas em AM, foram tomadas como parâmetro as recomendações do MS³.

Inicialmente, a análise dos dados considerou as frequências das respostas de todos os profissionais, a cada aspecto abordado das variáveis de conhecimentos e práticas em AM, bem como foram consideradas as porcentagens médias de acertos para cada um destes aspectos. Especificamente para análise das práticas, foram excluídos os 12 profissionais que possuíam mais de um vínculo empregatício. Passou-se, então, a trabalhar com 89 médicos e enfermeiros.

A seguir, as porcentagens médias de acertos foram avaliadas segundo as características dos profissionais priorizadas neste estudo: local de trabalho, tempo de formação, categoria profissional e frequência a cursos, quando foi aplicado o teste de diferença de proporções (Teste Qui-quadrado) e calculado o nível de significância de cada aspecto abordado ($p < 0,05$).

Optou-se por considerar desempenho bom, quando a porcentagem de acertos ficou entre 80% e 100%, regular, entre 50% e 79,9% e ruim abaixo de 50%.

Na seqüência, trabalhou-se com escores médios de acertos, pontuando as 40 questões sobre conhecimentos com 0,25 pontos cada, totalizando 10 pontos e as cinco questões sobre práticas com 2 pontos cada uma, também totalizando 10 pontos. A média dos escores de acertos foi, então, obtida entre conhecimentos e práticas.

Para compor as 40 questões sobre conhecimentos, incluíram-se aquelas relativas à: duração e frequência das mamadas, fatores relacionados à baixa produção de leite, pega correta, composição do leite humano, motivo para interrupção do aleitamento, higiene das mamas, razões para o oferecimento imediato de fórmula, propriedades das fórmulas infantis, cuidados com traumas mamilares, duração do AME e do AM e citação de três dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Para os profissionais atuantes em maternidades, as cinco questões sobre práticas foram relativas à: orientação às mães para evitarem o uso de chupeta e como manterem o aleitamento materno mesmo trabalhando fora, frequência com que coloca o bebê para mamar na sala de parto, prescreve fórmulas para bebês normais e testa sucção com soro glicosado.

Para aqueles que atuavam em unidades de atenção básica, incluíram-se as questões relativas à: orientação às mães para evitarem o uso de

chupeta e como manterem o aleitamento materno mesmo trabalhando fora e com que frequência orienta sobre as vantagens do aleitamento nas consultas de puericultura, observa uma mamada e orienta sobre prevenção de traumas mamilares durante essas consultas.

Para comparar as variáveis de caracterização dos profissionais (local de trabalho, tempo de formação, categoria profissional e frequência a cursos) em relação aos escores médios de acertos de conhecimentos e de práticas e a média entre estes dois últimos, foi utilizada uma análise de variância, seguida do Teste F para detectar as diferenças entre cada um dos efeitos. Caso fosse encontrada uma diferença significativa entre os efeitos, previu-se a aplicação do Teste Tukey para comparações múltiplas.

3.7. Procedimentos éticos

O projeto desta pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu, respeitando-se as recomendações para pesquisas envolvendo seres humanos⁴⁹.

Para garantir o sigilo durante a coleta de dados, os questionários foram entregues nas unidades de atenção básica aos cuidados do enfermeiro responsável pelo setor e sem qualquer forma de identificação dos mesmos. Após respondê-lo, o profissional o colocava em um envelope em branco, lacrando-o em seguida, para depois devolver ao enfermeiro.

Nas unidades hospitalares, o questionário foi entregue pela pesquisadora, diretamente aos profissionais sujeitos do estudo. Após o seu preenchimento, este também era colocado em envelope em branco e lacrado, para então ser devolvido a ela.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos utilizado é apresentado em anexo (Anexo 2), assim como a cópia da aprovação do CEP (Anexos 3 e 4).

4. Resultados



A maior parte dos profissionais participantes do estudo tinha até 10 anos de formado (53,5%), formou-se em instituição pública (61,4%), atuava há menos de 10 anos no atual local de trabalho (62,4%), era do sexo feminino (83,2%), enfermeiro (56,4%) e 58,4% encontravam-se na faixa etária entre 25 e 40 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de saúde conforme variáveis de caracterização: tempo de formado, instituição de formação na graduação, tempo de trabalho no serviço atual, sexo, categoria profissional e idade. Botucatu, 2008.

Variáveis de Caracterização (n=101)	Nº	%
Tempo de Formado		
0 a 5	30	29,7
6 a 10	24	23,8
11 a 15	15	14,8
16 a 20	17	16,8
21 ou mais	13	12,9
Não consta	2	2,0
Instituição de Formação na Graduação		
Pública	62	61,4
Privada	33	32,7
Não consta	6	5,9
Tempo de Trabalho no Serviço Atual*		
0 a 5	42	41,6
6 a 10	21	20,8
11 a 15	12	11,9
16 a 20	10	9,9
21 ou mais	6	5,9
Não consta	10	9,9
Sexo		
Feminino	84	83,2
Masculino	16	15,8
Não consta	1	1,0
Categoria Profissional		
Enfermeiro	57	56,4
Médico	44	43,6
Idade		
25 a 30	28	27,7
31 a 35	17	16,8
36 a 40	14	13,9
41 a 45	17	16,8
46 a 50	6	5,9
51 ou mais	5	5,0
Não consta	14	13,9

* Para profissionais que atuavam em dois ou mais serviços, considerou-se o maior tempo.

Entre aqueles que tinham filhos, a maioria teve experiência com a amamentação dos mesmos (88,9%), em geral, no primeiro ano de vida. Não participaram de curso sobre AM 60,4% dos profissionais durante a graduação e 38,6% após a graduação (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de saúde conforme variáveis de caracterização: número de filhos, experiência familiar com aleitamento materno e participação em curso sobre este tema. Botucatu, 2008.

Variáveis de Caracterização	Nº	%
Filhos (n=101)		
Nenhum	47	46,5
1	17	16,8
2	28	27,7
3 ou mais	9	8,9
Experiência com aleitamento dos filhos (n=54)		
Nenhum	6	11,1
1	14	25,9
2	27	50,0
3 ou mais	7	13,0
Tempo de aleitamento do 1º filho (n=54)		
0	6	11,1
1 ou 2	5	9,2
3 ou 4	11	20,4
5 ou 6	10	18,5
7 a 12	9	16,7
13 ou mais	11	20,4
Não consta	2	3,7
Tempo de aleitamento do 2º filho (n=34)		
0	0	0
1 ou 2	2	5,9
3 ou 4	6	17,6
5 ou 6	6	17,6
7 a 12	13	38,3
13 ou mais	5	14,7
Não consta	2	5,9
Tempo de aleitamento do 3º filho (n=7)		
0	0	0
1 ou 2	1	14,3
3 ou 4	2	28,6
5 ou 6	1	14,3
7 a 12	3	42,8
Curso Durante a Graduação (n=101)		
Nenhum	61	60,4
1	24	23,8
2	7	6,9
3 ou mais	4	4,0
Não consta	5	4,9
Curso Após a Graduação (n=101)		
Nenhum	39	38,6
1	32	31,7
2	10	9,9
3 ou mais	12	11,9
Não consta	8	7,9

Pouco mais de um terço da população estudada (34,7%) conhecia três ou mais passos para o sucesso do aleitamento materno, sendo que o Passo 9 foi o mais citado. Os menos citados foram os Passos 5 e 10. A duração do AME foi corretamente apontada pela maioria dos profissionais, assim como a duração do AM: 91,0% e 85,2%, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das respostas dos profissionais de saúde conforme as variáveis de conhecimento: Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e duração ideal dessa prática. Botucatu, 2008.

Variáveis de Conhecimento	Nº	%
Número de passos citados (n=101)		
Nenhum passo	46	45,5
1 passo	8	7,9
2 passos	12	11,9
3 ou mais passos	35	34,7
Passos citados (n=137)		
Passo 9-Não oferecer bicos artificiais a bebês em AM	36	26,3
Passo 4-Iniciar o aleitamento na primeira meia hora pós-parto	20	14,6
Passo 7-Praticar o Alojamento Conjunto	20	14,6
Passo 8-Encorajar o AM em livre demanda	16	11,7
Passo 6-Oferecer somente o leite materno ao recém-nascido	13	9,5
Passo 3-Informar as gestantes sobre as vantagens do AM	12	8,8
Passo 2-Treinar toda equipe de cuidados de saúde	10	7,3
Passo 1-Ter uma norma escrita sobre AM	6	4,4
Passo 5- Manter a lactação mesmo se a mãe é separada do bebê	2	1,4
Passo 10-Encaminhar as nutrizes para grupos de apoio	2	1,4
Duração do AME (n=101)		
4 meses	3	3,0
6 meses	92	91,0
12 meses	1	1,0
24 meses ou mais	4	4,0
Não consta	1	1,0
Duração do AM (n=101)		
4 meses	0	0
6 meses	7	6,9
12 meses	6	5,9
24 meses ou mais	86	85,2
Não consta	2	2,0

A Tabela 4 evidencia que somente uma única questão foi acertada por todos os profissionais: “*Mães que trabalham fora de casa e não têm a possibilidade de deixar o bebê em uma creche próxima ao trabalho devem suspender a amamentação*”, pois todos os profissionais discordaram dessa afirmativa. As questões relacionadas ao conhecimento sobre a *composição do leite humano* e *motivos para interrupção do aleitamento materno* revelaram-se, na totalidade, com bons resultados (porcentagem de acertos entre 80% e 100%). Nas demais variáveis, encontram-se uma ou mais questões cujos resultados também podem ser classificados como bons, excetuando-se a variável *pega correta*, pois a porcentagem de acertos variou entre 50% e 79,9% e abaixo de 50%, permitindo a classificação como regular ou ruim, respectivamente.

Ainda em relação à Tabela 4, observa-se que as dúvidas mais freqüentes em relação ao AM se referem à variável de conhecimento: *razões para o oferecimento imediato de fórmula* e, coerentemente, as menos freqüentes se referem à variável: *composição do leite humano* e aos *motivos para interrupção do aleitamento materno*.

Esses resultados correspondem ao que ilustra a Figura 2, baseado nas porcentagens médias de acertos das variáveis de conhecimento sobre AM estudadas. As maiores porcentagens médias de acertos foram relativas às variáveis: *motivos para interrupção do aleitamento materno* e *composição do leite humano*, respectivamente, 96,0% e 94,4% e, a menor, nas questões sobre a *pega correta*, 42,3% (Figura 2).

Tabela 4 – Distribuição das respostas e das porcentagens médias de acertos dos profissionais de saúde, conforme as variáveis de conhecimento. Botucatu, 2008.

Variáveis de Conhecimento (n=101).	Sim	Não	Não sei	Acertos
	Nº	Nº	Nº	%
Duração e frequência das mamadas				
Esgotar o conteúdo de uma mama antes de trocar	91	9	1	90,1
Bebê prematuro deve mamar a cada duas horas	67	32	2	31,7
Bebê de termo deve mamar a cada três horas	46	53	2	52,5
Cada mamada deve ser limitada a 15 – 20 minutos	36	62	3	61,4
Fatores relacionados à baixa produção de leite				
Oferta de outros alimentos ao bebê	92	9	0	91,1
Oferta de outros líquidos	82	19	0	81,2
A não ordenha do leite em excesso	54	46	1	53,5
Interrupção das mamadas noturnas	59	35	7	58,4
Pouco estímulo à produção, com mamadas curtas	51	44	6	50,5
Déficit alimentar materno	38	63	0	62,4
Pega correta				
Reflexo de busca ocorre com o toque da mão no queixo	79	18	4	17,8
O queixo do bebê toca a mama	76	19	6	75,2
As bochechas do bebê fazem covinhas	42	47	12	46,5
Sobra mais aréola acima do que abaixo da boca	30	64	7	29,7
Composição do leite humano				
Mantém a quantidade de água suficiente até o 6º mês	99	2	0	98,0
Há mais gordura no leite no final da mamada	90	10	1	89,1
O leite do início é igual ao do final da mamada	3	97	1	96,0
Motivos para interrupção do aleitamento materno				
Se houver lesão ativa por herpes na mama/mamilo	91	8	2	90,1
Mães portadoras de HIV	99	2	0	98,0
Mãe trabalha fora de casa e não há creche próxima	0	101	0	100,0
Higiene das mamas				
São suficientes banho e troca diária do <i>soutien</i>	86	14	1	85,1
Lavar com água e sabão antes de cada mamada	26	73	2	72,3
Usar compressas absorventes (mantém mama seca)	17	76	6	75,2
Uso de pomadas não requer remoção antes de aleitar	9	90	2	89,1
Razões para o oferecimento imediato de fórmula infantil				
Discreta desaceleração no ganho de peso	22	71	8	70,3
Ausência de apojadura no 3º dia pós-parto	18	76	7	75,2
Mãe precisa voltar a trabalhar no 3º mês pós-parto	11	83	7	82,2
Se a criança dá mostras de estar com fome	23	61	17	60,4
Fórmula infantil				
Contém quantidade de água adequada para o bebê	42	56	3	55,4
Possui fatores anti-infecciosos semelhantes ao leite humano	5	92	4	91,1
Fornece nutrientes suficientes independente da oferta	3	97	1	96,0
Cuidados com traumas mamilares				
Usar absorventes mamários para manter os mamilos secos	18	77	6	76,2
Ordenhar o leite e oferecer com chucha ou mamadeira	14	86	1	85,1
Usar pomadas antes e após as mamadas	5	95	1	94,1
Suspender a amamentação	5	96	0	95,0

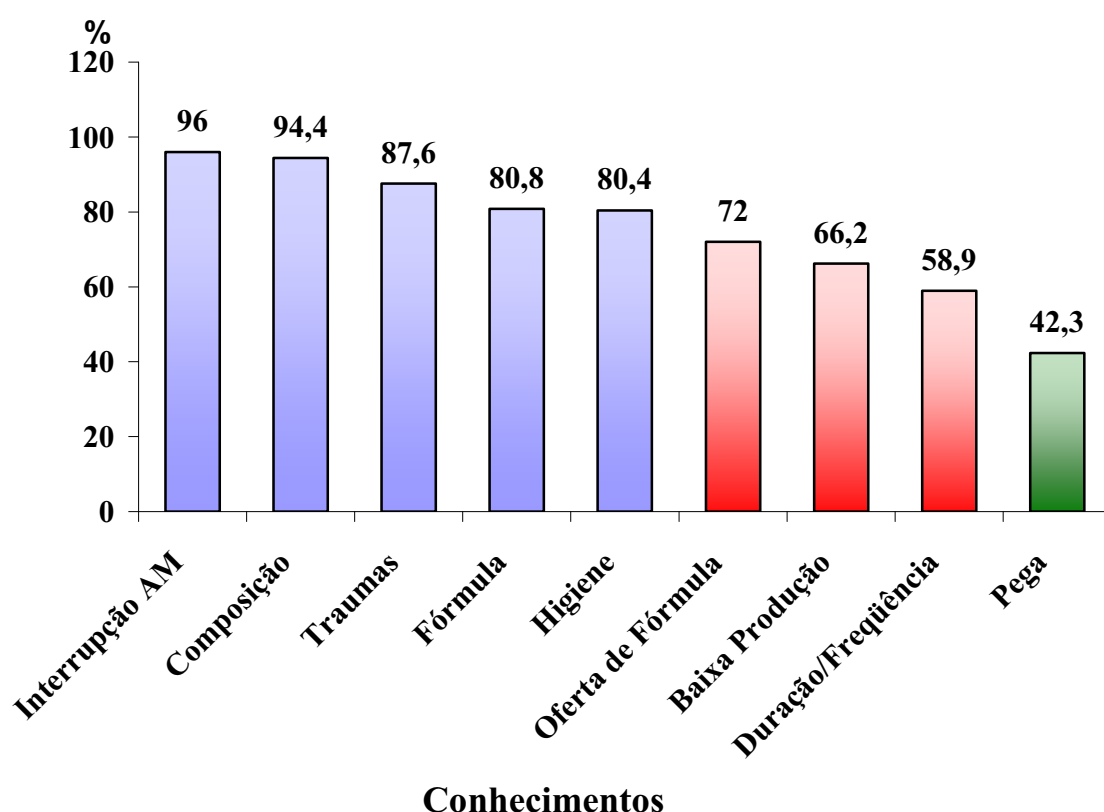


Figura 2 – Distribuição das porcentagens médias de acertos dos profissionais de saúde, conforme as variáveis de conhecimento. Botucatu, 2008.

Como pré-estabelecido, configuram-se como desempenho bom, as colunas assinaladas pela cor azul; regular, as assinalada em vermelho e ruim, as assinaladas em verde.

Tabela 5 – Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de prática. Botucatu, 2008.

Variáveis de Práticas	Nº	%
Orienta mães a evitarem o uso de chupeta (n=89)	76	85,4
Orienta mães como manterem aleitamento materno mesmo trabalhando fora (n=89)	69	77,5
Coloca o bebê para mamar na sala de parto (n=40)	20	50,0
Prescreve fórmulas para bebês normais (n= 40)	29	72,5
Testa sucção com soro glicosado (n=40)	21	52,5
Orienta sobre as vantagens do aleitamento nas consultas de puericultura (n=49)	48	98,0
Observa uma mamada nas consultas de puericultura (n=49)	29	59,2
Orienta sobre prevenção de traumas mamilares nas consultas de puericultura (n=49)	35	71,4

A distribuição dos acertos dos médicos e enfermeiros estudados em relação às variáveis de prática evidencia desempenho bom com relação à *orientação sobre o uso de chupeta e sobre as vantagens do aleitamento nas consultas de puericultura* (Tabela 5).

As Tabelas apresentadas a seguir mostram os resultados sobre as variáveis de conhecimento e de prática segundo o local de trabalho (Tabelas 6 a 8), categoria profissional (Tabelas 9 e 10), tempo de formado (Tabelas 11 e 12) e participação em curso sobre AM durante e após a graduação (Tabelas 13 e 14). Salienta-se que para essas análises, foram excluídos os 12 profissionais que atuavam em mais de um serviço e, assim, o total passou a 89 profissionais.

Nas questões relacionadas aos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre AM, segundo o local de trabalho, houve diferença estatisticamente significativa apenas quando se considerou entre *os fatores relacionados à baixa produção de leite*, a oferta de outros líquidos, com menos acertos entre profissionais da UHNS (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de conhecimento, segundo local de trabalho. Botucatu, 2008.

Variáveis de Conhecimento	UHNT (n=31)		UHNS (n=9)		UBS (n=29)		USF (n=20)		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Duração e frequência das mamadas										
Esgotar o conteúdo de uma mama antes de trocar	27	87,1	8	88,9	26	89,7	18	90,0	0,1403	0,9866
Bebê prematuro deve mamar a cada duas horas	8	25,8	1	11,1	9	31,0	11	55,0	7,1439	0,0675
Bebê de termo deve mamar a cada três horas	14	45,2	2	22,2	18	62,1	12	60,0	5,4628	0,1409
Cada mamada deve ser limitada a 15 – 20'	16	51,6	7	77,8	15	51,7	15	75,0	4,7714	0,1893
Fatores relacionados à baixa produção de leite										
Oferta de outros alimentos ao bebê	28	90,3	7	77,8	26	89,7	20	100,0	3,9851	0,2631
Oferta de outros líquidos	24	77,4	3	33,3	26	89,7	19	95,0	17,4327	0,0006
A não ordenha do leite em excesso	15	48,4	2	22,2	15	51,7	14	70,0	5,9502	0,1141
Interrupção das mamadas noturnas	21	67,7	3	33,3	17	58,6	9	45,0	4,6772	0,1970
Pouco estímulo à produção, com mamadas curtas	18	58,1	5	55,6	16	55,2	9	45,0	0,8828	0,8296
Déficit alimentar materno	17	54,8	6	66,7	19	65,5	13	65,0	0,9831	0,8053
Pega correta										
Reflexo de busca ocorre com o toque da mão no queixo	11	35,5	4	44,4	16	55,2	12	60,0	3,7375	0,2912
O queixo do bebê toca a mama	23	74,2	7	77,8	20	69,0	17	85,0	1,6866	0,6399
As bochechas do bebê fazem covinhas	7	22,6	2	22,2	6	20,7	2	10,0	1,4190	0,7011
Sobra mais aréola acima do que abaixo da boca	11	35,5	2	22,2	9	31,0	7	35,0	0,6434	0,8864
Composição do leite humano										
Mantém a quantidade de água suficiente até o 6º mês	31	100,0	8	88,9	29	100,0	19	95,0	5,2883	0,1519
Há mais gordura no leite no final da mamada	25	80,6	7	77,8	27	93,1	19	95,0	4,0077	0,2606
O leite do início é igual ao do final da mamada	29	93,5	8	88,9	29	100,0	19	95,0	2,5713	0,4626
Motivos para interrupção do aleitamento materno										
Se houver lesão ativa por herpes na mama ou mamilo	28	90,3	9	100,0	27	93,1	19	95,0	1,1732	0,7594
Mães portadoras de HIV	30	96,8	9	100,0	29	100,0	20	100,0	1,8922	0,5951
Mãe trabalha fora de casa e não há creche próxima	31	100,0	9	100,0	29	100,0	20	100,0	-	-
Higiene das mamas										
São suficientes banho e troca do <i>soutien</i> diariamente	23	74,2	8	88,9	25	86,2	18	90,0	2,8941	0,4155
Lavar com água e sabão antes de cada mamada	20	64,5	6	66,7	24	82,8	14	70,0	2,6873	0,4424
Usar compressas absorventes para manter as mamas secas	25	80,6	8	88,9	22	75,9	14	70,0	1,5364	0,6739
Uso de pomadas não requer remoção antes de aleitar	24	77,4	7	77,8	28	96,6	19	95,0	6,9242	0,0744
Razões para oferecimento imediato de fórmula infantil										
Discreta desaceleração no ganho de peso	21	67,7	6	66,7	20	69,0	19	95,0	5,8708	0,1181
Ausência de ajuda no 3º dia pós-parto	13	41,9	5	55,6	20	69,0	14	70,0	5,9303	0,1150
Mãe precisa voltar a trabalhar no 3º mês pós-parto	24	77,4	8	88,9	17	58,6	13	65,0	4,3356	0,2274
Se a criança dá mostra de estar com fome	27	87,1	8	88,9	21	72,4	17	85,0	1,7419	0,6277
Fórmula infantil										
Contém quantidade de água adequada para o bebê	18	58,1	4	44,4	14	48,3	11	55,0	0,8739	0,8317
Contém fatores anti-infecciosos semelhantes ao leite humano	28	90,3	6	66,7	27	93,1	19	95,0	6,2503	0,1000
Fornece nutrientes suficientes independente da oferta	29	93,5	9	100,0	29	100,0	19	95,0	2,3919	0,4951
Cuidados com traumas mamilares										
Usar absorventes mamilares para manter mamilos secos	26	83,9	8	88,9	22	75,9	13	65,0	3,2306	0,3574
Ordenhar o leite e oferecer com chupa ou mamadeira	31	100,0	9	100,0	26	89,7	19	95,0	4,2067	0,2400
Usar pomadas antes e após as mamadas	27	87,1	7	77,8	26	89,7	19	95,0	1,9785	0,5769
Suspender a amamentação	29	93,5	8	88,9	28	96,6	19	95,0	0,8247	0,8436
Duração ideal da amamentação										
AME	29	93,5	7	77,8	27	93,2	19	95,0	2,9096	0,4058
AM	25	80,7	7	77,8	23	79,4	19	95,0	2,6334	0,4537

As Tabelas 7 e 8 também apresentam os acertos quanto às variáveis de prática estudadas, local de trabalho. Houve diferença significativa quando se considerou a orientação das mães para evitarem o uso de chupetas, com menos intervenção na UHNT (Tabela 7) e nas unidades hospitalares, quando comparadas com as de atenção básica (Tabela 8).

Tabela 7 – Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de prática, segundo local de trabalho. Botucatu, 2008.

Variáveis de Prática	UHNT (n=31)		UHNS (n=9)		UBS (n=29)		USF (n=20)		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Orienta as mães a evitarem o uso de chupeta	21	67,7	9	100,0	26	9,7	20	100,0	13,1264	0,0044
Orienta as mães como manterem o aleitamento materno mesmo trabalhando fora	21	67,7	8	88,9	24	82,8	16	80,0	2,8964	0,4079
Coloca o bebê para mamar na sala de parto	15	48,4	5	55,6					0,000	1,0000
Prescreve fórmulas para bebês normais	21	67,7	8	88,9					0,6836	0,4084
Testa sucção com soro glicosado	17	54,8	4	44,4					0,0291	0,8645
Orienta sobre as vantagens do aleitamento nas consultas de puericultura					28	96,6	20	100,0	0,7040	0,4014
Observa uma mamada nas consultas de puericultura					17	58,6	12	60,0	0,0093	0,9231
Orienta sobre prevenção de traumas mamilares nas consultas de puericultura					20	69,0	15	75,0	0,0190	0,8903

Tabela 8 – Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de prática, segundo área de atenção à saúde. Botucatu, 2008.

Variáveis de Prática	Hospitalar (n=40)		Atenção Básica (n=49)		X ²	p
	Nº	%	Nº	%		
Orienta as mães a evitarem o uso de chupeta	30	75,0	46	93,9	4,8694	0,0273
Orienta as mães como manterem o aleitamento materno mesmo trabalhando fora	29	72,5	40	81,6	0,5953	0,4404
Coloca o bebê para mamar na sala de parto	20	50,0				
Prescreve fórmulas para bebês normais	29	72,5				
Testa sucção com soro glicosado	21	52,5				
Orienta sobre as vantagens do aleitamento nas consultas de puericultura			48	97,9		
Observa uma mamada nas consultas de puericultura			29	59,2		
Orienta sobre prevenção de traumas mamilares nas consultas de puericultura			35	71,4		

As Tabelas 9 e 10 são relativas aos conhecimentos e práticas segundo a categoria profissional dos participantes do estudo.

Tabela 9 – Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de conhecimento, segundo categoria profissional. Botucatu, 2008.

Variáveis de Conhecimento	Médico (n=34)		Enfermeiro (n=55)		X ²	p
	N °	%	N °	%		
Duração e frequência das mamadas						
Esgotar o conteúdo de uma mama antes de trocar	30	88,2	49	89,1	0,0154	0,9012
Bebê prematuro deve mamar a cada duas horas	14	41,2	15	27,6	1,2703	0,2597
Bebê de termo deve mamar a cada três horas	19	55,9	27	49,1	0,1638	0,6857
Cada mamada deve ser limitada a 15 - 20 minutos	16	47,1	37	67,3	2,7744	0,0958
Fatores relacionados à baixa produção de leite						
Oferta de outros alimentos ao bebê	30	88,2	51	92,7	0,1146	0,7350
Oferta de outros líquidos	28	82,4	44	80,0	0,0753	0,7838
A não ordenha do leite em excesso	17	50,0	29	52,7	0,0010	0,9746
Interrupção das mamadas noturnas	20	58,8	30	54,5	0,0308	0,8608
Pouco estímulo à produção, com mamadas curtas	18	52,9	30	54,5	0,0218	0,8827
Déficit alimentar materno	23	67,6	32	58,2	0,4468	0,5038
Pega correta						
Reflexo de busca ocorre com o toque da mão no queixo	15	44,1	28	50,9	0,1638	0,6857
O queixo do bebê toca a mama	24	70,6	43	78,2	0,3069	0,5796
As bochechas do bebê fazem covinhas	5	14,7	12	21,8	0,3045	0,5810
Sobra mais aréola acima do que abaixo da boca	11	32,4	18	32,7	0,0013	0,9708
Composição do leite humano						
Mantém a quantidade de água suficiente até o 6º mês	33	97,1	54	98,2	0,1206	0,7284
Há mais gordura no leite no final da mamada	32	94,1	46	83,6	1,2732	0,2592
O leite do início é igual ao do final da mamada	33	97,1	52	94,5	0,0090	0,9764
Motivos para interrupção do aleitamento materno						
Se houver lesão ativa por herpes na mama ou mamilo	33	97,1	50	90,9	0,4750	0,4907
Mães portadoras de HIV	34	100,0	54	98,2	0,6252	0,4291
Mãe trabalha fora de casa e não há creche próxima	34	100,0	55	100,0	-	-
Higiene das mamas						
São suficientes banho e troca do <i>soutien</i> diariamente	27	79,4	47	85,5	0,2012	0,6538
Lavar com água e sabão antes de cada mamada	25	73,5	39	70,9	0,0006	0,9804
Usar compressas absorventes para manter as mamas secas	24	70,6	45	81,8	0,9446	0,3311
Uso de pomadas não requer remoção antes de aleitar	32	94,1	46	83,6	1,2732	0,2592
Razões para o oferecimento imediato de fórmula infantil						
Discreta desaceleração no ganho de peso	29	85,3	37	67,3	2,6824	0,1015
Ausência de apojadura no 3º dia pós-parto	21	61,8	31	56,4	0,0790	0,7789
Mãe precisa voltar a trabalhar no 3º mês pós-parto	25	73,5	37	67,3	0,1494	0,6991
Se a criança dá mostra de estar com fome	27	79,4	46	83,6	0,0485	0,8257
Fórmula infantil						
Contém quantidade de água adequada para o bebê	21	61,8	26	47,3	1,2369	0,2661
Contém fatores anti-infecciosos semelhantes ao leite humano	32	94,1	48	87,3	0,4609	0,4972
Fornece nutrientes suficientes independente da oferta	34	100,0	52	94,5	0,6099	0,4348
Cuidados com traumas mamilares						
Usar absorventes mamários para manter os mamilos secos	24	70,6	45	81,8	0,9446	0,3311
Ordenhar o leite e oferecer com chupa ou mamadeira	32	94,1	53	96,4	0,2469	0,6192
Usar pomadas antes e após as mamadas	33	97,1	46	83,6	2,5690	0,1090
Suspender a amamentação	33	97,1	51	92,7	0,1510	0,6976
Duração ideal da amamentação						
AME	29	85,3	53	96,4	2,1895	0,1390
AM	30	88,3	44	80,0	0,5141	0,4734

Não houve diferença significativa, quando se consideraram as variáveis de conhecimento de médicos e enfermeiros sobre AM (Tabela 9). Para as práticas, os enfermeiros mais freqüentemente *observam uma mamada nas consultas de puericultura* (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de prática, segundo a categoria profissional. Botucatu, 2008.

Variáveis de Práticas	Médicos		Enfermeiros		X ²	p
	Nº	%	Nº	%		
Orienta mães a evitarem o uso de chupeta	29 (n=34)	85,3	47 (n=55)	85,5	0,0004	0,9834
Orienta mães como manterem aleitamento materno mesmo trabalhando fora	27 (n=34)	79,4	42 (n=55)	76,4	0,0054	0,9415
Coloca o bebê para mamar na sala de parto	8 (n=11)	72,7	12 (n=29)	41,1	2,0063	0,1567
Prescreve fórmulas para bebês normais	9 (n=11)	81,8	20 (n=29)	69,0	1,2587	0,2619
Testa sucção com soro glicosado	9 (n=11)	81,8	12 (n=29)	41,4	3,7338	0,0533
Orienta sobre as vantagens do aleitamento nas consultas de puericultura	22 (n=23)	95,7	26 (n=26)	100,0	0,0380	0,9506
Observa uma mamada nas consultas de puericultura	9 (n=23)	39,1	20 (n=26)	76,9	5,7361	0,0166
Orienta sobre prevenção de traumas mamilares nas consultas de puericultura	13 (n=23)	56,5	22 (n=26)	84,6	3,4435	0,0635

As Tabelas 11 e 12 são relativas aos conhecimentos e práticas considerando-se o tempo de formado dos profissionais: até 10 anos ou mais de 10 anos.

Tabela 11 – Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de conhecimento, segundo tempo de formado em anos. Botucatu, 2008.

Variáveis de Conhecimento	Tempo de Formado				X ²	p
	Até 10 anos (n=49)		+de 10 anos (n=40)			
	Nº	%	Nº	%		
Duração e frequência das mamadas						
Esgotar o conteúdo de uma mama antes de trocar	41	83,7	38	95,0	1,8109	0,1784
Bebê prematuro deve mamar a cada duas horas	13	26,5	16	40,0	1,2573	0,2622
Bebê de termo deve mamar a cada três horas	19	38,8	27	67,5	6,1717	0,0130
Cada mamada deve ser limitada a 15 - 20 minutos	31	63,3	22	55,0	0,3286	0,5665
Fatores relacionados à baixa produção de leite						
Oferta de outros alimentos ao bebê	44	89,8	37	92,5	0,0051	0,9433
Oferta de outros líquidos	39	79,6	33	82,5	0,0058	0,9393
A não ordenha do leite em excesso	24	49,0	22	55,0	0,1240	0,7247
Interrupção das mamadas noturnas	23	46,9	27	67,5	2,9928	0,0833
Pouco estímulo à produção, com mamadas curtas	28	57,1	20	50,0	0,2104	0,6464
Déficit alimentar materno	29	59,2	26	65,0	0,1173	0,7320
Pega correta						
Reflexo de busca ocorre com o toque da mão no queixo	25	51,0	18	45,0	0,1240	0,7247
O queixo do bebê toca a mama	40	81,6	27	67,5	1,6653	0,1969
As bochechas do bebê fazem covinhas	9	18,4	8	20,0	0,0380	0,8455
Sobra mais aréola acima do que abaixo da boca	16	32,7	13	32,5	0,0020	0,9878
Composição do leite humano						
Mantém a quantidade de água suficiente até o 6 ° mês	47	95,9	40	100,0	0,3289	0,5663
Há mais gordura no leite no final da mamada	44	89,8	34	85,0	0,1297	0,7188
O leite do início é igual ao do final da mamada	47	95,9	38	95,0	0,0433	0,8352
Motivos para interrupção do Aleitamento Materno						
Se houver lesão ativa por herpes na mama ou mamilo	47	95,9	36	90,0	0,4661	0,4948
Mães portadoras de HIV	49	100,0	39	97,5	0,0104	0,9186
Mãe trabalha fora de casa e não há creche próxima	49	100,0	40	100,0		
Higiene das mamas						
São suficientes banho e troca do <i>soutien</i> diariamente	41	83,7	33	82,5	0,0216	0,8830
Lavar com água e sabão antes de cada mamada	32	65,3	32	80,0	1,6827	0,1946
Usar compressas absorventes para manter as mamas secas	36	73,5	33	82,5	0,5777	0,4472
Uso de pomadas não requer remoção antes de aleitar	42	85,7	36	90,0	0,0826	0,7738
Razões p/ oferecimento imediato de fórmula infantil						
Discreta desaceleração no ganho de peso	33	67,3	33	82,5	1,9072	0,1673
Ausência de apojadura no 3º dia pós-parto	26	53,1	26	65,0	0,8475	0,3573
Mãe precisa voltar a trabalhar no 3º mês pós-parto	33	67,3	29	72,5	0,0866	0,7686
Se a criança dá mostra de estar com fome	42	85,7	31	77,5	0,5276	0,4676
Fórmula infantil						
Contém quantidade de água adequada para o bebê	21	42,9	26	65,0	3,4898	0,0617
Contém fatores antiinfecciosos semelhantes ao leite humano	41	83,7	39	97,5	3,2355	0,0721
Fornece nutrientes suficientes independente da oferta	46	93,9	40	100,0	1,0032	0,3165
Cuidados com traumas mamilares						
Usar absorventes mamários para manter os mamilos secos	39	79,6	30	75,0	0,0681	0,7941
Ordenhar o leite e oferecer com chuca ou mamadeira	48	98,0	37	92,5	0,5217	0,4701
Usar pomadas antes e após as mamadas	42	85,7	37	92,5	0,4502	0,5022
Suspender a amamentação	46	93,9	38	95,0	0,0523	0,8191
Duração ideal da amamentação						
AME	46	93,9	36	90,0	0,0785	0,7793
AM	42	85,7	32	80,0	0,1864	0,6659

Tabela 12 – Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de prática, segundo tempo de formado. Botucatu, 2008.

Variáveis de Práticas	Tempo de Formado				X ²	p
	Até 10 anos		+ de 10 anos			
	Nº	%	Nº	%		
Orienta as mães a evitarem o uso de chupeta	42 (n=49)	85,7	34 (n=40)	85,0	0,0090	0,9244
Orienta as mães como manterem o aleitamento materno mesmo trabalhando fora	38 (n=49)	77,6	31 (n=40)	77,5	0,000	1,000
Coloca o bebê para mamar na sala de parto	9 (n=25)	36,0	11 (n=15)	73,3	3,8400	0,0500
Prescreve fórmulas para bebês normais	18 (n=25)	72,0	11 (n=15)	73,3	0,0084	0,9272
Testa sucção com soro glicosado	12 (n=25)	48,0	9 (n=15)	60,0	0,1671	0,6827
Orienta sobre as vantagens do aleitamento nas consultas de puericultura	24 (n=24)	100,0	24 (n=25)	96,0	0,9800	0,3222
Observa uma mamada nas consultas de puericultura	15 (n=24)	62,5	14 (n=25)	56,0	0,0141	0,9055
Orienta sobre prevenção de traumas mamilares nas consultas de puericultura	18 (n=24)	75,0	17 (n=25)	68,0	0,0510	0,8213

Os profissionais com mais de 10 anos de formado tiveram significativamente mais acertos quando se investigou a *duração e frequência das mamadas*, por discordarem da amamentação a cada três horas para os recém-nascidos de termo (Tabela 11). Na avaliação das práticas, esses profissionais mais freqüentemente promovem o aleitamento na sala de parto (Tabela 12).

Nas Tabelas 13 e 14, apresentam-se os resultados, segundo a participação em cursos sobre AM durante e após a graduação.

Tabela 13 – Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de conhecimento, segundo a participação em cursos sobre AM durante e após a graduação. Botucatu, 2008.

Variáveis de Conhecimento	Curso durante e após graduação				X ²	p
	Sim (n=26)		Não (n=63)			
	Nº	%	Nº	%		
Duração e frequência das mamadas						
Esgotar o conteúdo de uma mama antes de trocar	24	92,3	55	87,3	0,0967	0,7558
Bebê prematuro deve mamar a cada duas horas	9	34,6	20	31,7	0,0020	0,9889
Bebê de termo deve mamar a cada três horas	15	57,7	31	49,2	0,2453	0,6204
Cada mamada deve ser limitada a 15 - 20 minutos	15	57,7	38	60,3	0,0527	0,8185
Fatores relacionados à baixa produção de leite						
Oferta de outros alimentos ao bebê	25	96,2	56	88,9	0,4654	0,4951
Oferta de outros líquidos	20	76,9	52	82,5	0,1002	0,7516
A não ordenha do leite em excesso	14	53,8	32	50,8	0,0080	0,9770
Interrupção das mamadas noturnas	17	65,4	33	52,4	0,7911	0,3738
Pouco estímulo à produção, com mamadas curtas	13	50,0	35	55,6	0,0597	0,8070
Déficit alimentar materno	19	73,1	36	57,1	1,3619	0,2432
Pega correta						
Reflexo de busca ocorre com o toque da mão no queixo	14	53,8	29	46,0	0,1915	0,6617
O queixo do bebê toca a mama	21	80,8	46	73,0	0,2509	0,6164
As bochechas do bebê fazem covinhas	1	3,8	16	25,4	4,2248	0,0398
Sobra mais aréola acima do que abaixo da boca	11	42,3	18	28,6	1,0174	0,3131
Composição do leite humano						
Mantém a quantidade de água suficiente até o 6º mês	26	100,0	61	96,8	0,0176	0,8946
Há mais gordura no leite no final da mamada	25	96,2	53	84,1	1,4727	0,2249
O leite do início é igual ao do final da mamada	25	96,2	60	95,2	0,0360	0,8496
Motivos para interrupção do aleitamento materno						
Se houver lesão ativa por herpes na mama ou mamilo	26	100,0	57	90,5	1,3564	0,2442
Mães portadoras de HIV	26	100,0	62	98,4	0,4174	0,5182
Mãe trabalha fora de casa e não há creche próxima	26	100,0	63	100,0	-	-
Higiene das mamas						
São suficientes banho e troca do <i>soutien</i> diariamente	22	84,6	52	82,5	0,0566	0,8120
Lavar com água e sabão antes de cada mamada	19	73,1	45	71,4	0,0248	0,8750
Usar compressas absorventes para manter as mamas secas	19	73,1	50	79,4	0,1347	0,7136
Uso de pomadas não requer remoção antes de aleitar	25	96,2	53	84,1	1,4727	0,2249
Razões para o oferecimento imediato de fórmula infantil						
Discreta desaceleração no ganho de peso	19	73,1	47	74,6	0,0224	0,8811
Ausência de apoiajuda no 3º dia pós-parto	18	69,2	34	54,0	1,1926	0,2748
Mãe precisa voltar a trabalhar no 3º mês pós-parto	18	69,2	44	69,8	0,0032	0,9546
Se a criança dá mostra de estar com fome	23	88,5	50	79,4	0,5080	0,4760
Fórmula infantil						
Contém quantidade de água adequada para o bebê	14	53,8	33	52,4	0,0159	0,8998
Contém fatores anti-infecciosos semelhantes ao leite humano	25	96,2	55	87,3	0,7622	0,3826
Fornece nutrientes suficientes independente da oferta	26	100,0	60	95,2	0,2363	0,6269
Cuidados com traumas mamilares						
Usar absorventes mamários para manter os mamilos secos	21	80,8	48	76,2	0,0366	0,8482
Ordenhar o leite e oferecer com chucha ou mamadeira	25	96,2	60	95,2	0,0360	0,8496
Usar pomadas antes e após as mamadas	24	92,3	55	87,3	0,0967	0,7558
Suspender a amamentação	24	92,3	60	95,2	0,0016	0,9682
Duração ideal da amamentação						
AME	24	92,3	58	92,1	0,0015	0,9690
AM	23	88,6	51	81,0	0,3016	0,5829

Tabela 14 – Distribuição dos acertos dos profissionais de saúde sobre as variáveis de prática, segundo a participação em cursos sobre AM durante e após a graduação. Botucatu, 2008.

Variáveis de Prática	Curso durante e após a Graduação				X ²	P
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%		
Orienta mães a evitarem o uso de chupeta	22 (n=26)	84,6	54 (n=63)	85,7	0,0178	0,8938
Orienta mães como manterem aleitamento materno mesmo trabalhando fora	19 (n=26)	73,1	50 (n=63)	79,4	0,1347	0,7136
Coloca o bebê para mamar na sala de parto	7 (n=9)	77,8	13 (n=31)	41,9	2,2939	0,1299
Prescreve fórmulas para bebês normais	7 (n=9)	77,8	22 (n=31)	71,0	0,1622	0,6871
Testa sucção com soro glicosado	4 (n=9)	44,4	17 (n=31)	54,8	0,0291	0,8645
Orienta sobre as vantagens do aleitamento nas consultas de puericultura	17 (n=17)	100,0	31 (n=32)	96,9	0,5423	0,4615
Observa uma mamada durante as consultas de puericultura	11 (n=17)	64,7	18 (n=32)	56,3	0,0718	0,7888
Orienta sobre prevenção de traumas mamilares	13 (n=17)	76,5	22 (n=32)	68,8	0,0563	0,8124

Profissionais que participaram de cursos sobre AM durante e após a graduação tiveram significativamente menos acertos quando se investigou a *pega correta*, pois consideraram que as bochechas do lactente devem, de fato, fazer covinhas ao mamar (Tabela 13). Nas variáveis de prática, não houve diferença entre os grupos (Tabela 14).

Os resultados dos escores médios de acertos sobre as variáveis de conhecimento e práticas, estabelecidas para viabilizar a análise comparativa dos mesmos, constam da Tabela 15.

Tabela 15 – Distribuição dos escores médios de acertos dos conhecimentos e práticas segundo local de trabalho, tempo de formado, categoria profissional e realização de curso sobre aleitamento materno durante e após a graduação. Botucatu, 2008.

Variáveis Estudadas		Escore Médios de Acertos		
Local de trabalho		Conhecimentos	Práticas	Total
UHNT		7,2	7,9	7,6
UHNS		6,6	9,5	8,1
UBS		7,3	8,3	7,8
USF		7,7	8,7	8,2
p		0,1064	0,1509	0,2572
Tempo de formado (anos)				
Até 10 anos		7,0	8,5	7,8
Mais de 10 anos		7,4	8,2	8,0
p		0,2039	0,4555	0,9425
Categoria profissional				
Médico		7,3	7,9	7,6
Enfermeiro		7,2	8,7	8,0
p		0,6389	0,1137	0,2436
Curso sobre AM durante e após a graduação				
Sim		7,4	8,5	8,0
Não		7,2	8,3	7,8
p		0,4565	0,6487	0,4669

De acordo com a Tabela 15, embora não se tenham obtido diferenças estatisticamente significativas, pôde-se constatar que, de um modo geral, os escores médios de acertos das práticas foram sempre superiores aos dos conhecimentos. Especificamente, os escores médios de acertos para conhecimentos e práticas foram discretamente maiores para os profissionais das USF (8,2), com mais de 10 anos de formação (8,0), enfermeiros (8,0) e participantes de cursos específicos sobre o tema (8,0).

5. Discussão



Os médicos e enfermeiros, entre outros profissionais de saúde, têm várias oportunidades de contato com gestantes, mães e seus recém-nascidos, nos diferentes níveis de atenção à saúde e, portanto, possuem maiores chances de desenvolverem ações voltadas à promoção, proteção e apoio ao AM. Os resultados do presente estudo permitem afirmar que os objetivos estabelecidos foram atingidos, ao possibilitarem a elaboração de um diagnóstico consistente sobre o preparo desses profissionais para realizarem tais ações.

Algumas limitações, porém, merecem ser destacadas: no universo de 106 profissionais, cinco deles (4,7%) não puderam participar da pesquisa por estarem ausentes do trabalho, em licença médica ou em férias e, da população efetivamente estudada, 12 não puderam participar de parte da pesquisa, quando se estratificou por local de trabalho, pois ao mesmo tempo estavam profissionalmente vinculados à atenção básica e hospitalar.

Considerando as perdas ocorridas, pelo número reduzido e por contemplarem ambas as categorias profissionais, pode-se afirmar que os resultados obtidos representam os conhecimentos e práticas dos profissionais que atendem lactentes no município de Botucatu/SP – médicos e enfermeiros – sobre AM.

A análise da caracterização sociodemográfica evidencia a diversidade da população de estudo em relação a todas as variáveis investigadas: tempo de formado, instituição de formação na graduação, tempo de trabalho no serviço atual, sexo, categoria profissional, idade, número de filhos, tempo de aleitamento destes e participação em curso sobre AM durante e após a graduação.

Entre essas variáveis, destaca-se a categoria profissional: não houve grande diferença numérica entre médicos e enfermeiros. Considerando que era condição para participação do estudo a atuação com lactentes, essa população tem, de fato, sido atendida por esses profissionais. Porém, na UHNS os enfermeiros não atuam exclusivamente na área da maternidade, sendo responsáveis, em seu plantão, por outros setores do hospital. Essa situação é bastante comum na região: estudo realizado em todas as maternidades da então Direção Regional de Saúde XI – Botucatu, no ano de 2006, com o objetivo de avaliar o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento evidenciou que apenas na única UHNT dessa Regional havia enfermeiros atuando, exclusivamente, na área neonatal em todos os plantões⁵⁰.

É indiscutível a importância do trabalho multidisciplinar na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Porém, o desenho deste estudo não permite afirmar se ele está ou não sendo desenvolvido em Botucatu/SP, já que a avaliação do processo de atenção não estava entre os objetivos deste estudo.

O número de profissionais que tinha até cinco anos de trabalho no serviço atual foi superior ao de profissionais com esse tempo de formado, o que mostra a absorção, pelo mercado de trabalho, para além dos recém-formados. Duas questões podem estar envolvidas com este fato: em 2003, foram implantadas as primeiras equipes de saúde da família do município, com contratação de médicos e enfermeiros e nos últimos anos a UHNT tem ampliado a contratação de enfermeiros, de forma a mantê-los atuando nas 24 horas do dia, não apenas na área neonatal, mas também na obstétrica, incluindo-se o alojamento conjunto.

A expressiva participação feminina neste estudo está de acordo com a feminização do trabalho em saúde, tendência do mercado de trabalho em saúde apontada em âmbito nacional nas últimas décadas ⁵¹.

Com relação à idade dos sujeitos investigados, podem ser considerados, em sua maioria, adultos jovens, por estarem na faixa etária entre 20 e 40 anos. Este é o período de vida em que as habilidades cognitivas assumem maior complexidade e as escolhas profissionais são feitas ⁵². Ao adulto, é assegurado o espaço do trabalho e da produtividade, que lhe assegura o papel de tutor, do responsável pelos seus descendentes e, portanto, de referência para as outras fases da vida ⁵³.

Pode-se afirmar que a população do estudo tinha poucos filhos, visto que menos de 10% dos profissionais referiram três ou mais e este dado reflete a situação brasileira. Estudo sobre fecundidade em âmbito nacional evidencia queda progressiva no número de filhos por mulher: em 1970, a mulher brasileira tinha, em média, 5,8 filhos e, 30 anos depois, esta média era de 2,3 filhos. A tendência de queda se mantém, exceto entre as adolescentes, pois considerando o total de filhos das mulheres em idade fértil, aumentou a contribuição das jovens entre 15 e 19 anos ⁵⁴.

De um modo geral, a experiência pessoal com aleitamento materno foi freqüente e os casos de ausência desse processo ocorreram com o primeiro filho, demonstrando que mesmo entre profissionais de saúde, com o primeiro filho são enfrentadas maiores dificuldades, justificando a necessidade de atenção dos

serviços de saúde junto às primíparas. Em estudo sobre a frequência e determinantes do aleitamento materno no Estado de São Paulo, foram apontados como fatores de risco para o desmame precoce: a baixa escolaridade materna, a ausência de programa HAC, a primiparidade e a maternidade precoce²⁶.

Ainda com relação às variáveis de caracterização da população estudada, deve-se destacar a baixa frequência a cursos sobre AM, tanto durante quanto após a graduação, embora no primeiro caso a situação seja especialmente delicada, já que foi referida por mais de 60% dos participantes a ausência de cursos durante a graduação.

O enfermeiro, como membro da equipe de saúde e como um dos profissionais que mais se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, tem um importante papel educativo e assistencial no atendimento ao binômio mãe-filho e, para tal, deve se preparar desde a graduação⁵⁵. Entretanto, em estudo recente voltado ao conhecimento específico do enfermeiro sobre AM, a maioria dos profissionais entrevistados (66,6%) referiu ter adquirido conhecimentos sobre a temática durante seus cursos de graduação, porém, 61,9% deles relataram não terem sido suficientes os conhecimentos obtidos, destacando terem percebido uma grande distância entre a teoria e a prática⁴⁰.

Com relação ao médico, pesquisa mineira realizada entre os anos de 2000 e 2002, evidenciou que conselhos dados a mães por pediatras treinados contribuíram para a prática de amamentar exclusivamente nos primeiros seis meses de vida dos lactentes. Tais achados mostram um caminho: deve haver formação e

informação atualizada ao pediatra e à equipe sobre AM ⁵⁶. Capacitações dos profissionais de saúde, como as anteriormente referidas, certamente auxiliam a melhoria de conhecimentos e habilidades sobre a prática em relação à amamentação ⁵⁷, indicando a importância de incorporar o conteúdo teórico-prático destes cursos aos currículos das escolas médicas e demais escolas da área da saúde.

Tem-se por pressuposto que a amamentação não é uma prática instintiva e, para melhorar a sua efetividade, é necessário adequar o aprendizado das mães, o que pode ser viabilizado com a participação ativa dos profissionais de saúde, oferecendo orientações e suporte oportuno e contínuo para as gestantes/mães e lactantes. Quando isso não está disponível nos serviços de saúde, pode-se iniciar o sofrimento materno, fundamentado no ingurgitamento, nas fissuras e na percepção de fome por meio do comportamento do recém-nascido.

Em 1990, o Brasil foi um dos países participantes de encontro realizado em Florença, Itália (*Spedale degli Innocenti*), promovido pela OMS e UNICEF, buscando mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao AM. Nessa época, foi produzido e adotado pelos participantes do encontro, intitulado "Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global", um conjunto de metas chamado "*Declaração de Innocenti*", resgatando o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso. A partir de então, foi idealizada a IHAC, já descrita anteriormente ⁵⁸. Quase a metade dos profissionais deste estudo não soube referir nenhum dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, da IHAC. Mesmo considerando que este tema está muito mais próximo dos trabalhadores de unidades hospitalares, como

existem evidências científicas amplamente divulgadas sobre a adoção dos Dez Passos o sucesso do AM ⁵⁹, considera-se o percentual de desconhecimento, 45,5%, muito alto. Ressalta-se que em estudo anteriormente realizado em maternidade, também no município de Botucatu/SP, os profissionais de saúde entrevistados referiram conhecer e citaram pelo menos um dos Dez Passos, 69,2% e 61,5% desses, respectivamente ⁶⁰.

No presente estudo, os três passos mais citados foram: não oferecer bicos artificiais a bebês em AM (Passo 9); iniciar o aleitamento na primeira hora após o parto (Passo 4) e praticar o alojamento conjunto (Passo 7), que juntos totalizam 55,5% das respostas. Por outro lado, os passos menos citados foram: manter a lactação mesmo se a mãe é separada do bebê (Passo 5) e encaminhar as nutrizes para grupos de apoio (Passo 10), o que não significa não serem importantes, ao contrário, são condições essenciais para se manter o aleitamento após a alta hospitalar, momento este em que as nutrizes encontram a maior parte das dificuldades, desencadeando muitas vezes o desmame precoce.

Em estudo anteriormente citado, realizado com objetivo de apreender a visão dos profissionais de saúde em relação ao AM na sala de parto, essa prática foi considerada importante, devido aos benefícios trazidos para o binômio, principalmente com relação à formação de vínculo e apego entre mãe e bebê. Todos os profissionais referiram ter presenciado recentemente a amamentação na sala de parto, tanto no parto cesárea como no normal, sendo este último considerado um fator que facilita o processo. Entre as dificuldades citadas, foram citadas a falta de capacitação e o parto cesárea ⁶⁰.

Sabe-se que o sistema de alojamento conjunto também auxilia a formação de vínculo e pode viabilizar o aleitamento em livre demanda. Assim, com base no ECA, que no capítulo I, Art. 10º, inciso V, estabelece que: *“Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe”*, bem como considerando: a necessidade de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecer o relacionamento mãe/filho e o desenvolvimento de programas educacionais de saúde, a necessidade de diminuir o risco de infecção hospitalar e evitar as complicações maternas e do recém-nascido e, ainda, a necessidade de estimular a integração da equipe multiprofissional de saúde nos diferentes níveis, o MS brasileiro, desde 1993, divulgou normas básicas para implantação do referido sistema, estabelecendo prazo de 180 dias para adoção das mesmas em todas as unidades médico-assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Destaca-se que as duas unidades hospitalares contempladas neste estudo possuem unidade de alojamento conjunto ⁶¹.

A fisiologia da lactação evidencia, entre outros aspectos, a importância do estímulo da sucção periódica da criança na produção do leite. Por isso, na eventualidade de a mãe precisar ser separada de seu filho temporariamente, ações devem ser implementadas para manutenção da lactação. Este aspecto é tão importante que o Curso de Manejo e Promoção do AM – curso de 18 horas para equipes de maternidades, criado pela OMS/ Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e UNICEF para capacitação dos profissionais no manejo básico da amamentação, apresenta um capítulo sobre esse tema ⁴³.

O Passo 10, relacionado ao encaminhamento das nutrizes para grupos de apoio foi pouco citado nesta investigação. O mesmo ocorreu em outro estudo realizado em Botucatu/SP, com o objetivo de avaliar a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio da verificação do cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", onde esse passo esteve entre os menos cumpridos ⁶².

Apesar da frequência de respostas corretas neste estudo sobre a duração do AME e do AM: 91,0% e 85,2%, respectivamente, serem relativamente elevadas, por sua relevância, pode-se considerar a situação insatisfatória, visto que a OMS, desde 2001, recomenda AME até o sexto mês de vida da criança e AM por dois anos ou mais, devido às evidências científicas acumuladas quanto aos benefícios para a saúde do lactente e da mãe ².

A análise do conhecimento sobre AM, considerando as porcentagens médias de acertos da população total do estudo, evidencia desempenho bom (entre 80 e 100% de acertos) para as variáveis: *motivos para interrupção do AM, composição do leite humano, cuidados com traumas mamilares, fórmula infantil e higiene das mamas*. Não se questiona a importância de todos esses aspectos no manejo clínico do AM, porém, é relevante destacar que, com relação à *pega correta*, os profissionais tiveram desempenho ruim (abaixo de 50% de acertos).

Essa situação é bastante preocupante, pois o adequado manejo do aleitamento é totalmente dependente da pega correta. Revisão de literatura sobre o

AM na prática clínica destaca a importância da técnica da amamentação para a transferência efetiva do leite da mama para a criança e para prevenir dor e trauma dos mamilos. Por isso, coloca como indispensável que a mãe seja orientada quanto à técnica de amamentação já no período pré-natal, de preferência, ou logo após o parto ³⁸.

Considerando que a amamentação da espécie humana não é um ato puramente instintivo, mães e bebês precisam aprender a amamentar e ser amamentados. Esse aprendizado, que antes era facilitado pelas mulheres mais experientes da família extensiva, hoje depende em grande parte dos profissionais de saúde.

A pega correta é garantida quando o bebê está bem apoiado, com o pescoço na dobra do braço e a barriga encostada no corpo da mãe. Dessa forma, ele consegue abrir bem a boca, abocanhar toda ou quase toda região areolar e virar os lábios para fora. Nesta situação, o queixo está tocando o peito, há mais aréola visível acima do que abaixo da boca da criança e sua bochecha está “arredondada”. A pega errada prejudica o esvaziamento total da mama e impede que o lactente mame o leite do final da mamada, rico em gordura. Esse fato diminui a saciedade da criança, fazendo com que os intervalos entre as mamadas sejam mais curtos. Recomenda-se deixar que a própria criança pegue o peito, cabendo à mãe orientá-la, colocando o mamilo em seus lábios inferiores para estimular o reflexo de busca ²⁵.

A pega correta e a mamadas freqüentes garantem níveis elevados de prolactina e ocitocina, hormônios relacionados com a produção e ejeção Láctea²⁵.

Em síntese, o estabelecimento da pega correta depende de inúmeros fatores que incluem, entre outros: roupas adequadas para mães e bebês, o conforto de ambos, adequado posicionamento da criança e posição dos seus lábios e língua. Também, é relevante evitar o excesso de tensão mamária, provocada pelo seu ingurgitamento. Em geral, são conseqüências da pega incorreta, os traumas mamilares que podem desencadear dor intensa e levar ao desmame³⁸.

Ainda com relação aos conhecimentos do total de profissionais estudados, o desempenho em relação ao AM em livre demanda para crianças prematuras foi ruim e para os de termo foi regular. Em estudo realizado em Belém/PA, com crianças nascidas de termo e acompanhadas pela rede básica de saúde, verificou-se evolução adequada do crescimento entre aquelas alimentadas exclusivamente com leite materno, durante os primeiros seis meses de vida, dobrando de peso antes do quarto mês de vida, com desaceleração do ganho pôndero-estatural após o quarto mês, porém chegando aos seis meses com médias de peso superiores aos padrões utilizados para comparação⁶³. Assim, fica claro que discreta desaceleração no ganho de peso não é razão para o imediato oferecimento de fórmulas infantis, mas o desempenho dos médicos e enfermeiros deste estudo foi apenas regular frente a esta questão.

O assunto parece simples, mas na verdade é tão complexo que, em meio à campanha do MS e da Sociedade Brasileira de Pediatria, na Semana da Amamentação de 2003, os pediatras se manifestaram com muitas dúvidas e questões mal resolvidas sobre a amamentação, inclusive com relação ao ganho de peso de crianças amamentadas. Assim, foi ressaltado que é preciso mostrar segurança e tranquilidade para garantir às mães que se espera que os lactentes chorem e acordem à noite, que é normal que a mama pareça “murcha” às vezes, durante as crises transitórias da lactação, e que a perda ocasional de peso da criança não é motivo de desespero ⁶⁴. Em extensa revisão de literatura, que teve como objetivo abordar a importância do aleitamento materno e sua promoção no manejo clínico-hospitalar de recém-nascidos pré-termo foram verificados vários aspectos que tornam o leite materno particularmente adequado para a alimentação desses neonatos. No entanto, a observação geral de baixa incidência de êxito na amamentação desse grupo, especialmente em unidades neonatais de risco, apesar das evidências que uma postura hospitalar favorável poderia reverter esse quadro, torna essa prática ainda um desafio, mas factível desde que haja apoio e suporte apropriados, principalmente pelos profissionais de saúde⁶.

A livre demanda, além de nutrir adequadamente o recém-nascido, evita complicações mamárias como o ingurgitamento o qual ocorre pela presença de leite em estase, nas mamas, com possibilidade de evoluir para trauma mamilar e mastite, se o problema primário não for tratado rápida e adequadamente.

Revisão de literatura sobre manejo do aleitamento anteriormente citada, apontou que problemas comuns enfrentados durante a lactação, como ingurgitamento mamário, traumas mamilares, bloqueio de ducto lactífero, infecções mamárias e baixa produção de leite, têm a sua origem em condições que levam ao esvaziamento mamário inadequado, intercorrência que pode decorrer de problemas com a técnica de amamentação: mamadas infreqüentes e em horários predeterminados, além do uso de complementos alimentares ³⁸. Assim, alimentar o lactente em livre demanda pode contribuir com a redução de intercorrências com a mama puerperal.

Quanto aos *fatores relacionados à baixa produção de leite*, o desempenho dos profissionais foi bom quando se abordou *a oferta de líquidos e outros alimentos*. Porém, em outros aspectos importantes, relacionados à *não ordenha do leite em excesso, interrupção das mamadas noturnas, mamadas curtas e alimentação materna*, foi regular. Segundo o MS, entre as principais causas para baixa produção de leite estão o uso de outros alimentos e bebidas, as mamadas não suficientemente freqüentes, as mamadas curtas e apressadas e a interrupção das mamadas noturnas ³.

Neste estudo, a avaliação referente à *composição do leite humano* incluía uma questão sobre a *suficiência de água no leite materno até o sexto mês de vida*. Estudo sobre a freqüência e determinantes do AM em crianças até o quarto mês de idade, realizado em 84 municípios do Estado de São Paulo, mostrou que apenas em 27 (32%) a prevalência de AME foi superior a 20%, enquanto a prevalência de aleitamento materno predominante (AMP) superior a 20%, alcançou

72 municípios estudados (85,7%), indicando que o oferecimento de líquidos não nutritivos, incluindo água, é prática amplamente difundida nesse estado ²⁶. Na presente investigação, a quantidade de água nas fórmulas infantis também foi considerada, apresentando desempenho apenas regular.

Sobre os *motivos para interrupção do AM*, destaca-se que todos os entrevistados consideraram que o fato de a mulher trabalhar fora não deve ser motivo para a interrupção do AME, mesmo quando não há creche próxima. No mesmo estudo realizado em 84 municípios do Estado de São Paulo, na análise da duração do AME, o trabalho materno não apresentou significância quando analisado em conjunto com outras variáveis, ao contrário, o trabalho informal e o desemprego influenciaram o desmame precoce ²⁶.

Na análise das variáveis referentes ao conhecimento sobre a *higiene das mamas e os traumas mamilares*, os resultados mantiveram-se entre bons e regulares. O manejo clínico do AM requer a adequada higiene mamária para evitar complicações, especialmente os traumas mamilares e a mastite, com conseqüente interrupção dessa prática. Em estudo também realizado em Botucatu/SP, o relato de dificuldades com a amamentação, incluindo o ingurgitamento mamário, traumas mamilares e mastite, entre outros, associou-se à interrupção do AME em crianças menores de quatro meses ⁶⁵.

Em situações de dificuldades, é essencial a atuação do profissional de saúde. Porém, em estudo sobre conhecimentos e práticas voltadas à promoção do aleitamento materno com equipes de Saúde da Família de Montes Claros/MG,

demonstrou-se que o desempenho dos médicos entrevistados esteve abaixo de 50% em relação às técnicas de amamentação e ao manejo dos principais problemas de lactação, indicando que tais profissionais não tinham sustentação científica para abordar questões mais complexas e, assim, não conseguiam oferecer suporte adequado às nutrizes com dificuldades para amamentar ⁶⁶.

Os melhores desempenhos com relação às práticas voltadas ao AM do conjunto de profissionais estudados foram referentes à *orientação para que se evite o uso de chupetas e sobre as vantagens do AM nas consultas de puericultura*, questão efetivamente realizada apenas para os profissionais atuantes em unidades de atenção básica.

Mesmo com iniciativas governamentais que controlam, desestimulam e até proíbem a divulgação e o uso de bicos de borracha nas maternidades, é alta a frequência do seu uso pelas crianças brasileiras ³². De fato, as chupetas e bicos são largamente utilizados em vários países, constituindo, no Brasil, importante hábito cultural. Estes materiais são, geralmente, usados para tranquilizar a criança, não fornecendo alimentação e levando à menor frequência de amamentação. Com isso, a estimulação do peito e a retirada do leite da mama podem ficar diminuídas, com conseqüente baixa de produção do leite e desmame ²¹. Portanto, tais hábitos estão relacionados à cultura e às representações das mães, especialmente sobre a chupeta. Mulheres que deram à luz num hospital de ensino da cidade de São Paulo, que proíbe a oferta de chupeta durante a internação, foram estudadas e os resultados evidenciaram representações, entre outras, de que a chupeta simboliza a criança, como um calmante para a ela e uma ajuda para a mãe ⁶⁷.

Orientar as mães sobre as vantagens do aleitamento materno é tarefa a ser desenvolvida por todos os profissionais que atuam com lactantes, inclusive médicos e enfermeiros.

Considerando-se o profissional enfermeiro como um educador em potencial, ele pode elaborar, executar e avaliar programas de AM. Ser enfermeiro em AM implica orientar, ajudar, explicar a cada mãe individualmente, a grupos de mães, de familiares e de funcionários, no pré-natal, no pré-parto, no parto e no puerpério, principalmente nos primeiros dias após o parto. Implica, também, em promover discussões em grupo com relatos de experiência e em solicitar participação ativa da mãe em todos os cuidados ao filho. Portanto, a orientação pode ser individual ou coletiva, procurando envolver todos os elementos da equipe, evitando dualidade de informações e ou de condutas ⁶⁸ e devem incluir os diferentes aspectos relacionados a essa prática, inclusive suas vantagens.

Com relação ao médico, o pediatra treinado em aleitamento materno desempenha papel de destaque na promoção da amamentação, influenciando diretamente sua taxa e duração ⁵⁷⁻⁶⁹. A relevância do pediatra fica evidente em documentos relativos aos serviços de puericultura, onde esse profissional é apontado como quem pode interferir de forma decisiva na saúde de crianças e adolescentes ⁵⁶. Ele é o profissional de saúde mais próximo dos pais, no tumultuado começo de vida da criança e pode ensinar a cuidar da mesma e ajudar a mãe a amamentá-la. Muitas mães procuram no pediatra a sabedoria, experiência e tranquilidade, depositando nele toda sua confiança ⁷⁰.

Quando se investigaram os conhecimentos relativos aos *motivos para interrupção do aleitamento materno*, embora todos os profissionais tenham apontado que o trabalho materno não deve ser causa para tal, na prática, apenas 77,5% deles informaram orientar as mães a manterem o AM mesmo trabalhando fora. As outras duas questões realizadas para os profissionais atuantes da atenção básica foram sobre a *observação de uma mamada* e *prevenção de traumas mamilares nas consultas de puericultura*. Em ambos os casos, o desempenho foi regular.

O simples fato de observar uma mamada e estar atento à postura materna e à pega do recém-nascido no peito, oferece subsídios importantes ao profissional de saúde sobre os riscos de desmame precoce. Contudo, essa prática é pouco comum entre os profissionais de saúde, principalmente os médicos. Oportunidade de orientações precoces durante o pré-natal também são negligenciadas, chamando à atenção a baixa participação do médico em atividades educativas coletivas, como grupo de gestantes e nutrízes e em visitas ou consultas puerperais precoces, fato que pode comprometer o sucesso da amamentação, pela representação social deste profissional, por parte da sociedade ⁶⁶.

Com relação aos *traumas mamilares*, embora o desempenho dos profissionais relativos aos conhecimentos tenha sido bom para a maioria das variáveis, na prática, apenas 71,4% deles referiram abordar essa questão na maioria das consultas de puericultura.

Considerando as práticas dos médicos e enfermeiros atuantes nas unidades hospitalares, em todas as variáveis estudadas, o desempenho foi regular. Destaca-se que, embora o Passo 4 da IHAC – *iniciar o AM na primeira hora após o parto*, estivesse entre os mais citados pelos profissionais estudados, apenas 50% deles promovem essa prática na maioria dos partos.

O teste da sucção do bebê com soro glicosado, a despeito da evidência de que compromete o AM, ainda é praticado nos hospitais avaliados, assim como a prescrição de fórmulas para neonatos normais.

Estudo realizado em Botucatu/SP, com objetivo de dimensionar o grupo de mães/recém-nascidos com necessidades especiais de apoio para início bem-sucedido do aleitamento materno e verificar práticas assistenciais associadas com dificuldades no aleitamento materno, indicou que o uso de soro glicosado associou-se aos piores escores quando se avaliou a resposta do recém-nascido ao ser levado para mamar. Crianças que receberam fórmula láctea apresentaram piores escores referentes à posição corporal da dupla e adequação da sucção ⁶⁵.

A análise dos conhecimentos e práticas estratificadas segundo o local de trabalho: unidades hospitalares ou de atenção básica, evidenciou diferenças estatisticamente significativas apenas quando se consideraram os conhecimentos relativos à *oferta de outros alimentos ao bebê* como fator relacionado à baixa produção de leite e à orientação, na prática, para que as mães evitem o uso de chupetas. Em ambos os casos, o desempenho das unidades de atenção básica foi melhor que o observado pelas unidades hospitalares.

Porém, reconhecendo que a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, não é papel apenas dos serviços de saúde, o MS do Brasil, por meio da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), visando à promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, procura abordar esse tema valorizando o trabalho intersetorial ⁷¹.

Assim, a atual PNAN considera que a promoção de práticas alimentares saudáveis se inicia com o incentivo ao aleitamento materno e está inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis, componente importante da promoção da saúde. Propõe a revisão de métodos e estratégias de atuação, sobretudo no âmbito do setor saúde, como medida básica e inicial para a efetivação da prioridade conferida ao incentivo ao aleitamento materno, buscando, igualmente a articulação com os diferentes segmentos sociais. Considera importante, também, a adoção de medidas voltadas ao disciplinamento da publicidade de produtos alimentícios infantis e o apoio a programas institucionais, a exemplo da IHAC e dos BLH, bem como movimentos voltados ao estímulo à amamentação, de iniciativa de organizações não-governamentais. No tocante à legislação, propõe-se o reforço, divulgação e ampliação de dispositivos que assegurem às mães condições básicas para amamentarem os seus filhos, tais como horários e locais de trabalho compatíveis com a prática do aleitamento ⁷¹.

Também, a estratificação de conhecimentos e práticas, segundo categoria profissional: médico ou enfermeiro, praticamente não evidenciou diferenças significativas. Apenas para a variável de prática relacionada à

observação de uma mamada nas consultas de puericultura, obteve-se melhor desempenho dos enfermeiros.

Revisão de literatura realizada com o objetivo de proporcionar aos profissionais de saúde informações referentes ao aconselhamento em amamentação, com base em teoria e prática, evidenciou que, em sua formação tradicional, o pediatra é treinado para detectar problemas e resolvê-los, devendo usar, para o seu raciocínio clínico, a queixa verbalizada pela mãe. Porém, na prática, nem sempre o médico atinge o problema real vivenciado por ela. A mãe, ao procurá-lo, traz a expectativa de uma boa assistência e da resolução de seus problemas, mas freqüentemente não encontra espaço para expor seus sentimentos e contextualizar suas dificuldades, talvez pela falta de domínio do profissional de como fazer a ponte da teoria à prática ⁷².

Sendo assim, o momento entre o pediatra e a mãe, que deveria ser vivido na sua plenitude, não se efetiva satisfatoriamente. Nesse cenário, com freqüência, se observam as seguintes situações: mães que começam a amamentar de maneira satisfatória, mas iniciam a alimentação complementar e/ou param de amamentar poucas semanas após o parto e pediatras, mesmo conhecedores do manejo da amamentação, que nem sempre conseguem dar ajuda satisfatória ⁷².

O tempo de formado: até 10 anos ou mais de 10 anos, também influenciou pouco no desempenho dos profissionais estudados sobre conhecimentos e práticas em AM. Para as variáveis de conhecimento, houve diferença estatisticamente significativa apenas na análise sobre *duração e freqüência das*

mamadas, quando se avaliou se *recém-nascidos de termo devem mamar a cada três horas*. Entre as práticas, significância limítrofe ocorreu na variável relativa à *colocação da criança para mamar na sala de parto*. Em ambos os casos, resultados melhores foram obtidos entre os profissionais com mais tempo de formados.

Pesquisa da OPAS e da OMS, realizada no Brasil em 1993, constatou que os cursos de medicina, que contavam com cerca de 8350 horas, em média, dedicavam apenas 26 horas (0,13% da carga horária total) ao ensino do aleitamento materno ⁴³. Não se encontrou nenhum estudo brasileiro mais recente, sobre o currículo das profissões da área de saúde e o aleitamento materno, dificultando a discussão desta questão. Porém, os esforços recentes observados no país, com vistas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno podem ter modificado, ao menos parcialmente, essa situação.

A estratificação do estudo de conhecimentos e práticas sobre AM a partir da frequência a cursos sobre essa temática durante e após a graduação, a exemplo das anteriores, também evidenciou pouca diferença. Apenas na avaliação de conhecimentos, relativa à *pega correta*, quando se referiu às *bochechas do bebê fazerem “cavinhas”*, houve diferença estatisticamente significativa, porém com piores resultados no grupo que frequentou os citados cursos, indicando a possibilidade de falha na compreensão da pergunta ou do processo de constituição da *pega correta*.

Finalizando, quando se trabalhou com escores médios de acertos para conhecimentos, práticas e ambos, não foram diferentes os resultados, mesmo na estratificação realizada, o que permite afirmar que o desempenho dos profissionais não diferiu, de fato, quando se considerou: local de trabalho, tempo de formado, categoria profissional e participação em curso sobre AM durante e após a graduação.

6. Conclusões



O desenho do estudo permitiu identificar e analisar conhecimentos e práticas dos profissionais que atendem lactentes no município de Botucatu/SP sobre aleitamento materno, tanto da área hospitalar quanto da atenção básica.

Em síntese, o desempenho relacionado aos conhecimentos evidenciou bons resultados em questões como *duração do AME e AM, motivos para interrupção do AM, composição do leite humano, manejo de traumas, composição das fórmulas infantis e higiene das mamas*; resultado regular quando se abordaram as *razões para oferecimento de fórmula infantil, fatores relacionados à baixa produção de leite e duração e frequência das mamadas*; resultado ruim foi obtido em relação à *pega correta*, a despeito de sua importância para o sucesso da amamentação.

Na análise das práticas, considerando a população do estudo, o desempenho foi bom quando se avaliou a *orientação para evitar o uso de chupeta* e regular na *orientação para manutenção do AM mesmo quando a mãe trabalha fora*. Nas questões específicas, trabalhadores da área hospitalar tiveram desempenho regular nas três variáveis analisadas: *colocação do neonato para mamar na sala de parto, prescrição de fórmulas para lactentes normais e teste da sucção com soro glicosado*. Entre os profissionais da atenção básica, bom desempenho foi observado quanto à *orientação sobre as vantagens do AM* e regular para *observação de uma mamada e orientação sobre a prevenção de traumas mamilares nas consultas de puericultura*.

De uma maneira geral, as estratificações realizadas, segundo local de trabalho, categoria profissional, tempo de formado e participação em cursos sobre AM durante e após a graduação não evidenciaram diferenças significativas nem para conhecimentos, nem para as práticas.

Considerando os escores médios de acertos, aqueles obtidos para as práticas foram sempre pouco superiores aos dos conhecimentos. No total, esses escores variaram pouco, sendo o menor valor observado de 7,6 e o maior 8,2.

A par dos resultados satisfatórios, conclui-se que há necessidade de se viabilizar intervenções educativas voltadas ao aleitamento materno, tanto para médicos como para enfermeiros que trabalham com saúde materno-infantil, nos diferentes níveis de atenção à saúde do município estudado, especialmente nos aspectos que se revelaram pouco conhecidos e/ou praticados em desacordo ao preconizado oficialmente. Para tal, sugere-se a realização de ações de educação permanente em saúde, sob co-responsabilização/execução inter e extra institucional, em um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado das equipes, para que possam desempenhar suas atividades profissionais relacionadas ao aleitamento materno com a qualidade devida e necessária a essa essencial prática de saúde.

7. Referências



- 1 - Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr*.2003;79:385-90.
- 2 - World Health Organization. Global strategy on infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2001.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília; 2002b.
- 4 - Longo GZ, Souza JMP, Souza SB, Szarfarc SC. Crescimento de crianças até seis meses de idade, segundo categorias de aleitamento. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005; 5(1):109-18.
- 5 - Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Tacla MTGM, Vezozzo KMK, Castro LMCP, et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. *Rev Brás Saúde Mater Infant*. 2005; 5(2):155-62.
- 6 - Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J Pediatr (Rio)*. 2004; 80(5):163-72.
- 7 - Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999; 70(4):525-35.
- 8 - Garcia-Montrone V, Rose JC. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12(1):61-8.

* International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal: sample references.[homepage on the Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine; 2003[last updated 2003 July 09; cited 2005 Jun 01]. Available from:http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

-
- 9 - Klaus MH, Kennel JH. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Pediatr.* 1997; 86(10):1034-6.
 - 10 - Carrascoza KC, Possobon RF, Tomita LMM, Moraes ABA. Consequências do uso da mamadeira para o desenvolvimento orofacial em crianças inicialmente amamentadas ao peito. *J Pediatr (Rio J).* 2006; 82(5):395-7.
 - 11 - Trawitzki LVV, Anselmo-Lima WT, Melchior MO, Grechi TH, Valera FCP. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005; 71(6):747-51.
 - 12 - Chen CH, Wang TM, Chang HM, Chi CS. The effect of breast-and bottle-feeding on oxygen saturation and body temperature in preterm infants. *J Hum Lact.* 2000; 16(1):21-7.
 - 13 - Friel JK, Martin SM, Langdon M, Herzberg GR, Buettner GR. Milk from mothers of both premature and full-term infants provides better antioxidant protection than does infant formula. *Pediatr Res.* 2002; 51(5):612-8.
 - 14 - Aguaio J. Maternal lactation for preterm newborn infants. *Early Hum Dev.* 2001; 65 Supl 2: S19-29.
 - 15 - Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascimento de baixo peso: método mãe canguru. Brasília; 2002a.
 - 16 - Coutinho SB, Lira PIC, Lima MC, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet.* 2005; 366:1094-100.
 - 17 - Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr (Rio).* 2004; 80(5):142-6.

-
- 18 - Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP, Laque Jr PA, Santos IS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):482-9.
- 19 - Elias MC. Desmame saudável [monografia da internet]. 2005 [acessado em 6 nov 2005]. Disponível em: <http://www.clubedobebe.com.br>.
- 20 - Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2002; 2(3):253-61.
- 21 - Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *J Pediatr*. 2003; 79(4):284-6.
- 22 - Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveria AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr*. 2003; 79:309-16.
- 23 - Nakano AMS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(2):230-8.
- 24 - Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública*. 2003a; 19 Supl 1:S37-S45.
- 25 - Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
- 26 - Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(3):313-8.
-

-
- 27 - Kramer M, Chalmers B, Hodnett E, Sevkovskaya Z, Dzicovich I, Shapiro S, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001; 285 (19):413-20.
- 28 - Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 356 (9242):1643-7.
- 29 - Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(6):1901-10.
- 30 - Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone, AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact*. 2001; 17(4): 326-43.
- 31 - Oliveira MIC, Camacho LAB. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(1): 41-51.
- 32 - Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2006; 19(5):152-5.
- 33 - Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol*. 1998; 1(1):40-9.
- 34 - Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(6):520-4.
-

- 35 - Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr.* 2006; 9(1):40-6.
- 36 - Ferreira L, Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Tendência do aleitamento materno em município da região centro-sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004 [apostila]. Botucatu; 2004.
- 37 - Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu-SP. *Rev Latinoam Enferm.* 2007; 15(1): 62-9.
- 38 - Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria* 2000; 73 Supl 3:S238-52.
- 39 - Lana APB. O Livro de Estímulo à Amamentação. São Paulo: Atheneu; 2001.
- 40 - Almeida NAM, Fernandes AG, Araújo CG. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Rev Eletron Enferm.* 2004; 6(3):358-67.
- 41 - OMS - Organização Mundial da Saúde. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra:OMS;1989.
- 42 - Mckinney JP, Fitzgerald HE, Strommen EA. Psicología del desarrollo: edad adolescente. México: Ed. Manual Moderno; 1982.
- 43 - OMS/OPAS/UNICEF. Manejo e promoção do aleitamento materno – curso de 18 horas para equipes de maternidades. Nova Iorque; 1993.

-
- 44 - Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers [Cochrane Review]. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4).
- 45 - Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei 8069 de 13 de julho de 1990.
- 46 - Fundação SEADE [homepage da Internet]. Sistema de informações dos municípios paulistas [acessado 7 mar 2006]. Disponível em: www.seade.gov.br/produtos/imp/imp.php?page=tabela.
- 47 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev Bras Saúde Mater Infant 2003; 3(1):113-25.
- 48 - Becker D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
- 49 - Conselho Nacional de Saúde. Ministério Nacional da Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4:15-25.
- 50 - PARADA C m g l, CARVALHAES, M A B L . Avaliação da estrutura e processo da atenção ao parto: contribuição ao debate sobre desenvolvimento humano. Rev Latinoam Enferm. 2007;15:792-8.
- 51 - Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de Trabalho e regulação das Profissões de Saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp; 2002. p. 221-56.
-

-
- 52 - Nicolau PF. Psiquiatria geral[homepage da Internet]. Ciclos vitais. Principais desenvolvimentos nos oito períodos do ciclo de vida[Acesso em 1 de junho de 2008]. Disponível em: www.psiquiatriageral.com.br/educacaomedica/ciclosvitais.htm.
- 53 - Almeida AMO, Cunha GG. Representações sociais do desenvolvimento humano. *Psicol Reflex e Crít.* 2003; 16(1): 147-55.
- 54 - IBGE [Homepage da Internet]. Fecundidade, natalidade e mortalidade.Rio de Janeiro;2008 [acesso 29 de maio de 2008]. Disponível em: www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html.
- 55 - Abrão ACFV, Gutierrez MGR, Marin HF. Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz-Estudo de identificação e validação clínica. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(1):129-137
- 56 - Santiago LB, Pettiol H, Barbieri MA, Guttierrez MRP, Del Campo LA. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *J Pediatr.* 2003; 79(6):504-12.
- 57 - Rea MF. O pediatra e a amamentação exclusiva. *J Pediatr.* 2003b; 79:479-80.
- 58 - OMS/UNICEF[homepage da Internet]. Declaração de Innocenti – Sobre a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno[Acesso em 29 de maio de 2008]. Disponível em: www.unicef.org/brazil/pt/activities_10000.htm.
- 59 - OMS. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: OPAS; 2001.

-
- 60 - Manzini FC, Parada CMGL, Juliani CMCM. Aleitamento materno na sala de parto: a visão dos profissionais de saúde.[Home page da Internet] In: Proceedings do 8 ° Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2002.[Acesso em 1 de junho de 2008]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2002. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200024&lng=en&nrm=abn.
- 61 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1016, de 26 de agosto de 1993 [homepage da Internet]. Aprova as normas básicas para implantação do sistema de alojamento conjunto[Acesso 29 de maio de 2008].Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/40.pdf>.
- 62 - Almeida GG, Spiri WC, Juliani CMCM, Paiva BSR. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. Cienc Saúde Coletiva 2008; 13(2):487-94.
- 63 -Marques R F S V Lopez F A Braga J A P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. J Pediatr. 2004; 80:99-105.
- 64 - Ravagnani F. Pediatras querem deixar de ser os vilões do desmame precoce[homepage da Internet]. São Paulo; 2003 [acessa 10 nov 2005]. Disponível em: <http://www.noticias.uol.com.br>.
- 65 - Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. J Pediatr (Rio J). 2003;79(1):13-20.

-
- 66 - Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(8):1965-70.
- 67 - Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. *Rev Saúde Publica*. 2005;39(2):156-62.
- 68 - Campestrini S. O papel da enfermagem no aleitamento materno[monografia da Internet]. [Acesso 29 maio 2008]. Disponível em : http://www.pucpr.br/servicos/programas_saude/palma/arquivos/papel_enfermeiro_aleitamento.doc
- 69 - Lutter CK, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health*. 1997; 87(4): 659-63.
- 70 - Kanarekd D. E o pediatra? Mães que não conseguem amamentar sentem culpa, mas geralmente não tomam a decisão sozinhas. Qual é o papel do pediatra nessa história? [Monografia da Internet] 2005. p.1-3 [acesso em 5 nov 2006]. Disponível em: <http://www.globo.com.br>.
- 71 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003a.
- 72 - Bueno L G, Teruya K M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80 supl 5:5127-30.

Anexos



ANEXO 1. Questionário para entrevista com os profissionais médicos e enfermeiros.

Conhecimentos e práticas sobre Aleitamento Materno de profissionais que atendem lactentes nos serviços públicos de Botucatu.

1-Local atual de trabalho:	2-Tempo de serviço na área relacionado com o Aleitamento Materno.		
() Hospital das Clínicas - Unesp [1]	Tempo de serviço:	anos	meses
() Hospital Sorocabana[2]	Tempo de serviço:	anos	meses
() Unidade Básica de Saúde[3]	Tempo de serviço:	anos	meses
() Unidade Saúde da Família[4]	Tempo de serviço:	anos	meses

Dados Pessoais:

3-Sexo () M [1] () F [2]	4- Idade em anos:
5-Formação : () Médico[1] () Enfermeiro[2]	
6-Ano de conclusão do curso superior:	
7-Instituição em que realizou o curso superior:	
8-Você tem filhos: () Sim [1] 9-Quantos:	() Não [2]

* Se a resposta for sim, continue na sequência. Se a resposta for não vá para a questão número 18.

10-Seus filhos foram amamentados? () Sim [1]	11-Quantos:	() Não [2]
12-Se a resposta for não, porque?		

* Quanto tempo em meses permaneceu em aleitamento Materno cada um dos seus filhos:

13- 1º filho:	meses.	() não lembro.
14- 2º filho:	meses.	() não lembro.
15- 3º filho:	meses.	() não lembro.
16- 4º filho:	meses.	() não lembro.
17- Outros:	meses.	() não lembro.

Questões sobre conhecimentos.

18- Durante o seu curso de graduação você participou de algum treinamento específico sobre Aleitamento Materno?
() Sim[1] 19-Quantos: () Não[2]

* Se a resposta for sim, descreva nas linhas abaixo de quantas horas foram cada um dos cursos.

20-	horas
21-	horas
22-	horas
23-	horas
24-Outros:	

25- Após o seu curso de graduação você participou de algum treinamento específico sobre Aleitamento Materno?
() Sim[1] 26-Quantos: () Não[2]

* Se a resposta for sim, descreva nas linhas abaixo de quantas horas foram cada um dos cursos.

27-	horas
28-	horas
29-	horas
30-	horas
31-Outros:	

32- Você tem conhecimento sobre os "10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", elaborados segundo Declaração Conjunta da OMS / UNICEF em 1989?

() Sim[1] () Não[2]

Se sim, poderia citar três exemplos (três passos)?

33-Exemplo1:

34-Exemplo2:

35-Exemplo3:

36-Assinale a alternativa correta. Segundo a OMS, o UNICEF, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria, o Aleitamento Materno Exclusivo deve durar:

() 4 meses () 6 meses () 12 meses () 24 meses ou mais () Não sei () Outro:

37- Assinale a alternativa correta. Segundo a OMS, o UNICEF, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria, o Aleitamento Materno deve durar:

() 4 meses () 6 meses () 12 meses () 24 meses ou mais () Não sei () Outro:

* Baseado nos seus conhecimentos sobre produção de leite e o processo de aleitamento materno, você concorda ou não com as afirmações abaixo:

38-() Sim () Não () Não sei	Uma das causas da baixa produção de leite é a interrupção das mamadas noturnas.
39-() Sim () Não () Não sei	A não retirada do leite produzido em excesso reduz a produção.
40-() Sim () Não () Não sei	A oferta de chá ou outros líquidos complementares pode causar diminuição da produção de leite.
41-() Sim () Não () Não sei	A mãe que não se alimenta bem, não consegue produzir leite suficiente para seu bebê.

* Quanto a composição do leite, você concorda ou não com as afirmações abaixo:

42-() Sim () Não () Não sei	O leite do início da mamada é igual ao leite do final da mamada.
43-() Sim () Não () Não sei	O leite do final da mamada é mais rico em proteínas e lactose, quando comparado com o do início da mamada.
44-() Sim () Não () Não sei	O leite do final da mamada é mais rico em gordura, quando comparado com o do início da mamada.
45-() Sim () Não () Não sei	O bebê não precisa ingerir água até o sexto mês de vida se estiver em Aleitamento Materno Exclusivo.

* Durante a avaliação de uma mamada quanto a posição, pega e sucção, você concorda ou não com as afirmações abaixo:

46-() Sim () Não () Não sei	Quando o bebê toca com o queixo a mama da mãe, significa que ele está fazendo uma pega correta.
47-() Sim () Não () Não sei	Em uma pega correta, sobra mais aréola acima da boca do bebê do que abaixo.
48-() Sim () Não () Não sei	É sinal de uma boa pega quando as bochechas do bebê estão com aparência de covinhas.
49-() Sim () Não () Não sei	O reflexo de busca do bebê, pode ser estimulado se a mãe tocar o queixo do bebê com a mão.

* As afirmações abaixo estão relacionadas com a presença de fissuras (traumas) mamilares. Você concorda ou não com elas?

50-() Sim () Não () Não sei	Se há um trauma na mama, deve-se passar pomadas cicatrizantes antes ou após cada mamada.
51-() Sim () Não () Não sei	Se há um trauma na mama, deve-se extrair o leite por expressão manual e oferecer o leite ao bebê com chucha ou mamadeira.
52-() Sim () Não () Não sei	Se há um trauma na mama, a mãe deve usar absorventes mamários para proteger a fissura.
53-() Sim () Não () Não sei	Se existe um trauma na mama, a amamentação deve ser suspensa.

* Quanto à duração das mamadas, você concorda ou não com as afirmações abaixo:

54-() Sim () Não () Não sei	O bebê deve esgotar o conteúdo de uma mama, completando com a outra se necessário.
55-() Sim () Não () Não sei	Deve-se oferecer o peito de 15 a 20 minutos em cada mamada.
56-() Sim () Não () Não sei	O bebê prematuro deve mamar a cada duas horas.
57-() Sim () Não () Não sei	O bebê termo deve mamar a cada três horas.

* Quanto a causa da hipogalactia materna (baixa produção de leite), você concorda ou não com as afirmações abaixo:

58-() Sim () Não () Não sei	As mamadas não são suficientemente longas para promover estímulo de produção do leite.
59-() Sim () Não () Não sei	O bebê está recebendo outros alimentos além do leite materno, diminuindo o seu apetite e a duração das mamadas.
60-() Sim () Não () Não sei	As mamadas noturnas não são muito frequentes e a resposta da prolactina é mais alta à noite.
61-() Sim () Não () Não sei	As mamadas noturnas são mais frequentes e a resposta da prolactina é mais alta durante o dia.

* As afirmações abaixo estão relacionadas com a interrupção do aleitamento materno. Você concorda ou não com elas?

62-() Sim () Não () Não sei	Mães com lesão ativa na mama ou mamilo por herpes não devem oferecer ao bebê a mama afetada.
63-() Sim () Não () Não sei	A mãe pode transmitir através do leite HIV ao seu bebê (se ela for infectada), devendo então suspender a amamentação.
64-() Sim () Não () Não sei	Se uma mãe for portadora do HIV e a utilização de alternativas alimentares seguras não forem possíveis, é melhor que a mãe continue a amamentação.
65-() Sim () Não () Não sei	Mães que trabalham fora de casa e não têm a possibilidade de deixar o bebê em uma creche próxima ao trabalho, devem suspender a amamentação.

* Quanto à higiene das mamas, você concorda ou não com as afirmações abaixo:

66-() Sim () Não () Não sei	Deve-se fazer uma cuidadosa higiene com água e sabão antes de cada mamada.
67-() Sim () Não () Não sei	O banho diário e a troca de sutiã sempre que necessário são suficientes para garantir a higiene mamária.
68-() Sim () Não () Não sei	As pomadas e hidratantes não precisam ser removidas totalmente antes do aleitamento.
69-() Sim () Não () Não sei	O uso de compressas absorventes nas mamas evita fissuras por mantê-las secas.

* De acordo com os seus conhecimentos sobre as fórmulas infantis, você concorda ou não com as afirmações abaixo:

70-() Sim () Não () não sei	A fórmula infantil fornece os nutrientes do leite humano, se oferecido em quantidade adequada.
71-() Sim () Não () não sei	A fórmula infantil fornece os nutrientes do leite humano independente da quantidade oferecida.
72-() Sim () Não () não sei	A fórmula infantil contém fatores anti-infecciosos muito parecidos com os do leite materno.
73-() Sim () Não () não sei	A fórmula infantil oferece água em quantidade adequada para o bebê, se preparado de forma correta.

74- Você conhece a curva de ganho de peso proposta pela OMS em 2006? () Sim[1] () Não[2]

Questões sobre práticas.

75- Você utiliza a curva de ganho de peso proposta pela OMS em 2006? () Sim[1] () Não[2]

* Você indicaria o oferecimento imediato de fórmula infantil, em qual das situações abaixo:

76- () Sim () Não () Não sei | Criança no terceiro mês de vida, com discreta desaceleração no ganho de peso

77- () Sim () Não () Não sei | Ausência de amamentação no terceiro dia após o parto

78- () Sim () Não () Não sei | Criança dá mostras que está com fome

79- () Sim () Não () Não sei | Criança no terceiro mês de vida, com mãe precisando voltar a trabalhar

80- Diante de uma mãe que relata que irá oferecer chupeta ao seu bebê de um mês de vida, com que frequência você procura evitar este procedimento.

() Na maioria das consultas [1]

() Eventualmente [2]

() Nunca ou muito raramente [3]

81- Diante de uma mãe com um bebê de quatro meses, que voltará a trabalhar fora e por isto introduzirá mamadeira com outro tipo de leite, com que frequência você orienta a mãe a manter o Aleitamento Materno Exclusivo mesmo trabalhando fora.

() Na maioria das consultas [1]

() Eventualmente [2]

() Nunca ou muito raramente [3]

Se você trabalha ou trabalhou no período de janeiro de 2007 até o momento, em berçário ou maternidade responda as questões 82 a 84.

Se você trabalha em Unidade Básica de Saúde ou na Unidade Saúde da Família responda as questões de 85 a 87.

82- Com que frequência você coloca o bebê para mamar na sala de parto?

() Na maioria das consultas [1]

() Eventualmente [2]

() Nunca ou muito raramente [3]

83- Com que frequência você testa a sucção do bebê com soro glicosado ou outros líquidos, antes de colocá-lo para mamar no peito de sua mãe?

() Na maioria das consultas [1]

() Eventualmente [2]

() Nunca ou muito raramente [3]

84- Com que frequência você prescreve ou aconselha o uso de fórmulas infantis para bebês normais?

() Na maioria das consultas [1]

() Eventualmente [2]

() Nunca ou muito raramente [3]

85- Com que frequência, nas consultas de puericultura (crianças até 6 meses), você fala sobre as vantagens e importância da amamentação?

() Na maioria das consultas [1]

() Eventualmente [2]

() Nunca ou muito raramente [3]

86- Com que frequência, nas consultas de puericultura (crianças até 6 meses), você observa uma mamada?

() Na maioria das consultas [1]

() Eventualmente [2]

() Nunca ou muito raramente [3]

87- Com que frequência, nas consultas de puericultura (crianças até 6 meses), você orienta como prevenir ou lidar com fissuras, dor ou ingurgitamento mamário?

() Na maioria das consultas [1]

() Eventualmente [2]

() Nunca ou muito raramente [3]

ANEXO 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Trabalho Científico

Este Projeto de Pesquisa tem por objetivo identificar o conhecimento de médicos e enfermeiros que atendem crianças nos serviços públicos de saúde do município de Botucatu, em relação à promoção e apoio ao Aleitamento Materno, comparando ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Para tanto, serão entrevistados profissionais das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Hospital Regional da Associação Beneficente de Hospitais Sorocabana e Hospital das Clínicas/UNESP.

Sendo você um dos possíveis participantes, peço autorização para realizar a pesquisa. Caso concorde, solicito que assine o Termo de Consentimento a seguir. Informo que será preservado sigilo quanto a seus dados pessoais e sua identidade.

Declaro que o presente projeto de pesquisa foi explicado em detalhes quanto ao seu desenvolvimento e, após aprovação do CEP, será elaborado em 2 vias, sendo 1 entregue ao sujeito da pesquisa e outra será mantida em arquivo pelo pesquisador.

Patrícia Kelly Silvestre
Responsável pela Pesquisa

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa “Conhecimento sobre aleitamento materno de profissionais de saúde que atendem recém-nascidos e lactentes nos serviços públicos de saúde de Botucatu”, realizado pela enfermeira Patrícia Kelly Silvestre, sob orientação da Prof^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada, concordo em participar da mesma.

Declaro que fui esclarecido quanto a (os):

1. Objetivos do estudo;
2. Garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida relacionada à pesquisa;
3. Liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento, sem qualquer repercussão no meu aprendizado ou atividade profissional;
4. Segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações fornecidas;
5. Disponibilidade da pesquisadora em prestar os esclarecimentos que eu julgar necessários.

Botucatu, ____ de _____ de 200__.

Nome completo

Assinatura

Patrícia Kelly Silvestre

Rua: Francisco Tedesco, 20 – São Manuel / SP.

Fone: 14-3841-1123 – E-mail: pakesil@yahoo.com.br

Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Rua Jorge Barbosa de Barros, 718 – Jardim Paraíso – Botucatu/SP.

Fone: 14- 3815-6167 – E-mail: cparada@fmb.unesp.br

ANEXO 3. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 03 de julho de 2.006

OF.307/2006-CEP

*Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu*

Prezada Drª Cristina,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto: "Conhecimento sobre aleitamento materno de profissionais de saúde que atendem recém nascidos e lactentes nos serviços públicos de saúde de Botucatu" a ser conduzido por Patricia Kelly Silvestre, orientada por Vossa Senhoria, e Co-orientada pela Profª Drª Saskia Maria W. Fekete, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03 de julho de 2.006.

*Situação do Projeto: **APROVADO.***

Ao término deste projeto, apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.

Atenciosamente,

*Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP*

ANEXO 4. Justificativa de alteração no título do projeto de pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CÂMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
Seção de Pós-Graduação

Fil.
Proc.
Data:

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 13.618-970 - PABX (0xx14) 3811-6022

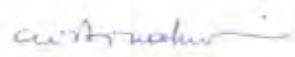
JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa "Conhecimentos sobre aleitamento materno de profissionais de saúde que atendem recém nascidos e lactentes nos serviços públicos de Botucatu" aprovado pelo CEP em 03/07/2006, teve seu título alterado para "Conhecimentos e práticas sobre aleitamento materno de profissionais que atendem lactentes nos serviços públicos de saúde de Botucatu/SP", sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Tese de Mestrado

Botucatu, 09/06/2008

Nome/Assinatura do(a) aluno(a): Patrícia Kelly Silvestre 

Nome/Assinatura do(a) orientador (a): Cristina Maria Garcia de Lima Parada 

Programa de Pós Graduação em Enfermagem

OBS.: Preencher formulário em 2 vias e protocolar no respectivo CEP

