



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**Reflexos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre os atores sociais que a
vivenciam em Teresina, Piauí**

Carmen Viana Ramos

**Rio de Janeiro
Setembro de 2008**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**Reflexos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre os atores sociais que a
vivenciam em Teresina, Piauí**

Carmen Viana Ramos

Tese apresentada à Pós-Graduação
em Saúde da Criança e da Mulher,
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Doutor em
Saúde da Criança e da Mulher

Orientador: Prof. Dr. João Aprígio Guerra de Almeida

**Rio de Janeiro
Setembro de 2008**

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

R175 Ramos , Carmen Viana
Reflexos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre os
atores sociais que a vivenciam em Teresina, Piauí / Carmen
Viana Ramos . – 2008.
141 f. , tab. ; graf.

Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) -
Instituto Fernandes Figueira , Rio de Janeiro , 2008 .

Orientador : João Aprígio Guerra de Almeida
Bibliografia: f. 126 – 132 .

1. Aleitamento materno . 2 . Pesquisa qualitativa . 3 .
Prevalência . 4 . Avaliação de programas e projetos de
saúde . I. Título .

CDD - 22ª ed. 649. 33

AGRADECIMENTOS

À Equipe da Coordenação de Ensino do Instituto Fernandes Figueira, em especial à Coordenadora Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes e a Maria Alice Franco de Souza, pela responsabilidade, presteza e carinho que me trataram ao longo desses 10 anos.

À equipe do Banco de Leite pela gentileza e delicadeza sempre dispensada à minha pessoa.

À Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. De forma muito especial, agradeço a Tatiana Sousa Chaves, Isabel Cristina Bastos de Paiva Dias e à equipe da Coordenação da Criança da SESAPI.

Aos meus queridos amigos e amigas, parceiros inestimáveis nesse processo: Theonas Gomes Pereira, Luciana Maria Ribeiro Pereira, Maria Edna Rodrigues de Lima, Norma Sueli Marques Costa Alberto, Carlos Henrique Sousa e Silva, Fernando Guerra, Maria Ednalda Leal e Vanusa Duarte de Oliveira.

A Franklin Wilton Borges Gomes, pela força e apoio demonstrado nos últimos seis anos.

A João Aprígio Guerra de Almeida, mestre e amigo, por tudo que me ensinou, principalmente por fazer compreender que a aquisição do conhecimento é fruto de uma conquista e não simplesmente repassado.

Em nome de Antônio da Silva Ramos Filho e Maria Viana Ramos, meus pais, agradeço a minha família por sempre ter respeitado e apoiado as minhas escolhas.

E finalmente, a Deus, força maior que me impulsiona por todas as oportunidades. Agradeço de forma muito especial pela experiência da Maternidade vivenciada nesse momento e tudo que, com certeza, trará de bons frutos para a minha vida.

Reflexos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre os atores sociais que a vivenciam em Teresina, Piauí

RESUMO

Este estudo se propôs a analisar os reflexos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) sobre os atores sociais (profissionais e mulheres) que a vivenciam nas maternidades amigas da criança em Teresina-Piauí. Em face da natureza e dos objetivos propostos, o trabalho foi desenvolvido em duas etapas marcadas por abordagens metodológicas específicas, conjugando preceitos da pesquisa quantitativa e qualitativa. Os resultados evidenciaram maiores índices de aleitamento exclusivo, tanto para o Piauí, como para a cidade de Teresina quando comparado a outros estudos. Este achado sugere a influência das ações pró-aleitamento desenvolvidas no Estado e Município, entre elas, a implementação da IHAC. Apesar disso, as taxas verificadas encontram-se aquém das recomendações oficiais. A análise qualitativa evidenciou um distanciamento entre as proposições teóricas da IHAC e a prática dos atores sociais, revelando a necessidade de ajustes para melhorar a resolutividade do programa, com ênfase para: adoção de uma nova matriz ensino-aprendizagem, pautada no construtivismo e na adoção dos referenciais da pedagogia da problematização; fortalecimento das redes de apoio à mulher; investimentos na melhoria do acolhimento tornando a relação cliente-profissional mais respeitosa e definição de um processo de monitoramento contínuo que permita a adoção de medidas corretivas sempre que se fizer necessário.

Palavras chaves: aleitamento materno, prevalência, pesquisa qualitativa, avaliação de programas e projetos de saúde.

Effects of the Baby-Friendly Hospital Initiative on social actors who experience it in Teresina, Piauí

ABSTRACT

This study intends to analyse the effects of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) on the social actors who experience it in baby-friendly maternity hospitals in Teresina-Piauí. Considering the nature of its aims, this paper was developed in stages characterized by specific methodological approaches, uniting principles of quantitative and qualitative research. The results show higher indexes of exclusive breastfeeding for both Piauí and the city of Teresina when compared to other studies. This finding suggests the influence of actions in favor of breastfeeding that have been conducted in the state and city, such as the insertion of the BFHI. Despite these measures, the rates are below recommended. The qualitative analysis made evident a chasm between theoretical propositions and the social actors' practice, revealing the need for adjustments designed to improve the program's effectiveness, emphasizing: the adoption of a new teaching-learning matrix - based on constructivism - and problematization pedagogy referentials; strengthening of the woman support network, investment on the improvement of receptivity in order to make customer-professional relationship more respectful and the establishment of a continuous monitoring system that will allow the adoption of corrective measures when need be.

Key words: breastfeeding, prevalence, Qualitative Research, Program Evaluation

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS:

INTRODUÇÃO:

QUADRO 1: Duração mediana do aleitamento materno total e exclusivo no Brasil obtidas nos inquéritos populacionais realizados em 1975, 1989, 1996 e 2006 – pág. 31

QUADRO 2 – Características das Maternidades estudadas em Teresina-Piauí, 2008 – pág. 37

ARTIGO 1: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO ESTADO DO PIAUÍ

TABELA 1 – Distribuição (%) das crianças menores de 1 ano de acordo com as variáveis demográficas e socio ambientais. Piauí, 2006 – pág. 66

FIGURA 1 – Probabilidades do aleitamento materno (AM) em crianças menores de 1 ano, segundo o modelo do probito. Piauí, 2006 – pág. 67

FIGURA 2 – Probabilidades do Aleitamento materno exclusivo (AME)* e aleitamento materno predominante (AMP)** em crianças com idade até 180 dias, segundo o modelo do probito. Piauí, 2006 – pág. 68

TABELA 2 – Estimativas de Odds Ratio e Intervalo de Confiança (95%) da associação entre aleitamento materno (AM) e fatores das mães e das crianças. Piauí, 2006 – pág. 69

ARTIGO 2: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NAS MATERNIDADES AMIGAS DA CRIANÇA EM TERESINA-PIAUI

QUADRO 1: Distribuição das crianças menores de um ano nas cinco Maternidades de Teresina Piauí, 2006 – pag. 87

TABELA 1 – Distribuição (%) das crianças menores de 1 ano de acordo com as variáveis demográficas e socio ambientais nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina, 2006 – pág. 88

FIGURA 1 - Probabilidades do Aleitamento Materno Exclusivo em crianças até 180 dias distribuídas de acordo com os hospitais estudados em Teresina - Piauí, 2006 – pág. 89

TABELA 2: Resultado da associação entre AME e os hospitais estudados de Teresina, Piauí, 2006 – pág. 90

TABELA 3- Estimativas de Odds Ratio e Intervalo de Confiança (95%) da associação entre aleitamento materno exclusivo (AME) e fatores das mães e das crianças. Teresina, 2006. – pág. 91

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA TESE.....	8
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO.....	13
• Apresentação do tema e delimitação do objeto.....	13
• O Caminho do estudo.....	35
CAPÍTULO II: OBJETIVOS, PRESSUPOSTOS E ASPECTOS ÉTICOS.....	45
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS.....	46
• ARTIGO 1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO ESTADO DO PIAUÍ, BRASIL.....	46
• ARTIGO 2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NAS MATERNIDADES AMIGAS DA CRIANÇA EM TERESINA-PIAUÍ.....	67
• ARTIGO 3- A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA NA PERSPECTIVA DOS ATORES SOCIAIS QUE A VIVENCIAM EM TERESINA, PIAUÍ.....	92
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126
ANEXOS.....	133
APÊNDICES.....	135

I – APRESENTAÇÃO DA TESE:

O reconhecimento da importância do aleitamento materno, em especial, na redução dos indicadores de morbimortalidade infantil levou este tema a um local de destaque nas agendas de saúde pública com a adoção de diversas ações, por parte dos organismos internacionais e nacionais, com vistas a aumentar os indicadores de aleitamento a partir da década de 80. Em que pese as diferentes estratégias utilizadas, não se pode deixar de admitir os esforços direcionados para promoção, proteção e apoio ao aleitamento do materno. Exemplo disso é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Este programa segue como um dos principais programas em prol do aleitamento materno existente no Brasil.

A análise dos alcances e limites do modelo de aleitamento praticada no país, tendo como o foco a IHAC, a partir dos seus reflexos nos atores sociais que a vivenciam, constitui a problemática central dessa tese. O fato da cidade de Teresina – Piauí possuir a totalidade de suas maternidades públicas, em número de cinco, credenciadas pela IHAC, ampliou as possibilidades de investigação sobre a temática e nos deu a oportunidade para a realização desta pesquisa. Além disso, vale destacar que esse estudo reúne elementos da minha trajetória profissional ao longo dos últimos 15 anos de trabalho na área do aleitamento materno e saúde da criança, na qual inquietações e indagações acerca da política estatal de saúde sempre estiveram presentes. As construções aqui apresentadas visam contribuir com subsídios para as ações de aleitamento desenvolvidas no Estado, e por que não dizer no País, rumo a uma prática assistencial que possa compatibilizar os determinantes biológicos do

aleitamento com os condicionantes sociais envolvidos nesse ato valorizando, sobretudo, a mulher e o seu entorno social.

A trajetória percorrida para elaboração deste trabalho foi constituída de várias etapas, fruto de discussões realizadas entre eu e meu orientador. Vale ressaltar, as dificuldades vivenciadas em cada uma delas, compensadas pelo ganho auferido no sentido da construção de um novo olhar em relação ao aleitamento, tanto no que diz respeito às práticas assistenciais desenvolvidas nas instituições alvos do estudo como na própria vivência do aleitamento dos atores sociais, profissionais e mulheres, que participaram do estudo.

Nesse contexto, acredito ter sido importante a elaboração do marco teórico que serviu para iluminar o nosso objeto de estudo, além de possibilitar a ampliação da compreensão do fenômeno da amamentação. A revisão da literatura contemplou a organização da política de aleitamento no País nas três últimas décadas com ênfase especial para a implantação e implementação da IHAC. Nesta etapa, foram utilizados os documentos de formulação do programa a partir das diretrizes definidas na operacionalização do mesmo. A compreensão da vivência do aleitamento materno, bem como do próprio processo de assistir, também foi objeto de construção desse quadro teórico. Por último, foi traçado o panorama do aleitamento materno de 1975 a 2006, tomando por base as principais pesquisas de abrangência nacional realizadas no País neste período. Daí em diante, todas as etapas que se seguiram como a forma de se trabalhar a metodologia qualitativa e quantitativa, o trabalho de campo e a análise dos resultados se constituíram em importantes momentos de aquisição de novos conhecimentos.

Como forma de atingir o maior número de leitores interessados na temática em foco, optou-se por escrever a tese, no formato de artigos, a serem submetidos para publicação em periódicos indexados. Assim esta tese foi estruturado em forma de capítulos – cada um com um recorte específico – conforme detalhamento abaixo:

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO:

O primeiro capítulo trata da apresentação e delimitação do objeto e o caminho metodológico seguido para a realização da pesquisa. Na delimitação do objeto de estudo foi realizada uma revisão de literatura que compôs o quadro teórico que serviu como base para compreensão da temática estudada. A metodologia foi incluída de forma a abordar detalhadamente aspectos que não puderam ser contemplados no espaço dos artigos. Neste sentido, foram incluídos nesta seção: o desenho do estudo utilizado para a realização da pesquisa, o local de realização, o referencial teórico metodológico e as etapas para a realização do trabalho de campo.

CAPÍTULO II – OBJETIVOS, PRESSUPOSTO E ASPECTOS ÉTICOS:

No capítulo 2 estão descritos os objetivos geral e específicos, o pressuposto do estudo e os aspectos éticos seguidos, conforme a resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS:

ARTIGO 1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO ESTADO DO PIAUÍ:

No primeiro artigo é apresentado o resultado do artigo que teve como objetivo realizar um diagnóstico da situação de aleitamento materno no estado do Piauí e os fatores a ele associados. A iniciativa da inclusão desse artigo se deu por se constituir como uma abertura de cenário para a realização desse estudo e servir como subsídio para as etapas subseqüentes. Este artigo encontra-se publicado no volume 24 (8) do mês de agosto de 2008 no periódico Cadernos de Saúde Pública .

ARTIGO 2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NAS MATERNIDADES AMIGAS DA CRIANÇA EM TERESINA-PIAUÍ:

O artigo 2 versa sobre o resultado da pesquisa ocorrida nas cinco maternidades amigas da criança existentes em Teresina cujo objetivo foi realizar um diagnóstico sobre a situação de aleitamento materno nessas instituições e os fatores associado à sua prática. Esta pesquisa, assim como a retratada no artigo anterior, foi realizada tomando por base os preceitos metodológicos da pesquisa quantitativa. Este artigo foi enviado para a Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health, periódico de informação técnica e científica da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS.

ARTIGO 3 – A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA NA PERSPECTIVA DOS ATORES SOCIAIS QUE A VIVENCIAM EM TERESINA, PIAUÍ:

O terceiro artigo apresenta os resultados da pesquisa de campo que foi realizada entre as mulheres e profissionais de saúde que vivenciam a Iniciativa Hospital Amigo da Criança nas maternidades de Teresina, acerca dos reflexos desse programa na assistência em aleitamento realizada nesses hospitais. Para alcance do objetivo proposto foi utilizado o referencial teórico metodológico da pesquisa qualitativa. Este artigo será encaminhado a Revista de Nutrição.

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS:

No capítulo quatro foram tecidas as considerações finais sobre o estudo, analisando os alcances e limites advindos da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, enquanto uma política pública, nas instituições alvo do estudo. Além disso, foram sugeridos ajustes necessários no processo de assistir em aleitamento de forma a melhorar a qualidade da assistência prestada nessas instituições. Acima de tudo, espera-se com esse estudo dar uma contribuição na elucidação do fenômeno do aleitamento, sem pretender de forma alguma esgotar os questionamentos advindos dessa prática entre as mulheres e profissionais.

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO:

1.1- APRESENTAÇÃO DO TEMA E DELIMITAÇÃO DO OBJETO:

A promoção do aleitamento materno se configura como uma intervenção viável, efetiva e de baixo custo, capaz de prevenir até 63% das mortes ocorridas antes dos cinco anos de vida (Jones et al, 2003). A prática de amamentar exclusivamente por seis meses, além de reduzir os riscos de infecções e de doenças crônicas transmissíveis (OPAS, 2006), se mostra como uma ação efetiva para prevenir déficits de crescimento (Zeele Hill; Edmond, 2004). No que diz respeito aos benefícios exercidos por essa prática a longo prazo, em recente meta-análise publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi constatado que sujeitos que foram amamentados tiveram menores taxas de colesterol total, menor pressão arterial e reduzida prevalência de obesidade e diabetes do tipo 2 na fase adulta (Horta et al ,2007).

Diante destas constatações, ao longo das três últimas décadas, o aleitamento materno tem se destacado no cenário das políticas de saúde pública devido ao reconhecimento da comunidade científica dos inegáveis benefícios advindos dessa prática para a criança, como é o caso da redução da morbimortalidade infantil. Acrescido a isso, outras vantagens relacionadas à saúde da mulher, redução de gastos hospitalares, entre outros, vêm embasando a formulação desses programas (UNICEF/OMS, 1993).

De acordo com Rea (2003), a trajetória dos programas de aleitamento materno no Brasil, pode ser dividida em quatro períodos, conforme iam se dando os acontecimentos nesta área: de 1975 a 1981 (quando pouco era feito), de 1981 a 1986 (as campanhas na mídia), de 1986 a 1996 (políticas em prol da amamentação) e de

1996 a 2002 (investimentos em capacitações de recursos humanos com o respaldo das políticas de proteção). A autora enfatiza o crescimento dos índices de aleitamento materno no Brasil nesse período, passando de 2 a 10 meses de duração de aleitamento materno total entre uma a cada duas mulheres, muito embora denote que esses indicadores poderiam ter tido um êxito melhor se houvesse coordenação e avaliação adequada das atividades realizadas.

Na década de 70 se assiste no Brasil o fim do milagre econômico, o que resultou na piora nas condições de vida da população, queda dos salários e reflexo negativo nas taxas de mortalidade infantil. Dados da investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, realizada em 1970, apontaram altas taxas de mortalidade infantil (TMI) em crianças brasileiras menores de cinco anos. Neste período, a TMI em menores de cinco anos no Brasil era de 118 e 181 por mil nascidos vivos, respectivamente, apresentando diferenças regionais bem marcantes. Pressionado pelos organismos internacionais, como a OMS, o governo Brasileiro cria o Programa Materno Infantil (PMI), onde o aleitamento era abordado de forma superficial e, nos casos de insuficiência materna, recomendava-se a distribuição dos leites em pó (Javorski, 1999).

Em 1974 é publicado o livro do jornalista Mike Muller, intitulado *The Baby Killer*, que faz uma denúncia internacional acerca da associação do uso dos leites em pó com a morte de crianças e responsabiliza a indústria por esse fato. As conseqüências da adoção desse modelo de alimentação infantil se fizeram sentir na saúde das crianças refletindo-se nos índices alarmantes de desnutrição e mortalidade infantil (Muller, 1974).

Mais tarde, no Brasil, Goldemberg (1988) documenta as práticas indevidas de marketing de substitutos do leite materno no País. A autora descreve, no seu ensaio, a maneira como a propaganda indiscriminada dos leites artificiais utilizadas em várias revistas leigas e científicas de circulação nacional desde o início do século XX se reflete na piora do perfil de morbimortalidade das crianças.

Rea (2003) reflete que esse período se caracterizou pelo pouco incentivo dos profissionais de saúde ao aleitamento materno. Como exemplo, temos a distribuição gratuita de leite em pó pelo governo, através dos programas de suplementação alimentar, e algumas ações isoladas de aleitamento em instituições realizadas por profissionais pioneiros. Em 1979, o INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição), participou da Reunião Conjunta da OMS/ UNICEF sobre Alimentação Infantil da Criança Pequena (1979), onde se decidiu sobre a elaboração do *Código Internacional de Substitutos do Leite Materno*. O Brasil adotou o código da OMS até 1988, quando foram instituídas as *Normas de Comercialização de Alimentos para Lactentes*, através da resolução N° 5, em 20 de dezembro de 1988, pelo Conselho Nacional de Saúde.

Em 1981 é criado o Programa Nacional de Incentivo ao aleitamento Materno (PNIAM) sob a gerência do Ministério da Saúde, com apoio das organizações governamentais e não-governamentais como o UNICEF, Organização Panamericana de Saúde (OPS) e OMS. O programa tinha como estratégia intervir nas causas identificadas como obstáculos à amamentação e propor ações. Nesse sentido, foi elaborada uma grande campanha de mídia veiculada pelo rádio e TV. No período de 45

dias foram transmitidas mensagens sobre os benefícios do leite humano, tendo como tema “*amamente pelo menos seis meses*” (Ferreira, 2005). Além disso, foram implementados treinamentos dos profissionais da área da saúde, revisão dos currículos das escolas, atividades de incentivo ao aleitamento nos serviços de saúde, adoção do alojamento conjunto, dentre outras (Souza, 2006).

Os anos 80 se caracterizaram pela intensa discussão da reforma sanitária, nos quais os princípios do SUS evocavam a universalidade, integralidade e descentralização nas ações de saúde. Sob esse enfoque, são criados o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção à Saúde da Criança (PAISC) resultantes do desdobramento do Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI). Esta mudança foi acompanhada de uma maior abrangência das ações voltadas para a saúde da mulher. No que diz respeito à saúde da criança, as ações foram centradas no controle do Crescimento e Desenvolvimento das Doenças Diarréicas, das Infecções Respiratórias e Doenças Imunopreveníveis e na Promoção do aleitamento materno. O marco político deste movimento se deu através da Conferência de Alma – Alta em 1978, que lançou o plano de alcançar “Saúde para todos no ano 2000” (Gomes, 1995).

O PAISC enfatizava o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e já trazia no seu referencial as diretrizes propostas no PNIAM. As estratégias de promoção do aleitamento materno estavam pautadas na orientação no pré-natal, alojamento conjunto e durante todas as visitas das crianças às unidades de saúde, com enfoque para as vantagens do aleitamento materno, técnicas de amamentação e exame das mamas. A abordagem é centrada na criança, com base num discurso técnico psicobiológico, em que se valorizam as vantagens nutricionais, imunológicas e

psicológicas para o bebê. As dificuldades vivenciadas pelas mulheres durante o processo da amamentação, quase sempre são omitidas, ou mesmo limitadas à ocorrência das intercorrências mamárias, como fissuras e ingurgitamento mamário (Javorski, 1999).

É importante evidenciar outros acontecimentos na década de 80, como por exemplo, o movimento direcionado aos Bancos de Leite Humano (BLH), dando origem a uma nova forma de atuação dessas unidades. Em 1986, o BLH do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, torna-se o Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite e uma importante ação estratégica para a política governamental em favor da prática do aleitamento materno (Almeida, 2001). O Brasil dispõe de 191 Bancos de leite distribuídos nas regiões do País, tornando-se a maior rede de BLHs do mundo (MS, 2008). Em 2001, a OMS concede o Prêmio Sazakawa, em reconhecimento ao trabalho realizado pelos Bancos de Leite Humano no Brasil na redução da mortalidade infantil e aleitamento materno na década de 90 (Ferreira, 2005).

Almeida (2001) reflete que as ações promotoras do aleitamento materno durante a década de 80 estavam pautadas num reducionismo biológico e o discurso ideológico em favor da amamentação e voltava-se para considerar a mulher a grande responsável pela saúde da criança. A concepção privilegiava as questões individuais, em detrimento das coletivas. As questões coletivas, relacionadas aos aspectos sociais, políticos e culturais tiveram uma abordagem periférica e avanços neste campo, mesmo legítimos, decorriam de atos isolados.

Por fim, outros acontecimentos internacionais tiveram influência nas políticas voltadas para a área nas três últimas décadas, como: a Resolução que proibiu o

fornecimento gratuito e subsidiado dos substitutos do leite materno (1986); a Convenção Internacional dos Direitos da Criança (1989); a Reunião de Cúpula em Favor da Criança, que instituiu as 26 metas para a melhoria da saúde infantil a serem atingidas no ano 2000 (1990); a Declaração de Innocenti em 1990, que formula os Dez Passos, dando subsídios para a criação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). No cenário nacional, além das ações já citadas, outras atividades importantes foram realizadas no País no decorrer da década de 90, como: a realização da Semana Mundial da Amamentação (SMAM) anualmente desde 2002, programas Carteiros Amigos e Bombeiro Amigo do Peito (Bosi e Machado, 2005).

No final da década de 90 é introduzido no Brasil o Curso de Aconselhamento em Amamentação formulado pela OMS e UNICEF (1997) como uma estratégia de treinamento para os profissionais de saúde. O objetivo do curso voltava-se para o desenvolvimento de habilidades de relacionamento interpessoal no processo de assistir em aleitamento, com vistas a minimizar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres e profissionais frente às demandas subjetivas e singulares que emergem da prática de aleitamento (Azevedo, 2004).

A capacitação de pessoal passou a ser a principal estratégia do Ministério da Saúde no período de 1996 a 2002 (Rea, 2003). Os cursos de 18 horas destinados às equipes de profissionais dos hospitais que se candidatavam a Amigos da Criança e o curso de aconselhamento, além dos cursos de Bancos de Leite e Norma Brasileira de Alimentos para Lactentes e Alimentos de primeira infância, bicos, mamadeiras e chupetas foram amplamente difundidos em todas as regiões do País. Segundo a autora, nesse período foi capacitado mais pessoal que em toda a história do programa de

aleitamento no Brasil. Dentre todas as ações desenvolvidas nas últimas décadas, a IHAC, em conjunto com a Rede Brasileira de Bancos de Leites e a Semana Mundial da Amamentação seguem como as principais ações governamentais desenvolvidas na última década.

A IHAC foi resultado de um esforço mundial e intensivo criado pela OMS e UNICEF com vistas a transformar as rotinas e procedimentos das maternidades, por considerar que as instituições de saúde contribuem para o declínio do aleitamento por dificultarem a iniciação e estabelecimento do aleitamento (OMS, UNICEF, 1989). As bases do programa estão contidas no documento intitulado “*Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno - o papel especial dos serviços maternos infantis – Uma declaração conjunta da OMS/UNICEF*” que lançou oficialmente os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (em anexo) com dois objetivos: aumentar a compreensão sobre o papel que os serviços de saúde desempenham na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e descrever o que deve ser feito para fornecer informações adequadas e apoio às mães. Nesse sentido, as medidas propostas incluem a revisão das normas das instituições que prestam serviços obstétricos e cuidados aos recém-nascidos no que tange ao aleitamento materno, além da transmissão dessas normas para todos os funcionários envolvidos nesse processo. Por último, é proposto um sistema de avaliação periódica da sua eficácia (OMS, UNICEF, 1989).

Em 2001, a OPS e OMS lançam a publicação “*Evidências Científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno*”. Trata-se de uma revisão sistemática que se propõe a apresentar o conhecimento científico existente até então como forma de demonstrar a eficácia dos passos que são trabalhados na IHAC. Neste documento, para

cada um dos dez passos são apresentadas evidências científicas que sustentam a necessidade de implementação da iniciativa em maternidades como forma de aumentar o aleitamento materno em qualquer contexto. Uma análise das proposições do programa do IHAC, contidas nessa publicação, permitiu observar:

- No que tange à instituição das normas sobre aleitamento materno consideradas como importantes no sentido de assegurar a manutenção das práticas hospitalares favoráveis à prática do aleitamento, é recomendado que estas sejam acordadas entre as “autoridades relevantes” dentro do estabelecimento de saúde, as quais devem se comprometer com as mesmas e exigir o seu cumprimento. Aos profissionais que integram a equipe e a clientela assistida é reservada a tarefa de conhecê-las e cumpri-las. A participação efetiva dos atores sociais que integram as instituições de saúde na formulação e implementação das normas, bem como o monitoramento das ações desenvolvidas são mencionados de forma muito tímida no documento. Ou seja, não é suscitado e nem estimulado de forma clara e direta.
- Com relação ao treinamento direcionado aos profissionais de saúde, orienta-se que sua participação seja de caráter obrigatório e combinado com normas específicas e fortes sobre o aleitamento, sob pena de não se assegurar a mudança nas práticas hospitalares. Em relação ao conteúdo que deva ser abordado nestes cursos, preponderam os aspectos relacionados ao conhecimento acerca das vantagens e técnicas da

amamentação e, muito embora se reconheça a necessidade de aumentar as habilidades dos profissionais em lidar com a mulher que amamenta, não se tem definido qual a melhor maneira de se abordar esta temática.

- No que diz respeito aos passos 6 e 9 que se referem ao uso de alimentos artificiais e a não utilização de chupetas e mamadeiras, embora seja discutida a interferência destes na continuidade do aleitamento exclusivo, o documento é vago quando trata das questões sociais que levam as mulheres a persistirem no uso destes alimentos e utensílios, a despeito de todas as campanhas educativas que desestimulam a sua utilização realizadas durante a década de 90. As informações estão centradas na mudança das rotinas das instituições que permanecem adotando o seu uso, em detrimento do desenvolvimento de habilidades na equipe de saúde para uma abordagem que se destine a lidar melhor com os condicionantes sociais que permeiam o aleitamento.
- Os passos 3, 5 e 10, referentes à orientação e apoio continuado à mulher que amamenta, são as intervenções consideradas de melhor custo-eficácia dentre todas as intervenções de saúde, e os esforços para incluir o apoio adequado devem ser reforçados. Apesar desse reconhecimento, nem o discurso da mulher acerca das dificuldades vivenciadas no decorrer da prática do aleitamento e nem o investimento em ações de saúde que contemplem a rede social de apoio a mulher são valorizados. (OMS, OPAS, 2001).

A Iniciativa chegou ao Brasil em março de 1992 através do Ministério da Saúde e do Grupo de Defesa da Criança apoiados pela UNICEF e Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e foi assumida pelo atualmente extinto PNIAM, sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). A proposta incluía também trabalhar pela adoção das leis que protejam o trabalho da mulher que amamenta, além de combater a propaganda de leites artificiais para bebês, bem como bicos, mamadeiras e chupetas através da Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes (Souza, 1996).

O processo de credenciamento do hospital como Amigo da Criança ocorre em três etapas, quais sejam: auto avaliação, feita pela própria instituição; adequação das normas e rotinas hospitalares para o cumprimento dos dez passos; pré-avaliação e avaliação global, ambas realizadas pelo Ministério da Saúde, que dizem respeito à análise de pontos estratégicos da maternidade (pré-natal, sala de parto, centro cirúrgico, alojamento conjunto, além de entrevistas realizadas com os funcionários e pacientes) (OMS/ UNICEF, 1989).

Uma vez atendidos os critérios globais do cumprimento dos dez passos, o hospital recebe o título de Amigo da Criança passando a ser reconhecido nos cenários nacional e internacional como instituição de excelência. No Brasil, como fator de estímulo, o Ministério da Saúde implementou o pagamento de 10% a mais pelos procedimentos nos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (Souza, 1996).

No caso do Brasil, especificamente, os hospitais que se candidatarem ao título de hospital amigo da criança, além do cumprimento dos Dez Passos, deverão também

cumprir alguns critérios definidos pelo Ministério da Saúde com base na portaria N° 29 de 27 de junho de 2001 (Ministério da Saúde, 2001). Em 2004, estes critérios foram revisados e publicados na Portaria N° 756 (16/12/2004), que exige: a comprovação do cadastramento no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde); comprovação do cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância; que o estabelecimento não esteja respondendo a sindicância do SUS; que não tenha sido condenado judicialmente em nenhum processo relativo à assistência à mulher e à criança nos últimos dois anos; a presença de profissional capacitado para atender a mulher e o recém-nascido no ato do parto; a garantia do registro civil de nascimento para 70% dos nascidos vivos; que possua comitê de investigação de óbitos maternos, infantis e fetais; a apresentação da taxa de cesariana conforme taxa estabelecida pelo gestor estadual; a apresentação do tempo de permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e máxima de 48 horas para cesariana; permissão da presença do acompanhante no alojamento conjunto. Além disso, o hospital deverá realizar os “*Dez passos para o sucesso do aleitamento materno*” (MS, 2004)”.

Segundo Rea (2003), a adoção desses *pré-requisitos* pelo Ministério da Saúde trouxe como conseqüência a desaceleração do crescimento dos hospitais amigos da criança no Brasil, onde até 2001 ocorria de forma rápida, sendo o País que continha o maior número de HAC credenciados. Para esta autora, se o Brasil mantivesse a mesma velocidade de crescimento, no ano de 2000 teria chegado a 400 HAC. Dados do Ministério da Saúde revelam que nesse mesmo período somente 89 hospitais receberam

o título, o que perfaz uma média de 18 hospitais por ano (MS, 2007). Em 2002, o Brasil contabilizava 250 hospitais com o título de Amigo da Criança, com uma média de 25 hospitais credenciados por ano, sendo a grande maioria situada no Nordeste, na categoria público ou filantrópico (Rea, 2003).

A desaceleração do número de hospitais credenciados na IHAC, em especial a partir de 2002, reflete a necessidade de compreensão de como vem sendo trabalhada esta ação no contexto das ações desenvolvidas na área da criança no Brasil. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, em julho de 2008, o País conta com 338 hospitais amigos da criança, número ainda muito abaixo do quantitativo de hospitais com leitos obstétricos existentes no Brasil (MS, 2008). Vale a pena salientar as reformulações no modelo de saúde que vêm ocorrendo desde o início da década de 90, em especial a importância que a atenção básica desempenha na promoção do aleitamento materno. Nesse aspecto, alguns estados vêm trabalhando a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAM), na qual as unidades básicas são premiadas com o título de Amiga da Amamentação quando cumprem Dez Passos, especialmente elaborados para esse fim, à semelhança da IHAC (Oliveira, Camacho, Souza, 2005).

A criação da IHAC trouxe como novidade a incorporação do apoio e proteção às ações de aleitamento que antes só contemplavam aspectos relacionados à promoção (Almeida, 2004). Apesar desse reconhecimento, o autor reflete acerca das restrições do programa que não contempla a hierarquização do sistema de saúde do Brasil. Porém, a adição do significado de proteção e apoio para o aleitamento materno traz um diferencial em relação às formulações existentes anteriormente.

No entanto, percebe-se que algumas questões precisam ser mais trabalhadas, em especial, as concernentes aos procedimentos que poderiam agenciar melhor o último termo da tríade “promoção, proteção e apoio”, conforme evidenciou Souza (1996). A autora ressalta a dificuldade dos profissionais de saúde em trazer para a sua prática assistencial essa nova dimensão. Ramos e Almeida (2003b) evidenciaram, a partir de um estudo realizado em uma maternidade amiga da criança em Teresina-Piauí, a distância que se estabelece entre as proposições contempladas pelas normas em favor de amamentação e a prática das mulheres que iniciaram o desmame antes do 4º mês, revelando um verdadeiro descompasso entre as percepções da mulher e as proposições do modelo assistencial vigente.

Para Silva (1999), isso se deve à abordagem biologicista que percebe o aleitamento como algo voltado apenas para a saúde e o bem estar de criança, contemplando intervenções voltadas prioritariamente para questões relacionadas ao manejo de lactação. Nesse mesmo estudo, a autora evidenciou que, muito embora os profissionais de saúde reconheçam os fatores sociais na determinação desse ato, esse reconhecimento ainda não está incorporado na sua prática, permanecendo a crença da amamentação como um fenômeno natural.

A partir da década de 90, muitos estudos foram realizados com base na vivência e experiência da mulher em relação ao aleitamento materno. Sob esse enfoque e valendo-se de referenciais originariamente próprios de antropologia, sociologia e psicologia, estes trabalhos tentaram trazer à tona o significado dessa prática e os fatores que contribuem para a determinação do seu curso. Isto possibilitou ampliar a visão sobre a temática cuja abordagem, biologicista até então, era o fio condutor nessa área

(Nakano, 1996). Importantes avanços foram dados nesse sentido, concorrendo dessa forma para a construção de um novo conhecimento onde se pretende validar a percepção da amamentação como uma prática social instituída a partir de determinantes que orientam os atos sociais dos indivíduos (Silva, 1999).

Silva (1990), ao trabalhar com a temática, conclui que o ato de amamentar desperta sentimentos ambíguos entre as mulheres que oscilam entre o fardo e o desejo. Para este autor a amamentação possui um componente biológico, mas está condicionada por fatores socioculturais, sendo um comportamento social mutável de acordo com a época e os costumes.

Aprofundando essa percepção, Araújo (1997), ao investigar sobre as representações sociais entre mulheres em aleitamento materno, concluiu que essa prática produz sentimentos contraditórios na mulher que se traduzem entre o querer e o poder amamentar.

Nakano (1996) em trabalho cujo objetivo foi compreender as representações sociais sobre aleitamento no cotidiano feminino, utilizando para esse fim o conceito de gênero, revelou ser essa experiência acompanhada de movimentos de acomodação e resistência por parte da mulher. Segundo a autora, isso denota a existência de tendências transformistas nessa prática, o que pode significar a construção de uma nova identidade feminina.

Corroborando com essa forma de pensar, Silva (1997) evidenciou que a decisão de amamentar está na dependência de como a mulher percebe essa prática, fruto de uma série de elaborações construídas através da avaliação dos riscos e benefícios nela envolvidos. Vale ainda salientar, com base nos resultados obtidos por essa autora, que o

comportamento da mulher em relação à amamentação é determinado, em parte, ainda durante a gravidez. Mas é a maneira como a nutriz vivencia essa experiência dentro do contexto, bem como as interações que ela realiza, que vão exercer um caráter decisório na realização dessa prática (Silva, 1997).

Dentro dessa mesma linha de pensamento, a partir das histórias de vida das mulheres que freqüentavam uma unidade de saúde no subúrbio do Rio de Janeiro, Adesse (1994) concluiu que a amamentação é um ato contraditório no qual inúmeros fatores que se interpõem na vida das mulheres, sejam de ordem biológica, financeira, psicológica ou de infra-estrutura doméstica, contribuem ou não para a sua plena realização.

Rotenberg (1999) considera a amamentação como um processo que está intimamente ligado à cultura e aos condicionantes sociais. Segundo ela, esta prática baseia-se no aprendizado, na experiência e na vivência, não podendo ser, portanto, inata, instintiva.

Sob esse prisma, Ramos e Almeida (2003a), estudando as alegações maternas para o desmame numa maternidade amiga de criança em Teresina – Piauí, revelaram que as dificuldades vivenciadas pelas mulheres no curso da amamentação levaram-nas a promover avaliações constantes acerca desse ato, tanto em relação à criança, quanto a si mesmas. Dessa forma, o entorno social tem um importante papel na decisão da mulher para a consecução deste ato. Vale salientar que essa tomada de decisão é algo complexo e, invariavelmente, carregado de culpa, sentimento que por sua vez se origina no modelo assistencial em aleitamento ora vigente. As mulheres referenciam a necessidade de apoio que deveria se fazer presente nos demais segmentos: do núcleo

familiar até os aparelhos sociais de suporte à maternidade, por conseguinte, ao ato de amamentar (Ramos e Almeida, 2003a).

A importância do apoio em suas diferentes dimensões pode ser mais bem compreendida por Souza (2006), num estudo de abordagem qualitativa que teve como objeto as redes sociais da mulher que está vivenciando o aleitamento materno. A autora descreve essas redes e analisa o seu significado para a mulher, em especial, no tocante à prática do aleitamento materno. Nesse aspecto, revelam-se a rede social primária, constituída pelas pessoas mais próximas e mais envolvidas durante o período do aleitamento, seguida pela rede social secundária, composta pelos profissionais de saúde, os quais ainda demonstram dificuldades em lidar com as questões subjetivas demandadas pelo exercício do ato de aleitar. A mulher que amamenta se relaciona com rede secundária basicamente por motivos voltados para os determinantes biológicos envolvidos no ato de amamentar.

Dentro da perspectiva de desmistificação da amamentação como um fenômeno biológico, outros trabalhos também ancorados no referencial da pesquisa qualitativa têm demonstrado ser a amamentação pautada nas experiências maternas, tratando-se, portanto, de um fenômeno existencial (Sousa, 2000; Castro, 2002; Cruz, 2002; Ferreira, 2003; Gusman, 2005).

No tocante ao significado de assistir em aleitamento materno sob a ótica dos profissionais de saúde, Silva (1999) chega à conclusão de que, muito embora os mesmos reconheçam os fatores sociais na determinação desse ato, esse reconhecimento ainda não está incorporado na sua prática, permanecendo a crença da amamentação

como um fenômeno natural. Fato esse demonstrado por Souza (1996) no trabalho sobre representações sociais em aleitamento dos profissionais que vivenciaram a IHAC.

Ainda sobre prática assistencial em aleitamento materno, Zen (2001), analisando a proposta do Curso de Aconselhamento em Amamentação desenvolvido pelo Ministério da Saúde no final da década de 90 como uma estratégia para o desenvolvimento de habilidades nos profissionais inseridos nesse processo, evidenciou que apesar do curso não apresentar transformações concretas na conduta profissional, sobretudo pela persistência das questões eminentemente técnicas, cria uma oportunidade para reflexão sobre uma nova forma de pensar no assistir a mulher que amamenta que, ao ser ouvida, pode ser compreendida.

Corroborando com essa autora, Azevedo (2004), analisando os documentos oficiais que fundamentam o Curso de Aconselhamento, refere que apesar desta proposta buscar uma nova abordagem voltada para o sujeito, o foco do assistir em aleitamento materno permanece voltado para as questões eminentemente técnicas. Valendo ressaltar que a concepção pedagógica do mesmo demonstra ser incompatível com a ação transformadora pretendida.

Para Javorski (1999: 70):

“os programas recomendados são importantes, mas não garantem o sucesso do aleitamento materno se não se trabalhar a postura e a capacitação técnica dos profissionais, bem como se não se contemplarem nas práticas assistenciais, as determinações socioculturais e a perspectiva da mulher, mãe e nutriz, que está vivenciando esse processo.”

Este fato pode ser constatado quando se analisa o perfil de aleitamento materno das três últimas décadas, tomando por base as seguintes pesquisas: ENDEF (Estudo Nacional da Despesa Familiar), PNSN (Pesquisa Nacional de Saúde de Nutrição), PNDS -1996 (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde), PPAM-CDF (Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal) e PNDS – 2006 (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher) (Venâncio e Monteiro, 1998; INAN, 1990; Benfam, 1997; MS, 2001; MS, 2008). A escolha dessas pesquisas se deu pelo fato de serem estes os únicos estudos de abrangência nacional, realizados entre os anos de 1975 a 2006, em que se estudou a situação de aleitamento em que pesem as diferenças metodológicas existentes entre esses inquéritos.

Para uma melhor compreensão dos índices obtidos nesses estudos, as medianas de aleitamento materno total e exclusivo correspondentes a cada um desses inquéritos estão apresentadas no Quadro 1. Conforme pode ser observado, o panorama de aleitamento materno no Brasil vem sofrendo modificações nas últimas 3 décadas.

**Quadro 1 – Duração mediana do aleitamento materno total e exclusivo no Brasil
obtidas nos inquéritos populacionais realizados em 1975, 1989, 1996 e 2006**

Pesquisa	Ano de Realização	Região	Mediana aleitamento total	Mediana aleitamento Exclusivo
1- ENDEF	1975	Brasil	2, 5 meses	ND
2- PNSN	1989	Brasil	4,5 meses	2,4 meses
3- PNDS	1996	Brasil	7 meses	1,1 mês
4- PPAM - CDF	1999	Brasil	9,9 meses	23, 4 dias
5- PNDS	2006	Brasil	9,3 meses	2 meses

ND = não disponível.

Fonte para estimativas relativas aos inquéritos ENDEF, PNSN, PNDS- 1996 e 2006, PPAM – CDF
 1- Venâncio SI, Monteiro CA. A Tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. Revista Brasileira de Epidemiologia, 1:40-49; 1988.
 2- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Aspectos de Saúde e Nutrição no Brasil 1989. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Brasília: INAN, 1990.
 3- Sociedade Civil de Bem-estar Familiar no Brasil (BENFAM). Pesquisa Nacional de demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BENFAM, 1997.
 4- Ministério da Saúde (MS). Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal – Relatório Final. Brasília: MS; 2001. [mimeo]
 5- Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>. Acesso em: 04/07/ 2008.

Segundo Venâncio e Monteiro (1988), até a década de 70 não existiam dados representativos que caracterizassem a situação de aleitamento materno no País. No entanto, a realização de algumas pesquisas isoladas demonstrava que esta prática tinha sofrido um considerável declínio. Em 1975 foi realizado o primeiro inquérito domiciliar, a pesquisa do ENDEF realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 55 mil domicílios do país. Apesar da estimativa da prevalência

de aleitamento materno não fazer parte dos objetivos deste estudo, foi possível levantar dados acerca desta prática em crianças menores de um ano através do questionário aplicado. Os resultados mostraram que a mediana de aleitamento materno era de 2,5 meses.

A PNSN, realizada em 1989, demonstra um aumento da mediana de aleitamento materno quando se compara ao resultado da pesquisa do ENDEF de 1975, chegando nesse estudo a 4,5 meses para o total e 2,4 meses para o exclusivo (tabela 1). Entre outros aspectos, a PNSN investigou a situação do aleitamento materno em menores de 47 meses, com amostra de 6015 crianças distribuídas nas áreas urbana e rural nas 5 regiões geográficas. Os dados revelam que apesar de 97% das crianças brasileiras mamarem no peito logo após o nascimento, o desmame é intenso logo nos primeiros dias e meses de vida. Um outro dado importante revelado pela pesquisa refere-se aos contrastes inter-regionais no padrão de aleitamento materno exclusivo no país, mostrando que a melhor situação encontrada refere-se às regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, com duração mediana de aleitamento exclusivo de 92, 86 e 82 dias respectivamente, seguidas pela Região Norte, com 51 dias, e Nordeste, estimada em 41 dias (INAN, 1990).

A tendência de aumento do aleitamento materno total pode ser evidenciada na PNDS, realizada em 1996, entre crianças nascidas nos últimos cinco anos anteriores à pesquisa. Os resultados mostraram que no geral, 92% de crianças são amamentadas, no entanto, somente 43,1% ainda permanecem recebendo leite materno na faixa de idade de sete a nove meses. No que tange ao aleitamento materno exclusivo, somente 12,8% o fazem no intervalo de quatro a seis meses (BEMFAM, 1997).

No que diz respeito à PPAM-CDF, realizada em 1999, os dados revelam uma melhoria substancial na mediana de aleitamento materno total. Apesar dessa pesquisa se restringir somente às áreas urbanas do Brasil, mais especificamente às capitais brasileiras, diferentemente das outras pesquisas aqui analisadas. A comparação deste com os outros estudos demonstra um aumento da mediana de aleitamento materno de forma progressiva, passando de 2,5 meses, em 1975, para 9,9 meses nesse último inquérito (MS, 2001). O mesmo não pode ser constatado em relação ao aleitamento materno exclusivo – os resultados da PPAM-CDF revelam que somente 9,7% das crianças eram amamentadas exclusivamente na idade de seis meses em 1999 (MS, 2001). No que se refere à mediana de aleitamento exclusivo, os dados apresentados na tabela 1 revelam que os dados são controversos, provavelmente pelas diferenças metodológicas existentes nesses estudos.

Por último, a PNDS de 2006 revela que a duração mediana de aleitamento materno exclusivo subiu de 1,1 mês em 1996, para 2 meses em 2006, revelando que o Brasil ainda se encontra distante de cumprir a orientação de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, conforme preconizam os órgãos oficiais (MS, 2008).

A análise dos resultados destas pesquisas leva a refletir acerca da ambigüidade que se estabelece, tendo a política estatal de um lado, a qual reconhece o valor do amamentar e consubstancia as estratégias de promoção, e a mulher do outro lado, que se torna mãe e segue com dificuldade para atender os ditames das recomendações oficiais. Há que se questionar o fato das mulheres continuarem a abandonar o aleitamento antes dos seis meses. Este descompasso entre as proposições do assistir e a

vivência do amamentar tem se configurado como objeto de investigação para inúmeros estudos na busca de ampliar a compreensão sobre as dinâmicas que permeiam o assistir em aleitamento. Nessa perspectiva, os autores apontam para o esgotamento do modelo assistencial, sobretudo por não conseguir responder às demandas subjetivas da mulher (Almeida, 2004; Monteiro et al, 2006; Hames et al, 2008). Dentre os fatores limitantes da resolutividade do assistir, figuram: a assistência pautada por uma abordagem verticalizada e impositiva, a tendência em reduzir todas as questões à dimensão biológica e a busca da modulação do comportamento da mulher, evocando sentimentos de responsabilização e culpabilização pelo desempenho no amamentar (Monteiro et al 1996; Silva 1999; Ramos e Almeida 2003a).

Os estudos associam ainda as limitações da prática assistencial com a concepção da amamentação adotada pela política estatal, que a trata como uma categoria isolada como um fim em si mesma. As pesquisas evidenciam que a política pública deve operar com uma concepção mais ampla, entendendo o aleitamento materno como um dos atributos que caracterizam a maternidade e cujo exercício depende, dentre outros, do contexto social onde está inserida a mulher. Neste ponto, vale destacar o crescente número de estudos voltados para a ampliação do conhecimento sobre as redes sociais¹ (Marteleto, 2001, Andrade e Vaistman, 2002, Martins e Fontes, 2004) de apoio à mulher e as suas implicações para a prática do aleitamento materno (Santos-Oliveira e Rabinovich, 1999, Souza, 2006).

¹ constituem uma das estratégias subjacentes utilizadas pela sociedade para o compartilhamento da informação e do conhecimento, mediante as relações entre atores que as integram (Tomael, Alcará e Chiara, 2005).

Ao estudar as alegações maternas para o desmame das mulheres assistidas em uma maternidade amiga da criança em Teresina-Piauí (Ramos, 2000), pude constatar uma grande lacuna entre o discurso proferido pelos profissionais de saúde e a prática das mulheres que persistiam em desmamar precocemente. A amamentação se revelou como uma experiência solitária, geradora de sentimentos contraditórios e dependente de uma estrutura de apoio. Nesse mesmo estudo, tornou-se visível o quanto o assistir em aleitamento deve operar com a lógica de ser este um bem social compartilhado, condicionado pelos fatores sociais que permeiam o entorno da mulher, no qual se materializa a rede de apoio social à mulher que amamenta (Ramos, 2000).

A IHAC segue como uma das únicas estratégias oficiais para a promoção do aleitamento materno, embora se constate uma queda no número de hospitais que conquistaram o título de HAC nos últimos cinco anos. No caso do estado do Piauí, somente 3 hospitais o fizeram, apesar dos investimentos em capacitações e treinamentos realizados no período de 2003 a 2006. Diante do exposto, algumas indagações são formuladas acerca dessa situação: Qual o efeito da IHAC no perfil de aleitamento materno das crianças por ele assistidas? Como as mulheres assistidas nesses serviços e os profissionais que a assistem vivenciam a IHAC? Na visão desses atores sociais, quais as expectativas em relação a esse programa?

Nesse contexto, a questão norteadora do estudo é como a IHAC ecoa na clientela, ou melhor, quais são os reflexos da IHAC para os atores sociais que dela participam?

1. 2 - O CAMINHO DO ESTUDO:

1.2.1 – Desenho do estudo:

O presente estudo, em face da natureza e dos objetivos propostos, foi desenvolvido em duas etapas marcadas por abordagens metodológicas específicas conjugando preceitos da pesquisa quantitativa e qualitativa. Segundo Deslandes e Assis (2002), essa interação metodológica se faz importante na pesquisa em saúde pública em virtude do grau de complexidade dos objetos que se configuram na relação saúde-doença-atenção, decorrente das diversas possibilidades de diálogo que aí se vislumbram.

1.2.2 - Local do Estudo:

No estado do Piauí, a IHAC foi implantada em 1993 sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde (SESAPI), área materno infantil. A partir desse ano, a SESAPI, com o apoio do UNICEF, começou uma mobilização nos diversos hospitais do Estado com o objetivo de preparar os mesmos para o cumprimento das normas e rotinas preconizadas pelo programa. O primeiro movimento se deu com o envio de técnicos para o Centro de Lactação de Santos para a realização do treinamento em aleitamento materno. A seguir, foi criado o primeiro consultório de aleitamento do Estado no Hospital Infantil Lucídio Portela. No período de 1996 a 2007 foram credenciados 11 hospitais amigos da criança no estado, sendo que cinco deles estão situados na cidade de Teresina e outros seis nos municípios de Barras, Parnaíba, Piracuruca, Pedro II e São Raimundo Nonato.

A presente pesquisa foi realizada na totalidade de maternidades Amigas da Criança situadas em Teresina-Piauí, sendo uma delas estadual e as outras quatro

municipais. Algumas características destas instituições podem ser observadas no quadro abaixo:

Quadro 2 – Características das Maternidades estudadas em Teresina-Piauí, 2008

Nome da Instituição	Nº de Partos (Mês)	Nº de leitos	Nº de atendimentos de crianças (Mês)	Data do Credenciamento na IHAC	Vínculo institucional
1- Maternidade D. Evangelina Rosa	1005	130	379	10/ 12/ 1997	Estadual
2- Hospital do Buenos Aires	103	21	511	25/ 01/1996	Municipal
3- Unidade de Saúde Wall Ferraz	132	26	864	13/ 09 /1996	Municipal
4-Hospital e Maternidade do Satélite	86	18	444	12/ 10/ 1999	Municipal
5-Hospital do Promorar	108	18	658	07/ 04 /2003	Municipal
TOTAL	1434		2856		

1.2.3 - Referencial Teórico metodológico:

Abordagem quantitativa:

A abordagem do tipo quantitativa foi utilizada com o objetivo de realizar um diagnóstico da situação de aleitamento materno entre as crianças de 0 a 1 ano de vida assistidas nas maternidades amigas da criança em Teresina - Piauí. O estudo foi do tipo transversal, o qual possibilita conhecer a distribuição de um evento na população e expressar a respectiva frequência (Pereira, 1995). Os dados foram coletados utilizando um questionário estruturado, semelhante ao utilizado na Pesquisa de Prevalência de

Aleitamento Materno realizada nas capitais e Distrito Federal, como forma assegurar um parâmetro de comparação com os dados dessa última pesquisa (MS, 2001).

Para melhor atender os objetivos da pesquisa, o referido instrumento foi modificado, decidindo-se pela supressão das questões relativas à vacinação e adição da variável classe econômica, com base no Critério Brasil usado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, ABEP (ABEP, 2003).

Os questionários foram digitados e processados através do programa estatístico SPSS 13.0. Após a aplicação, os questionários receberam críticas para detectarem incoerências no preenchimento e nas perguntas cujas respostas dependem de condições de respostas às perguntas anteriores. Algumas variáveis como o aleitamento materno exclusivo, o aleitamento materno, o aleitamento materno predominante foram definidas em função de condições prévias nos quesitos referentes à ingesta de alimentos sólidos e semi-sólidos, assim como o consumo de leite materno e o consumo de líquidos como chá e sucos.

A análise dos dados envolveu o cálculo das probabilidades nas diferentes categorias de aleitamento materno e a realização de testes de associação entre a duração do aleitamento materno e exclusivo e as variáveis maternas e das crianças estudadas. As probabilidades das crianças estarem em aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno predominante (AMP) e aleitamento materno (AM) nas diferentes idades foram estimadas por meio da análise de probitos, assim como a duração mediana do AME e AM. A análise de probitos estima a proporção de crianças nas diferentes modalidades de aleitamento através de uma regressão linear ponderada de probitos (y) em relação às idades (x), considerando a amostra total das crianças em estudo (Finney,

1980). Desta forma, os resultados são menos influenciados pelas flutuações amostrais que ocorreram mês a mês. Esta análise tem sido frequentemente utilizada em estudos sobre aleitamento (Carvalhoes, 1998; Sena et al, 2002; Figueiredo et al, 2004;).

A relação entre a variável dependente AM em menores de um ano, expressa de forma dicotômica, e as variáveis independentes foram analisadas pela regressão logística múltipla como forma de se reduzir a interferência dos fatores de confundimento. Os testes estatísticos para verificar a contribuição de cada variável no AM através do modelo foram realizados com nível de significância de 0,05. As variáveis independentes estudadas ficaram dicotomizadas da seguinte forma: tipo de parto (normal ou cesáreo); classe econômica (A, B ou C, D, E); anos de escolaridade (fundamental ou > fundamental); número de consultas no pré-natal (< 6 ou 6 e +); trabalho materno fora do lar (sim ou não); local de moradia (zona rural ou zona urbana); uso de chupeta (sim ou não); uso de mamadeira (sim ou não) e mamada nas primeiras 24 horas (sim ou não). As medidas de associação (*odds ratio*) foram estimadas por ponto e por intervalos com confiança de 95%. O mesmo procedimento foi utilizado para estudar os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses. Utilizou-se o programa SPSS, versão 13.0 para análise de probitos e da regressão logística.

Os gráficos correspondentes às estimativas das probabilidades das categorias de aleitamento materno, exclusivo e predominante, nas diversas idades foram elaborados no aplicativo Excel para Windows.

A classificação dos padrões de aleitamento considerada no estudo seguiu as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1991), adotando-se as seguintes categorias de aleitamento:

- **Aleitamento materno exclusivo (AME):** a criança está recebendo somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro alimento líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos;
- **Aleitamento Materno Predominante (AMP):** a criança está recebendo além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás;
- **Aleitamento materno (AM):** a criança se alimenta com leite materno independente de consumo de outros líquidos ou alimentos sólidos/ semi-sólidos, inclusive o leite não humano.

Abordagem qualitativa:

Para Pope e Mays (2005), este tipo de abordagem preocupa-se com os significados que os atores sociais atribuem às suas experiências do mundo social e como eles compreendem esse mundo na tentativa de interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc). Os conceitos de saúde, doença e cuidar são privilegiados neste tipo de abordagem, pois, tanto podem ter significações diferenciadas para os profissionais e usuários como podem ser produzidos e reproduzidos a partir do encontro dessas duas óticas (Deslandes e Gomes, 2004). Além do mais, no campo do processo saúde-doença, existe a necessidade de estudos dessa natureza que possam complementar as informações quantitativas, pois não é possível, com esse tipo de abordagem, enumerar os significados, representações e percepções que existem nas

relações sociais entre profissionais de saúde e clientela, conforme denotou Castro (2002).

A técnica utilizada como meio de registrar o discurso dos atores sociais estudados foi a de entrevistas. Para Minayo (2006), as entrevistas podem ser consideradas como conversas com finalidade que se caracterizam pela sua forma de organização. Nessa pesquisa se trabalhou com a entrevista do tipo semi-estruturada, balizadas por um roteiro temático que serviu de base para orientar o entrevistador durante o transcurso da pesquisa. Segundo Pope e Mays (2005), este tipo de entrevista consiste em questões abertas e fechadas que definem a área a ser explorada. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, conforme foi proposto por Bardin (2004). Segundo essa autora *“trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (2004:37). A maior parte das técnicas propostas é do tipo temático e frequencial, método mais fácil e mais útil numa primeira fase de abordagem do material a ser analisado. Mais especificamente, a análise temática se refere à contagem de um ou vários temas ou itens de significação numa unidade de codificação previamente determinada, ou seja, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico escolhido (Bardin, 2004).

Em termos operacionais, a análise de conteúdo desdobra-se em três fases: Pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

- 1- Pré-análise** – é fase de organização propriamente dita. Geralmente essa primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos para a análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.
- 2- Exploração do material** – consiste nas operações de codificação, desconto ou enumeração em função de regras previamente formuladas.
- 3- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação** – os resultados brutos obtidos são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

1.2.4 - Detalhamento das etapas:

Etapa 1 - Diagnóstico da situação de aleitamento materno nas maternidades amigas da criança em Teresina-Piauí:

Esta etapa teve como objetivo realizar um diagnóstico da situação de aleitamento entre as crianças menores de um ano que são atendidas no serviço de puericultura dos hospitais. A amostra foi constituída de 1102 mulheres que procuraram o serviço de puericultura das maternidades para fazer o acompanhamento dos seus filhos durante o período de outubro a novembro de 2006. Os critérios de inclusão para participação do estudo foram: possuir criança com idade inferior a um (01) ano de vida; ter feito pré-natal e parto na maternidade em questão; estar fazendo o acompanhamento de suas crianças no serviço de puericultura das cinco maternidades em questão.

A coleta de dados se deu através da aplicação de um questionário estruturado junto às mulheres que procuraram o serviço de puericultura durante o período mencionado, sem a definição de amostra. As mulheres foram entrevistadas por estudantes do curso de nutrição previamente treinados. As entrevistas ocorreram nos consultórios de acompanhamento das crianças existentes nessas 5 (cinco) maternidades. O instrumento utilizado foi o mesmo da pesquisa de prevalência em aleitamento materno realizado em 1999 pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde (Ministério da Saúde, 2001), como forma assegurar um parâmetro de comparação com os dados dessa última pesquisa (apêndice 2). A participação se deu de forma voluntária, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme prevê a resolução 196/ 96 do CONEP/ MS (apêndice 5).

Etapa 2 – Análise da percepção dos atores sociais (mulheres e profissionais de saúde):

Além do diagnóstico da situação de aleitamento materno entre as crianças, a nossa proposição esteve voltada para o que Uchimura e Bosi (2004) consideram como uma análise qualitativa de programas, ou seja, estudos que buscam apreender a experiência vivencial dos atores sociais que interagem com o programa ou serviço. Nessa perspectiva, realizou-se uma entrevista semi-estruturada com as mulheres que demandaram os serviços oferecidos pelas maternidades em questão acerca dos reflexos da IHAC. Da mesma forma, realizou-se também entrevista semi-estruturada com os profissionais diretamente responsáveis pela IHAC nesses hospitais acerca dos seus reflexos na assistência em aleitamento prestado em cada uma das instituições.

Vinte mulheres participaram da entrevista. Os critérios definidos para a participação do estudo foram: ter realizado pré-natal, parto e o seu filho estar situado na faixa de idade de quatro a seis meses. O roteiro da entrevista encontra-se descrito no apêndice 3.

Ao todo, 10 profissionais de saúde participaram da pesquisa. Os atores eleitos foram: o diretor do hospital e o profissional indicado pela direção como o responsável pelas ações de aleitamento desenvolvidas em cada uma das instituições estudadas. O roteiro temático encontra-se descrito no apêndice 4.

As entrevistas foram gravadas e transcritas após a sua realização. Após a transcrição do material foi realizada uma leitura exaustiva do mesmo, com vista à identificação e saturação dos discursos semelhantes. O critério de saturação foi utilizado para justificar o número de mulheres entrevistadas pelo fato de indicar quando o conjunto de entrevistas realizadas já apresenta uma amplitude do problema estudado, bem como as suas partes de diferenças e semelhanças (Minayo, 1998).

A pesquisa foi financiada com recursos da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI).

CAPÍTULO II - OBJETIVOS, PRESSUPOSTO E ASPECTOS ÉTICOS:

GERAL: Analisar os reflexos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre os atores sociais (profissionais e mulheres) que a vivenciam nas maternidades amigas da criança em Teresina-Piauí

ESPECÍFICOS:

- Realizar um diagnóstico sobre a situação de aleitamento materno entre as crianças de 0 a 1 ano que freqüentam as maternidades amigas da criança;
- Analisar a percepção da IHAC dos atores sociais que a vivenciam.

PRESSUPOSTO:

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança possibilitou a seus clientes a adoção de práticas favoráveis ao aleitamento materno com reflexos na ampliação das taxas de aleitamento na cidade de Teresina.

ASPECTOS ÉTICOS:

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI que se encontra regularmente cadastrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), conforme processo CAAE N° 0153.0.043.000-7 (em anexo).

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

ARTIGO 1- Diagnóstico da situação do aleitamento materno no estado do Piauí

Diagnosis on the status of breastfeeding in the state of Piauí

AUTORES:

**1- Carmen Viana Ramos – Secretaria Estadual de Saúde do Piauí/
Doutoranda em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes
Figueira – FIOCRUZ**

Endereço: Rua Padre Cícero Romão Batista, 450. Piçarra. Teresina-Piauí

CEP: 64016-285. E-mail: nutricarmen2@yahoo.com.br

**2- João Aprígio Guerra de Almeida – Instituto Fernandes Figueira –
FIOCRUZ**

**3- Norma Sueli Marques da Costa Alberto - Secretaria Estadual de Saúde do
Piauí**

4- João Batista Mendes Teles – Universidade Federal do Piauí

**5- Silvia Regina Dias Médici Saldiva – Instituto de Saúde da Secretaria do
Estado da Saúde de São Paulo**

RESUMO:

O objetivo do estudo foi realizar um diagnóstico da situação do aleitamento materno no Piauí durante a campanha de vacinação de 2006. A amostra constituiu-se de 1963 crianças menores de um ano em 45 municípios. As medianas e probabilidades das categorias de aleitamento foram realizadas pela análise de probitos. Para análise da associação entre as variáveis do estudo e o aleitamento materno (AM) e aleitamento materno exclusivo (AME) utilizou-se o modelo de regressão logística multivariada. As probabilidades encontradas foram: 16% para o AME e 18% para o predominante (AMP) na idade de 180 dias; e 58% para AM aos 361 dias. A duração mediana foi de 67 dias para o AME e 200 para AM. O AM foi maior nas crianças cujas mães pertenciam às classes econômicas C, D e E ($p = 0,024$) e moravam na zona rural ($p = 0,009$). Não mamar nas primeiras 24 horas, utilizar chupeta e mamadeira reduziu a prevalência do AM ($p < 0,001$). As prevalências encontram-se aquém das recomendações e refletem a necessidade de priorização das ações voltadas para o aleitamento no Estado.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Fatores Associados, Desmame.

ABSTRACT

This study aims at evaluating the status of breastfeeding in Piauí during the 2006 vaccination campaign. The sample is formed by 1963 children under one year old from 45 municipalities. The medians and probabilities of the categories of breastfeeding were calculated through the probit analysis. The pattern of multivariate logistic analysis was used in order to analyze the association among the variables of the study and breastfeeding and exclusive breastfeeding. The probabilities found were: 16% for exclusive breastfeeding and 18% for predominant breastfeeding at the age of 180 days; and 58% for breastfeeding at 361 days. The median duration was 67 days for exclusive breastfeeding and 200 days for breastfeeding. The breastfeeding rate was higher for children whose mothers belonged to social classes C, D and E ($p = 0,024$) and lived in the countryside ($p = 0,009$). Not suckling during the first 24 hours of life, using the pacifier and bottle-feeding reduced the prevalence of breastfeeding ($p < 0,001$). The prevalences are below the standards and reflect the need to prioritize the actions towards breastfeeding in the State.

Key words: Breastfeeding, Factors Associated, Weaning.

INTRODUÇÃO:

A promoção do aleitamento materno figura entre as intervenções viáveis, efetivas e de baixo custo que podem prevenir até 63% das mortes passíveis de ocorrer antes dos cinco anos de vida¹. A prática de amamentar crianças exclusivamente por seis meses reduz o risco de infecções e previne déficits de crescimento². Além disso, traz também benefícios para a saúde da mulher, tais como: regressão uterina mais rápida; auxilia o retorno ao peso inicial; previne o câncer de ovário, útero e mamas; diminui o risco da mãe sofrer hemorragia e anemia no pós-parto³.

O relatório sobre a situação mundial da infância, publicado em 2006, revelou que 36% das crianças menores de seis meses são aleitadas de forma exclusiva no mundo⁴. No Brasil, a última pesquisa de abrangência nacional foi realizada em 1999 e estimou uma prevalência de aleitamento materno exclusivo de 9,7% para a mesma faixa etária⁵. Estudos localizados, realizados em Florianópolis e João Pessoa⁶, Distrito Federal⁷, São Paulo⁸, São José do Rio Preto⁹, Salvador¹⁰ e Feira de Santana¹¹ demonstram índices de aleitamento exclusivo aos seis meses, inferiores a 18%.

Estes resultados indicam que as taxas de aleitamento exclusivo alcançadas encontram-se aquém das recomendações oficiais preconizadas^{12 13}. Uma das possíveis explicações para esta constatação advém do fato do aleitamento materno ser uma categoria híbrida, construída por atributos definidos pela natureza e cultura¹⁴, no qual variáveis como nível sócio-econômico, escolaridade, idade da mãe, trabalho materno e tipo de parto se associam de maneira distinta e sem um comportamento uniforme em relação à prática do aleitamento materno, a exemplo de relatos apresentados em inúmeras pesquisas^{9 10 11 15 16 17 18}.

O reconhecimento dessas questões sugere que mudanças devam ser operadas na prática assistencial de aleitamento materno, no intuito de melhorar os indicadores e tornar esse ato menos conflituoso para a mulher. Sob esse enfoque, iniciativas que privilegiem a rede de atenção primária, como um espaço onde a mulher possa ser vista na sua integralidade, se configuram como estratégias eficientes para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno¹⁹.

Por outro lado, os ajustes a serem operados na prática assistencial dependem de um conhecimento objetivo da realidade. Neste sentido, vale destacar que a última informação sobre aleitamento materno de âmbito estadual no Piauí foi a duração mediana do aleitamento materno, obtida em pesquisa realizada em 1991²⁰. O presente estudo se ergue na necessidade de conhecer a realidade atual e, portanto, foi delineado com o objetivo de realizar um diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí e os fatores a ele associados em crianças menores de um ano de idade. Os resultados servirão de subsídios para a formulação de políticas que visem melhorar a prevalência do aleitamento materno no estado.

METODOLOGIA:

Estudo transversal realizado durante a segunda etapa da campanha de vacinação em agosto de 2006 no Piauí. A população do estudo foi constituída de crianças com idade menor ou igual a 364 dias, presentes na campanha de multivacinação acompanhadas das respectivas mães, utilizando a estratégia de diagnósticos rápidos já validados em outros estudos^{6 7 9 11}. A meta estabelecida para a vacinação nesta faixa etária foi de 61.518 crianças para o estado. Com base nisso, foi dimensionada uma

amostra representativa de 2.217 crianças, com um erro máximo de 2% e nível de confiança de 95%. Por motivos de perdas, como ausência da clientela nos postos no momento da pesquisa, recusa da mãe em responder o questionário ou preenchimento incorreto do instrumento por parte do entrevistador, a amostra final foi totalizada em 1.963 crianças, representando 11,46% de não-resposta. Em relação às perdas, Pereira²¹ ressalta que não há unanimidade sobre os valores máximos permitidos e faz menção a limites que variam de 10 a 30%. Para Babbie²², a taxa aceitável de resposta em pesquisas deste tipo é considerada muito boa quando atinge 70% ou mais. Neste estudo, em particular, foi atingido 88,54% da amostra.

Para se chegar à unidade de análise última do estudo foram consideradas três unidades amostrais: as microrregionais de saúde, o município e o posto de vacinação. A amostragem da pesquisa foi desenhada para incluir amostragem aleatória simples na escolha da regional de saúde. Dentro da regional selecionada, novamente uma amostragem casual simples para a seleção do município. Com base nesse critério, foram selecionados 45 municípios, dentre os 223 do estado, contemplando a zona rural e urbana. Os municípios selecionados são representativos do estado e encontram-se distribuídos uniformemente em 8 (oito) regionais de saúde das 11 existentes.

O tamanho da amostra obedeceu ao quantitativo de crianças estabelecido pela meta de vacinação pela secretaria estadual de saúde para cada um dos municípios. À exceção de Teresina, onde se trabalhou com 20% dos postos existentes, nos demais municípios todos os postos foram incluídos no estudo, contemplando proporcionalmente o número de crianças de cada região. A escolha da criança no posto ocorreu por meio de amostragem sistemática, cujo intervalo foi de três crianças.

A coleta de dados utilizou um questionário estruturado, aplicado por estudantes e profissionais de saúde dos municípios previamente treinados pela coordenação da pesquisa. O questionário, utilizado na Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal (PPAM – CDF)⁵, foi adaptado para o presente estudo. Dessa forma, decidiu-se pela supressão das questões relativas à vacinação e pela adição da variável classe econômica, a qual se baseou no critério Brasil usado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)²³. O referido instrumento era composto de 22 questões relativas a: sexo da criança, idade, tipo de parto, alojamento conjunto, se iniciou aleitamento nas primeiras 24 horas, alimentação da criança nas últimas 24 horas, uso de mamadeira e chupeta, idade materna, escolaridade, trabalho materno, pré-natal (quando iniciou, quantas consultas, orientação para o aleitamento materno) e classe econômica. Vale ressaltar que não foram feitas perguntas recordatórias sobre a época do desmame e período de introdução de outros alimentos. Em relação ao aleitamento, obteve-se informação das últimas 24 horas. Foi realizada uma pesquisa piloto na primeira etapa da Campanha de Vacinação, em junho de 2006, em quatro municípios e em condições idênticas às da pesquisa.

A classificação dos padrões de aleitamento considerada no estudo seguiu as recomendações da Organização Mundial de Saúde²⁴ adotando-se as seguintes categorias de aleitamento:

- **Aleitamento materno exclusivo (AME):** a criança está recebendo somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro alimento líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos;

- **Aleitamento Materno Predominante (AMP):** a criança está recebendo além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás;

- **Aleitamento materno (AM)** – a criança se alimenta com leite materno independente de consumo de outros líquidos ou alimentos sólidos/ semi-sólidos, inclusive o leite não humano. Os questionários foram codificados e revisados para em seguida serem digitados e processados no Programa SPSS - 13.0. As probabilidades das crianças estarem em aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno predominante (AMP) e aleitamento materno (AM) nas diferentes idades foram estimadas por meio da análise de probitos, assim como a duração mediana do AME e AM. A análise de probitos estima a proporção de crianças nas diferentes modalidades de aleitamento através de uma regressão linear ponderada de probitos (y) em relação às idades (x), considerando a amostra total das crianças em estudo²⁵. Desta forma, os resultados são menos influenciados pelas flutuações amostrais que ocorreram mês a mês. Esta análise tem sido frequentemente utilizada em estudos sobre aleitamento^{7 9 26}.

A relação entre a variável dependente AM, em menores de um ano, expressa de forma dicotômica, e as variáveis independentes foram analisadas pela regressão logística múltipla, como forma de se reduzir a interferência dos fatores de confundimento. Os testes estatísticos para verificar a contribuição de cada variável no AM através do modelo foram realizados com nível de significância de 0,05. As variáveis independentes estudadas ficaram dicotomizadas da seguinte forma: tipo de parto (normal ou cesáreo); classe econômica (A, B ou C, D, E); anos de escolaridade (fundamental ou > fundamental); número de consultas no pré-natal (< 6 ou 6 e +); trabalho materno fora do lar (sim ou não); local de moradia (zona rural ou zona

urbana); uso de chupeta (sim ou não); uso de mamadeira (sim ou não) e mamada nas primeiras 24 horas (sim ou não). As medidas de associação (*odds ratio*) foram estimadas por ponto e por intervalos com confiança de 95%. O mesmo procedimento foi utilizado para estudar os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses. Utilizou-se o programa SPSS, versão 13.0 para análise de probitos e da regressão logística.

Os gráficos correspondentes às estimativas das probabilidades das categorias de aleitamento materno, exclusivo e predominante, nas diversas idades foram elaborados no aplicativo Excel para Windows.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, conforme prevê a resolução 196/96 do Ministério da Saúde²⁹. A pesquisa foi financiada com recursos da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

RESULTADOS:

O grupo estudado foi composto por 1963 crianças menores de um ano, cujas variáveis sócio-demográficas podem ser observadas na tabela 1. Destas, 80,23% encontravam-se em aleitamento materno no dia da pesquisa. As probabilidades das crianças menores de 365 dias receberem aleitamento materno (AM) são apresentadas na figura 1. As crianças têm 92% de probabilidade de receberem leite materno no primeiro mês de vida, e de 58% no final do intervalo etário.

As probabilidades das crianças estarem em AME e AMP no curso de 180 dias podem ser observadas na figura 2. As variações entre os extremos do intervalo etário

foram de 72% para 16% e de 25 para 12% para o AME e AMP, respectivamente. A duração da mediana do AM foi de 200 dias e do AME correspondeu a 67 dias. Cabe ressaltar que o percentual de crianças em AME na faixa de zero a 180 dias de vida foi de 41, 45%.

A tabela 2 mostra os resultados da associação entre o aleitamento materno e os fatores relacionados à mulher e à criança. O AM foi significativamente maior (81%) entre aquelas mulheres que pertenciam às classes econômicas C, D e E do que entre as pertencentes às classes econômicas A e B (70, 7%) ($p = 0,0024$). Outro fator que mostrou associação significativa foi o local de moradia; morar na zona rural aumentou o percentual de aleitamento materno (88%) em relação aos moradores da zona urbana (79%) ($p = 0,009$). As variáveis tipo de parto ($p = 0,82$), anos de escolaridade ($p = 0,13$), número de consultas no pré-natal ($p = 0,85$) e trabalho materno (0,14) não se associaram de forma estatisticamente significativa com o aleitamento materno (Tabela 2).

No que diz respeito às características das crianças, o hábito de não usar chupeta e mamadeira revelou uma forte associação estatística com o AM. As crianças que não usavam chupeta apresentaram uma prevalência de AM de 89% e as que não usavam mamadeira, uma prevalência de 94%, com uma chance significativamente maior de serem aleitadas ($p < 0,001$). Além desses fatores citados, a ocorrência da mamada nas primeiras 24 horas também se mostrou associada com a prática do AM ($p < 0,001$). O aleitamento foi significativamente maior (82%) entre as crianças que foram aleitadas no primeiro dia de vida em relação às que não foram aleitadas (68 %) (Tabela 2).

Em termos dos fatores associados ao AME, o modelo de regressão logística revelou que a não utilização da mamadeira amplia as chances do aleitamento exclusivo ocorrer durante os seis primeiros meses de vida ($p < 0,001$). As crianças que não usavam mamadeira tiveram uma prevalência de aleitamento exclusivo de 68,4%, e as que a utilizavam, apenas 5,2%. As outras variáveis estudadas não apresentaram associação estatisticamente significativa com a ocorrência do AME ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO:

Os resultados encontrados no presente estudo possibilitam um diagnóstico da situação do aleitamento materno no estado do Piauí, contribuindo para o planejamento de ações e medidas de intervenção na área. Para contextualização dos resultados aqui obtidos, foram utilizados os dois últimos estudos populacionais realizados em duas regiões circunscritas do estado: em Teresina, em 1999⁵, no semi-árido, em 2005²⁸.

A análise dos dados obtidos nesta pesquisa revelou probabilidades de AME maiores que os verificados para Teresina⁵ em todas as idades aqui apresentadas, com uma variação de 2,9% maior na idade de 30 dias e de 35,6% maior na idade de 180 dias. Em relação à categoria AM, os resultados encontrados foram menores em todas as idades, com variação de 1,4% menor na idade de 30 dias e 0,7% menor aos 361 dias⁵. A comparação dos resultados do presente estudo com o desempenho das outras capitais brasileiras, em 1999⁵, revelou que a probabilidade de 58% do AM no final do primeiro ano de vida, no Piauí, foi maior que os resultados encontrados para a maioria das capitais, com exceção de Belém, no Pará (66,3%) e Macapá, no Amapá (64,1%). Quanto ao AME, aos 180 dias de vida, a probabilidade de 16% encontrada nessa

pesquisa também foi maior que na maioria das capitais, exceto para Belém (19,8%), São Luís (18,1%) e Florianópolis (18,4%)⁵. Vale salientar que a duração mediana de AME (67 dias) mostrou-se maior que a encontrada em todas as capitais em 1999, cujo o maior valor foi de 63,6 dias para a cidade de Fortaleza⁵.

A probabilidade de AME na idade de 180 dias foi 38% menor que o obtido para o semi-árido piauiense em 2005²⁸. Em relação ao AM, o resultado revelado para a idade de 361 dias foi 18,6% maior que o encontrado nessa região.

No que se refere ao AME, a probabilidade de 16% revelada neste estudo, ao final de 180 dias, também se apresentou maior que os valores relatados em pesquisas isoladas realizadas em Botucatu – SP²⁶, Florianópolis e João Pessoa⁶, Distrito Federal⁷, São José do Rio Preto-SP⁹, Salvador¹⁰, com exceção de Feira de Santana - Bahia¹¹, onde a frequência percentual nesta idade foi de 17,7%. A duração mediana do AME foi maior que em todas essas cidades. No que tange ao AM, na idade de 361 dias, o resultado se revelou maior que em todas as cidades acima citadas, onde a maior frequência de AM encontrada foi em Feira de Santana (48,6%)¹¹.

Os maiores índices de aleitamento materno aqui obtidos, em relação às pesquisas citadas, deve ser considerado com cautela. Tal consideração se fundamenta na impossibilidade de realização de uma análise de tendências do aleitamento materno no Piauí e no fato dos resultados encontrados se mostrarem aquém das recomendações oficiais emanadas pelo Ministério da Saúde do Brasil¹² e pela Organização Mundial de Saúde¹³.

A análise dos fatores relacionados à prevalência do aleitamento materno revelou que não mamar nas primeiras 24 horas, assim como utilizar chupeta e mamadeira, reduz

as taxas de prevalência de aleitamento materno. Estes achados corroboram com os estudos de Vieira (2004)¹¹ no que diz respeito à associação com a mamada nas primeiras 24 horas; e de Figueiredo et al (2004)⁹, em relação ao uso da mamadeira como fator de redução no tempo de aleitamento materno. A utilização de chupeta imprimiu um risco 3,16 vezes maior para a interrupção do aleitamento materno em três municípios do Alto de Jequitinhonha, em Minas Gerais¹⁸ e de 5,99 vezes maior num estudo realizado em 111 municípios do estado de São Paulo²⁹. Segundo a OMS³⁰, o uso da chupeta e mamadeira apresenta risco de transmissão de infecções, redução no tempo gasto na sucção do peito e interferência no aleitamento sob livre demanda, além de alterar a dinâmica oral.

Apesar do esforço das instituições governamentais para diminuir a utilização de chupetas e mamadeiras, as pesquisas revelam a persistência da adoção destes utensílios⁹¹¹²⁹³¹. No Piauí, a despeito de todo o investimento na capacitação profissional e em campanhas educativas, a análise dos dados deste estudo não revelou diferenças no hábito de utilização de chupetas e mamadeiras em relação ao verificado em Teresina em 1999⁵. Esta constatação sugere a necessidade de estudos que possibilitem a análise de forma compreensiva dos determinantes culturais desta prática.

O estudo de associação dos fatores inerentes à mulher com a prática do aleitamento evidenciou que o fato de pertencer às classes econômicas mais baixas (C, D, E) e morar na zona rural aumentou a prevalência do aleitamento materno, enquanto que as mulheres de classes econômicas mais altas (A e B) possuem menores prevalências de aleitamento. Alguns trabalhos têm demonstrado que o baixo nível sócio-econômico, em especial a renda familiar, reduz as taxas de aleitamento¹⁰¹⁶³²,

divergindo, portanto, do encontrado nessa pesquisa. A OMS³³ relaciona o aumento da frequência de aleitamento materno ao padrão de desenvolvimento das sociedades, a qual apresenta fases de declínio e incremento da prevalência de aleitamento em diferentes momentos. Por esse raciocínio, as mulheres de melhor renda e mais escolaridade seriam as primeiras a valorizar o aleitamento, seguidas das que residem na zona rural com níveis socioeconômicos mais baixos.

O fato de o estudo ter identificado uma maior duração de aleitamento materno nas classes menos favorecidas sugere uma melhor difusão de saberes e práticas nesse estrato social à semelhança do estudo conduzindo em Feira de Santana – Bahia¹¹.

Faleiros, Trezza e Carandina³², analisando os fatores que influenciam a decisão e duração do aleitamento materno, alertam sobre a necessidade de se estudar outras causas para o desmame precoce, além dos fatores comumente estudados, como por exemplo, as relacionadas ao ambiente, à personalidade materna, às suas emoções, às relações familiares, às influências culturais e às respostas das mulheres aos diferentes problemas do cotidiano, além do papel dos meios de comunicação e indústria de alimentos infantis. Assim sendo, as variáveis contextuais assumem um papel fundamental, acrescendo-se a isso, a mulher precisa se sentir apoiada para a realização desse ato. Fato esse já bastante evidenciado em estudos que privilegiam a análise compreensiva da prática do aleitamento^{34 35 36 37 38}. Em desenhos de futuros estudos, vale atentar para a necessidade de coletar dados que permitam realizar a análise de fatores associados à prática de aleitamento materno não contemplados nesta pesquisa.

A determinação do perfil atual de aleitamento materno no estado do Piauí e os fatores associados à sua duração representam a principal contribuição desse estudo.

Mais do que um retrato momentâneo da situação do aleitamento no estado, as taxas ora determinadas se configuram em demarcadores para futuros estudos e análise de tendências.

Apesar dos maiores índices obtidos, especialmente em relação ao aleitamento exclusivo, os resultados encontram-se ainda muito aquém das recomendações oficiais. Nesta perspectiva, o investimento em ações estratégicas que produzam transformações em favor do aleitamento materno deve ser considerado como prioritário pela política de saúde no estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet* 2003; 362:65-71
- 2- World Health Organization. Family and community practices that promote child survival, growth and development -a review of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2004.
- 3- Organização Panamericana de Saúde. Semana Mundial da Amamentação 2006. <http://www.opas.org.br/mostrantp.cfm?codigodest=593>. (acessado em 23/05/2007)
- 4- Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2006 – Excluídas e Invisíveis. New York: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2005.
- 5- Ministério da Saúde. Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

- 6- Kitoko PM, Rea MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:1111-9.
- 7- Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:613-21.
- 8- Rea MF, Venancio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saúde Pública* 1997; 31: 149-56.
- 9- Figueiredo MO, Sartorelli DS, Zan TAB, Garcia E, Silva LC, Carvalho FLP, et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 2: 172-9.
- 10- Oliveira LPM, Assis AM, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Duração do Aleitamento Materno, regime alimentar e fatores associados, segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21: 1515-30.
- 11- Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores Associados ao aleitamento e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil* 2004; 4: 143-150.
- 12- Ministério da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Guia Alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde; 2005.
- 13- World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Geneva: World Health Organization; 2001. (Note for the Press, 7).

- 14- Almeida JAG, Novak FR. Breastfeeding: a nature-culture hybrid. *J. Pediatric* 2004; 80 Suppl 5: 119-125.
- 15- Weinderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e Duração da amamentação conforme tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 1998; 32 : 225 - 31 .
- 16- Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ et al. Evolução do padrão do aleitamento materno. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:143-8.
- 17- Bueno MB, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Gimeno SGA, Siqueira AAF. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospitais universitários de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 1453-60.
- 18- Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores Associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22: 69-77.
- 19- Oliveira MIN, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, Proteção e apoio a amamentação do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21: 1901-10.
- 20- Fundo das Nações Unidas para a Infância. Universidade Federal do Piauí. Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Crianças e Adolescentes no Piauí: saúde, educação e trabalho. Piauí: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1992.
- 21- Pereira MG. *Epidemiologia – Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1995.
- 22- Babbie E. *Métodos de pesquisa de Survey*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999.

- 23- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2003. <http://www.abep.org.br> (acessado em 23/ 04/ 2007).
- 24- World Health Organization. Division of diarrhoeal and acute respiratory disease control: Indicators for assessing breast-feeding practices. Geneva: World Health Organization; 1991
- 25- Finney DJ. Probit analysis. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1980.
- 26- Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: Utilização de metodologia simplificada. Rev. Saúde Pública 1998; 32: 430-6.
- 27- Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2006.
- 28- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Chamada Nutricional: um estudo sobre a situação nutricional das crianças do semi-árido brasileiro. Caderno de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome; 2006.
- 29- Contrim LC, Venancio SI, Escuder MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. Rev. Bra. de Saúde Materno Infantil 2002; 2: 245-52.

- 30- Organização Mundial de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Evidências Científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde; 2001.
- 31- Soares MAM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso da chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J. Pediatria* 2003; 79: 309-16.
- 32- Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr. Campinas* 2006; 19: 623-630.
- 33- World Health Organization. The World Health Organization's infant feeding recommendation. *Bull . World Health Organ* 1995; 73:165-74.
- 34- Nakano MS. O Aleitamento no Cotidiano Feminino. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1996.
- 35- Silva IA. Amamentar: Uma Questão de Assumir Riscos ou Garantir Benefícios. São Paulo: Editora Robe; 1997.
- 36- Silva IA. Construindo Perspectivas sobre Assistência em Amamentação: Um Processo Interacional. [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 1999.
- 37- Ramos CV; Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria* 2003; 79: 385-90.
- 38- Souza MHN. A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Programa de

Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006

Colaboradores:

Carmen Viana Ramos elaborou o esqueleto do artigo, detalhamento da análise, gráficos e tabelas, e revisou após pareceres, foi a Coordenadora técnica científica da pesquisa. **João Aprígio Guerra de Almeida** realizou a revisão final do artigo e revisou após os pareceres. **Norma Sueli Marques da Costa Alberto** coordenou o projeto que originou o artigo, supervisionou a coleta de dados, discutiu os resultados. **João Batista Mendes Teles** foi responsável amostragem, tratamento estatístico do projeto, discutiu os resultados, revisou a metodologia do artigo. **Silvia Regina Dias Médici Saldiva**, contribuiu na análise final dos dados, discutiu os resultados, fez a revisão da metodologia.

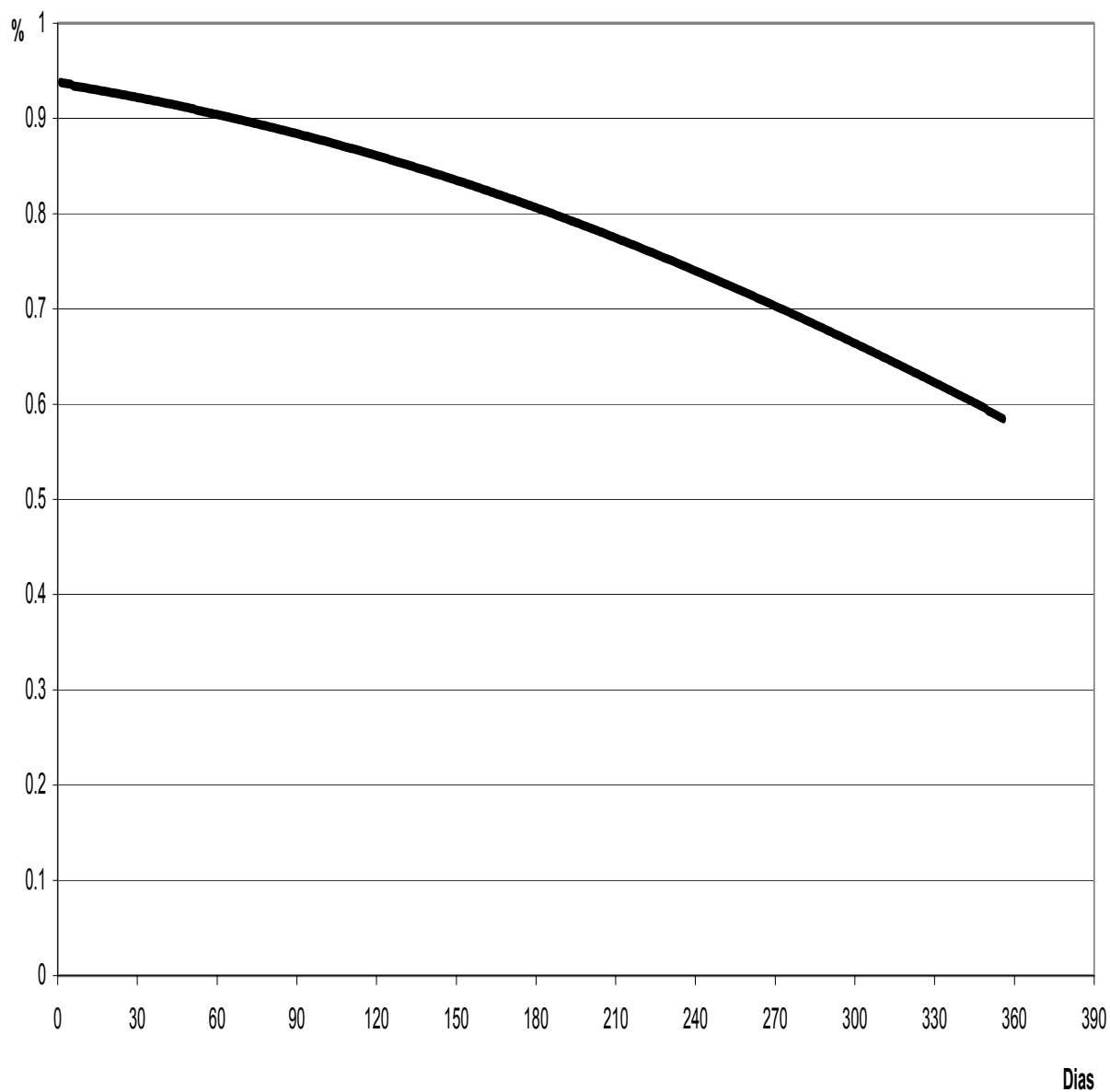
Agradecimentos:

Cassandra Sena Juzilene Lopes e Deusilene Brito, Técnicas da Supervisão de Ações Básicas de Saúde e Alimentação e Nutrição da Coordenação de Ações da Saúde da Criança e Adolescente, Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI). **Vilma Brito**, Supervisora do Aleitamento Materno da SESAPI. **Danielle Monteiro**, Técnica em Informática. **Raimunda Damasceno**, Coordenadora da Imunização da SESAPI. **Franklin Borges**, Professor de Inglês.

Tabela 1- Distribuição (%) das crianças menores de 1 ano de acordo com as variáveis demográficas e sócio ambientais. Piauí, 2006

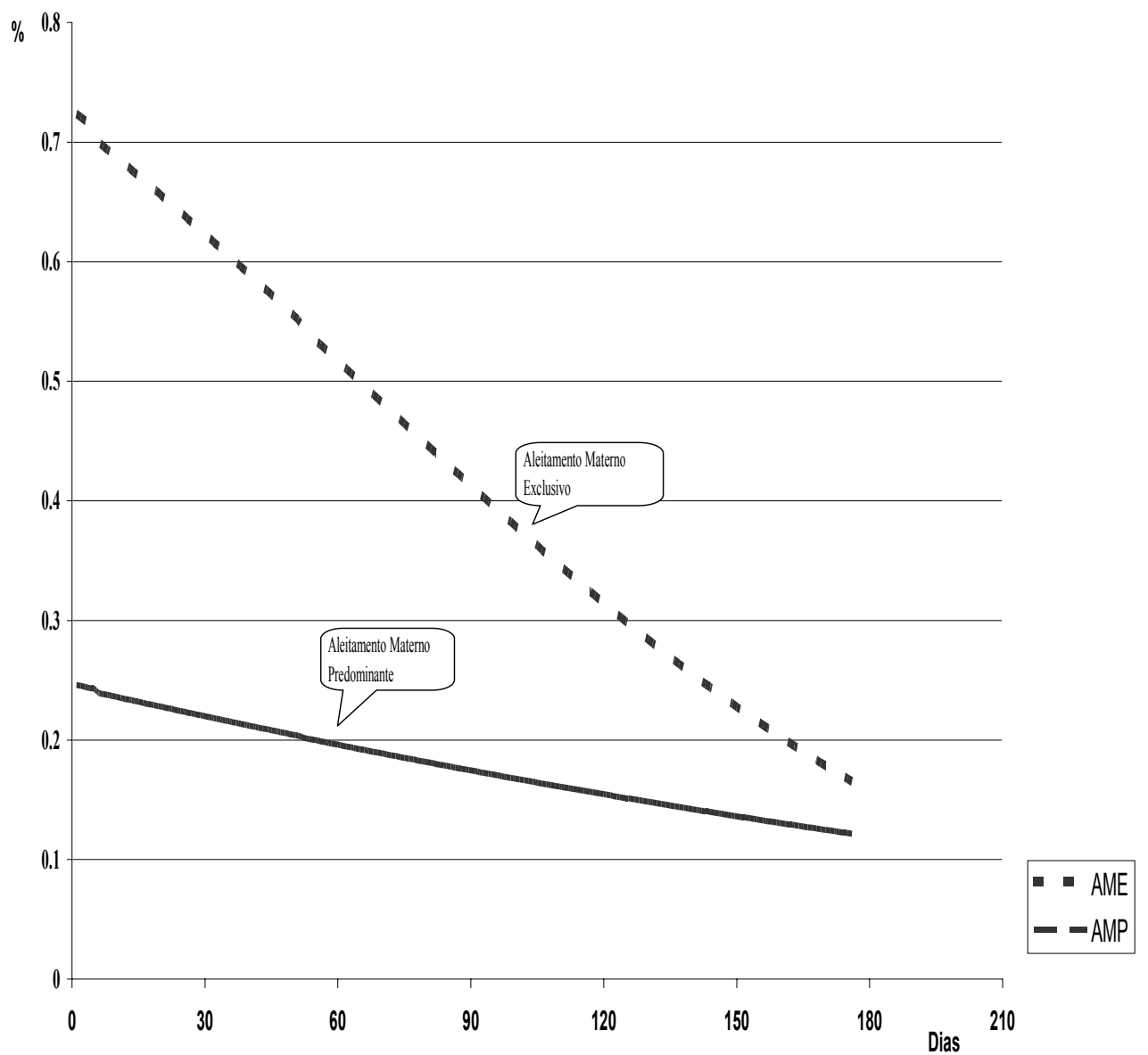
Variáveis	Nº	%
Sexo da criança:		
Masculino	999	50.9
Feminino	964	49.1
Idade da criança (dias):		
0 – 30	101	5.1
31 a 60	202	10.3
61 a 90	226	11.5
91 a 120	196	10
121 a 150	188	9.6
151 a 180	180	9.2
181 a 270 dias	419	21.3
271 a 364 dias	451	23
Idade materna (anos):		
12 a 19	419	21.4
20 a 24	734	37.4
25 a 35	694	35.3
> 35	106	5.4
Sem informação	10	0.5
Local de Moradia:		
Zona Rural	289	14.7
Zona Urbana	1674	85.3
Frequenteou Escola		
Sim	1891	96.3
Não	72	3.7
Anos de escolaridade		
< 9	1042	55
9 ou +	849	45
Trabalho Materno:		
Sim	418	21.3
Não	1545	78.7
Classe social:		
A	14	0.8
B	126	6.4
C	499	25.4
D	835	42.5
E	489	24.9

Figura 1 - Probabilidades do aleitamento materno (AM) em crianças menores de 1 ano, segundo o modelo do probito. Piauí, 2006.



*AM – Leite materno, independente do consumo de outros líquidos ou alimentos sólidos/ semi-sólidos, inclusive o leite não humano.

Figura 2- Probabilidades do Aleitamento materno exclusivo (AME)* e aleitamento materno predominante (AMP)** em crianças com idade até 180 dias, segundo o modelo do probito. Piauí, 2006.



* AME – somente leite materno, sem nenhum outro alimento líquido ou sólido.

** AMP – leite materno acrescido de água ou bebidas a base de água, como sucos de frutas ou chás.

Tabela 2- Estimativas de *Odds Ratio* e Intervalo de Confiança (95%) da associação entre aleitamento materno (AM) e fatores das mães e das crianças. Piauí, 2006.

Variáveis	Aleitamento Materno*		Aleitamento Materno		OR**	IC95%	p***
	Sim		Não				
	Nº	%	Nº	%			
Tipo de Parto							
Normal	957	81	219	19	1,0	0,7-1,3	0,82
Cesáreo	618	78.5	169	21.5			
Classe Econômica							
A e B	99	70.7	41	29.3	0,6	0,4 - 0.9	0,04
C, D e E	1476	81	347	19			
Anos de escolaridade							
Fundamental	844	81	198	19	1,2	1,0 – 1,7	0.13
> Fundamental	677	80	172	20			
Nº Consultas Pré-natal							
< 6	347	80	88	20	0.9	0,7 – 1,4	0.85
6 ou +	1216	80.5	294	19.5			
Trabalho Materno							
Não	1262	81.7	283	18.3	1,5	1,1 – 2,0	0.14
Sim	313	75	103	25			
Local de Moradia							
Zona Urbana	1321	79	353	21	2,0	1,3 – 3,0	0,01
Zona Rural	254	88	35	12			
Uso de Chupeta							
Não	1098	89	140	11	2,8	2,2 – 3,7	0.000
Sim	477	66	248	34			
Uso de mamadeira							
Não	919	94	54	6	6,4	4,8 – 8,9	0.000
Sim	652	66	333	34			
Mamada após 24 horas do parto							
Não	158	68	74	32	1,70	1,2 – 2,4	0.000
Sim	1415	82	314	18			

*AM- leite materno, independente do consumo de outros líquidos ou alimentos sólidos/ semi-sólidos, inclusive o leite não humano

**Odds Ratio

**ARTIGO 2- Diagnóstico da situação de aleitamento materno nos Hospitais Amigos
da Criança em Teresina - Piauí**

**Diagnosis on the situation of breastfeeding at Baby-Friendly Hospitals in Teresina
– Piauí**

AUTORES:

1- **Carmen Viana Ramos** – Secretaria Estadual de Saúde do Piauí/ Doutoranda em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ

Endereço: Rua Padre Cícero Romão Batista, 450. Piçarra. Teresina-Piauí

CEP: 64016-285. E-mail: nutricarmen2@yahoo.com.br

2- **João Aprígio Guerra de Almeida** – Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ

3- **Luciana Maria Ribeiro Pereira** – Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas Do Piauí - NOVAFAPI

4- **Silvia Regina Dias Médici Saldiva** – Instituto de Saúde da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo

5- **Norma Sueli Marques da Costa Alberto** - Secretaria Estadual de Saúde do Piauí/ Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas Do Piauí - NOVAFAPI

6- **João Batista Mendes Teles** – Universidade Federal do Piauí - UFPI

7- **Theonas Gomes Pereira** - Secretaria Estadual de Saúde do Piauí/ Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas Do Piauí - NOVAFAPI

Resumo:

Objetivo: Realizar um diagnóstico sobre a situação de aleitamento materno nos hospitais amigos da criança.

Local e data: Cinco maternidades públicas situadas em Teresina-Piauí, no período de outubro a novembro de 2006.

Procedimentos básicos: A amostra se constituiu de 1102 crianças menores de um ano de idade acompanhadas nessas maternidades no período de um mês. As medianas e probabilidades das categorias de aleitamento foram obtidas pela análise de probitos. Para análise da associação entre o variável aleitamento materno exclusivo (AME) e as variáveis independentes utilizou-se o modelo de regressão logística multivariada.

Resultados: As probabilidades encontradas foram: 19% para o AME e 16% para o AMP na idade de 180 dias; e 56% para AM aos 361 dias. A mediana de duração do AME foi de 98 dias para todas as crianças e superior a 365 dias para o AM. O AME foi maior entre as crianças que eram acompanhadas nas Maternidades 3 e 5, não utilizavam mamadeira, e mamaram nas primeiras 24 horas ($p < 0,001$).

Conclusão: Os resultados encontrados mostram um perfil de aleitamento melhor do encontrado em relação a outros estudos, embora aquém das recomendações oficiais, sugerindo que algumas alternativas como a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança pode ajudar a elevar esses indicadores.

Palavras chave: aleitamento materno, Hospital amigo da criança, fatores associados.

Abstract:

Objective: To assess the status of breastfeeding at Baby-Friendly Hospitals.

Place and date: Five public maternity hospitals located in Teresina – Piauí, from October to November 2006.

Methods: The sample consisted of 1102 children under one year old attended at the aforementioned maternity hospitals and followed for a month. The averages and possibilities of different types of breastfeeding were obtained through probit analysis. In order to analyse the association between the variable exclusive breastfeeding (EBF) and the independent variables, the multivariate logistic regression pattern was used.

Results: The probabilities found were: 19% for EBF and 16% for predominant breastfeeding (PBF) at the age of 180 days; and 56% for BF at 361 days. The average duration of EBF was 98 days for all infants and over 365 days for BF. EBF lasted longer for infants who were attended at Maternity Hospitals #3 and 5#, weren't given the baby bottle and were breastfed during the first 24 hours of life ($p < 0.001$).

Conclusion: Despite better breastfeeding profiles found in comparison with other studies, the results don't meet official recommendations, suggesting that some alternatives such as the Baby-Friendly Hospital Initiative may support the improvement of these indexes.

Key words: breastfeeding, Baby-Friendly Hospital, associated factors.

INTRODUÇÃO:

O aleitamento materno possui inúmeras propriedades nutricionais, imunológicas e afetivas de fundamental importância para a saúde e sobrevivência das crianças, além de desempenhar um importante papel na saúde das mulheres. De acordo com a publicação intitulada *Child Survival* (Lancet, 2003), o aleitamento exclusivo, seguido do aleitamento contínuo no primeiro ano de vida, se destaca como a intervenção com maior potencial para salvar vidas, sendo capaz de prevenir 1 a cada 7,5 mortes infantis (1). No que diz respeito aos benefícios exercidos por essa prática a longo prazo, uma meta-análise publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), constatou que sujeitos que foram amamentados tiveram menores taxas de colesterol total, menor pressão arterial e reduzida prevalência de obesidade e diabetes do tipo 2 na fase adulta (2).

Apesar de todas as evidências disponíveis sobre a importância dessa prática, o Brasil ainda está longe de cumprir a recomendação de aleitamento materno até os seis meses de vida, conforme preconiza a OMS (3). Muito embora se reconheça a tendência ascendente do aleitamento materno no País (4,5), dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, revela que somente 11% das mulheres amamentam de forma exclusiva na faixa etária de quatro a seis meses (6).

Inúmeras ações de saúde têm sido desenvolvidas nas últimas décadas, por organismos nacionais e internacionais, com o intuito de melhorar os indicadores de aleitamento entre a população e, conseqüentemente, contribuir na redução da morbimortalidade infantil. Exemplo disto é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança

(IHAC), criada em 1990 pela OMS e UNICEF, com vistas a promover, proteger e apoiar a prática de aleitamento materno. A IHAC é operacionalizada através da readequação das rotinas hospitalares em observação ao cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (7).

Esta Iniciativa vem sendo trabalhada no Brasil desde 1992 sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e com o apoio da UNICEF. Existem atualmente 338 hospitais amigos da criança (HAC) no Brasil (8). Segundo Rea (5), a IHAC se constitui uma das principais ações pró-amamentação desenvolvidas pelo Ministério da Saúde nas duas últimas décadas, aliadas ao trabalho da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e a realização das Semanas Mundiais da Amamentação. Alguns autores têm reafirmado a importância desta iniciativa na melhoria dos indicadores de aleitamento e, conseqüentemente, para a sobrevivência e saúde das crianças (9, 10).

Nessa perspectiva, inúmeros trabalhos foram realizados com o objetivo de avaliar o impacto do programa nos indicadores de aleitamento entre a clientela assistida nos hospitais credenciados (11-15). No entanto, somente um deles, realizado em Montes Claros - Minas Gerais, se voltou para a análise do impacto desse programa em nível populacional, tendo em vista que todos os hospitais públicos do município em questão são amigos da criança (16).

Essa situação é semelhante à ocorrida na cidade de Teresina, capital do Piauí, onde os cinco hospitais públicos existentes são amigos da criança, quatro deles pertencentes ao município e um ao Estado. Essas instituições respondem por 87% dos

partos realizados em Teresina e 32% dos partos do Estado. O credenciamento desses hospitais ocorreu entre os anos de 1996 e 2003.

Diante da importância que essas instituições possuem na área de assistência à mulher e à criança, tanto para a cidade como para o Estado, e da não existência, até o momento, de nenhum estudo acerca dos indicadores de aleitamento materno da clientela por elas assistida, esta pesquisa teve como objetivo realizar um diagnóstico da situação do aleitamento materno nesses hospitais e os fatores a ele associados em crianças menores de um ano de idade.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Estudo transversal realizado nos cinco hospitais amigos da criança situados em Teresina. Participaram do estudo todas as mulheres que procuraram as instituições alvo para realizar o acompanhamento das crianças durante o período de um mês. Em média, esses hospitais realizam 2856 atendimentos mensais em crianças na faixa etária de zero a cinco anos. Os critérios de inclusão para participação do estudo foram: possuir criança com idade inferior a um (01) ano de vida; ter realizado pré-natal e parto em uma das cinco maternidades do estudo; está fazendo o acompanhamento de suas crianças nessas maternidades. As entrevistas ocorreram durante o período outubro a novembro de 2006. A amostra final se constituiu de 1102 mulheres entrevistadas (quadro 1).

A coleta de dados utilizou um questionário estruturado, aplicado por estudantes do curso de Nutrição da Faculdade NOVAFAPI previamente treinados pela coordenação da pesquisa. O questionário, utilizado na Pesquisa de Prevalência do

Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal (PPAM – CDF) (17), foi adaptado para o presente estudo. Dessa forma, decidiu-se pela supressão das questões relativas à vacinação e pela adição da variável classe econômica, a qual se baseou no critério Brasil usado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (18). O referido instrumento era composto de 22 questões relativas a: sexo da criança; idade; tipo de parto; alojamento conjunto; se iniciou aleitamento nas primeiras 24 horas; alimentação da criança nas últimas 24 horas; uso de mamadeira e chupeta; idade materna; escolaridade; trabalho materno; pré-natal (quando iniciou, quantas consultas, orientação para o aleitamento materno) e classe econômica. Vale ressaltar que não foram feitas perguntas recordatórias sobre a época do desmame e período de introdução de outros alimentos. Em relação ao aleitamento, obteve-se informação das últimas 24 horas.

A classificação dos padrões de aleitamento considerada no estudo seguiu as recomendações da Organização Mundial de Saúde (19) adotando-se as seguintes categorias de aleitamento:

- **Aleitamento materno exclusivo (AME):** a criança está recebendo somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro alimento líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos;
- **Aleitamento Materno Predominante (AMP):** a criança está recebendo, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás;
- **Aleitamento materno (AM)** – a criança se alimenta com leite materno independentemente do consumo de outros líquidos ou alimentos sólidos/semi-sólidos, inclusive o leite não humano.

Os questionários foram codificados e revisados para, em seguida, serem digitados e processados no Programa SPSS - 13.0. As probabilidades das crianças estarem em aleitamento materno exclusivo (AME), e aleitamento materno (AM) nas diferentes idades foram estimadas por meio da análise de probitos, assim como a duração mediana do AME e AM. A análise de probitos estima a proporção de crianças nas diferentes modalidades de aleitamento através de uma regressão linear ponderada de probitos (y) em relação às idades (x), considerando a amostra total das crianças em estudo (20). Desta forma, os resultados são menos influenciados pelas flutuações amostrais que ocorreram mês a mês.

A relação entre a variável dependente AME em menores de 180 dias, expressa de forma dicotômica, e as variáveis independentes foram analisadas pela regressão logística múltipla, como forma de se reduzir a interferência dos fatores de confundimento. Os testes estatísticos para verificar a contribuição de cada variável no AME através do modelo foram realizados com nível de significância de 0,05. As variáveis independentes estudadas foram: hospitais de procedência das crianças, tipo de parto (normal ou cesáreo); classe econômica (A, B ou C, D, E); anos de escolaridade (fundamental ou > fundamental); número de consultas no pré-natal (< 6 ou 6 e +); trabalho materno fora do lar (sim ou não); local de moradia (zona rural ou zona urbana); uso de chupeta (sim ou não); uso de mamadeira (sim ou não) e mamada nas primeiras 24 horas (sim ou não). As medidas de associação (*odds ratio*) foram estimadas por ponto e por intervalos com confiança de 95%. Utilizou-se o programa SPSS, versão 13.0 para análise de probitos e da regressão logística.

O gráfico correspondente às estimativas das probabilidades da categoria de aleitamento materno exclusivo nas diversas idades foi elaborado no aplicativo Excel para Windows.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade NOVAFAPI e pelas comissões de pesquisa dos hospitais em questão, conforme prevê a resolução 196/96 do Ministério da Saúde (21). A pesquisa foi financiada com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI).

RESULTADOS:

O grupo estudado era constituído de 1102 crianças com idade inferior a 365 dias. As variáveis sócio-demográficas estão descritas na Tabela 1. As probabilidades das crianças menores de 180 dias estarem em aleitamento materno exclusivo distribuído de acordo com o hospital estudado estão apresentadas na figura 1. As crianças têm 98% de probabilidade de receberem leite materno no primeiro dia de vida. O percentual de crianças em aleitamento exclusivo, na idade de 0 a seis meses foi 60,49%.

As probabilidades das crianças se encontrarem em AME variou de 84% no primeiro dia de vida para 19% ao final de 180 dias. A duração da mediana do AME encontrada foi de 98 dias para o conjunto das crianças, porém elas foram distintas entre os hospitais: 83 dias para o Hospital 1, 93 dias para o Hospital 4, 94 dias para o Hospital 2, 100 dias para o Hospital 5 e 131 dias para o Hospital 3. A duração mediana de AM para o total de crianças foi superior a 365 dias. Quanto ao aleitamento materno

predominante, as crianças apresentaram uma baixa probabilidade variando de 20% no primeiro dia a 16% com 180 dias.

Na tabela 2 pode ser observado o resultado da associação entre AME e os cinco hospitais estudados. Como pode ser observado os Hospital 3 e 5 apresentam uma associação estatisticamente significativa com AME, sendo que as crianças que são acompanhadas nestes hospitais possuem maiores chances de permanecer em AME ($p < 0,05$).

Os resultados da análise de regressão permitiram demonstrar associação entre o AME e o hospital de acompanhamento, uso de mamadeira, e a ocorrência da mamada nas primeiras 24 horas (Tabelas 2 e 3). O uso da mamadeira diminuiu significativamente o percentual de AME entre as crianças (11,6%), em relação àquelas que não utilizaram esse utensílio (81,6%) ($p < 0,001$). O fato de ter mamado nas primeiras 24 horas aumentou as chances do AME quando comparadas às que não mamaram ($p = 0,038$). Na população estudada não se associaram de forma estatisticamente ao AME, o tipo de parto ($p = 0,10$), a classe econômica ($p = 0,88$), os anos de escolaridade ($p = 0,98$), o número de consultas no pré-natal ($p = 0,39$), o trabalho materno ($p = 0,40$) e o local de moradia ($p = 0,97$).

DISCUSSÃO:

Este estudo se constituiu no primeiro diagnóstico da situação de aleitamento materno dos hospitais amigos da criança de Teresina. O seu pioneirismo impõe dificuldades para estabelecer comparações que permitam realizar uma análise de impacto da estratégia da IHAC sobre as práticas de aleitamento entre a clientela

assistida. Para efeito de comparação dos resultados aqui obtidos, serão utilizados: o último estudo populacional realizado em Teresina, em 1999 (17) e pesquisas realizadas em hospitais amigos da criança de outras cidades brasileiras.

As probabilidades de AME encontradas neste estudo se revelaram maiores que as verificadas em Teresina (17) em todas as idades aqui apresentadas, com variação 24% maior na idade de 30 dias e 61% maior na idade de 180 dias (17).

A comparação dos resultados encontrados neste estudo em relação a outras pesquisas realizadas em hospitais amigos da criança do Brasil revelou que as medianas de AM e AME aqui obtidas foram maiores que as do hospital de Londrina-Paraná, no qual a mediana de AM foi de 180 dias e AME, 45 dias (14). O mesmo ocorreu no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, onde a mediana de AME encontrada foi de 2 meses (12). Em relação ao estudo de avaliação do impacto da IHAC realizado na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, a mediana de AME encontrada de 3,6 meses foi bem próxima da revelada na presente pesquisa. A mediana de aleitamento materno de 11,6 meses foi inferior à encontrada no presente estudo (16).

No geral, os estudos que se reportam a avaliar o impacto da IHAC nas taxas de aleitamento materno demonstram um aumento nesses índices após a implantação desta estratégia (11-16). Entretanto, há de se destacar que as taxas de aleitamento materno no Brasil vêm aumentando gradativamente nos últimos anos, não sendo possível concluir que a IHAC seja a única ação responsável por essa mudança, conforme denotam Braun e Giugliani (12). Um outro aspecto que merece ser levado em consideração é o fato do AME continuar abaixo dos patamares recomendados pela OMS e MS, o que demonstra que a IHAC parece não ser suficiente para manter as taxas de AME durante os seis

meses de vida. Coutinho, Lima, Ashwort e Lira (15) ressaltam a necessidade de um apoio efetivo e continuado por parte dos profissionais de saúde e gestores durante os ciclos gravídico-puerperal e pós-natal. Nessa perspectiva, outras ações de intervenção devem ser desenvolvidas com vistas a promover, proteger e apoiar esta prática. No caso específico de Teresina, é possível que ações específicas desenvolvidas nesta localidade possam estar influenciando o melhor desempenho alcançado, como por exemplo, a existência de consultórios de aleitamento em todos os hospitais amigos da criança, a presença das equipes de PSF funcionando nessas instituições e a mobilização social provocada pela comemoração anual das Semanas Mundiais da Amamentação.

O fato do Hospital 3 ter apresentado probabilidades de AME maiores para todas as faixas etárias que os demais que participaram do estudo, sugere que além das normas e procedimentos da IHAC, outros fatores podem estar envolvidos, podendo até estar relacionado com uma atuação mais efetiva da equipe, tanto em relação as atividades realizadas em âmbito hospitalar, como também, em relação as equipes de PSF que atuam no próprio hospital.

A análise dos fatores associados ao aleitamento materno exclusivo revelou que usar mamadeira e não mamar nas primeiras 24 horas diminui a ocorrência desta prática. O uso de mamadeira associado às menores taxas de aleitamento exclusivo já foi evidenciado em vários estudos (22-24).

A OPS e UNICEF (25) consideram o uso de mamadeira e outros bicos artificiais como nocivos, não só por transmitirem infecções, como também pelo fato de reduzir o tempo gasto no peito e alterar a dinâmica oral. Por esse motivo, o passo nove da IHAC desaconselha o uso destes utensílios com as crianças, não devendo ser de forma

nenhuma considerados necessários nas maternidades. No entanto, constata-se uma persistência por parte das mulheres na utilização das chupetas e mamadeiras, a despeito de todo o investimento em atividades educativas e campanhas junto à clientela assistida.

A ocorrência da mamada na primeira hora após o nascimento é considerada importante para a manutenção do aleitamento materno e desenvolvimento do vínculo afetivo entre mãe e filho (25). À semelhança do encontrado neste estudo, Vieira et al (24) evidenciaram a associação entre a ocorrência da mamada nas primeiras 24 horas e aumento do tempo tanto do AM como do AME em crianças estudadas em Feira de Santana-Ba. No caso de hospitais amigos da criança, mãe e bebês só devem ser separados quando existem razões médicas aceitáveis para isto.

Embora os fatores citados pareçam explicar as causas do desmame, Faleiros (26), chama a atenção para a necessidade da realização de trabalhos destinados a investigar outras causas do desmame além das comumente estudadas, como por exemplo: as relacionadas à personalidade materna, as suas emoções, as relações familiares, as influências culturais e as respostas das mulheres aos diferentes problemas do cotidiano. Nessa perspectiva, uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada numa maternidade amiga de criança em Teresina – Piauí (27) revelou a amamentação como uma experiência complexa e solitária na vida das mulheres, levando-as ao desmame. Além disso, há de se destacar a necessidade de apoio para a consecução dessa prática, não só por parte do serviço de saúde, mas também de outros segmentos da sociedade (27).

Diante disso, mesmo reconhecendo a importância da IHAC na melhoria dos indicadores de aleitamento materno, outras iniciativas – como aquelas que privilegiem a rede de atenção primária como um espaço onde a mulher possa ser vista na sua integralidade – se mostram como importantes estratégias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A exemplo disso, cita-se o Programa Saúde da Família. No caso específico da cidade de Teresina, este programa possui uma cobertura de 93% da população, inclusive com suas equipes presentes nos hospitais-maternidade, alvos deste estudo. Nessa perspectiva, o investimento em ações voltadas para uma melhor atuação dessas equipes junto às mulheres no sentido de produzir transformações em favor do aleitamento materno deve ser considerado como prioritário pela política de saúde no município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet* 2003; 362:65-71
- 2- Horta B, Bahl R, Martines J, Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding – systematic reviews and meta-análise. Genebra: WHO; 2007. Disponível em: [www.who.int/child-adolescent-health/ New-publication/ NUTRITION/ ISBN_92_4_159523_0.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New-publication/NUTRITION/ISBN_92_4_159523_0.pdf). Acessado em julho de 2008.
- 3- World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Geneva: World Health Organization; 2001. (Note for the Press, 7).

- 4- Venâncio SI. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação. *Jornal de Pediatria* 2003; 79:1
- 5- Rea M.F. Reflexões sobre amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde de Pública*, 2003; 19 (1 Sup): 537-545
- 6- Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>. Acessado em: 04/07/ 2008.
- 7- Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração da OMS/UNICEF. Genebra: OMS, 1989
- 8- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 07/07/2008.
- 9- Araujo MFM, Schmitz BAS. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, *Rev Panam Salud Publica* 2007; 22: 91-9.
- 10- Labbok MH. Breastfeeding and Baby-Friendly Hospital Initiative: more important and with more evidence than ever. *Jornal de Pediatria* 2007; 83: 99 – 101.
- 11- 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;87:659-63.

- 12- Braun MLG, Giugliani ERJ, Soares MEM, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CMM. Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of breastfeeding. *American Journal of Public Health* 2003; 93: 1277-79.
- 13- Mancini-Bicalho PG, Melendez-Velásquez G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *Jornal de Pediatria*, 2004; 80: 241-8
- 14- Vanuchi MTO, Monteiro CA, Rea MF, Andrade SM, Matsuo T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista de Saúde Pública*, 2004; 38: 422-8
- 15- Coutinho SB, Lima MC, Ashworth A, Lira PIC. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. *Jornal de Pediatria* 2005; 81: 471-7
- 16- Caldeira AP, Gonçalves E. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Jornal de Pediatria* 2007; 83: 127-132.
- 17- Ministério da Saúde. Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 18- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2003. [http: \ \ www.abep.org.br](http://www.abep.org.br) (acessado em 23/ 04/ 2007).
- 19- World Health Organization. Division of diarrhoeal and acute respiratory disease control: Indicators for assessing breast-feeding practices. Geneva: World Health Organization; 1991

- 20- Finney DJ. Probit analysis. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1980.
- 21 – Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2006.
- 22- Cotrim, Lilian Cristina. Aleitamento materno exclusivo e uso de chupeta nos primeiros quatro meses de vida. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Ciências para obtenção do grau de Mestre, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria da Saúde; 2005.
- 23- Soares MAM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso da chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. J. Pediatria 2003; 79: 309-16.
- 24- Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores Associados ao aleitamento e desmame em Feira de Santana, Bahia. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil 2004; 4: 143-150.
- 25- Organização Mundial de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Evidências Científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde; 2001.
- 26- Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. Rev. Nutr. Campinas 2006; 19: 623-630.
- 27 - Ramos CV; Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. Jornal de Pediatria 2003; 79: 385-90

Quadro 1: Distribuição das crianças menores de um ano nas cinco Maternidades de Teresina Piauí, 2006.

Hospitais	Crianças menores de 1 ano atendidas (Mês)	N ^o de crianças participantes da pesquisa	%
1	379	259	68
2	864	345	40
3	511	226	44
4	658	148	22,6
5	444	124	28
Total	2856	1102	38

Tabela 1- Distribuição (%) das crianças menores de 1 ano de acordo com as variáveis sócio ambientais nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina, 2006.

Variáveis	Nº	%
Sexo da criança:		
Masculino	546	49,5
Feminino	556	50,4
Idade da criança (dias):		
0 a 6 meses	837	76
6 a 12 meses	265	24
Idade materna (anos):		
12 a 19	225	20,4
20 a 24	377	34,2
25 a 35	453	41,1
> 35	47	4,2
Local de Moradia:		
Zona Rural	48	4,4
Zona Urbana	1054	95,6
Freqüentou Escola		
Sim	1086	98,5
Não	16	1,5
Anos de escolaridade		
< 9	311	28,6
9 ou +	775	71,4
Trabalho Materno:		
Sim	224	20,3
Não	878	79,7
Classe social:		
A	10	0,9
B	94	8,5
C	482	43,5
D	455	41,3
E	61	5,5

Figura 1: Probabilidades do Aleitamento Materno Exclusivo em crianças até 180 dias distribuídas de acordo com os hospitais estudados em Teresina - Piauí, 2006

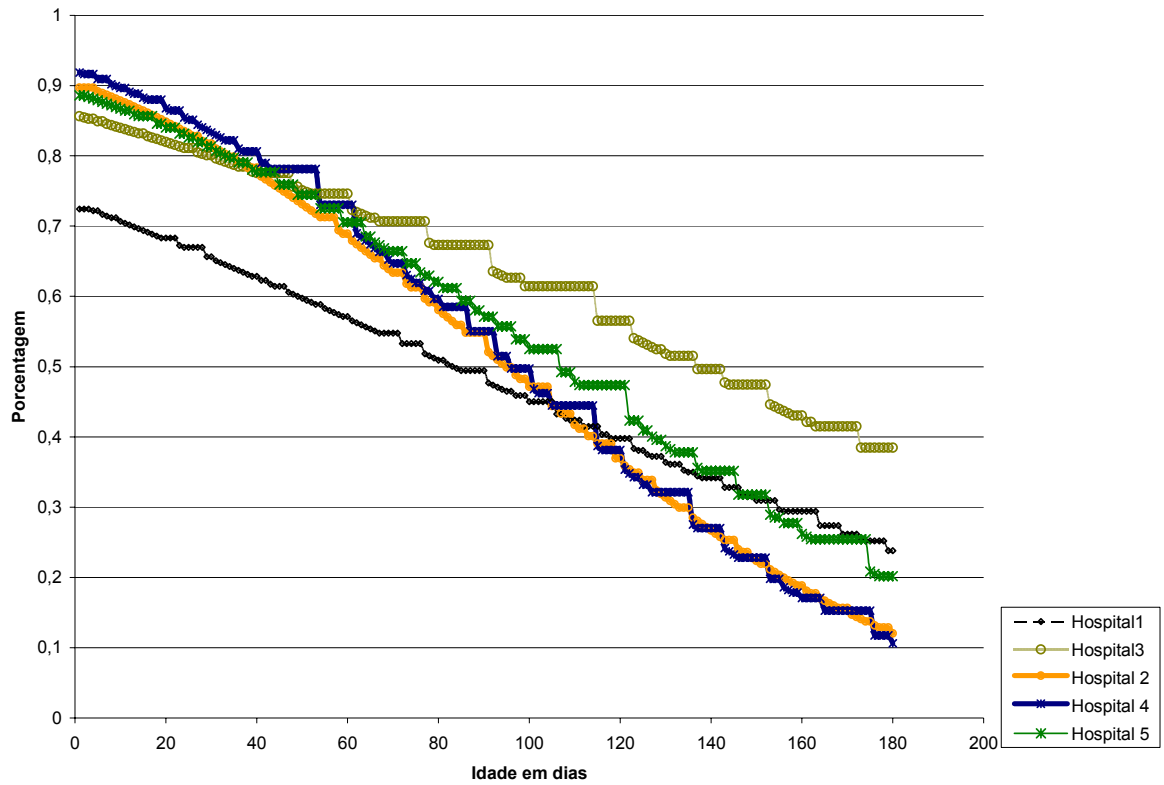


Tabela 2: Resultado da associação entre AME e os hospitais estudados de Teresina, Piauí, 2006

HOSPITAIS	OR*	P**	IC (95%)***
1	.	,015	.
2	,93	,714	,61 - 1,4
3	,52	,007	,32 - ,83
4	1,00	,976	,61 - 1,7
5	,55	,041	,31 - ,98

* Odds Ratio

** Resultado da Regressão logística

***Intervalo de Confiança

Tabela 3- Estimativas de Odds Ratio e Intervalo de Confiança (95%) da associação entre aleitamento materno exclusivo (AME) e fatores das mães e das crianças. Teresina, 2006.

Variáveis	Aleitamento Materno exclusivo*		Aleitamento Materno exclusivo		OR**	IC95%	p***
	Sim		Não				
	Nº	%	Nº	%			
Tipo de Parto							
Normal	326	63,9	184	36,1	1,3	0,9 - 1,8	0,10
Cesáreo	183	56	144	44			
Classe Econômica							
A e B	44	55	36	45	1,0	0,6-1,8	0,88
C, D e E	465	61,4	292	38,6			
Anos de escolaridade							
Fundamental	204	64,1	114	35,9	1,0	0,7-1,4	0,98
> Fundamental	301	59,4	206	40,6			
Nº Consultas Pré-natal							
< 6	120	65,2	64	34,8	1,2	0,8-1,7	0,39
6 ou +	384	59,4	262	40,6			
Trabalho Materno							
Não	103	58,5	73	41,5	1,2	0,8-1,7	0,40
Sim	406	61,4	255	38,6			
Local de Moradia							
Zona Urbana	488	60,8	315	39,2	1,0	0,4-2,1	0,97
Zona Rural	21	61,8	13	38,2			
Uso de Chupeta							
Não	78	42,6	105	57,4	0,9	0,6-1,3	0,54
Sim	431	65,9	223	34,1			
Uso de mamadeira							
Não	480	81,6	108	18,4	31,7	20,9 – 48,1	0,000
Sim	29	11,6	220	88,35			
Mamada após 24 horas do parto							
Não	42	51,8	39	48,2	0,59	0,4 – 0,9	0,038
Sim	467	61,8	289	38,2			

*AME- somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro alimento líquido ou sólido

**Odds Ratio

*** Resultado da Regressão Logística

ARTIGO 3- A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA NA
PERSPECTIVA DOS ATORES SOCIAIS QUE A VIVENCIAM EM TERESINA,
PIAÚ.

The Baby-Friendly Hospital Initiative under the perspective of the social actors
who experience it in Teresina, Piauí.

AUTORES:

1- Carmen Viana Ramos – Nutricionista. Doutoranda em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ

Endereço para correspondência: Rua Padre Cícero Romão Batista, 450. Piçarra.
Teresina-Piauí

CEP: 64016-285. E-mail: nutricarmen2@yahoo.com.br

2- João Aprígio Guerra de Almeida – Prof. Doutor do Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo – Rio de Janeiro, RJ CEP: 22.250-020

3- Luciana Maria Ribeiro Pereira – Nutricionista Mestre. Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas Do Piauí – NOVAFAPI

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro do Uruguai - CEP: 64057-100 - Teresina-PI

4- Theonas Gomes Pereira – Nutricionista. Mestre. Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas Do Piauí - NOVAFAPI

RESUMO:

O estudo teve como objetivo analisar os reflexos da IHAC na clientela em Teresina-Piauí. Foram entrevistadas 20 mulheres e 10 profissionais de saúde dos cinco Hospitais Amigos da Criança com o auxílio de um roteiro temático. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo temática. Os resultados revelaram necessidades de ajustes para melhorar a resolutividade do programa, com ênfase para: adoção de uma nova matriz ensino-aprendizagem pautada no construtivismo e na adoção dos referenciais da pedagogia da problematização; fortalecimento das redes de apoio à mulher; investimentos na melhoria do acolhimento tornando a relação cliente-profissional mais respeitosa e definição de um processo de monitoramento contínuo que permita a adoção de medidas corretivas sempre que se fizer necessário.

Palavras chaves: aleitamento materno, Hospital Amigo da Criança, qualitativa.

ABSTRACT

This study aims to analyze the impression left by the BFHI on people attended in Teresina – PI. Interviews were conducted among 20 mothers and 10 health professionals from Baby-Friendly Hospitals with the help of a thematic guide. In order to analyze the data, the thematic analysis was adopted. The results showed needs for adjustment to improve the effectiveness of the program, emphasizing the adoption of a new teaching-learning matrix based on constructivism and of pedagogy of problematization references; strengthening of woman support networks; investments on a better reception that would create a more respectful client-professional relationship and definition of a continuous monitoring system that would allow the adoption of corrective measures when need be.

Key words: breastfeeding, Baby-Friendly Hospital, qualitativa

INTRODUÇÃO:

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criada em 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), foi adotada pelo Brasil em 1992 e conta atualmente com 338 hospitais credenciados no País¹. O programa objetiva a redução da morbimortalidade infantil com ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno implementadas em maternidades que adotam como referência os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno².

As ações pró-aleitamento têm merecido ênfase nas agendas de saúde pública e estudos revelam uma tendência ascendente na prática de aleitamento no país^{3 4}. Contudo, quando se trata do aleitamento materno exclusivo, a duração mediana subiu de 1 mês em 1996 para 2,2 meses em 2006⁵ revelando que o Brasil ainda está distante de cumprir as recomendações de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida^{6 7}. Para alguns autores, este comportamento decorre da adoção de um modelo assistencial pautado prioritariamente nos determinantes biológicos em detrimento dos condicionantes sociais^{8 9 10}. Ou seja, condicionantes que emergem das interações realizadas no contexto do concreto vivido pela mulher e que demanda uma rede social de apoio^{9 11 12 13 14 15}. O apoio demandado pela mulher não encontra eco nas ações

assistenciais praticadas, que seguem uma abordagem verticalizada e impositiva, na busca de modular o comportamento, evocando sentimentos de responsabilidade e culpa

8 12 16

Diante desse cenário, facilmente se localiza de um lado a promoção, proteção e apoio nas ações assistenciais desenvolvidas pela Iniciativa e do outro, as demandas que emergem do cotidiano da mulher em processo de aleitamento materno. Este estudo foi delineado com o objetivo de analisar como a IHAC ecoa na clientela, nos profissionais de saúde e nas mulheres que a vivenciam em Teresina-Piauí. Os resultados podem vir a contribuir com subsídios para a gestão de políticas públicas de aleitamento materno em seus distintos níveis de complexidade.

METODOLOGIA:

Face à natureza do objeto de estudo proposto, optou-se por utilizar o referencial metodológico da pesquisa qualitativa. Este tipo de abordagem preocupa-se com os significados que os atores sociais atribuem às suas experiências do mundo social e como eles compreendem esse mundo na tentativa de interpretar os fenômenos sociais¹⁷.

A totalidade das maternidades Amigas da Criança situadas em Teresina-Piauí, uma estadual e quatro municipais, foi incluída no estudo. O critério de inclusão dos atores sociais observou a clientela assistida (mulheres que realizaram o pré-natal, parto e cujos filhos tinham idade situada entre quatro e seis meses no momento da entrevista) e os profissionais (o diretor e o responsável pelo programa de cada uma das cinco instituições alvos do estudo).

O número de mulheres entrevistadas, 20 ao todo, foi definido com base no

critério de saturação dos temas pesquisados pelo fato de indicar quando o conjunto de entrevistas realizadas já apresenta uma amplitude do problema estudado, bem como as suas partes de diferenças e semelhanças ¹⁸.

A coleta de dados foi realizada em entrevistas conduzidas com o auxílio de roteiros temáticos, tomando o cuidado para não cercear a fala dos entrevistados. No que tange às mulheres, o roteiro contemplou: *porque o acompanhamento nesta maternidade; como foi: pré-natal, pré-parto, puerpério, a alta hospitalar; pontos fortes e pontos fracos; sugestões de melhoria; relação com os profissionais de saúde; a usuária frente às rotinas/ normas hospitalares*. No que se refere aos profissionais, o roteiro observou: *desenvolvimento do programa no hospital: pré-natal, parto, puerpério, consultas de seguimentos; treinamento recebido; normas e procedimentos adotados; avaliação e reavaliações; pontos fortes e pontos fracos; o profissional frente às normas; sugestões de melhorias; expectativas em relação ao programa; política pública de aleitamento*.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo temática. Mais especificamente, este tipo de análise se refere à contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada, ou seja, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico escolhido ¹⁹.

Os sujeitos participaram da entrevista de forma voluntária através da assinatura do consentimento livre e esclarecido, conforme as diretrizes propostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil ²⁰. O projeto foi

aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI (protocolo N° 866/05) e por todas as comissões de pesquisa dos hospitais alvos do estudo. A pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI).

RESULTADOS:

As mulheres eram todas residentes na cidade de Teresina, com idade entre 18 a 34 anos, sendo dez casadas, cinco solteiras e as demais viviam em união consensual. Quanto ao nível de escolaridade: 17 tinham mais de nove anos de estudo e três menos de nove anos. Em relação ao trabalho fora do lar: 10 trabalhavam fora. Em relação ao perfil do aleitamento materno: oito estavam oferecendo somente leite materno; três ofertavam água e/ou chá, além do leite materno; oito incluíam outros alimentos na dieta da criança em complemento ao leite materno e uma não aleitava mais a criança.

No que diz respeito aos profissionais, quatro eram médicos, cinco eram enfermeiros e uma era nutricionista. Todos referiram ter pós-graduação e foi constatado que eles tinham no mínimo 03 anos de atuação nestas instituições, sendo que à frente da Iniciativa, o menor tempo revelado por esses profissionais foi de 3 anos, apesar de 01 deles já ter mais de 10 anos trabalhando com esse programa.

A análise das falas levou à construção de dois eixos de discussão, voltados especificamente para a tríade que dá sustentação a IHAC – promoção, proteção e apoio; e para o seu próprio *modus operandi*.

TRÍADE: PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO:

A promoção do aleitamento materno ocupa um lugar central na fala dos

profissionais, que revelam nortear a sua conduta pela ênfase na informação repassada de forma verticalizada e centrada nas vantagens e nas técnicas da amamentação:

...as nossas palestras geralmente elas são mais atuantes no momento do parto, porque aí tem uma enfermeira na maternidade e essa enfermeira assim que a criança nasce ela tem aquela palestra, entendeu? (E2)

...as ações desenvolvidas no pré-natal, o que nós temos aqui, é informar todas as gestantes sobre o aleitamento materno. (E3)

O aleitamento materno, essa prática, ela já é iniciada durante as consultas do pré-natal é... após ou durante o período do pré-natal você trabalha a questão da importância, de posicionamento, de pega... (E5)

Os profissionais evidenciaram que o sucesso de sua ação junto às mulheres depende da renovação do conteúdo no seu discurso promotor. Eles acreditam que com a incorporação de novos saberes sobre aleitamento materno serão capazes de manter o interesse de seus interlocutores e de ampliar a importância de sua atuação.

A gente trabalha primeiro com a sensibilização de cada um, e essa sensibilização ela precisa ser lembrada, ela precisa ser refeita

periodicamente, a gente observa que a estimulação dos profissionais é necessária, mesmo eles tendo consciência do que é importante, isso junto aos profissionais. (E4)

E quer dizer teria que ter uma manutenção dos treinamentos com mais frequência pra gente esta realmente incentivando porque os servidores acabam relaxando um pouco e esquecendo do que tem que fazer no dia-a-dia. (E7)

As mulheres assistidas, por sua vez, reproduzem em suas falas os elementos que compõem o discurso promotor da equipe de saúde:

...aí ele tinha marcado uma reunião, teve uma reunião na sala de palestras, e de cara eles explicaram o que eu devia comer e o que eu não devia, beber ou comer, porque deveria afetar o leite da criança, explicaram tudo direitinho como amamentar, como limpar o seio antes da criança mamar. (E8)

Nós tivemos umas aulas lá ensinando como era que a gente dava de mamar, na hora de ter o menino, tudo elas ensinavam a gente lá. (E12)

Só com 15 dias, aí eu voltei, aí ele pesou, mediu e falou que estava

tudo normal. Não. Só perguntaram se estava pegando o peito normal, aí disse que estava. (E20)

A importância de proteger a prática do aleitamento materno não se fez presente nas falas dos profissionais. As mulheres focaram suas preocupações na dualidade que se configura entre o trabalho e a amamentação:

Por mim ainda estava dando leite, só que tive que complementar porque voltei a trabalhar, o leite já diminuiu bastante porque eu não estou dando direto. Comecei a dar água, complementar também o leitinho. (E3)

A neném já está com cinco meses e eu ainda amamento ela. Só que a doutora disse que é para me amamentar até os seis meses sem dar nada, mas já está com duas semanas que comecei a dar para ela leite porque eu trabalho a noite. (E14)

O apoio figurou como elemento importante para viabilizar o aleitamento materno apenas na fala das mulheres. Ele surge como uma necessidade que emerge do concreto vivido, nas distintas fases do ciclo gravídico puerperal.

...eles faltavam também, às vezes ele (médico) atrasava, quando chegava não atendia todo mundo, mas fora isso foi bom. Eu acho que

não é certo, o certo é acompanhar, conversar, saber como é que está a gestante, eu acho que é assim. (E5)

Eles me auxiliaram a botar ela no peito, porque apesar de eu já saber teoricamente, mas na prática é diferente, aí elas me ensinaram. (E1)

Tive dificuldade porque não tinha leite, o bebê chorava demais, passei dois dias e meio quase três dias [...] E a pediatra ficava dando massagem no seio, massagem e massagem e saia leite bem pouquinho, mas esse ela não tomava . Aí eu pedi até pelo amor de Deus para trazer leite materno para minha filha aí que a pediatra trouxe um pouquinho de leite, ela começou dar 8h, elas deu umas três vezes até pela manhã até na hora de ir embora. (E13)

MODUS OPERANDI DA IHAC:

O primeiro aspecto que merece destaque na análise das falas dos depoentes, em relação ao *modus operandi* da IHAC, diz respeito à pequena adesão dos profissionais às normas e rotinas do programa:

Nos fins de semanas e feriados nós deixamos lá escrito que as enfermeiras que estão de plantão elas devem dar essa palestra, e a gente sabe que não acontecem. Enfim, resumindo, a escala na verdade

ela existe, os profissionais sabem disso, mas não cumprem, principalmente no final de semana... (E3)

...tivemos um treinamento para maternidade, no ano passado, foi ano passado, para os profissionais da maternidade e não apareceu nenhuma enfermeira, por incrível que pareça, nenhuma enfermeira e nenhum médico, entendeu. (E2)

Os treinamentos tem só um problema, o treinamento na verdade sobre o aleitamento, eu confesso que não participo, dou apoio e tal, vou lá e tal, mas não participo, agora eu acho que tem que haver, tem que haver...(E6)

A inobservância das normas e rotinas no ambiente hospitalar ecoa nas mulheres como importantes falhas na assistência:

Não, ninguém me falou sobre aleitamento não [...] Não tive não, porque também eu fiz meu pré-natal, ele (médico) faltava muito... (E5)

Eu não assisti não, quando eu saí ninguém falou nada não de palestra não. (E7)

As não conformidades verificadas nas rotinas hospitalares podem estar associadas, em parte, à inexistência de um monitoramento capaz de acompanhar o dia a dia das ações da IHAC nas instituições. Isto se faz sentir de maneira clara nas falas dos profissionais ao enfatizar que os preceitos da Iniciativa são atendidos de forma mais ampla, apenas nos períodos que ocorrem as reavaliações realizadas pelo nível central.

Na véspera das reavaliações, na época que a gente fica mesmo mais voltado para essa parte de está vendo mesmo o jeito que ele tá treinado, para que todo mundo tenha uma abrangência total no contingente do hospital todo, a gente reforça... (E10)

...eu sinto que a atuação deles em relação a obediência aos passos é mais quando a fiscalização vem, mas assim, todos tem conhecimento, todos tão treinados não tem um profissional de nível médio, de nível superior que não tenha recebido o treinamento [...] Mas passou essa fase pronto (E2)

Além dos problemas que decorrem da falta de um monitoramento contínuo, os profissionais ressaltam que a sustentabilidade temporal é também comprometida por aspectos intrínsecos a própria implementação da IHAC.

...uma capacitação onde vai 300 profissionais ou 50 de manhã 50 de tarde, e esse seu conhecimento teórico não é suficiente, não é nem

20% do que nós precisamos pra gente ter serviço nos hospitais, tem é que pegar na mão do profissional, é perguntar para ele qual é a dificuldade dele, que ele tem de colocar uma mulher para dar de mamar e para orientar, porque só essa fala [...] Chegar lá: olha, é importante o aleitamento materno porque a criança cresce, a criança estica, a criança tem desenvolvimento tal e tal [...] você não tem profissionais capazes de resolver um problema, e não só de falar bonito, de falar do ponto de vista técnico, adequado, não, eu não preciso só de ouvir, não que continuar ouvindo, ouvindo, ouvindo e não vou fazer nada, porque saber 100% de todos os profissionais aqui, de nível médio, superior, sabem, tem conhecimento. (E4)

... ou a gente treina, qualifica as pessoas para que elas entendam o que é que estão fazendo, porque estão fazendo ou jamais conseguiremos implantar qualquer política de saúde pública, porque de cima para baixo é praticamente impossível (E9)

O distanciamento entre as proposições normativas do modelo assistencial da IHAC e a prática do aleitamento se fez evidente nas falas das mulheres.

...é uma coisa assim que não entendo, porque tem pessoas que dizem assim: ah! mas o peito previne de doenças, e o João Emílio fica doente, já gripou várias vezes, então assim, eu acho [...] É, eu acho

que vai muito assim..., eu não sei, é o principal alimento do bebê, mas as vezes não previne tanto como..., no meu entender. (E8)

...ele bebe água, bebe muita água. [...] Ele toma na chuquinha. [...] Lá, eles não querem que a gente dê não, não querem não. Eles dizem assim: “Durante seis meses não é para dar nem água e nem outra coisa”, mas a gente não vai deixar o menino sem tomar água? Hum! (E12)

Dou (mamadeira). [...] Já disseram que não serve para os dentes, mas eu acho que não. (E15)

Outro aspecto que mereceu destaque na fala das mulheres foi a atenção dispensada pela equipe durante todo o processo assistencial vivenciado.

Não, até têm uns aqui que são ignorantes [...] Se a gente vai perguntar alguma coisa às vezes não responde. (E5)

No pré-natal assim, só as atendentes, porque elas são muito ignorantes, são muito ignorantes. Eu acho assim, se elas querem trabalhar, elas deveriam ser mais gentis e não atender as pessoas mal, porque elas atendem muito mal, muito mal. (E2)

...deveria ter uma reunião com essas pessoas, observar, antes de fazer essa reunião acho que deveriam observar como é essas pessoas atendendo, para depois fazer essa reunião e explicar: olha gente, você não pode ir tratando o próximo assim, vocês tem que se botar no lugar deles (E6)

Por sua vez, os profissionais não conseguem perceber a demanda das usuárias para melhorar a qualidade da assistência. Eles seguem com uma visão unilateral, acreditando que os problemas relativos à operacionalização do programa são decorrentes dos fatores externos ao ato de assistir.

Eu gostaria muito, por exemplo, que houvesse a cobrança, a cobrança do PSF, eu acho que não existe essa cobrança do PSF, essa cobrança das visitas, porque assim, o PSF tem uma filosofia, na minha cabeça de que é trabalhar com a família na sua residência e aí isso não acontece, ou seja, a família vem para o hospital e termina o PSF fazendo uma parte muito ambulatorial. (E2)

...eu acho exatamente essa coisa da mídia, de divulgar mais, as ações dessas maternidades, até mesmo fazer um seminário mais com as maternidades para tratar dessas questões... (E8)

DISCUSSÃO:

A pesquisa permitiu evidenciar um descompasso entre o discurso teórico e a operacionalização das normas e rotinas desenvolvidas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança nas instituições estudadas.

A incorporação da proteção e do apoio ao aleitamento materno, representa o mais importante diferencial da IHAC na estratégia de operar com novos valores culturais em favor do aleitamento, sobretudo no ambiente hospitalar ²¹. Contudo, os resultados aqui obtidos evidenciam a existência de um hiato entre a concepção teórica e a prática, uma vez que as ações assistenciais continuam sendo pautadas pelo modelo promotor, verticalizado e impositivo. Para Almeida⁸, este modelo compreende a amamentação como um atributo natural, comum a todas as espécies de mamíferos e que, portanto, está impregnada de um reducionismo biológico, no qual as ações buscam informar a mulher sobre as vantagens e técnicas do aleitamento, não valorizando os condicionantes sociais que permeiam este ato. As dificuldades inerentes a este tipo de abordagem também são ressaltadas em outros estudos que fazem menção ao esgotamento desse modelo assistencial como um dos elementos desencadeadores do baixo crescimento dos índices de aleitamento exclusivo no país ^{9 10 13}.

As ações de incentivo ao aleitamento materno devem contemplar as especificidades da mulher, tais como as condições de vida, de trabalho e a estrutura familiar²². À medida que o profissional se distancia dessa realidade, conforme evidenciado neste estudo, desconsiderando-a como elemento norteador das ações assistenciais, tende a não valorizar de forma adequada as estruturas sociais de proteção e suporte ao aleitamento materno.

A necessidade de apoio, presente de forma marcante na fala das mulheres, não

integrou o discurso dos profissionais. A literatura é extensa em trabalhos que ressaltam a influência dos fatores relacionados ao contexto social na prática no aleitamento, demonstrando a dependência de uma rede social de apoio, composta pelo serviço de saúde, família e sociedade na realização desse ato^{9 11 12 13 14 15}. Tal constatação nos obriga a refletir sobre uma nova relação profissional para este cuidar-educar, regida pela ética e responsabilidade, onde a mulher seja respeitada como um ser autônomo, e os profissionais possam se despir da sua supremacia do saber técnico, sem manter a mulher na ignorância, construindo um espaço para o diálogo com sensibilidade e reflexão¹⁰.

A análise da forma de operacionalização da IHAC evidenciou uma série de fatores que comprometem o processo de assistir. Estes fatores parecem refletir a dificuldade do modelo assistencial, verticalizado e impositivo, em conseguir envolver os atores sociais a ponto de torná-los agentes sociais de transformação em favor do aleitamento materno. Além disso, há de se destacar a ausência de um processo de monitoramento contínuo, compreendido aqui como uma atividade que “*pressupõe um seguimento longitudinal no tempo*” da implementação de uma ação, com vistas a avaliar se os planos estabelecidos estão sendo desenvolvidos, além de identificar os eventuais problemas que possam estar ocorrendo e corrigi-los no sentido de assegurar o desenvolvimento das atividades²³. “*Monitorar e avaliar as intervenções e o próprio processo de implantação e implementação das mesmas, é o que garante a sustentabilidade das ações*”²⁴. Para tanto, se faz necessário que este processo seja conduzido sem deixar de levar em conta o ponto de vista e experiência dos diversos grupos implicados no serviço ou programa, conforme vem sendo preconizado nas

metodologias participativas de avaliação de programas²⁵. A escuta dos atores sociais – nesse caso em particular, profissionais e mulheres – acerca das limitações existentes na IHAC, além das próprias sugestões de melhoria nas ações de aleitamento dentro dos hospitais se configuram como importante canal de comunicação e socialização de experiências com vistas ao melhor alcance dos objetivos propostos. De acordo com Uchimura e Bosi²⁶, é imprescindível na análise da dimensão subjetiva da qualidade dos programas de saúde a experiência vivencial de atores sociais que interagem com o mesmo, sejam eles usuários, técnicos, gestores ou políticos.

Outro ponto de destaque na fala das mulheres foi a distância que se estabeleceu entre as proposições da IHAC e as suas vivências, traduzida na impossibilidade de cumprir as orientações recebidas. Isso demonstra que as ações assistenciais propostas não se revelaram capazes de lidar com as condições concretas de vida das mulheres. Ou seja, não basta informar sobre as vantagens do aleitamento materno, o trabalho deve ser direcionado no sentido de possibilitar a introjeção de um novo valor cultural que passe a compor a bagagem da vida da mulher, conforme já evidenciado em outros estudos^{8 9 10 14 27}. Os programas de aleitamento materno são direcionados para as necessidades da criança e não contemplam a mulher e suas especificidades de forma adequada. Assim, torna-se urgente redimensionar as ações estratégicas focando num contexto mais amplo que envolva o ser mulher: mãe, esposa, trabalhadora e cidadã¹⁶. Cientes disso, os profissionais de saúde que trabalham na assistência devem perceber a importância do papel a ser desempenhado no apoio à mulher que amamenta, fato esse muitas vezes valorizado por ela, apenas por senti-lo junto de si. Para tanto, devem responsabilizar-se

em dedicar um mínimo de tempo que disponível para assisti-la, explorando as necessidades que vão além do biológico¹⁴.

A atenção dispensada pela equipe, muito valorizada pelas mulheres, se revelou como importante fator de insatisfação. Segundo Dias e Deslandes²⁸, o acolhimento proporcionado através da escuta atenta e o tratamento respeitoso e educado por parte da equipe de saúde se apresentam como parte de uma solução inicial para melhorar as expectativas das mulheres que pode aumentar a confiança das usuárias nas unidades, dentro de uma perspectiva mais ampla que possibilite a concepção de que um bom atendimento não deve ser mais uma rotina de saúde e sim direito que ela pode exigir.

CONCLUSÃO:

Os resultados desse estudo, mais do que revelar a necessidade de ajustes na forma de operacionalização da IHAC, apontou, de forma objetiva, para questões a serem trabalhadas no intuito de melhorar a resolutividade do programa. Nesse sentido, merecem ênfase a adoção de uma nova matriz ensino-aprendizagem pautada no construtivismo e na adoção dos referenciais da pedagogia da problematização²⁹ em busca de uma prática assistencial focada nas bases do aconselhamento aplicado ao assistir; o investimento em ações de fortalecimento das redes sociais de suporte a mulher que amamenta; a adoção de medidas que potencializem o Programa Saúde da Família no acompanhamento e apoio a mulher que está vivenciando esta prática; a realização de investimentos para melhorar o acolhimento nas instituições, tornando a relação cliente-profissional mais respeitosa; e, não menos importante, a definição de um

processo de monitoramento contínuo que permita a adoção de medidas corretivas sempre que necessário.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1251. Acesso em 30/06/2008.
- 2- Organização Mundial de Saúde, Fundos das Nações Unidas para a Infância. Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração da OMS/UNICEF. Genebra: OMS, 1989
- 3- Venâncio SI. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação. *Jornal de Pediatria* 2003; 79:1
- 4- Rea M.F. Reflexões sobre amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde de Pública* 2003; 19 (1 Sup): 537-545
- 5- Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>. Acesso em: 04/07/ 2008.

- 6- World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Geneva: World Health Organization; 2001. (Note for the Press, 7).
- 7- Ministério da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Guia Alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde; 2005
- 8- Almeida JAG, Novak FR. Breastfeeding: a nature-culture hybrid. *J. Pediatric* 2004; 80 Suppl 5: 119-125
- 9- Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano AMS. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paul Enferm* 2006;19(4):427-32.
- 10- Hames MLC, Carraro TE, Ramos FR, Tholl AD. A alteridade como critério para cuidar e educar nutrizes: reflexões filosóficas da prática. *Rev Bras Enferm* 2008; 61: 249-53.
- 11-Santos-Oliveira NG, Rabinovich EP. Estudo comparativo da amamentação em casas e em creche paulistanas e no interior do Piauí. *Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum* 1999; 9: 20-6
- 12-Ramos CV; Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria* 2003; 79: 385-390
- 13-Javorski M, Caetano LC, Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12:890-8.
- 14-Leite AM, Silva IA, Scochi CGS. Comunicação não-verbal: uma contribuição

- para o aconselhamento em amamentação. Rev Latino-am Enfermagem 2004; 12 :258-64.
- 15-Zorzi NT, Bonilha ALL. Práticas utilizadas pelas puérperas nos problemas mamários. Rev Bras Enferm 2006; 59: 521-6.
- 16-Nakano MAS, Mamede, MV. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. Rev.latino-am.enfermagem 1999; 7: 69-76
- 17-Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção á saúde. 2ª edição. Porto Alegre: ARTMED, 2005
- 18-Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2006
- 19-Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª edição. Lisboa: Edições 70, 2004
- 20-Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2006.
- 21-Almeida JAG. Amamentação: Um Híbrido de Natureza-Cultura. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001
- 22-Javorski M, Scochi CGS, Lima RAG. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. Revista Pediatria Moderna 1999; 35: 110-117.

- 23-Silver L. Aspectos Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde. IN: Gallo, E et al. Planejamento Criativo – Novos desafios em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Relume-Damará, 1992
- 24-Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Rev. Saúde e Sociedade 2004; 13: 44-57
- 25-Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2001, 6:165-181
- 26-Uchimura KY, Bosi MLM. A Polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde. IN: Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2004.
- 27-Ramos CV; Almeida JAG. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres atendidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno infantil em Teresina, Piauí. Rev. Bras. Matern. Infantil 2003; 3: 235-368
- 28-Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cad. Saúde Pública 2006; 22: 2647-2655.
- 29-Araújo, LDS. A construção de um novo olhar no ensino de aleitamento materno: uma contribuição da educação crítico-reflexiva. [Tese de Doutorado] São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

Colaboradores:

Carmen Viana Ramos e João Aprício Guerra de Almeida elaboraram o artigo e foram os Coordenadores técnicos científicos da pesquisa. **Luciana Maria Ribeiro Pereira** foi coordenadora administrativa da pesquisa junto a FAPEPI (Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Piauí) e participou da coleta de dados e **Theonas Gomes Pereira** participou da coleta de dados.

Agradecimentos:

Aos Diretores, profissionais de saúde e mulheres assistidas nos cinco hospitais de Teresina que se dispuseram a dar as entrevistas e **Franklin Borges**, Professor de Inglês.

CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar os reflexos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre os atores sociais ou clientes (clientes internos - profissionais e clientes externos - mulheres) que a vivenciam nas maternidades amigas da criança em Teresina-Piauí. Mais do que conhecer os possíveis efeitos desta ação nos indicadores de aleitamento entre a clientela externa, o desenho metodológico utilizado possibilitou a análise compreensiva dos discursos dos atores sociais acerca do processo de assistir em aleitamento praticado nessas instituições.

A busca de novos referenciais que orientassem o atual modelo assistencial praticado no País se traduziu como o maior desafio durante toda a trajetória percorrida, desde a elaboração do projeto, à interpretação dos resultados e elaboração do relatório final. Este fato possibilitou reflexões sobre os alcances e limites das ações assistenciais praticadas em aleitamento materno, em especial, no que tange ao Programa da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, apontando de forma objetiva para ajustes que deveriam ser operados nas instituições, alvos do estudo, destinados à melhoria da qualidade da assistência prestada à clientela.

O estudo que traçou o *“Diagnóstico da situação do aleitamento materno no estado do Piauí”* foi conduzido com o propósito de promover uma abertura de cenário capaz de revelar a situação do aleitamento materno no Estado do Piauí e assim permitir uma melhor contextualização da pesquisa. Outrossim, foi considerado como um elemento de referência para permitir o estabelecimento de um diálogo entre as fases subseqüentes deste estudo. Neste sentido, vale destacar que o Piauí apresentou

resultados melhores, especialmente no que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo, quando comparados à Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada em 1999 e outros estudos localizados em outras regiões do país (Carvalhoes et al 1998; MS 2001; Kitoko et al 2000; Sena, Silva e Pereira 2002; Figueredo et al 2004; Oliveira et al 2005). Tais resultados denotam a influência de inúmeras ações pró-aleitamento desenvolvidas no Piauí, como por exemplo: a IHAC, a mobilização social provocada pela comemoração anual da Semana Mundial da Amamentação, a atuação dos Bancos de Leite Humano e o trabalho desenvolvido pela atenção básica no suporte à mulher que amamenta. No Piauí, este trabalho é realizado pelo Programa Saúde da Família (PSF) em todos os municípios e atinge 93% da população (Ministério da Saúde, 2008).

Alguns estudos têm ressaltado que a implementação da IHAC parece não ser suficiente para manter as taxas de aleitamento exclusivo até o sexto mês, necessitando de um apoio efetivo e continuado dos profissionais de saúde e gestores durante todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal e pós-natal (Braun e Giugliani 2003; Lima, Ashwort e Lira 2007). Os indicadores de aleitamento materno encontrados em nossa pesquisa corroboram com os estudos que apontam para a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção para além da proposta da IHAC, sobretudo no que tange ao apoio à mulher, à semelhança do que se verifica em termos de atuação do PSF no Piauí.

Contudo, nos parece razoável admitir que a IHAC trouxe um novo fôlego à política de aleitamento praticada no País, à medida que incorpora novos elementos, como é o caso da proteção e apoio ao aleitamento materno no ambiente hospitalar, além de desencadear um movimento em prol dessa prática, o que pode ser evidenciado

através de outras ações que foram desenvolvidas a partir da implementação do programa.

O segundo movimento do estudo se deu a partir da realização do “*Diagnóstico da situação de aleitamento materno nos Hospitais Amigos da Criança em Teresina-Piauí*”. Os resultados revelaram índices de aleitamento superiores aos verificados na pesquisa de aleitamento realizada em Teresina, em 1999, bem como, quando comparados aos indicadores alcançados no Estado em 2006 (Ministério da Saúde, 2001; Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, 2006). Além disso, esses índices se encontram maiores que os revelados em diversos estudos realizados em Hospitais Amigos da Criança no Brasil (Vanuchi, Monteiro, Rea, 2004; Braun, Giugliani, 2003; Caldeira, Gonçalves, 2007). Vale salientar que os índices de aleitamento exclusivo estão situados aquém das recomendações oficiais, à semelhança do que se revelou para o Estado. Entretanto, os avanços constatados não podem ser considerados como parte do acaso, e sim como o resultado de esforços direcionados pelas ações da política pública em favor do aleitamento materno no município. Apesar disso, não se pode estabelecer uma relação direta entre estes resultados e a implementação da IHAC nos hospitais de Teresina, em virtude de inúmeras outras ações desenvolvidas. Contudo, ao que parece, a IHAC teve uma contribuição efetiva no fomento a essas novas estratégias, ou mesmo no fortalecimento das já existentes à medida que os gestores foram percebendo a necessidade de incrementar as ações desenvolvidas no âmbito hospitalar para o favorecimento da continuidade do trabalho em prol do aleitamento materno.

Nessa perspectiva, faz-se necessário observar as peculiaridades próprias desenvolvidas no contexto da organização do sistema de saúde do município de

Teresina, dentre as quais, destaca-se a existência de Consultórios de Aleitamento implantados em todos os hospitais amigos da criança destinados a realizar o acompanhamento das crianças egressas nesta instituição, visto que não faz parte da cultura local a existência de grupos de aleitamento na comunidade.

O apoio ao aleitamento materno realizado pelos serviços de saúde, família e a sociedade têm papel fundamental na consecução dessa prática. Segundo a OPAS e OMS (2001), a orientação e apoio continuado à mulher em processo de aleitamento materno constituem-se nas intervenções de saúde mais eficazes para garantir o êxito dessa prática. As ações desenvolvidas em âmbito hospitalar, embora contribuam de forma favorável para iniciação e estabelecimento do aleitamento materno, por si só não garantem a continuidade do aleitamento exclusivo, sendo necessário a implementação de outras estratégias que possibilitem o acompanhamento da mulher durante toda a vigência desse ato. Este trabalho pode ser desenvolvido tanto por grupos de apoio na comunidade, como pelo próprio serviço de saúde (OPAS e OMS, 2001).

Em resumo, as abordagens quantitativas sobre a situação de aleitamento materno no Piauí e em Teresina revelaram avanços, traduzidos em maiores índices, principalmente do aleitamento materno exclusivo.

Com o objetivo de melhor compreender essa tendência, particularmente no que diz respeito aos reflexos da IHAC para os atores sociais que dela participam, foi realizada uma análise compreensiva dos discursos das mulheres assistidas e dos profissionais que as assistem na pesquisa *“A Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob a ótica dos atores sociais que a vivenciam em Teresina, Piauí.* O estudo revelou a existência de fatores que comprometeram a resolutividade do programa. Um primeiro

aspecto evidenciado nesta fase do estudo diz respeito à ênfase dada às ações da IHAC promotoras do aleitamento, voltados para informação acerca das vantagens e técnicas do aleitamento, em detrimento da proteção e apoio, que juntamente com a promoção compõem a tríade que fundamenta os preceitos teóricos de formulação do programa. Além disso, a pequena adesão dos profissionais às normas e rotinas desenvolvidas pela Iniciativa; a falta de sustentabilidade temporal da IHAC, resultando em falhas importantes na assistência e ressaltando a necessidade de um monitoramento contínuo das ações desenvolvidas nos hospitais, e por último, o eco nas mulheres, que se traduziu na dificuldade em cumprir as orientações emanadas pelos serviços se apresentaram como fatores limitantes do desempenho da Iniciativa. A necessidade de ajustes se fez evidente, com vistas a tornar a prática do aleitamento menos conflituosa para os atores sociais que a vivenciam nas maternidades estudadas.

Do ponto de vista teórico da concepção do modelo da IHAC, a predisposição dos agentes de saúde para promover os comportamentos que favoreçam a saúde ocupa um papel central, conforme pode ser evidenciado no enunciado abaixo, presente no documento de formulação desta estratégia:

*“Idealmente, todos os agentes de saúde com quem as gestantes e puérperas entram em contato deveriam estar comprometidas com a **promoção** do aleitamento materno, e ser capazes de fornecer **informações** apropriadas, assim como de demonstrar completo conhecimento prático do **manejo de aleitamento**”. (OMS, UNICEF, 1989: 3).*

A análise desse enunciado, por si, já revela que nos preceitos de formulação da proposta da IHAC denota-se a ênfase dos aspectos promotores do aleitamento materno no trabalho realizado pelos profissionais de saúde, com o foco em estratégias informativas voltadas preponderantemente para as questões relacionadas às vantagens e técnicas da amamentação. Muito embora o referido documento ressalte a importância do apoio social para o “êxito” do aleitamento, as ações sugeridas para o alcance dessa diretriz, junto às mulheres, estão destinadas a assegurar à gestante, principalmente, informação sobre aspectos biológicos citados acima (OMS, UNICEF, 1989). Essa constatação corresponde aos achados desse estudo no que diz respeito às ações voltadas para a promoção do aleitamento materno, refletindo que os atores sociais reproduzem no seu cotidiano o que está presente nas proposições do programas.

Outros aspectos evidenciados na formulação dessa estratégia dizem respeito à instituição de normas e rotinas definidas pelas “autoridades relevantes” no contexto hospitalar, no sentido de assegurar a mudança nas práticas hospitalares que interfiram no aleitamento; à realização de treinamentos de caráter obrigatório destinado às equipes profissionais combinadas com normas “específicas e fortes”, com conteúdos voltados aos aspectos biológicos do aleitamento materno; à mudança nas rotinas hospitalares como solução para mudança de comportamentos, não atentando para os condicionantes sociais que permeiam o aleitamento; ao reconhecimento do apoio como a melhor intervenção para aumentar os indicadores de aleitamento, sem valorizar uma abordagem que possibilite a escuta a mulher acerca das dificuldades vivenciadas no decurso dessa prática (OMS, OPS, 2001).

A maneira como foi concebido o programa evidenciam o caráter impositivo e verticalizante das ações propostas. Este fato possivelmente tem relação com o comportamento dos profissionais revelados nesse estudo, observado, por exemplo, na pequena adesão destes às normas e procedimentos estabelecidos pelas instituições amigas da criança. Ou seja, a concepção teórica adotada não possibilita uma discussão ampliada com os atores que participam da Iniciativa acerca das normas que devem ser seguidas pelas instituições, simplesmente a impõem. Com isso, a tão esperada transformação dos comportamentos em favor do aleitamento materno acaba não acontecendo. Esta situação é facilmente verificada nas falas das mulheres que terminam por não cumprir as orientações recebidas nos serviços, como é o caso do aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida.

O descompasso entre as proposições do assistir e a vivência do amamentar tem se configurado como objeto de investigação para inúmeros estudos na busca de ampliar a compreensão sobre as dinâmicas que permeiam o assistir em aleitamento. Dentre os fatores limitantes da resolutividade do assistir figuram: a assistência pautada por uma abordagem verticalizada e impositiva, a tendência em reduzir todas as questões à dimensão biológica e a busca da modulação do comportamento da mulher, evocando sentimentos de responsabilização e culpabilização pelo desempenho no amamentar (Nakano, 1999; Almeida 2004; Ramos e Almeida, 2003a).

Estas constatações vieram de encontro aos resultados obtidos nesse estudo. Muito embora se reconheça que a IHAC represente um avanço em termos propositivos, incorporando nos seus objetivos o desenvolvimento de ações relacionadas à proteção e apoio, as evidências demonstram que não têm conseguido ir além dos aspectos

promotores do aleitamento materno. Este fato provavelmente se deva à forma como o programa foi desenhado, não respeitando, por exemplo, as especificidades de cada serviço e funcionando como “pacote” que foi colocado dentro dos serviços de saúde pelos gestores da política nessa área. Diante disso, alguns ajustes são necessários como forma de melhorar a qualidade da assistência em aleitamento, dentre os quais se destacam: a adoção de uma nova matriz ensino-aprendizagem, pautada no construtivismo e na adoção dos referenciais da pedagogia da problematização em busca de uma prática assistencial focada nas bases do aconselhamento aplicado ao assistir (Araújo, 2005); o investimento em ações de fortalecimento das redes sociais de suporte à mulher que amamenta; a adoção de medidas que potencializem o Programa Saúde da Família no acompanhamento e apoio à mulher que está vivenciando esta prática; a realização de investimentos para melhorar o acolhimento nas instituições, tornando a relação cliente-profissional mais respeitosa; e, não menos importante, a definição de um processo de monitoramento contínuo que permita a adoção de medidas corretivas sempre que necessário.

O caminho seguido por esse estudo, através da conjugação dos métodos quantitativos e qualitativos, possibilitou uma análise mais aprofundada do processo de assistir em aleitamento praticado em instituições Amigas da Criança. Face ao exposto, acredita-se que esse tipo de trabalho possa contribuir na elucidação desse fenômeno complexo que é o aleitamento materno no sentido de transcender para além dos determinantes biológicos desse ato, compatibilizando-o com os condicionantes sociais envolvidos. A transformação dos comportamentos em favor da amamentação só será

possível com a conjugação dos aspectos biológicos e sociais no cotidiano da assistência em aleitamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Adesse, L. Amamentação: Um ato Contraditório. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ, 1994
- 2- Almeida JAG. Amamentação: Um Híbrido de Natureza-Cultura. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001
- 3- Almeida JAG, Novak FR. Breastfeeding: a nature-culture hybrid. J. Pediatric 2004; 80 Suppl 5: 119-125
- 4- Andrade GB, Vaistman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Cienc. e Saúde Coletiva 2002; 7: 925-934
- 5- Araújo, LDS. Querer/ Poder Amamentar: Uma Questão de Representação? Londrina: Ed. UEL, 1997
- 6- Araújo, LDS. A construção de um novo olhar no ensino de aleitamento materno: uma contribuição da educação crítico-reflexiva. [Tese de Doutorado] São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
- 7- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. ABEP: São Paulo, 2003. <http://www.abep.org.br> (acessado em 23/04/ 2007)
- 8- Azevedo IGS. Aconselhamento aplicado ao assistir em amamentação: uma análise da proposta oficial. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz, 2004
- 9- Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª edição. Lisboa: Edições 70, 2004
- 10- Bossi MLM, Machado MMT. Amamentação: um resgate histórico. Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará, 2005: 1:17-25.
- 11- Braun MLG, Giugliani ERJ, Soares MEM, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CMM. Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of breastfeeding. American Journal of Public Health 2003; 93: 1277-79.
- 12- Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: Utilização de metodologia simplificada. Rev. Saúde Pública 1998; 32: 430-6.

13- Castro RC. As contradições do assistir em amamentação – incentivo ao aleitamento materno versus inibição da lactação. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz, 2002

14-Coutinho SB, Lima MC, Ashworth A, Lira PIC. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. *Jornal de Pediatria* 2005; 81: 471-7

15- Cruz, MHS. O pai e a amamentação do filho: um estudo exploratório com pais de classe. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ, 2002

16- Deslandes SF, Assis SG. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: O Diálogo das Diferenças. IN: Minayo MCS, Deslandes, SF. (Org). *Caminhos do Pensamento - Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002

17- Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – Notas teóricas. IN: Bossi MLM, Mercado-Martinez F (Orgs). *Pesquisa qualitativa em serviços de saúde*. Petrópolis, Ed. Vozes, 2004

18- Ferreira, SLC. O processo decisório da mulher sobre a alimentação do filho prematuro: uma mistura de jeitos de sentir e de olhar. . [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ, 2003

19- Ferreira S L C. Duas décadas de política pública no Brasil. *Gota de Leite*. v.1,n.1. 2005. Disponível em: <http://www.bvsam.cict.fiocruz.br/gotadeleite/01opção06htm>. Acesso em 13/ 07/ 2007.

20- Finney DJ. *Probit analysis*. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1980.

21- Figueiredo MO, Sartorelli DS, Zan TAB, Garcia E, Silva LC, Carvalho FLP, et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 2: 172-9.

22- Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial de Saúde. *Manejo e Promoção do Aleitamento Materno num Hospital Amigo da Criança - [Curso de 18 horas para equipes de maternidades]*. Genebra: OMS/ UNICEF, 1993

23- Goldemberg P. *Repensando a Desnutrição como Questão Social*. Campinas: Editora da Unicamp, 1988

24- Gomes MASM. Considerações sobre a Organização da Assistência a Saúde da Mulher e da Criança no Brasil. IN: *Aspectos da Qualidade na Atenção ao Pré-natal e ao*

Parto na Perspectiva das Usuárias – [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 1995

25-Gusman CR. Os significados da amamentação na perspectiva das mães. [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2005

26- Horta B, Bahl R, Martines J, Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding – systematic reviews and meta-análise. Genebra: WHO; 2007. Disponível em: www.who.int/child-adolescent-health/New-publication/NUTRITION/ISBN_92_4_159523_0.pdf. Acessado em julho de 2008.

27- Hames MLC, Carraro TE, Ramos FR, Tholl AD. A alteridade como critério para cuidar e educar nutrizes: reflexões filosóficas da prática. Rev Bras Enferm 2008; 61: 249-53.

28-Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Aspectos de Saúde e Nutrição no Brasil 1989. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Brasília: INAN, 1990

29-Javorski M, Scochi CGS, Lima RAG. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. Revista Pediatria Moderna 1999; 35: 110-117.

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

31- Marteleto RM. Análise de redes sociais- aplicação nos estudos de transformação da informação. Ci. Inf., Brasília 2001; 30: 71-81

32- Martins PH, Fontes B. Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas. Recife: Editora UFPE, 2004

33- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: MS, 2007.

34- Ministério da Saúde. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal. Brasília: MS, 2001.

35- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria N° 29 de 27 de Julho de 2001: Critérios e Normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança. Brasília: MS, 2001

36- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria N° 756 de 16 de Dezembro de 2004: Critérios e Normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança. Brasília: MS, 2004

37- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 07/07/2008

38- Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>. Acessado em: 04/07/ 2008.

39- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro.php. Acessado em 10/07/ 2008.

40- Minayo, MCS. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 5ª edição. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998

41- Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2006

42- Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano AMS. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. Acta Paul Enferm 2006;19(4):427-32.

43- Muller M. O Matador de Bebês. Campinas. Cemicamp, 1974

44- Nakano MS. O Aleitamento no cotidiano feminino [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996

45- Nakano MAS, Mamede, MV. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. Rev.latino-am.enfermagem 1999; 7: 69-76

46- Oliveira MIN, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, Proteção e apoio a amamentação do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. Cad. Saúde Pública, 2005; 21: 1901-10.

47- Oliveira LPM, Assis AM, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Duração do Aleitamento Materno, regime alimentar e fatores associados, segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública 2005; 21: 1515-30.

- 48- Organização Mundial de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Evidências Científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília, OMS/ OPS, 2001.
- 49- Organização Mundial de Saúde, Fundos das Nações Unidas para a Infância. Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração da OMS/UNICEF. Genebra: OMS, 1989
- 50- Organização Panamericana de Saúde. Semana Mundial da Amamentação 2006. Disponível em: <http://www.opas.org.br/mostrantp.cfm?codigodest=593>. Acessado em: 23/05/2007
- 51- Pereira, M G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1995
- 52- Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção á saúde. 2ª edição. Porto Alegre: ARTMED, 2005
- 53- Ramos CVa. Amamentação do discurso a prática – um estudo sobre a percepção das mulheres assistidas na MDER – Teresina- PI. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2000
- 54- Ramos CVb; Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria* 2003, 79: 385-390
- 55- Ramos CV; Almeida JAG. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres atendidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno infantil em Teresina, Piauí. *Rev. Bras. Matern. Infantil* 2003; 3: 235-368
- 56- Rea M.F. Reflexões sobre amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde de Pública*, 2003; 19 (1 Sup): 537-545
- 57- Rotenberg, S. Práticas Alimentares e o Cuidado da Saúde da Criança de Baixo-Peso. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ ,1999
- 58- Santos-Oliveira NG, Rabinovich EP. Estudo comparativo da amamentação em casas e em creche paulistanas e no interior do Piauí. *Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum* 1999; 9: 20-6

- 59- Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção a Saúde. Gerência de Vigilância à Saúde. Coordenação de Análise e Divulgação. Relação de estabelecimentos de saúde que fazem partos no Piauí no ano de 2006. Piauí: SESAPI, 2006
- 60- Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção a Saúde. Gerência de Atenção a Saúde. Coordenação de Atenção a Saúde da Criança e Adolescente. Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno no Estado do Piauí. Teresina: Sesapi, 2007
- 61- Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:613-21.
- 62- Silva, IA. Amamentar: Uma Questão de Assumir Riscos ou Garantir Benefícios. São Paulo: Editora Robe, 1997
- 63- Silva IA. Construindo Perspectivas sobre Assistência em Amamentação: Um Processo Interacional. [Tese de Livre Docência] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999
- 64- Silva, AAM. Amamentação: Fardo ou Desejo? Estudo Histórico – Social dos Saberes e Práticas sobre Aleitamento na Sociedade Brasileira. [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1990
- 65- Sociedade Civil de Bem-estar Familiar no Brasil (BENFAM). Pesquisa Nacional de demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BENFAM, 1997
- 66- Souza, LMBM. Promoção, proteção, apoio: apoio? Representações sociais em aleitamento materno [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; 1996
- 67- Sousa KS. O dito e o não dito na amamentação: o sentido de mães nutrizes na vivência do alojamento conjunto. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade do Rio de Janeiro, 2000
- 68- Souza MHN. A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio. [Tese de Doutorado] Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006
- 69- Uchimura KY, Bosi MLM. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde – Resgatando a subjetividade. IN: Bosi MLM, Mercado FJ (Org). Pesquisa Qualitativa em Serviços de Saúde. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2004.

70- Vanuchi MTO, Monteiro CA, Rea MF, Andrade SM, Matsuo T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista de Saúde Pública*, 2004; 38: 422-8

71- Venâncio SI, Monteiro CA. A Tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1:40-49; 1988.

72- World Health Organization. Division of diarrhoeal and acute respiratory disease control: Indicators for assessing breast-feeding practices. Geneva: World Health Organization; 1991

73- Zelee Hill, BK, Edmond K. Family and community practices that promote child survival, growth and development -A REVIEW OF THE EVIDENCE. Geneva: World Health Organization (WHO); 2004

74- Zen, ET. Princípios do Aconselhamento aplicados ao assistir em amamentação na perspectiva dos profissionais de saúde. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz, 2001

ANEXOS

ANEXO 1 - DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

- 1** - Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.
- 2** - Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
- 3** - Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
- 4** - Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
- 5** - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 6** - Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.
- 7** - Praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8** - Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
- 9** - Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
- 10** - Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório.

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ/ SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
 DUVAS/ G.A.S/ COORDENAÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE
 PESQUISA: PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NO ESTADO DO PIAUÍ

Município: _____ [] Questionário No [] Data: ____/____/____
 Entrevistador(a): _____ Supervisor(a): _____

DADOS DA CRIANÇA																																																																									
Preencher somente para as crianças que nasceram a partir de 27/08/2005																																																																									
1) Qual a data de nascimento da criança? _____/_____/_____ Idade(meses): _____																																																																									
2) Qual o sexo? Masculino Feminino	1 2																																																																								
3) Como foi o parto da criança? normal domiciliar (PPP5)..... normal hospitalar cesárea outro: _____	1 2 3																																																																								
4) Após o nascimento ele(a) permaneceu ao seu lado até o momento da alta hospitalar? Sim Não	1 2																																																																								
5) Nas primeiras 24 horas após o nascimento a sua criança tomou leite do peito? Sim Não Não lembra	1 2 3																																																																								
6) Desde ontem até agora a sua criança tomou leite do peito? Sim..... Não(PPP8)	1 2																																																																								
7) Desde ontem até agora a sua criança tomou somente leite do peito? Sim..... Não	1 2																																																																								
8) Desde ontem até agora a sua criança comeu/ tomou algum(s) destes alimentos? 1- SIM 2- NÃO 3- NÃO LEMBRA 8.1-ÁGUA 8.2-SUCO..... 8.3-CHÁ..... 8.4-OUTRO LEITE.....	[] [] [] []																																																																								
09) Desde ontem até agora a sua criança tomou algum alimento com a mamadeira? Sim Não Não lembra	1 2 3																																																																								
10) Desde ontem até agora a sua criança comeu/ tomou algum(s) destes alimentos? 1- SIM 2- NÃO 3- NÃO LEMBRA 10.1- Frutas..... 10.2-Sopa..... 10.3-Refeição da família..... 10.4- Outros (especificar) _____	[] [] [] []																																																																								
11) A sua criança usa chupeta? Sim Não	1 2																																																																								
DADOS DA MÃE																																																																									
12) Em que bairro a senhora mora? Zona urbana Zona rural	1 2																																																																								
13) Quantos anos a senhora tem?	[]																																																																								
14) A senhora frequentou escola? Sim Não (PPP 17)	1 2																																																																								
15) Qual a série que a senhora terminou? 1º grau: 1ª série, 2ª série, 3ª série, 4ª série, 5ª série, 6ª série, 7ª série, 8ª série. 2º grau: (9)- 1º ano, (10)- 2º ano, (11)- 3º ano. 3º grau = (12)	[]																																																																								
16) Perguntar apenas para quem cursou até a 8ª série A Sra. sabe ler uma carta ou jornal com? Facilidade Dificuldade Não sabe ler	1 2 3																																																																								
17) A senhora trabalha fora? Sim Não Se a resposta for não, pergunte: 17.1- Há quanto tempo? ____ Anos ____ Meses ____ Dias Nunca trabalhou	1 2																																																																								
18) A senhora fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez desta criança? Sim Não Se a resposta for NÃO PPP22.	1 2																																																																								
19) Em que mês da gravidez a senhora iniciou o pré-natal? 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 (10)- Não lembra	[]																																																																								
20) Quantas consultas a senhora fez durante o pré-natal desta criança?	[]																																																																								
21) Durante o pré-natal desta criança a senhora recebeu orientação sobre aleitamento materno? Sim Não Não lembra	1 2 3																																																																								
22) PLANILHA DE PONTUAÇÃO PARA DEFINIÇÃO DA CLASSE SOCIAL																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Posse de itens</th> <th rowspan="2">Não Tem</th> <th colspan="4">Tem</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4 ou +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Televisão em cores</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Rádio</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>Banheiro</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>Automóvel</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>Empregada Mensalista</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>Aspirador de pó</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>Máquina de lavar</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>Videocassete</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>Geladeira</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>	Posse de itens	Não Tem	Tem				1	2	3	4 ou +	Televisão em cores	0	2	3	4	5	Rádio	0	1	2	3	4	Banheiro	0	2	3	4	4	Automóvel	0	2	4	5	5	Empregada Mensalista	0	2	4	4	4	Aspirador de pó	0	1	1	1	1	Máquina de lavar	0	1	1	1	1	Videocassete	0	2	2	2	2	Geladeira	0	2	2	2	2	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1			
Posse de itens			Não Tem	Tem																																																																					
	1	2		3	4 ou +																																																																				
Televisão em cores	0	2	3	4	5																																																																				
Rádio	0	1	2	3	4																																																																				
Banheiro	0	2	3	4	4																																																																				
Automóvel	0	2	4	5	5																																																																				
Empregada Mensalista	0	2	4	4	4																																																																				
Aspirador de pó	0	1	1	1	1																																																																				
Máquina de lavar	0	1	1	1	1																																																																				
Videocassete	0	2	2	2	2																																																																				
Geladeira	0	2	2	2	2																																																																				
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1																																																																				
DADOS DO CHEFE DA FAMÍLIA																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Grau de Instrução do chefe de família</th> <th>Pontos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Analfabeto/ Primário incompleto</td><td>0</td></tr> <tr><td>Primário completo/ Ginásial incompleto</td><td>1</td></tr> <tr><td>Ginásial completo/ Colegial incompleto</td><td>2</td></tr> <tr><td>Colegial completo/ Superior incompleto</td><td>3</td></tr> <tr><td>Superior completo</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	Grau de Instrução do chefe de família	Pontos	Analfabeto/ Primário incompleto	0	Primário completo/ Ginásial incompleto	1	Ginásial completo/ Colegial incompleto	2	Colegial completo/ Superior incompleto	3	Superior completo	5																																																													
Grau de Instrução do chefe de família	Pontos																																																																								
Analfabeto/ Primário incompleto	0																																																																								
Primário completo/ Ginásial incompleto	1																																																																								
Ginásial completo/ Colegial incompleto	2																																																																								
Colegial completo/ Superior incompleto	3																																																																								
Superior completo	5																																																																								
Classe Social = soma dos pontos (itens da casa + grau instrução do chefe da família) total de pontos: [] Classe Social: 1- A 1 (de 30 a 34 pontos) 1- A 2 (de 25 a 29 pontos) 2- B 1 (de 21 a 24 pontos) 2- B 2 (de 17 a 20 pontos) 3- C (de 11 a 16 pontos) 4- D (de 6 a 10 pontos) 5- E (de 0 a 5 pontos)																																																																									

APÊNDICE 2
QUESTIONÁRIO TERESINA

APÊNDICE 2

FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO PIAUÍ – FAPEPI
 FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ – NOVAFAPI
 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ/ DUVAS/ GAS/ Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente
 PESQUISA SOBRE REFLEXOS DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA SOBRE O ALEITAMENTO EM TERESINA - PIAUÍ

Hospital: _____ [] Questionário No [] Data: ____/____/____
 Entrevistador(a): _____ Supervisor(a): _____

DADOS DA CRIANÇA																																																																									
1) Qual a data de nascimento da criança? _____/_____/_____. Idade(meses): _____																																																																									
2) Qual o sexo? Masculino Feminino	1 2																																																																								
3) Como foi o parto da criança? normal domiciliar (PPP5)..... normal hospitalar cesárea outro: _____	1 2 3																																																																								
4) Após o nascimento ele(a) permaneceu ao seu lado até o momento da alta hospitalar? Sim Não Não lembra	1 2 3																																																																								
5) Nas primeiras 24 horas após o nascimento a sua criança tomou leite do peito? Sim Não Não lembra	1 2 3																																																																								
6) Desde ontem até agora a sua criança tomou leite do peito? Sim..... Não(PPP8)	1 2																																																																								
7) Desde ontem até agora a sua criança tomou somente leite do peito? Sim..... Não	1 2																																																																								
8) Desde ontem até agora a sua criança comeu/ tomou algum(s) destes alimentos? 1- SIM 2- NÃO 3- NÃO LEMBRA 8.1-ÁGUA 8.2-SUCO..... 8.3-CHÁ..... 8.4-OUTRO LEITE.....	[] [] [] []																																																																								
09) Desde ontem até agora a sua criança tomou algum alimento com a mamadeira? Sim Não Não lembra	1 2 3																																																																								
10) Desde ontem até agora a sua criança comeu/ tomou algum(s) destes alimentos? 1- SIM 2- NÃO 3- NÃO LEMBRA 10.1- Frutas..... 10.2-Sopa..... 10.3-Refeição da família..... 10.4- Outros (especificar) _____	[] [] [] []																																																																								
11) A sua criança usa chupeta? Sim Não	1 2																																																																								
DADOS DA MÃE																																																																									
12) Em que bairro a senhora mora? Zona urbana Zona rural	1 2																																																																								
13) Quantos anos a senhora tem?	[]																																																																								
14) A senhora frequentou escola? Sim Não (PPP 17)	1 2																																																																								
15) Qual a série que a senhora terminou? 1º grau: 1ª série, 2ª série, 3ª série, 4ª série, 5ª série, 6ª série, 7ª série, 8ª série. 2º grau: (9)- 1º ano, (10)- 2º ano, (11)- 3º ano. 3º grau = (12)	[]																																																																								
16) Perguntar apenas para quem cursou até a 8ª série A Sra. sabe ler uma carta ou jornal com? Facilidade Dificuldade Não sabe ler	1 2 3																																																																								
		17) A senhora trabalha fora? Sim Não Se a resposta for não, pergunte: 17.1- Há quanto tempo? ____ Anos ____ Meses ____ Dias Nunca trabalhou	1 2 1																																																																						
		18) A senhora fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez desta criança? Sim Não Se a resposta for NÃO PPP22. 19) Em que mês da gravidez a senhora iniciou o pré-natal? 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 (10)- Não lembra	1 2 []																																																																						
		20) Quantas consultas a senhora fez durante o pré-natal desta criança? 21) Durante o pré-natal desta criança a senhora recebeu orientação sobre aleitamento materno? Sim Não Não lembra	[] []																																																																						
		22) No momento da alta hospitalar, a senhora foi orientada para a consulta de retorno da criança? Sim..... Não [PP24]..... Não lembra..... Se a resposta for SIM, quantos dias depois do parto? _____	1 2 3 []																																																																						
		23- Durante esta consulta à senhora recebeu orientação sobre aleitamento materno? Sim..... Não..... Não lembra..... Não se aplica.....	1 2 3 4																																																																						
		24) PLANILHA DE PONTUAÇÃO PARA DEFINIÇÃO DA CLASSE SOCIAL																																																																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Posse de itens</th> <th rowspan="2">Não Tem</th> <th colspan="4">Tem</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4 ou +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Televisão em cores</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Rádio</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>Banheiro</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>Automóvel</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>Empregada Mensalista</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>Aspirador de pó</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>Máquina de lavar</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>Videocassete</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>Geladeira</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>	Posse de itens	Não Tem	Tem				1	2	3	4 ou +	Televisão em cores	0	2	3	4	5	Rádio	0	1	2	3	4	Banheiro	0	2	3	4	4	Automóvel	0	2	4	5	5	Empregada Mensalista	0	2	4	4	4	Aspirador de pó	0	1	1	1	1	Máquina de lavar	0	1	1	1	1	Videocassete	0	2	2	2	2	Geladeira	0	2	2	2	2	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1	
Posse de itens	Não Tem	Tem																																																																							
		1	2	3	4 ou +																																																																				
Televisão em cores	0	2	3	4	5																																																																				
Rádio	0	1	2	3	4																																																																				
Banheiro	0	2	3	4	4																																																																				
Automóvel	0	2	4	5	5																																																																				
Empregada Mensalista	0	2	4	4	4																																																																				
Aspirador de pó	0	1	1	1	1																																																																				
Máquina de lavar	0	1	1	1	1																																																																				
Videocassete	0	2	2	2	2																																																																				
Geladeira	0	2	2	2	2																																																																				
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1																																																																				
		DADOS DO CHEFE DA FAMÍLIA																																																																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Grau de Instrução do chefe de família</th> <th>Pontos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Analfabeto/ Primário incompleto</td><td>0</td></tr> <tr><td>Primário completo/ Ginásial incompleto</td><td>1</td></tr> <tr><td>Ginásial completo/ Colegial incompleto</td><td>2</td></tr> <tr><td>Colegial completo/ Superior incompleto</td><td>3</td></tr> <tr><td>Superior completo</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	Grau de Instrução do chefe de família	Pontos	Analfabeto/ Primário incompleto	0	Primário completo/ Ginásial incompleto	1	Ginásial completo/ Colegial incompleto	2	Colegial completo/ Superior incompleto	3	Superior completo	5																																																											
Grau de Instrução do chefe de família	Pontos																																																																								
Analfabeto/ Primário incompleto	0																																																																								
Primário completo/ Ginásial incompleto	1																																																																								
Ginásial completo/ Colegial incompleto	2																																																																								
Colegial completo/ Superior incompleto	3																																																																								
Superior completo	5																																																																								
		Classe Social = soma dos pontos (itens da casa + grau instrução do chefe da família) total de pontos: [] Classe Social: 1- A 1 (de 30 a 34 pontos) 1- A 2 (de 25 a 29 pontos) 2- B 1 (de 21 a 24 pontos) 2- B 2 (de 17 a 20 pontos) 3- C (de 11 a 16 pontos) 4- D (de 6 a 10 pontos) 5- E (de 0 a 5 pontos)																																																																							

APÊNDICE 3 – ENTREVISTA COM AS MULHERES:

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
 PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER
 DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

Questionário N° _____

1- Nome da entrevistada: _____

2- Endereço: _____

3- Idade: _____

4- Qual o seu estado civil:

- () Solteira
 () Casada
 () Separada
 () Viúva
 () União consensual

outro: _____

5) Qual a série que você terminou?

1º grau: 1ª série, 2ª série, 3ª série, 4ª série, 5ª série, ()
 6ª série, 7ª série, 8ª série.

2º grau: (9)- 1º ano, (10)- 2º ano, (11)- 3º ano. ()

3º grau = (12) ()

Pós-graduação:

Especialização ()

Mestrado ()

Doutorado ()

Outro: _____

6) Você trabalha fora?

Sim()

Não()

7) Se a resposta for sim, pergunte: Qual a sua profissão? _____

8) PLANILHA DE PONTUAÇÃO PARA DEFINIÇÃO DA CLASSE SOCIAL

Posse de itens	Não Tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada Mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1

Videocassete	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1
Grau de Instrução do chefe de família		Pontos			
Analfabeto/ Primário incompleto		0			
Primário completo/ Ginásial incompleto		1			
Ginásial completo/ Colegial incompleto		2			
Colegial completo/ Superior incompleto		3			
Superior completo		5			

Classe Social = soma dos pontos (itens da casa + grau instrução do chefe da família)

total de pontos: []

Classe Social:

- 1- A 1 (de 30 a 34 pontos)
- 1- A 2 (de 25 a 29 pontos)
- 2- B 1 (de 21 a 24 pontos)
- 2- B 2 (de 17 a 20 pontos)
- 3- C (de 11 a 16 pontos)
- 4- D (de 6 a 10 pontos)
- 5- E (de 0 a 5 pontos)

SOBRE A MATERNIDADE:

8- Quantos filhos você tem:

- () 1 filho
- () 2 filhos
- () 3 filhos
- () 4 Filhos
- () > 4 filhos

9- Como foi o parto da criança?

- () normal domiciliar (PPP5).....
- () normal hospitalar
- () cesárea
- () outro: _____

Questão indutora: Fale sobre a sua experiência da assistência recebida nesta maternidade/ hospital desde o pré-natal até o momento atual?

Roteiro sobre IHAC:

porque o acompanhamento nesta maternidade; como foi: pré-natal, pré-parto, puerpério, a alta hospitalar; pontos fortes e pontos fracos; sugestões de melhoria; relação com os profissionais de saúde; a usuária frente as rotinas/ normas hospitalares.

APÊNDICE 4- ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER
DOCTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

Questionário N° _____

1- Nome do entrevistado: _____

2- Endereço: _____

3- Idade: _____

4- Qual o seu estado civil:

() Solteira

() Casada

() Separada

() Viúva

() União consensual

outro: _____

5) Grau de instrução?

3º grau = (12) ()

Pós-graduação:
Especialização ()

Mestrado ()

Doutorado ()

Outro: _____

6- Há quanto tempo trabalha nesta instituição _____

7- Há quanto tempo está a frente deste cargo (diretor ou responsável pela IHAC) _____

8- Recebeu treinamento no Curso de 18 horas da IHAC?

() Sim, há quanto tempo _____

() Não

9- Já participou de alguma avaliação ou reavaliação da IHAC?

() Sim, há quanto tempo _____

() Não

Questão indutora: Você como profissional que vivencia a assistência em aleitamento praticado num hospital amigo da criança, fale sobre como a sua instituição vem trabalhando essa iniciativa?

Roteiro sobre IHAC: desenvolvimento do programa no hospital: pré-natal, parto, puerpério, consultas de seguimentos; treinamento recebido; normas e procedimentos adotados; avaliação e reavaliações; pontos fortes e pontos fracos; o profissional frente as normas; sugestões de melhorias; expectativas com relação ao programa; Política pública sobre Am no PI.

APÊNDICE 5- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
 PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER
 DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

Reflexos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre o aleitamento materno em Teresina – Piauí

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que tiver. Trata-se de uma pesquisa para uma tese de Doutorado. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI no endereço baixo citado.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Reflexos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre o aleitamento materno Em Teresina – Piauí

Coordenadora da Pesquisa: Carmen Viana Ramos – SESAPI

Equipe de pesquisadores: Luciana Maria Ribeiro Pereira (NOVAFAPI), Norma Sueli Costa Marques Alberto- SESAPI, Theonas Gomes Pereira - NOVAFAPI

Telefone para contato - NOVAFAPI (inclusive ligações a cobrar): (86) 2106-0700/2106-0722.

Endereço do Comitê de Ética da Faculdade NOVAFAPI: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro do Uruguai - CEP: 64057-100 - Teresina-PI. (86) 2106-0700/2106-0722

Telefones para contato (SESAPI): (86) 3216-3611 -3216-3593

- ◆ O objetivo da pesquisa é estudar a trajetória da Iniciativa Hospital Amigo da criança e os seus reflexos na clientela assistida em Teresina-Piauí
- ◆ Quanto a riscos, esta pesquisa não produzirá nenhum risco físico, mental ou social. Entretanto, você pode se sentir constrangido ao responder algumas perguntas, mesmo não sendo intenção do estudo, caso isto aconteça, sinta-se à vontade para responder ou não perguntas que se enquadrem nesta categoria.
- ◆ Não há benefício direto para o participante deste estudo, porém esta pesquisa pretende obter informações que facilite e melhore a qualidade das ações desenvolvidas

pelos serviços que promovam o aleitamento materno neste município. Trata-se de estudo transversal, onde as informações serão obtidas de uma só vez, na entrevista.

♦ Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, através do endereço e telefones acima citados.

♦ Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que seja requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, representantes do patrocinador, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) (terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo).

♦ Esta pesquisa será iniciada em novembro de 2007 com previsão de término para Julho de 2008. Em qualquer período deste estudo é assegurado o seu direito de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da sua parte.

♦ Nome e Assinatura do Pesquisador: Carmen Viana Ramos

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Reflexos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre o aleitamento materno Em Teresina – Piauí**, como sujeito. Tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Discuti com a pesquisadora Carmen Viana Ramos e/ou membros da equipe de pesquisadores sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/ tratamento nessa Instituição ou Serviço.

Local e data _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____