ELAINE APARECIDA DE ALMEIDA

INFLUÊNCIA DO CONTATO PRECOCE MÃE-FILHO E DO USO DE CHUPETAS NA PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

CAMPINAS

2006

ELAINE APARECIDA DE ALMEIDA

INFLUÊNCIA DO CONTATO PRECOCE MÃE-FILHO E DO USO DE CHUPETAS NA PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de Titulo de Mestre em Pediatria, área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente.

ORIENTADOR: *Prof. Dr. José Martins Filho*

CAMPINAS

2006

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Al 64i

Almeida, Elaine Aparecida
Influência do contato precoce mãe-filho e do uso de chupetas na prevalência do aleitamento materno. / Elaine Aparecida Almeida. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : José Martins Filho
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Amamentação. 2. Chupetass. 3. Desmame. 4. Aleitamento materno. I. Martins Filho, José. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(slp/fcm)

Título em inglês: ***The influence of the precocious contact between mother and son and the use of the pacifier in the prevalence of the breast feeding***

Keywords : • Breast feeding
• Pacifier
• Weaning

Área de concentração: Saúde da criança e do adolescente

Titulação: Mestrado

Banca examinadora:

Prof. Dr. José Martins Filho
Profª Dra Angélica Maria Bicudo Zeferino
Profª Dra Gladys Gripp Bicalho
Profº Dr. Antonio de Azevedo Barros Filho
Profº Dr. Hugo Issler

Data da defesa: 10/02/2006

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador:
Prof. Dr. José Martins Filho

MEMBROS:

1. **Prof. Dr. José Martins Filho**
2. **Profª Dra Angélica Maria Bicudo Zeferino**
3. **Profª Dra Gladys Gripp Bicalho**
4. **Profº Dr. Antonio de Azevedo Barros Filho**
5. **Profº Dr. Hugo Issler**

Curso de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 10/02/2006

DEDICATÓRIA

A Deus por pelo dom de viver, e por permitir que apesar de tantos percalços, atingisse este ideal.

Aos meus pais por terem me gerado, criado e dado a oportunidade de estudar e estar aqui hoje.

Aos meus filhos pela oportunidade de ser mãe, pelo aprendizado do amor todos os dias, pela compreensão dos dias mais difíceis, e pela dádiva de poder tê-los amamentado.

Ao Arnaldo por alimentar minha alma com o seu amor.

AGRADECIMENTOS

A Dra Gladys, Elizangela, Cherbeu, que nunca mediram esforços para que meu objetivo fosse atingido.

Aos funcionários do CIPED, principalmente a Madá e Simone pela competência e disponibilidade em ajudar sempre.

Obrigado Prof. Dr. Martins pela orientação, pela paciência, e especialmente pela dedicação e luta pelo aleitamento materno em nosso país.

A todos os professores do CIPED, pela dedicação no ensinar.

Nós somos culpados de muitos erros

e muitas faltas, mas o nosso pior crime

é o de abandonar as crianças,

negligenciando a fonte da vida.

Muitas coisas que necessitamos

podem esperar.

A criança não pode.

É justamente agora que seus ossos

estão se formando,

seu sangue está sendo feito

e seus sentidos estão se desenvolvendo.

Para elas não podemos responder

"Amanhã".

Seu nome é

"Hoje".

GABRIELA MISTRAL

SUMÁRIO

Pág.

RESUMO..... *xiii*

ABSTRACT..... *xv*

INTRODUÇÃO..... 17

OBJETIVOS..... 21

REVISÃO DA LITERATURA..... 23

METODOLOGIA..... 32

RESULTADOS..... 42

DISCUSSÃO..... 58

CONCLUSÃO..... 69

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 73

ANEXOS..... 80

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
BEMFAM	Bem-Estar Familiar no Brasil
FCM	Faculdades de Ciências Médicas
GSIYCF	Estratégia Global sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
CIPED	Centro de Investigação de Pediatria
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
CENFOBS	Centro de Estudos em Enfermagem Obstétrica
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 - Distribuição das mães segundo a raça, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 43

Tabela 2 - Distribuição das mães segundo a faixa etária, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 43

Tabela 3 - Distribuição das mães segundo o grau de escolaridade, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 44

Tabela 4 - Distribuição das mães segundo o trabalho fora de casa, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 44

Tabela 5 - Distribuição das mães segundo o estado civil, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 44

Tabela 6 - Medidas de tendência central e de dispersão segundo o número de gestações, número de filhos vivos e número de consultas de pré-natal das mães residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 45

Tabela 7 - Distribuição das mães segundo a freqüência às consultas de pré-natal, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 45

Tabela 8 - Distribuição das mães segundo o tipo de parto, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 45

Tabela 9 - Distribuição dos bebês segundo o sexo, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 46

Tabela 10 - Medidas de tendência central e de dispersão segundo o peso dos bebês em gramas ao nascer e na alta hospitalar, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 46

Tabela 11 - Distribuição dos bebês segundo a realização do contato pele-a-pele e/ou sucção na primeira hora de vida, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 47

Tabela 12 - Distribuição dos bebês segundo o uso de chupetas na visita hospitalar, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 47

Tabela 13 - Distribuição dos bebês segundo o tipo de aleitamento materno, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004..... 47

Tabela 14 - Índices de Aleitamento Materno, Aleitamento Materno Exclusivo e desmame, segundo a idade dos bebês, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 48

Tabela 15 - Distribuição das condições dos binômios na visita de dois meses de idade, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 49

Tabela 16 - Medidas de tendência central e de dispersão encontradas na visita de dois meses, segundo o peso em gramas dos bebês residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 50

Tabela 17 - Distribuição das condições dos binômios na visita de quatro meses de idade, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 50

Tabela 18 - Medidas de tendência central e de dispersão encontradas na visita de quatro meses, segundo o peso em gramas dos bebês residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 50

Tabela 19 - Distribuição das condições dos binômios na visita de seis meses de idade, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 51

Tabela 20 - Medidas de tendência central e de dispersão encontradas na visita de seis meses, segundo o peso em gramas dos bebês residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 51

Tabela 21 - Distribuição do aleitamento materno segundo uso de chupetas, nas idades relacionas, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 53

Tabela 22 - Complementos alimentares detectados na visita domiciliar de dois meses de idade dos bebês, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 55

Tabela 23 - Complementos alimentares detectados na visita domiciliar de quatro meses de idade dos bebês, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 56

Tabela 24 - Complementos alimentares detectados na visita domiciliar de seis meses de idade dos bebês, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 57

Tabela 25 - Crianças em aleitamento materno exclusivo no Brasil por região – 1999 (%)..... 61

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1 - Curva de dispersão dos índices encontrados em aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo e desmame, segundo a idade dos bebês, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 49

Gráfico 2 - Distribuição dos bebês segundo o uso de chupetas residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 52

Gráfico 3 - Distribuição dos bebês amamentados e desmamados segundo o uso de chupetas, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004..... 54

RESUMO

Esta pesquisa objetiva estudar a prevalência do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo ao nascer, aos dois, quatro e seis meses de vida dos bebês; testar a associação entre o uso de chupetas e o desmame precoce, e identificar os complementos alimentares predominantes. O estudo é do tipo longitudinal prospectivo, pois os indivíduos foram examinados ao nascer, aos dois, quatro e seis meses. Foram incluídos na pesquisa 199 binômios dos municípios de Mogi Guaçu e Estiva Gerbi, nascidos de parto vaginal ou cesáreo, com peso ao nascer entre 3000g e 3800g, sem anomalias congênitas ou asfixia perinatal, atendidos na Santa Casa de Misericórdia de Mogi Guaçu, onde o contato pele a pele e sucção na primeira hora de vida é rotina. Os dados foram coletados em prontuário médico, entrevistas e visitas domiciliares aos dois, quatro e seis meses. Os dados foram digitados em banco de dados do SPSS e analisados pelo SAS. Foram utilizados os teste de Qui quadrado e de Fisher, considerando significativo $p < 0,05$. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP, que apresentou parecer positivo para sua realização. Na conclusão os índices encontrados aos dois meses foram 89,57%; aos quatro meses 91,61%; e aos seis meses 92,85% para o aleitamento materno. Para o aleitamento materno exclusivo foram 52,76%; 37,76% e 22,22% respectivamente. A chupeta se destacou na pesquisa como o fator de maior significância para o desmame precoce, ficando o leite artificial como o alimento introduzido mais precocemente na criança.

PALAVRAS CHAVE: AMAMENTAÇÃO – CHUPETA – DESMAME

ABSTRACT

This research has as objective studying the prevalence of maternal suckling and exclusive maternal suckling when the baby is two, four and six months old, testing the association between the use of pacifiers and precocious weaning and identify the most used food complements. The study is the prospective longitudinal type, once the individuals were examined when born, then at two, four and six months old. 199 binomials from the cities of Mogi Guaçu and Estiva Gerbi were included in the research, from vaginal or cesarean birth, with birth weights between 3000g and 3800g, without congenital abnormalities or perinatal asphyxia, attended at the Santa Casa de Misericórdia de Mogi Guaçu, where the skin contact and sucking in the first hours of life is routine. The data were collected through medical records, interviews with the mothers and home visits at two, four and six months old. The data were typed at the data bank of the SPSS and analyzed by the SAS. Square Qui and Fisher tests were used, considering as significant the $p < 0,05$. The research project was sent to the Unicamp Research Ethic Committee which has presented positive opinion for its accomplishment. In the conclusion the indexes found were that at two months old they were 89,57%, at four months old 91,61% and at six months old 92,85% for maternal suckling. For exclusive maternal suckling they were 52,76%, 37,76% and 22,22% respectively. The pacifier was shown as the major significant factor for precocious weaning being the artificial milk the most precocious food introduced for the child.

INDEX TERMS: BREAST FEEDING – DUMMY – WEANING

INTRODUÇÃO

Observando a “Declaração de Innocenti” produzida em 1990 no encontro *"Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative" organizado pela OMS/UNICEF com apoio da A.I.D United States Agency for International Development e da SIDA - Swedish International Development Authority, em, Florença, na Itália, nos dias 30 de Julho a 1 de Agosto de 1990”,* encontra-se uma relação de compromissos dos países, entre eles, o Brasil para 1995, que são:

- nomear uma autoridade competente como coordenador nacional de aleitamento materno e estabelecer um comitê nacional de aleitamento materno composto por membros do Governo e de organizações não-governamentais;
- assegurar que as maternidades coloquem em prática todos os "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação";
- implementar totalmente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as subseqüentes resoluções da Assembléia da Organização Mundial da Saúde;
- elaborar uma legislação criativa de proteção ao direito ao aleitamento da mulher trabalhadora e estabelecer meios para sua implementação.

A Declaração Conjunta da Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF 1989) - “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (anexo 4), traz alternativas consideradas essenciais para a promoção e proteção do aleitamento materno exclusivo. Dentre elas, se destacam, contra indicação do uso dos bicos e chupetas (9º passo) e a orientação de se realizar o contato pele-a-pele precoce na primeira hora de vida, iniciando aí o alojamento conjunto, que é o passo citado como o de maior dificuldade para implantação (TOMA e MONTEIRO, 2001).

No Brasil, a mensagem e a política em prol da amamentação exclusiva por seis meses já está em vigência há mais de dez anos, estimando-se um aumento de cerca de dez vezes na prevalência de aleitamento materno exclusivo de 0 a 4 meses, que era de cerca de 3,6% em 1986 e aumentou cerca de dez vezes em 1996, passando para 35,6% (BEMFAM/ DHS/IBGE/MS/UNICEF, 1997).

Dez anos depois da *Declaração de Inoccenti,* os organismos internacionais decidiram rever suas metas e repensar, o que passou a ser chamado *Estratégia Global sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena* (GSIYCF), lançada no ano de 2002 e aprovada como resolução da Assembléia Mundial de Saúde, na OMS, em 2002. As bases desta estratégia significam reafirmar aquela declaração, ou seja, a necessidade de incentivar a amamentação exclusiva *por seis meses*, e buscar formas ótimas de promover a *alimentação complementar adequada sem interromper a amamentação* até pelo menos o segundo ano de vida (REA, 2003).

Levando-se em conta os acertos e erros de vários programas propostos e realizados anteriormente e a necessidade de melhorar os índices de amamentação no país, o Ministério da Saúde (MS) propõe a continuidade das atividades já delineadas anteriormente, redirecionando o trabalho, e intensificando a atenção humanizada ao recém-nascido para melhorar a sustentação do aleitamento materno (REA, 2003).

Em trabalho realizado no Município de São Paulo, TOMA e MONTEIRO (2001) colheram dados de chefias de berçários sobre as práticas de amamentação em hospitais públicos e privados e concluíram que algumas práticas prejudiciais ao inicio e estabelecimento da amamentação, ainda são muito utilizadas, citando entre elas a separação desnecessária de mães e recém-nascidos logo após o parto. Diferentes resultados são encontrados em outras pesquisas, tornando assim, necessário testar o verdadeiro impacto dessa rotina.

A Declaração Conjunta da Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF 1989), também traz como indicativo essencial para a promoção e proteção do aleitamento materno, a contra indicação do uso dos bicos e chupetas (9º passo).

Com o objetivo de analisar o uso de chupetas e o desmame precoce foi realizada esta pesquisa, com amostragem populacional de binômios agregados sob forma de alojamento conjunto precoce (contato pele-a-pele e/ou sucção na primeira hora de vida), prática preconizada também pela OMS/UNICEF, como passo de grande importância para o sucesso do aleitamento materno, buscando resultados capazes de traçar talvez novas alternativas.

Assim, este trabalho propõe um estudo entre crianças que participaram de alojamento conjunto precoce (contato pele-a-pele e/ou sucção na primeira hora de vida) e a associação do uso da chupeta com o desmame entre elas.

OBJETIVOS

Geral

Estudar a prática do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo entre lactentes que participaram de alojamento conjunto precoce, acompanhando-os até 6 meses de idade.

Especifico

- Investigar a freqüência de aleitamento materno na população pesquisada, ao nascer, aos 2, 4 e 6 meses de idade.
- Investigar a freqüência de aleitamento materno exclusivo na população pesquisada, ao nascer, aos 2, 4 e 6 meses de idade.
- Testar a associação entre o uso de chupeta e a duração do aleitamento materno.
- Testar a associação entre idade materna e amamentação no peito.
- Testar a associação entre escolaridade materna e amamentação no peito.
- Testar a associação entre número de consultas de pré-natal e amamentação no peito.
- Testar a associação entre tipo de parto e amamentação no peito.
- Testar a associação entre idade materna e amamentação exclusiva.
- Testar a associação entre escolaridade materna e amamentação exclusiva.
- Identificar quais os complementos mais comuns introduzidos na alimentação dos bebes que não são amamentados exclusivamente.

REVISÃO DA LITERATURA

A revisão bibliográfica apresentada a seguir aborda alguns aspectos da sucção e da primeira hora de vida e a experiência do contato pele-a-pele e sucção.

1ª hora de vida e contato precoce

A técnica do contato pele-a-pele precoce, traz muitas vantagens no estabelecimento do aleitamento materno e sua realização é de grande simplicidade, consistindo na colocação do recém-nascido sobre o abdome da mãe imediatamente após o parto, cuidando apenas que o recém-nascido esteja seco e deixando-o em contato o tempo que mãe e filho desejarem (ALMEIDA e MARTINS FILHO, 2004).

LORENZ e BINGERBEN (1985) citam que em trabalhos científicos, desde a década de 60, a importância do contato pele-a-pele para o desenvolvimento do infante normal. A primeira hora de vida é citada como "um período moldável", sendo uma fase precoce, crítica e sensível em que o apego ocorre de forma repentina e duradoura entre a mãe e o bebê. O fenômeno inicialmente observado em animais, foi depois postulado para a mãe humana e seus filhos.

Imediatamente após o nascimento há um período chamado de período sensível, curto e crucial, e que jamais será repetido, tendo este forte influência na formação do vínculo mãe-filho, chamado pelos etologistas (etologia é a ciência que estuda o comportamento dos seres vivos) de protótipo de todas as formas de amor (REGO 2002). Daí a importância do contato precoce.

Neste período de alerta (as duas primeiras horas de vida) foram testados alguns recém nascidos quanto a resposta ao estímulo sonoro. Enquanto 50% apresentaram resposta positiva no estado de alerta, nos neonatos testados em estado de sono leve (após as duas primeiras horas de vida), não foi possível observar essa resposta (COSTA et al 1993).

MORANGE (1999) avaliou o comportamento de apego de mãe-bebê, relacionado ao tempo que os prematuros se mantiveram internados na unidade de neonatologia, e concluiu que, quanto menos tempo transcorre desde o momento do parto

até a primeira visita da mãe à unidade de neonatologia para reencontrar seu bebê, e quanto maior a sua permanência acompanhando o bebê durante a internação, melhores resultados em relação ao vínculo afetivo.

MARTINS (2002) cita o final da década de 70, como uma época em que os profissionais dificultavam a formação do vínculo mãe-filho, retardando exageradamente o contato entre os dois, impedindo a entrada do casal no berçário ou dificultando a ida dos bebês aos quartos, alegando que isso favorecia a infecção.

Ao abordar o aspecto psicoemocional, LOPES (2002), coloca que o contato físico entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento determina o tipo de relação que vai se desenvolver a seguir e ainda, que atitudes médicas inadequadas, distorção cultural e social vem alterando esta relação ao longo dos tempos, que tem na amamentação ao seio o elo de união principal. Lembra ainda que as mães que aconchegam seus filhos ao peito logo após o nascimento, amamentam por mais tempo, tornando-se menos ansiosas e inseguras, conseguindo demonstrar prazer em alimentar seus filhos, fazendo-o com harmonia e carinho.

O ser humano recém-nascido precisa ser amparado e cuidado nos seus primeiros tempos de vida, configurando-se, assim, uma total dependência do organismo materno, obtendo proteção, calor e alimento. Porém, diferentemente de outras espécies animais, é o próprio ser humano quem, freqüentemente, separa mãe e recém-nascido logo após o parto, interferindo, portanto, negativamente na relação mãe-filho (DEL CIAMPO et al).

A análise de VENTURA (2002) recomenda a prática do contato precoce pele-a-pele, para promoção do aleitamento materno, estando esta alicerçada no conhecimento de que os laços afetivos são mais fortes nas primeiras duas horas de vida e que este vínculo é de máxima importância para o início e a manutenção do aleitamento materno exclusivo.

No final da gestação e no momento imediato após o nascimento, há alterações em alguns hormônios da mulher que estimulam o “comportamento maternal”; embebem a mulher no momento do parto e nas horas que se seguem, facilitando as trocas fisiológicas

de grávida para puérpera; estimulam a contração uterina para o parto e saída da placenta e também estimulam o reflexo da descida do leite. Estes hormônios do parto podem ser alcunhados de "hormônios do amor" (REGO 2002).

Outros hormônios estão presentes no momento imediatamente após o parto como a adrenalina, a noradrenalina; reflexos como o de Ferguson em que a mãe fica induzida a agarrar-se a alguém. Suas pupilas, bem como as do recém-nascido dilatam-se e contraem-se e apesar da luz, os olhinhos do RN abrem-se e miram fixamente objetos a sua frente. Enfim o autor coloca que hoje, não há duvidas que neste período mãe e bebê estão impregnados dessa substância opiácea que deixa mãe e filho biologicamente programados para uma interdependência, estabelecendo-se assim, melhor que em qualquer outro momento o vínculo mãe-filho. (REGO, 2002)

ODENT (2000), ao citar o período logo após o nascimento, evidencia este como um curto período que traz conseqüências a longo prazo, no que concerne na capacidade futura para amar, escrevendo: *"nós menosprezamos as conseqüências das realizações, das interferências ou negligências a respeito da fisiologia deste período crítico, e temos que pagar o preço por isto",* o que poderia ser tranqüilamente amenizado com o contato pele-a-pele precoce, no momento do parto.

O autor resume a explosão dos estudos explorando os efeitos comportamentais dos hormônios envolvidos nos diferentes episódios da vida sexual – o ato sexual, o parto e a lactação, citando que o estrogênio ativa os receptores sensíveis da ocitocina e prolactina, apresentando no momento imediatamente após o parto a ocitocina como "um hormônio altruísta" e a prolactina "um hormônio materno", os dois se complementando.

Escreve ainda que os diferentes hormônios que são liberados durante o trabalho de parto e nascimento não são imediatamente eliminados após o parto e todos têm um papel específico na interação mãe e bebê (ODENT, 2000).

Segundo JALDIN e SANTANA (2002), estímulos auditivos, visuais, pensamentos e emoções podem interferir no reflexo da descida do leite, pois estes sentimentos ajudam no estímulo da produção do hormônio ocitocina, que é responsável pela ejeção do leite, sendo o contato pele a pele precoce, sem dúvida nenhuma, de extrema importância para este estímulo, no momento do parto.

LANGHENDRIES (2002), concluiu que o aleitamento materno exclusivo pode ser dito como o melhor alimento funcional, favorecendo benefício fisiológico específico ao anfitrião, pois favorece a colonização intestinal bacteriana nos neonatos, apresentando grande número de componentes com atividade antimicrobiana. Segundo PIPES (1989), o volume é ideal, lembrando que a capacidade gástrica do recém-nascido é de 20ml, fazendo união perfeita com a quantidade de colostro ingerida pelo bebê por mamada.

AKRÉ (1997) relata que ao nascer, os rins têm funções executadas de forma limitada, atendendo às necessidades de recém-nascido normal, cujo metabolismo permanece predominantemente anabólico, se alimentando com alimento equilibrado, totalmente utilizável, com pouco resíduo, como leite materno.

MARTINS (1987) considera o leite humano, como o melhor que a mãe tem a dar para seu bebê logo após o parto, citando-o como uma vacina, contra quase todas as infecções que a mãe teve em toda a sua vida, ou ainda como proteção contra agentes infecciosos específicos de determinada região onde vive.

GAROFALO e GOLDMAN (1999); MACHADO (1995) citam descoberta recente sobre alguns fatores presentes no leite materno, que podem regular a síntese e maturação do sistema imunológico do bebê. Hormônios e fatores de crescimento também fazem um importante papel promovendo a maturação gastrointestinal e contribuindo para o desenvolvimento das próprias defesas do bebê.

HANSON e KOROTKOVA (2002) escrevem sobre o tamanho limitado do sistema imune do recém nascido humano, ressaltando que a amamentação pode ser uma razão principal da proteção eficiente do recém-nascido à sepse neonatal e outras diversas, devido a transferência de fatores de defesa, através da alimentação.

MARTINS (1987) cita além da segurança emocional, transmitida pelo contato íntimo entre mãe e filho no ato de amamentar, que bebês amamentados na mama materna podem receber um patrimônio neurológico mais adequado, pois os neurônios têm maior capacidade de desenvolvimento nos primeiros seis meses de vida, se comparados àqueles que recebem alimentação com leite de outra espécie.

Contato pele-a-pele precoce e aleitamento materno

Após destacar as adaptações do bebê à vida extra uterina e a relação com a sucção e contato pele-a-pele precoces, a seguir serão apresentados achados bibliográficos que relacionam esta prática com a duração do aleitamento materno:

MIKIEL-KOSTYRA et al (2001) citam o contato pele a pele precoce, por mais de 20 minutos logo após o nascimento, como prática significativamente positiva no efeito da duração do aleitamento materno exclusivo.

Em estudo realizado por BERRA et al (2002), apresentaram o risco de aleitamento materno parcial no pós-parto imediato, significativamente mais elevado nas crianças que não eram alimentadas inicialmente com o leite da mãe, sendo este contato atrasado apenas em 45 minutos.

RIGHARD e ALADE (1990) recomendam que os recém-nascidos sejam deixados nus sobre o abdome da mãe sem interrupção, até que tenham conseguido mamar pela primeira vez, devendo ser promovido ativamente seus esforços para alcançar o peito materno, concluindo que o início precoce do aleitamento materno leva o recém-nascido a mamar corretamente mais cedo, possibilitando maior sucesso deste.

THOMSON et al (1979) compararam em 30 primíparas que pretendiam amamentar o efeito do contato precoce, e aos dois meses após o parto, a amamentação sem suplementos lácteos foi mais comum no contato precoce que no grupo controle.

ROWE-MURRAY e FISHER (2002) observaram durante oito meses grupos de bebês, obtendo ao final, taxas significativamente menores de aleitamento materno no grupo submetido ao parto cesárea, apontando este como barreira significativa para o contato e sucção precoces. Salientam os autores que quanto menor o tempo decorrido entre o parto e o início do aleitamento, maior a taxa de aleitamento aos oito meses.

OKOLO e OGBONNA (2002) concluíram que falta consciência de algumas práticas recomendadas nos principais hospitais para promoção e sustentação do aleitamento materno exclusivo, havendo necessidade de mudança da política de funcionamento e treinamento da equipe de funcionários, para que seu início seja precoce.

TERUYA e COUTINHO (2002) colocam como mais duradouro o aleitamento materno em bebês que realizam o contato pele a pele imediatamente após o parto, além de o contato precoce influenciar no estabelecimento do vínculo, aproximando mãe e filho posteriormente.

ALI e LOWRY (1981) concluíram em sua pesquisa que no grupo contato precoce, a taxa de aleitamento materno total, foi maior que no grupo controle. Observaram também que as mães do grupo contato precoce, estavam mais propensas que as mães do grupo controle à verbalização para com os seus filhos e a se levantarem e os seguirem, quando estes eram afastados.

Chupeta e desmame precoce

O uso da chupeta está inserida em nossa cultura e pode ser retratado de muitas formas, como encontra-se retratado em trabalho de NAKAMURA et al (2003), onde os autores consideraram que o ato de brincar como uma forma de preparo para as atividades a serem desenvolvidas na vida adulta, analisando o comportamento das meninas durante a fase de brincar de bonecas. Os resultados já eram esperados, mas, mesmo assim, decepcionantes. Menos de 14% das meninas da escola EA e 26% da escola EB chegaram a levar a boneca ao seio, diferença esta estatisticamente significativa. Em outras palavras, o habitual foi alimentar a boneca, que representaria seu filho, por meio de mamadeira.

A mesma falta de conhecimento ficou demonstrada com respeito ao uso de chupetas. A maioria delas ofereceria chupeta ao seu filho. As razões apresentadas para dar chupeta às crianças foram diversas, mas a maioria justificou a necessidade de chupeta referindo acalmar o bebê, ou porque a criança gosta e é bom. Como curiosidade, ressalta-se que duas alunas da EB justificaram o uso da chupeta como sendo "um direito da criança". Apesar de 35% das meninas da EA e 41% das da EB optarem por não oferecer a chupeta, os principais motivos foram alterações dentárias e o sofrimento causado para se separar posteriormente da chupeta. As meninas não associam chupeta a problemas com aleitamento, certamente o ensino do aleitamento nas escolas deve enfatizar esses conceitos, na espera de trazer novas raízes culturais com relação ao aleitamento materno e uso de chupetas e outros bicos NAKAMURA et al (2003).

Preocupados com os baixos índices de aleitamento materno alguns autores pesquisaram a associação entre uso de chupeta e aleitamento materno, dentre eles: LAMOUNIER (1996; 2003); AUDI et al (1999); GIUGLIANI (2004); VIEIRA et al (2004), CUNHA; LEITE; MACHADO (2005); encontrando resultados que traziam associações com o desmame precoce.

Em outros países também pode-se observar resultados preocupantes:

BINNS e SCOTT (2002), baseado nos resultados de estudo realizado na Austrália concluíram que o uso de chupeta nas duas primeiras semanas de vida, reduz a duração do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. Citam que o mecanismo possível causador do desmame era o número reduzido de alimentações diárias ao peito, que reduziriam a estimulação da sucção ao peito.

Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos apresentam resultados em que o uso da chupeta pode ser um marcador de dificuldades para o aleitamento materno. BENIS (2002); HOWARD ET AL (2003); GÖRBE et al (2002).

Não se pode ignorar outras desvantagens do uso da chupeta, sob o aspecto da higiene, os autores citam a presença de ovos de Ascaris lombricóides em uma chupeta pertencente a uma criança de 3 meses de idade. Em outra chupeta analisada, encontraram um ovo de Taenia sp, fator importante na epidemiologia da cisticercose. Desse modo, as chupetas parecem constituir uma importante fonte de contaminação, principalmente em crianças que têm intenso contato com o solo ou vivem em condições de saneamento inadequado. (PEDROSO e SIQUEIRA, 1997).

Na mesma pesquisa acima citada, os autores revelam, ainda, que a noção que as mães possuem sobre a possibilidade de transmissão de doenças através de chupetas é bastante vaga, principalmente quando é observada a diversidade de respostas dadas às perguntas sobre o que ocorre quando a criança leva a chupeta à boca sem lavar. Os mecanismos de transmissão das parasitoses intestinais não são bem percebidos pelos responsáveis das crianças. A análise das respostas obtidas nas entrevistas indica a necessidade de se considerar o comportamento humano, como um todo complexo que

inclui fatores culturais e sociais, no esforço de compreender como as pessoas organizam seus conhecimentos e os interpretam, a fim de que informações técnicas sejam adequadas e possam influenciar as mudanças de comportamentos necessárias à luta contra as parasitoses intestinais (PEDROSO e SIQUEIRA, 1997).

Porém desafiar é o que move as grandes descobertas, em 1994 o autor já nos convidava a essa tomada de consciência acerca de: "olhar com atenção especial para o hábito das chupetas". Para isso descreviam em sua pesquisa que, as crianças cujas mães ou familiares levavam chupeta para o hospital apresentavam uso mais intenso, citando também que o hábito da chupeta é estimulado pelas mães, por motivos bem definidos. Entre as principais vantagens referidas, destacavam que a chupeta servia para acalmar a criança, principalmente nos primeiros meses de vida, além de liberar a mãe para outras tarefas domésticas.

PINTO et al (2003) concluíram que a introdução da chupeta na vida das crianças é regida por uma gama de fatores sociais, econômicos e culturais. Silenciar o choro foi o benefício atribuído ao uso da chupeta mais citado pelas mães, parecendo sua introdução precoce satisfazer mais a comodidade dos pais, do que a real necessidade da criança.

Necessita-se buscar junto a essas mães, não uma violentação daquilo que lhes foi passado de geração em geração como bom e benéfico, mas um esclarecimento humanizado a respeito das conseqüências desastrosas que o uso das chupetas pode trazer a essas crianças, através de programas intensos de esclarecimentos.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Este estudo é do tipo ESTUDO LONGITUDINAL PROSPECTIVO, segundo descrevem KLEIN e BLOCH (2003), pois os indivíduos foram examinados ao nascer, e permaneceram em observação durante seis meses, sob visitas intervalares aos dois, quatro e seis meses, permitindo obter estimativas da prevalência do aleitamento materno exclusivo ao nascer, e da incidência do mesmo, nas visitas subseqüentes ao estudo inicial. As pesquisas aconteceram no período de outubro de 2002 a junho de 2004.

Tamanho da amostra

Baseado em aplicação de questionário a um grupo piloto de 80 binômios, foi realizado análise pela Câmara Estatística da FCM UNICAMP, que orientou o acompanhamento de pelo menos 150 binômios. Ao final foram inseridos 199 binômios, que foram acompanhados até completar o sexto mês de vida, somente os que continuaram sendo amamentados, a cada visita, praticando ou não o aleitamento materno exclusivo. Os que não estavam em aleitamento materno eram excluídos da pesquisa no momento da visita atual e passavam a representar o grupo de desmame precoce.

O número final de sujeitos da pesquisa sofreu aumento, se comparado à proposta do projeto inicial, pois, de acordo com avaliação de serviço estatístico, houve uma variação considerável do número de binômios permanentes na pesquisa, ao final dos seis meses na análise de dados conclusivos do projeto piloto. Os binômios inseridos ao longo do tempo da pesquisa seguiram também o mesmo critério dos binômios iniciais, sendo avaliados dos 0 aos 6 meses de vida.

Critérios e procedimentos para a seleção de sujeitos

As populações pesquisadas foram procedentes dos Municípios de Mogi Guaçu e Estiva Gerbi.

O primeiro município teve sua origem em um povoado na margem direita do rio Mogi Guaçu, fundado no século XVII, entre 1710 e 1720, na rota dos bandeirantes e exploradores de ouro que se embrenhavam no sertão de São Paulo e escolheram o local como entreposto de abastecimento de alimentos e muares para as bandeiras. O povoado já era paróquia em 1710 e ficava nas proximidades da Cachoeira de Cima, onde foi erguida uma capela sob a invocação de Nossa Senhora da Conceição, mudando-se dez anos depois para o atual sítio, sendo elevada a freguesia com o nome de Mogi-Guaçu no município de Jundiaí em 1740. Seus fundadores foram os irmãos Franco de Godoy, Salvador e João, a família Pedrosa e outros. Em 1769 a freguesia foi transferida para o município de Moji Mirim, mas a vila foi criada em 9 de abril de 1877 (SEADE).

O início do progresso e desenvolvimento de Mogi-Guaçu se deu em 1895 com a vinda do padre Armani para dirigir a paróquia local. Esse padre era engenheiro e montou uma olaria, iniciando a fabricação de tijolos e telhas comuns; mais tarde, fabricou a primeira telha francesa no Brasil, utilizando fornos de madeira. Não industrializou o produto, do qual tinha patente, porque não obteve apoio moral e financeiro. Assim, retirou-se para Estiva, construindo então uma capela. Em 1909, Luiz Martini adquiriu uma olaria e em 1912 começou a produção de telhas francesas. Em 1950 foi fundada a Cerâmica Mogi-Guaçu S.A, que iniciou a produção de ladrilhos cerâmicos e foi graças a ela que o município cresceu e se desenvolveu. Apenas em 20 de março de 1991 o nome é alterado para Mogi Guaçu porque esse era o nome, na época, do rio que banhava a cidade, embora em tempos mais remotos tenha sido batizada pelos indígenas ou pelos antigos exploradores de “Rio Grande das Cobras” (SEADE).

Mogi Guaçu está localizada no Estado de São Paulo, à 60km da cidade de Campinas e os dados demográficos apresentados pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), 2005 são:

- 137.506 total de habitantes (2005)
- 1810 nascidos vivos (2004)
- 25 nascidos mortos (2004)
- 13,81 de índice de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos (2004)

Também fizeram parte da pesquisa bebês da cidade de Estiva Gerbi, que passou à categoria de distrito em 23 de dezembro de 1981, tendo sua autonomia política decretada em 30 de dezembro de 1991 quando foi elevado a município. Como a cidade não possui leitos hospitalares, todos os atendimentos deste tipo, inclusive os nascimentos acontecem na Irmandade da Santa Casa de Mogi Guaçu, por isso foram incluídos como sujeitos desta pesquisa.

Segundo SEADE (2005) a população da cidade de Estiva Gerbi é de:

- 10.095 habitantes (2005)
- 131 nascidos vivos (2004)
- 1 nascidos mortos (2004)
- 7,63 índice de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos (2004)

Para compor a amostra da pesquisa, foram selecionados pacientes parte das duas populações acima citadas, nascidos de parto vaginal ou cesariana, com peso ao nascer na faixa entre 3000g e 3800g, sem anomalias congênitas ou asfixia perinatal, tendo sido todos atendidos em sala de parto pelo pediatra e ficando hospitalizados por período de 24 horas para partos vaginais e 48 horas para partos cesáreos.

Todos os binômios da amostra foram atendidos na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Guaçu, onde o alojamento conjunto precoce com contato pele-a-pele e sucção na primeira hora de vida, é rotina realizada pela equipe de enfermagem para todos os bebês em boas condições de vitalidade. Após o nascimento o recém nascido é colocado em berço aquecido apenas para secagem e primeiro exame médico e em seguida vai para o contato precoce, que acontece entre a pele da mãe e a pele do bebê, sem nenhum obstáculo entre eles, pelo tempo que mãe e filho desejarem.

O primeiro momento de levantamento de dados foi feito pela pesquisadora através de prontuário hospitalar, cartão de pré-natal e informações da mãe. As visitas seguintes foram domiciliares com intervalos bimestrais, acontecendo aos 2m, 4m e 6m, realizadas pela pesquisadora e por equipe de auxiliares treinados pela mesma e com supervisão.

Foram utilizados três tipos de contatos para as pesquisas: as visitas hospitalares, os contatos telefônicos e as visitas domiciliares, pois segundo KLEIN e BLOCH (2003), o contato possível nas visitas domiciliares, entre o entrevistador e o sujeito da pesquisa, é um facilitador da melhor observação da situação real. Em todos os tipos de contatos as informações colhidas eram feitas através do roteiro de perguntas que constam do questionário em anexo.

Critérios de exclusão dos sujeitos

Foram excluídos da pesquisa gestantes de alto risco ou com alguma intercorrência no momento do parto que impediram o contato e/ou sucção precoces, bebês nascidos com peso ao nascer inferior 3000g e superior a 3800g, com anomalias congênitas ou que tenham sofrido asfixia perinatal.

Variáveis do aleitamento materno

ALEITAMENTO MATERNO: quando durante o período analisado o bebê mama na mãe, independente de outros itens.

ALEITAMENTO EXCLUSIVO: quando durante o período analisado a criança não recebeu outro tipo de alimento que não o materno.

ALEITAMENTO MISTO: quando durante o período analisado o leite materno foi utilizado conjuntamente com o leite não humano.

ALEITAMENTO ARTIFICIAL: quando durante o período analisado foi utilizado apenas leite não humano.

ALEITAMENTO COMPLEMENTADO: quando durante o período analisado foi utilizado além do leite materno humano, outros alimentos, além do leite artificial.

Variáveis maternas

IDADE: foi considerada a idade em anos completos na data de nascimento do bebê.

ESCOLARIDADE: anos completos que freqüentaram a escola. As respostas foram agrupadas conforme o número de anos em que freqüentou a escola, seguindo modelo da Declaração de Nascidos Vivos.

ESTADO CIVIL: foram classificados em casada, solteira, amasiada ou viúva.

HÁBITOS: foram avaliadas se são fumantes ou não e quantos cigarros fumam por dia.

RELIGIÃO: foram classificados segundo a religião que se identificaram.

TRABALHO MATERNO: foram questionadas se trabalham fora de casa ou não.

RAÇA: foram classificadas entre caucasiana, negróide e amarela.

PRÉ-NATAL: foram anotadas o número de consultas que realizou, segundo o cartão do pré-natal.

TIPO DE PARTO: foram anotadas se foi parto vaginal ou não.

NÚMERO DE GESTAÇÕES: foram anotadas quantas vezes engravidaram, incluindo abortos.

NÚMERO DE FILHOS VIVOS: foram considerados todos os filhos nascidos vivos.

Variáveis da criança

PESO AO NASCER: foram consideradas as medidas em gramas, realizadas de rotina pela equipe de enfermagem, logo após o parto, por balança eletrônica FILIZOLA BABY, e selecionados os bebês com peso ao nascer na faixa entre 3000g e 3800g.

PESO NA ALTA HOSPITALAR: foi considerada a medida em gramas realizada de rotina pela equipe de enfermagem na balança eletrônica FILIZOLA BABY, no momento da ultima visita medica para alta hospitalar.

DATA DE NASCIMENTO: foi marcada a data de nascimento com dia, mês e ano.

USO DE BICOS ARTIFICIAIS: foram consideradas chupetas, mamadeiras ou chucas.

CONTATO PRECOCE = é o contato na primeira hora de vida, colocando o bebê seco sobre a pele da mãe, sem nenhum obstáculo entre eles, pelo tempo que mãe e filho desejarem.

COMPLEMENTOS: foram considerados como complementos água, chá, leite, sucos, vitaminas e papinhas.

LEITE ARTIFICIAL: foi considerado qualquer tipo de leite, seja em pó ou em outra apresentação, de vaca, cabra ou de soja.

PEGA CORRETA: foi avaliado pelo entrevistador durante a observação de uma mamada, se o bebê fica barriga com barriga/ou tórax com tórax com a mãe e se abocanha toda a aréola, conforme definição e ilustração de CORDEIRO (2002).

ORDENHA: caso o bebê esvaziasse somente uma mama, foi perguntado se a outra é esvaziada de forma manual ou mecânica (com bombinha).

SEXO: foi considerado sexo: masculino, feminino e indefinido.

Aspectos Éticos da Pesquisa

A aplicação do questionário foi realizada primeiro como projeto piloto a 80 binômios para teste de suficiência e levantamento dos primeiros dados apresentados ao serviço estatístico da UNICAMP, o que apresentou uma sugestão do numero de sujeitos totais que deveriam ser incluídos na pesquisa.

As respostas ao questionário e a participação dos sujeitos na pesquisa, foi voluntária. O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética Médica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Guaçu e do Secretário Municipal de Saúde, por serem as duas instituições envolvidas na pesquisa, uma vez que as visitas aconteceram em alguns momentos no hospital e em outros nos domicílios das pacientes, tendo sido aprovado em todas as instâncias.

O projeto de pesquisa foi também submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP, o qual apresentou parecer positivo de aprovação, para que a pesquisa pudesse ser realizada.

Coleta de dados

O instrumento escolhido para a realização da pesquisa foi o questionário com conteúdo e formato, determinado pelas características específicas da população alvo, predominando questões que permitiam respostas fechadas.

Foi aplicado pela pesquisadora e/ou por pesquisadores de campo treinados pela mesma. O treinamento foi por palestras de 8 horas em sala de aula, com uso de datashow, retroprojetor, mamas, boneca, bexigas e de dinâmica para despertar a responsabilidade ética para coleta específica de dados do questionário, ou mesmo pela observação simples, que pudessem realizar nas visitas domiciliares ou em alguns casos, por meio do telefone, como pode ser observado em descrição de KLEIN e BLOCH (2003).

Os assistentes de pesquisa assinaram declaração de responsabilidade (anexo 3) assumindo responsabilidade sobre qualquer informação que pudesse ser fornecida aos participantes no momento da visita domiciliar, ou de qualquer forma de invasão de privacidade, que pudesse ocorrer durante as mesmas.

Análise dos resultados

Com o objetivo de caracterizar o grupo, a Câmara de Pesquisa – Estatística da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), usando como referência bibliográfica FLEISS (1981), realizou análise descritiva, através de medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas e tabelas de freqüências para variáveis categóricas.

A análise descritiva foi utilizada para as informações gerais, antecedentes maternos e características do recém-nascido, como: idade da mãe, grau de escolaridade, estado civil, raça, número de gestações, número de consultas de pré-natal, número de filhos vivos, trabalho fora de casa, tipo de parto e sexo do bebê.

Também foi realizada a análise descritiva para dados hospitalares coletados como: o tempo que o bebê demorou para realizar o primeiro contato com a mãe, o uso do leite artificial na internação, o uso da chupeta na internação e a realização de aleitamento materno exclusivo no hospital.

Nos dados coletados nas visitas domiciliares foram realizadas análise descritiva com relação ao peso do bebê na visita, a presença ou não do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, o uso da chupeta, a realização da ordenha, o uso do leite artificial e outros alimentos e o uso de mamadeiras ou chucas.

Para verificar associação ou comparar proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, quando necessário. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%. Os dados analisados como dados de associação com o desmame precoce tivemos:

- associação entre uso de chupeta e amamentação no peito.

- associação entre idade materna e amamentação no peito.

- associação entre escolaridade materna e amamentação no peito.

- associação entre número de consultas de pré-natal e amamentação no peito.

- associação entre tipo de parto e amamentação no peito.

- associação entre idade materna e amamentação exclusiva.

- associação entre escolaridade materna e amamentação exclusiva.

- associação entre número de consultas de pré-natal e amamentação exclusiva.

- associação entre tipo de parto e amamentação exclusiva.

Os dados foram digitados no programa SPSS e enviado para análises, onde foi utililizado o programa computacional "SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 8.2. SAS Institute Inc, 1999-2001, Cary, NC, USA."

RESULTADOS

O estudo totalizou 199 binômios, todos submetidos a alojamento conjunto precoce, ou seja, que tivessem realizado contato pele a pele e/ou sucção dentro da primeira hora de vida.

Características da população de pesquisa

Após análise dos dados permitiu-se conhecer as principais características da população da pesquisa, dados apresentados a seguir em forma de tabelas:

Tabela 1 - Distribuição das mães segundo a raça, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

Raça	Freqüência	percentual
Caucasiana	178	89,45
Negróide	2	1,01
Amarela	19	9,54
Total	199	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 2 - Distribuição das mães segundo a faixa etária, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

Idade	Freqüência	percentual
14-18 anos	35	17,59
19-25 anos	90	45,23
26-35 anos	61	30,65
36-43 anos	13	6,53
Total	199	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 3 - Distribuição das mães segundo o grau de escolaridade, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

Grau de escolaridade	Freqüência	percentual
0-4 anos	30	15,38
4-8 anos	94	48,21
8-11 anos	62	31,79
mais de 11 anos	9	4,62
Total	199	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 4 - Distribuição das mães segundo o trabalho fora de casa, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

Trabalho fora de casa	Freqüência	Percentual
sim	30	15,09
Não	159	79,89
não responderam	10	5,02
Total	199	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 5 - Distribuição das mães segundo o estado civil, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

estado civil	Freqüência	Percentual
Solteira	43	21,61
Casada	88	44,22
Amasiada	65	32,66
Viúva	3	1,51
Total	199	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 6 - Medidas de tendência central e de dispersão segundo o número de gestações, número de filhos vivos e número de consultas de pré-natal das mães residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

	N	Média	desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Gestações	199	2,2	1,4	1,0	2,0	12,0
Filhos vivos	199	1,5	1,4	0,0	1,0	11,0
Cons. Pré-natal	199	7,5	2,5	0,0	8,0	16,0

Fonte: questionário aplicado

Tabela 7 - Distribuição das mães segundo a freqüência às consultas de pré-natal, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

Consultas de pré-natal	Freqüência	Percentual
Não fez	1	0,50
1 a 9	157	78,90
Mais de 9	38	19,10
Sem informação	3	1,50
Total	199	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 8 - Distribuição das mães segundo o tipo de parto, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

Tipo de parto	Freqüência	Percentual
Vaginal	123	61,80
Cesáreo	76	38,20
Total	199	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 9 - Distribuição dos bebês segundo o sexo, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

Sexo dos bebês	Freqüência	Percentual
Masculino	111	55,77
Feminino	88	42,23
Total	199	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 10 - Medidas de tendência central e de dispersão segundo o peso dos bebês em gramas ao nascer e na alta hospitalar, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

	N	Média	desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Peso ao nascer	199	3.345,8	225,3	3000,0	3330,0	3840,0
Peso na alta	199	3224,3	251,6	2090,0	3225,0	3775,0

Fonte: questionário aplicado

Dados da visita hospitalar

Como variáveis das visitas ao nascer foram analisados aspectos como: contato pele a pele e/ou sucção presente na primeira hora de vida, uso de chupetas e aleitamento materno.

Tabela 11 - Distribuição dos bebês segundo a realização do contato pele-a-pele e/ou sucção na primeira hora de vida, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

contato 1ª h de vida	Freqüência	Percentual
Sim	199	100,00
não	0	0,00
Total	199	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 12 - Distribuição dos bebês segundo o uso de chupetas na visita hospitalar, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

Uso de chupeta	Freqüência	Percentual
Sim	0	0
não	199	100
Total	199	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 13 - Distribuição dos bebês segundo o tipo de aleitamento materno, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi no ano de 2002/2004.

aleitamento materno	Freqüência	percentual
Exclusivo	173	86,93
misto	26	13,07
Total	199	100

Fonte: questionário aplicado

Nota: o complemento de todos os bebês que receberam leite artificial aconteceu sob prescrição médica.

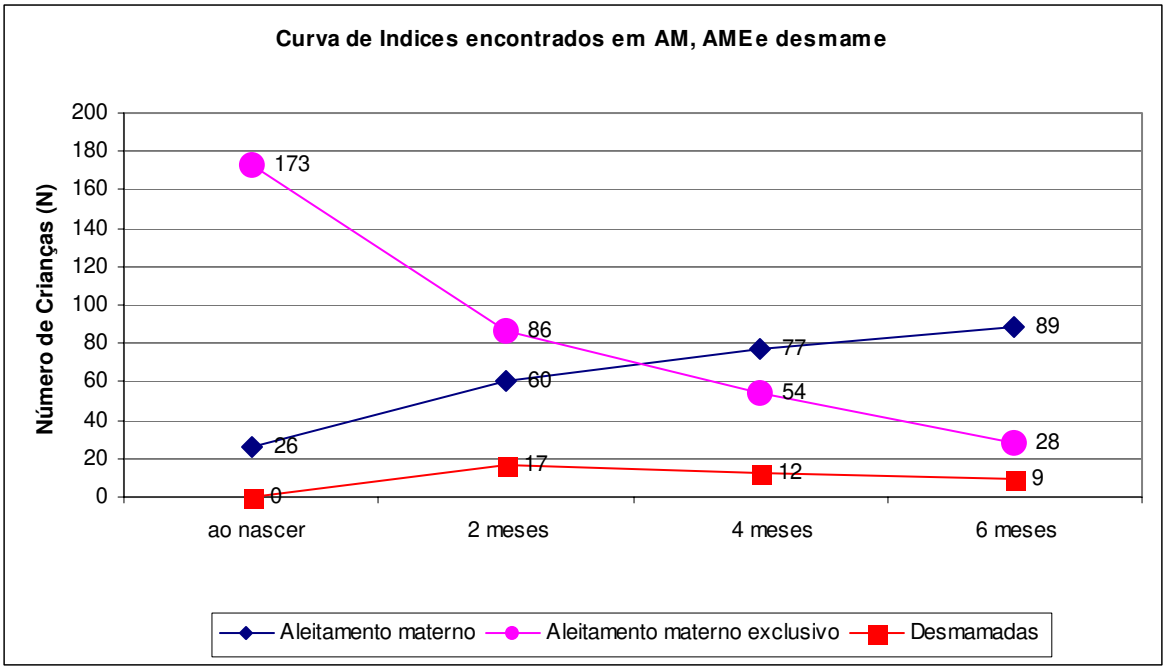
Índices de Aleitamento Materno, Aleitamento Materno Exclusivo e Desmame

Tabela 14 - Índices de Aleitamento Materno, Aleitamento Materno Exclusivo e desmame, segundo a idade dos bebês, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

Forma de Aleitamento	Hospital (ao nascer)		2 meses (domiciliar)		4 meses (domiciliar)		6 meses (domiciliar)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Aleitamento materno	26	13,07%	60	36,81%	77	53,85%	89	70,63%
Aleitamento materno exclusivo	173	86,93%	86	52,76%	54	37,76%	28	22,22%
Desmamadas	0	0,00%	17	10,43%	12	8,39%	9	7,14%
Total encontrado (N)	**199**		**163**		**143**		**126**	

Fonte: questionário aplicado

Os dados apresentados na tabela acima se referem ao total de crianças encontradas em cada visita.



Fonte: questionário aplicado

Gráfico 1 - Curva de dispersão dos índices encontrados em aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo e desmame, segundo a idade dos bebês, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

Dados da visita de dois meses de vida

Tabela 15 - Distribuição das condições dos binômios na visita de dois meses de idade, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

Visita 2 meses	Freqüência	Percentual
Localizados	163	82,3
Não localizados	27	13,2
fichas perdidas	3	1,5
Desistência	6	3,0
N total	199	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 16 - Medidas de tendência central e de dispersão encontradas na visita de dois meses, segundo o peso em gramas dos bebês residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

N	Média	desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
148	5.210,9	712,9	3.800,0	5.550,0	7.420,0

Fonte: questionário aplicado

Dados da visita de 4 meses de vida

Tabela 17 - Distribuição das condições dos binômios na visita de quatro meses de idade, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

Visita 4 meses	Freqüência	Percentual
Localizados	143	97,96
Endereço perdido	2	1,36
Desistência	1	0,68
N anterior	146	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 18 - Medidas de tendência central e de dispersão encontradas na visita de quatro meses, segundo o peso em gramas dos bebês residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

N	média	desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
137	6.718,0	852,4	5.000,0	6.700,0	9.000,0

Fonte: questionário aplicado

Dados da visita de seis meses de vida

Tabela 19 - Distribuição das condições dos binômios na visita de seis meses de idade, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

Visita 6 meses	Freqüência	Percentual
Localizados	126	96,19
endereço perdido	3	2,29
Desistência	2	1,52
N anterior	131	100

Fonte: questionário aplicado

Tabela 20 - Medidas de tendência central e de dispersão encontradas na visita de seis meses, segundo o peso em gramas dos bebês residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

N	Média	desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
123	8.059,6	975,5	6.300,0	8.000,0	11.000,0

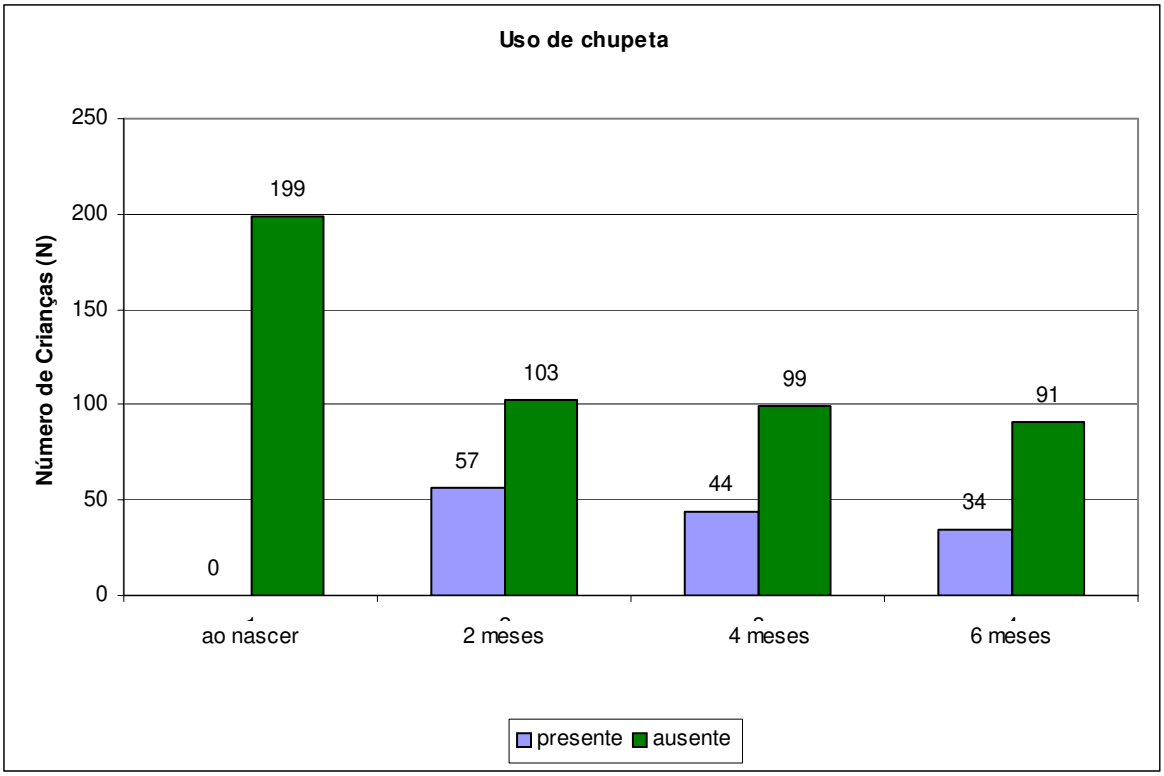
Fonte: questionário aplicado

Análise de variáveis de associação

Para verificar associação ou comparar proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, quando necessário. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%. De todos os testes realizados, conforme descrito na metodologia, só se encontrou associação em alguns:

A variável idade da mãe apresentou significância quando analisado o índice de aleitamento materno exclusivo aos quatro e aos seis meses de vida, apresentando melhor índice de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses na faixa etária da mãe dos 26-35 anos e aos seis meses um índice de aleitamento materno exclusivo melhor na faixa etária dos 36-43 anos.

Das variáveis analisadas sem duvida nenhuma merece especial atenção o uso das chupetas, prática comum em nossa cultura e que sugere variável de risco para desmame precoce nas análises realizadas para o aleitamento materno. A análise desse objetivo sugeriu a a chupeta, como variável de significância estatística nos testes de Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, apresentando um índice de significância menor que 0,0001 aos dois meses, igual a 0,0013 aos quatro meses e igual a 0,0051 aos seis meses.



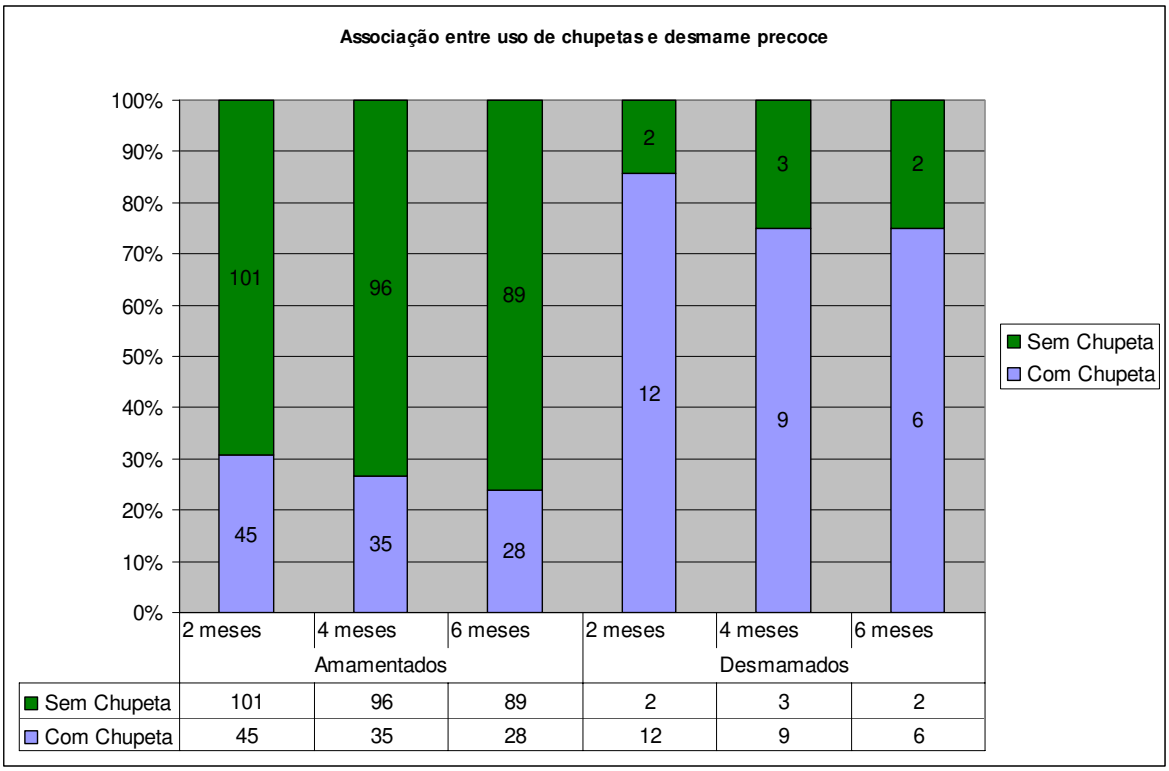
Fonte: questionário aplicado

Gráfico 2 - Distribuição dos bebês segundo o uso de chupetas residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

Tabela 21 - Distribuição do aleitamento materno segundo uso de chupetas, nas idades relacionas, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

Amamentação	Chupeta	Idade(m)	Bebê
Presente	Usa	2	45
		4	35
		6	28
	Não Usa	2	101
		4	96
		6	89
Ausente	Usa	2	12
		4	9
		6	6
	Não Usa	2	2
		4	3
		6	2

Fonte: questionário aplicado



Fonte: questionário aplicado

Gráfico 3 - Distribuição dos bebês amamentados e desmamados segundo o uso de chupetas, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

Complementos Alimentares

Tabela 22 - Complementos alimentares detectados na visita domiciliar de dois meses de idade dos bebês, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

Associação	Número de bebês
Água	11
Água + chá	8
Água + chá + leite artificial	7
Água + chá + leite art. + sucos	4
Água + chá + sucos	1
Água + leite artificial	10
Água + leite artificial + sucos	1
Água + sucos	2
Chá	7
Leite artificial	19
Sucos	1

Fonte: questionário

Tabela 23 - Complementos alimentares detectados na visita domiciliar de quatro meses de idade dos bebês, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

Associação	Número de bebês
Água	14
Água + chá	4
Água + chá + leite artificial	16
Água + chá + leite art. + sucos	6
Água + chá + leite art. + sucos + vitaminas	1
Água + chá + sucos	4
Água + leite artificial	14
Água + leite art. + suco	5
Água + leite art. + suco + papinha	2
Água + leite art. + papinha	2
Água + suco	2
Água + suco + vitamina	1
Água + suco + vitamina + papinha	1
Água + papinha	1
Chá	3
Leite artificial	10
Leite artificial + sucos	1
Sucos	1
Papinha	1

Fonte: questionário

Tabela 24 - Complementos alimentares detectados na visita domiciliar de seis meses de idade dos bebês, residentes em Mogi Guaçu e Estiva Gerbi nos anos de 2002/2004.

Associação	Número de bebês
Água	5
Água + chá	1
Água + chá + leite art. + suco	5
Água + chá + leite artificial + suco + vitamina	10
Água + chá + leite artificial + suco + vit + papinha	3
Água + chá + leite artificial + suco + papinha	4
Água + chá + leite artificial + vit + papinha	5
Água + chá + leite artificial + papinha	1
Água + chá + suco	2
Água + chá + suco + papinha	1
Água + chá + vitamina	4
Água + chá + papinha	1
Água + leite artificial	1
Água + leite artificial + suco	6
Água + leite artificial + suco + vitamina	8
Água + leite artificial + suco + papinha	4
Água + leite artificial + papinha	7
Água + leite artificial	2
Água + suco	7
Água + suco + vitamina	1
Água + suco + vitamina + papinha	4
Água + suco + papinha	6
Chá + suco	1
Leite artificial	4
Leite artificial + suco	1
Suco	3
Papinha	1

Fonte: questionário

DISCUSSÃO

Na pesquisa atual da amostra inteira da população, 86,93% manteve-se em aleitamento materno exclusivo durante o tempo de internação, enquanto os outros 13,07% receberam leite artificial como complemento, sob prescrição médica. É pertinente lembrar neste momento que o peso médio de nascimento das crianças ficou em 3.345,8g e o peso na alta em 3.224,3g, lembrando que os bebês tiveram alta com 24 horas de vida para partos vaginais e 48 horas para partos cirúrgicos.

Do total de 163 crianças localizadas na visita do segundo mês de vida, 17 (10,43%) apresentavam-se completamente desmamadas e 146 (89,57%) sendo amamentadas, das quais 52,76% encontram-se em aleitamento materno exclusivo e 36,81% em aleitamento materno.

Na visita do quarto mês de vida, foram localizadas 143 crianças, das quais, 131 (91,61%) crianças em aleitamento materno e 12 (8,39%) completamente desmamadas. Quanto ao aleitamento materno exclusivo a freqüência foi de 37,76% dos bebês neste momento da pesquisa.

O número de crianças localizadas no sexto mês de vida foi de 126 no total, das quais, 117 (92,85%) crianças em aleitamento materno e nove (7,14%), completamente desmamadas. Quanto ao aleitamento materno exclusivo a freqüência foi de 22,22% dos bebês neste momento da pesquisa.

Esses dados podem ser comparados a vários outros encontrados em outras pesquisas:

VIEIRA et al (2003) na região de Campinas analisou índice de aleitamento materno exclusivo e encontrou média de 90 dias tanto para mães adolescentes, como para mães adultas.

NARCHI et al (2005) em pesquisa realizada em comunidade carente no município de São Paulo encontrou a média de desmame aos 96 dias de vida, afirmando serem necessárias novas estratégias de melhoria na adesão e na média do aleitamento materno exclusivo, enquanto, BUENO et al, na mesma cidade, no ano de 2003, obtiveram mediana de 205 dias para aleitamento materno e 23 dias para aleitamento materno exclusivo.

CALDEIRA e GOULART (2000) apresentaram índices de aleitamento materno exclusivo de apenas 27 dias em Montes Claros, cidade ao norte de Minas Gerais.

SIQUEIRA et al (1994) em pesquisa realizada no Rio de Janeiro para o estudo das causas do desmame apresentou índice de aleitamento materno exclusivo de 49,6% no primeiro mês de vida, sendo este índice bem próximo ao valor de 52,7% encontrados aos 2 meses na pesquisa atual.

Em trabalho de comparação entre as cidades de João Pessoa e Florianópolis (KITOKO et al, 2000) foram encontrados diferentes índices de prevalência do aleitamento materno exclusivo em bebês menores de quatro meses, ficando representado Florianópolis com 46,3% e João Pessoa 23,9%, enquanto entre os bebês da pesquisa atual encontramos o índice de 37,7%, deixando esta população entre as duas citadas na pesquisa anterior.

Se analisarmos apenas as taxas de aleitamento materno, podemos comparar a prevalência de 91,6% aos quatro meses na pesquisa atual, com taxas de 51% encontradas por GIOVANNINI et al (2001) em Milão na Itália, quando apenas 72% das mães haviam praticado aleitamento materno em algum momento nos três primeiros meses de vida das crianças.

Os mesmo autores acima citados encontraram taxas de 32% de aleitamento materno aos seis meses de vida, enquanto na população atual, as taxas neste momento eram de 92,8%, mostrando resultados melhores que em países desenvolvidos.

Segundo o Ministério da Saúde (1996) embora 92% das mulheres iniciassem o aleitamento materno, foi constatado que perto de 60% dos menores de dois meses se alimentam exclusivamente de leite materno, e que, mais de 95% desses lactentes são amamentados, seja com ou sem suplemento alimentar. Antes de entrar no sétimo mês de vida, isto é, aos seis meses, 13% dos lactentes se alimentam exclusivamente com leite materno e outros 51% são amamentados, embora recebam outros alimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001), ficando os dados da pesquisa atual bem próximo desta realidade.

Em encontro do CENFOBS, onde a presidente da Comissão Organizadora do Encontro e da Unifesp, Ana Cristina Abrão, diz que o último levantamento (1989) utilizou metodologia diferente, o que torna impossível uma comparação exata dos dados. No entanto, os resultados preliminares são animadores. *"Ainda não chegamos ao nível de aleitamento materno que gostaríamos, mas houve um aumento importante. O objetivo é que a amamentação seja feita durante seis meses"* (RIBEIRO, 2005).

Os dados apresentados foram resumidos da seguinte forma: na região Sul do país, 68,4% das crianças recebem exclusivamente leite materno no primeiro mês de vida. No Centro-Oeste, 35,9%. Para as crianças que têm mais de três a quatro meses, esses índices ficam entre 16,6% (Sudeste) e 68,4% (Sul). Os dados preliminares são do estudo "Prevalência do Aleitamento Materno no Brasil", feito com base em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde junto às mães, durante a campanha de vacinação infantil de 1999. Abaixo estão representados os dados acima em forma de tabela, para apreciação (RIBEIRO, 2005).

Tabela 25 - Crianças em aleitamento materno exclusivo no Brasil por região – 1999 (%)

	1º mês de vida	**Mais de 3 até 4 meses de vida**
Norte	42,2	19,5
Nordeste	42,1	20,0
Centro-Oeste	35,9	35,9
Sudeste	38,8	16,6
Sul	68,4	68,4

Fonte: http://www.aleitamento.org.br/indicedeam/ambrasil.htm

Comparando os dados atuais com os dados da tabela acima (usando como parâmetro a região sudeste),vamos encontrar um aumento dos dados atuais. Enquanto na tabela encontramos um índice de 38,8% no primeiro mês de vida, na população atual temos índice aos dois meses de 52,76%. Também no quarto mês de vida há diferença entre o índice da pesquisa de 1999, de 16,6% para 37,7%. Estes dados levam-nos a crer que vale a pena investir em alojamento conjunto precoce.

Com relação à associação de variáveis analisadas para associação com desmame precoce, vamos discutir agora a significância encontrada nos testes aplicados quanto à associação da chupeta, o que já foi descrito também por outros autores, como LAMOUNIER (1996; 2003); AUDI et al (1999); CUNHA; LEITE; MACHADO (2005). A significância encontrada no trabalho atual nos testes de Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, apresentaram índice de significância menor que 0,0001 aos dois meses, igual a 0,0013 aos quatro meses e igual a 0,0051 aos seis meses.

SOARES et al (2003), também associaram a chupeta ao desmame precoce em população semelhante à pesquisa atual, tendo sido sua pesquisa realizada num hospital amigo da criança, onde também acontece o alojamento conjunto precoce. Apresentaram resultados interessantes: das 250 mães das crianças que iniciaram o estudo, o uso da chupeta foi pelo menos tentado em 87,8% das crianças no primeiro mês de vida, quando se constatou que das 237 crianças localizadas, 91 (38,4%) não estavam usando chupeta e 146 (61,6%) a usavam, a maioria desde a primeira semana de vida (34,2%). Na pesquisa atual a primeira visita foi realizada no segundo mês de vida, encontrando índice de 35,7%, equivalente a 57 crianças e representando 25,9% a menos no uso de chupeta. Isto nos leva a acreditar que a cultura do uso da chupeta apresenta-se mais consolidado na população do autor citado em detrimento da pesquisa atual.

TOMASI et al (1994) pesquisaram 335 famílias com 354 crianças menores de dois anos, e 80% das mães ofereceram chupeta para a criança ainda no hospital. Para 62% o hábito iniciou-se já no primeiro dia de vida e aos quinze dias de idade 80% já o haviam adotado. Com um mês de idade, 74% das crianças usavam chupeta por ocasião da entrevista. Quando tinham em média, 11 meses de vida, aproximadamente 80% das crianças faziam uso de chupeta. Abandonar este hábito foi muito raro nesta amostra, apenas 20 (6%) crianças o fizeram, sendo 10 (3%) até o 3º mês de vida. A proporção de crianças que nunca usaram chupeta foi de 15%. Um dado que nos chama a atenção neste estudo é o abandono ao uso da chupeta. A porcentagem equivalente a essa prática é muito baixa, o que leva a acreditar que, sendo isto tão complicado, o ideal seria que as crianças não iniciassem o uso da mesma.

Na pesquisa atual encontramos os seguintes dados: aos dois meses a chupeta foi encontrada em 57 (35,6%), aos 4 meses em 44 (30,8%) e aos 6 meses em 34 (27,2%) dos bebês localizados, confirmando a idéia de que a chupeta está muito presente na nossa cultura (SERTÓRIO e SERTÓRIO, 2005).

Quanto ao grupo em aleitamento materno aos 2 meses de vida, entre as crianças que usavam chupetas, 21% já não estavam mais sendo amamentadas, enquanto entre as que não usam chupeta, apenas 2% não estavam sendo amamentados. No quarto mês de vida a relação passa de 20% dos que usavam chupeta foram desmamados, para apenas 3% dos que não usavam chupeta. A mesma associação foi analisada no 6º mês de vida, enquanto 17% dos que usavam a chupeta foram desmamados, apenas 2% dos que não usavam, já não eram mais amamentados ao seio. Os dados apresentados são elucidativos, e mesmo para os que não acreditam no aleitamento materno, não há como negá-los. Não são suposições, e sim comprovações, mesmo numa população adscrita, mas que revela uma tendência, senão as pesquisas por amostragem não encontrariam suas sustentações científicas.

SOARES et al (2003) chamam também a atenção dos profissionais para maior atenção para bebês em uso de chupetas, citando este como marcador de dificuldades para o aleitamento materno, alertando que muitas vezes, este é utilizado para camuflar a ansiedade e insegurança da mãe frente ao processo alimentar da criança, problema que pode ser resolvido com a elucidação destes problemas e não simplesmente sugerindo a retirada dos mesmos. Acreditando nos benefícios do aleitamento materno, preocupa-nos o desmame precoce e as conseqüências relevantes do mesmo, sabendo que poderia ser amenizado simplesmente por uma ação eficaz dos profissionais de saúde que sustentam a importância e necessidade da atitude de amamentar. *"Indicamos como atitude porque acreditamos que para isso ocorrer, realmente tem que acontecer uma tomada de consciência da mãe e um entendimento que esse ato apresenta-se como uma das provas mais cabíveis do amor que ela pode demonstrar pelo seu filho. Dizemos isso, embasados em todos os benefícios que conhecemos do aleitamento".*

NEIFERT et al (1995) também alertam para a "confusão de sucção" causada pelas diferenças de técnica de sucção da chupeta e do seio, o que pode interferir no sucesso do aleitamento materno. A sucção foi descrita por JALDIN e SANTANA (2002) como

movimento peristáltico da língua que comprime o tecido mamário sobre o palato duro, em combinação com o fechamento dos lábios e gengivas. Assim, o leite é "ordenhado" dos seios lactíferos, apresentando a língua um movimento ondulatório, que se inicia na ponta dos mamilos e se move para trás, quando o mamilo toca o palato duro, fazendo uma compressão rítmica, que traz o leite até a cavidade oral. Por outro lado, a sucção da chupeta empurra a língua do bebê para a parte posterior da cavidade oral, o que chamamos de "confusão de sucção" ou "confusão de bicos". Entendemos que essa "confusão" produz um malefício imenso ao aleitamento materno, terminando quase sempre no desmame precoce e nos prejuízos que a criança e a mãe vão sofrer futuramente com isso. Não estamos querendo prescrever que toda criança alimentada ao seio não terá problemas, mas que com certeza e embasado em muitos trabalhos científicos eles serão minorados.

Os dados apresentados causam grande preocupação, pois será preciso árduo trabalho e dedicação em vários sentidos para que se possa diminuir o uso da chupeta, pois está representada para as mães, como citado em SERTÓRIO E SERTÓRIO (2005) e TOMASI et al (1994) como uma alternativa para confortar e apaziguar o filho em momentos de agitação ou quando ela não pode atendê-lo direta e continuamente, funcionando a chupeta como um "calmante", ficando assim "quietinhos". Isso nos remete a uma consideração de que quando as mães declaram isso, estão, inconscientemente, concordando que o uso da chupeta acaba constituindo-se um fator importante para a mãe e não para a criança. Fator esse que pode apresentar-se como um benefício à mãe e um prejuízo à criança. Não é nossa intenção abstrair nossa responsabilidade ao uso da chupeta e nem culpar as mães por esse ato, entendemos que os motivos que levam a mãe a oferecer a chupeta a seus filhos podem ser de naturezas variadas e o que se faz necessário salientar é a nossa possibilidade enquanto profissionais, em estar contribuindo para o desuso da chupeta.

TOMASI et al (1994) citam ainda que no momento da introdução, quando não aceito, as mães entrevistadas disseram usar alternativas para que a criança aceite o hábito da chupeta como: 16% utilizaram mel "mel rosado", 8% açúcar e 2% chás. No momento em que essas crianças passam a aceitar essa chupeta e quando mais crescidas não conseguem desfazer-se de seu uso, as mães acabam lançando mão de alguns subterfúgios

como passar a utilizar substâncias amargas para que a criança rejeite a chupeta. Parece incoerente a utilização do doce para incentivo e do amargo para rejeição, mas isso está intimamente ligado ao agradável e ao desagradável. Assim, sem a percepção do ato, as mães acabam "trapaceando" a criança lançando mão de um "gosto agradável" para consolidarem um ato que se realmente fosse benéfico, já seria instintivamente aceito pelo ser humano como o é o ato de amamentar.

Os dados coletados na pesquisa atual, com relação à introdução precoce de outros alimentos que não sejam o leite humano, nos primeiros 6 meses de vida, ficaram distribuídos da seguinte forma:

Aos dois meses de vida o leite artificial está presente em 30 (50%) dos bebês em aleitamento misto e 17 (100%) dos que se encontram em aleitamento artificial, aparecendo o leite artificial, principalmente como complemento isolado em 19 (26,7% dos casos) e associado ao uso da água 10 (14%). EREGIE (2001) em trabalho anterior citou o leite artificial, como fator de risco para desmame no primeiro mês de vida.

Aos quatro meses o leite artificial foi encontrado em 45 (58,44%) dos bebês em aleitamento misto e em 12 (100%) dos bebês que se encontram em aleitamento artificial, sendo a combinação mais freqüente encontrada nesta visita, a água + chá + leite artificial (16% dos bebês).

No sexto mês de vida, dos que não estavam praticando o aleitamento materno exclusivo, o leite artificial esteve presente, em 53 (60,92%) e em 9 (100%) dos bebês que se encontram em aleitamento artificial, sendo a combinação mais encontrada foi água + chá + leite artificial + sucos (11% dos bebês), encontrando-se o leite artificial em 61% dos bebês.

Agora, em contato com estes resultados, podemos citar outros trabalhos e tendências como PASSOS et al (2000) que citam a da introdução precoce de outros alimentos como sendo amplamente utilizada em nossa cultura, citando como alimentos mais encontrados: a água, os chás, o leite artificial e os sucos.

O Ministério da Saúde (1996) afirma que entre os bebês não amamentados, a fórmula infantil (leite de vaca modificado) é o principal alimento. Todavia, chama a atenção o fato de serem ingeridos alimentos sólidos e proteínas de origem animal, já no primeiro trimestre. Cereais e farináceos são consumidos por 17% desse tipo de lactentes, mais do que o dobro do correspondente aos bebês aleitados ao seio (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001).

Também VIEIRA et al (2003) encontraram no primeiro mês de vida, nas crianças amamentadas, o uso de água (7,3%), chás (23,2%) e sucos (2,7%); nas crianças não amamentadas, o consumo de água, chás e sucos foi significativamente maior, sendo, respectivamente, de 30%, 50% e 30% em comparação às amamentadas. Os autores ainda ressaltam que o sucesso das práticas alimentares do lactente depende de suprir a criança com alimentos de adequada qualidade, que satisfaçam as necessidades nutricionais, protejam contra a absorção de substâncias alimentares estranhas, não excedam a capacidade funcional do trato gastrintestinal e estejam livres de agentes infecciosos; todas essas características estão presentes no leite humano.

MOURA (1997) em pesquisa no Pará apresentou taxas bastantes diferentes a respeito do uso de leite de vaca, estando este presente em apenas 3,9% dos bebês ainda no período neonatal, por outro lado, apresenta índice de 62,9% em uso de chás e ou água no primeiro mês de vida, deixando assim o aleitamento materno exclusivo bem longe de atingir seus níveis desejados pelo MS/OMS/UNICEF.

AGHAJI (2002) encontrou como principais fatores de baixa taxa de aleitamento materno exclusivo, leite de peito insuficiente e a prática de dar água aos bebês por causa do clima quente. Para uma melhoria na taxa de aleitamento materno exclusivo desta população, o autor sugere que os trabalhadores de saúde devem destacar os perigos do suplemento com água e leite artificial, com melhoria de instrução através de visitas domiciliares e criação de grupos de voluntários na comunidade que possam auxiliar as mães.

A introdução de água e chás precocemente interrompendo o aleitamento materno exclusivo também é citada por KITOKO et al (2000) em pesquisa realizada nas cidades de Florianópolis e João Pessoa.

Observamos durante as entrevistas uma das grandes dificuldades no aleitamento materno exclusivo é a falta de confiança da mãe em sua capacidade de aleitar seu filho, além de todas as heranças culturais, não só trazidas no conhecimento da mãe, mas também de todas as pessoas que a cercam, fato este também citado por GIOVANNINI et al (2001).

Vale ressaltar que as dificuldades quanto ao uso do leite artificial, não são somente das mães, quando observamos um índice de 13% de uso de leite artificial sob prescrição médica, na população pesquisada ainda no alojamento conjunto.

CÉSAR et al (1996) realizaram pesquisas com médicos que atendiam crianças em Pelotas, encontrando 50% dos profissionais pesquisados prescrevendo chás para as crianças por motivos como: cólicas intestinais (35%); suplementação da dieta (21%) e a reidratação oral (18%). Na associação do uso de chás e o desmame precoce os autores apresentam um índice de 83%, deixando clara a necessidade de novos investimentos em treinamentos profissionais.

BUENO et al (2003), citaram em pesquisa realizada na cidade de São Paulo, como fatores de importância na duração do aleitamento materno exclusivo, a idade e escolaridade da mãe, podendo estar relacionadas com o conhecimento dos benefícios do aleitamento materno exclusivo, o que nos leva a acreditar que realmente é preciso divulgar mais este conhecimento.

Ainda quanto a grande incidência do uso de leite não humano nas crianças pesquisadas, vale a pena ao encerrarmos a discussão, citar este trabalho sobre a anemia ferropriva, que deixa ainda mais claro o quanto esta prática é maléfica.

A anemia ferropriva é um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, especialmente nas crianças menores de hum ano, que têm necessidades extremamente elevadas de ferro em relação às demais fases da vida. O aleitamento materno exclusivo, até os 6 meses de idade, supre as necessidades de ferro do lactente. Após esse período, torna-se necessário o fornecimento desse nutriente através de alimentos complementares (OLIVEIRA e OSÓRIO, 2005).

A introdução precoce ou a substituição do leite materno por leite de vaca fresco ou pasteurizado, podem trazer alguns transtornos para a saúde da criança. A composição do leite de vaca difere do leite humano, uma vez que o primeiro oferece quantidades excessivas de proteínas e minerais, interferindo na absorção do ferro. Isso justifica a recomendação de que o leite e seus derivados não sejam consumidos junto a outros alimentos fontes de ferro. Além disso, o consumo de leite de vaca pode estar associado às perdas de sangue oculto nas fezes, principalmente nas crianças menores de hum ano. Essas perdas, isoladamente, não conseguem explicar a relação entre o consumo de leite de vaca e a deterioração do estado nutricional em relação ao ferro, uma vez que outros mecanismos, como a inibição da absorção do ferro de outras fontes dietéticas pelo cálcio e/ou proteínas do leite, podem estar envolvidos (OLIVEIRA e OSÓRIO, 2005).

Portanto, o estímulo à prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e a sua continuidade até pelo menos 24 meses, juntamente com a oferta de uma dieta complementar rica em ferro e facilitadores da sua absorção, bem como a fortificação de alimentos infantis com ferro, são medidas de grande importância para a prevenção da anemia e de suas conseqüências na infância (OLIVEIRA e OSÓRIO, 2005).

É necessário que as mães e profissionais se comprometam mais com a melhora nos índices de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, além de vigiar e garantir que as crianças tenham também a alimentação adequada em cada fase da vida, pois segundo MONTE E GIUGLIANI (2004), a alimentação é crítica para o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança e, portanto, torna-se um componente essencial para a segurança alimentar e nutricional populacional e para o desenvolvimento da nação. A segurança alimentar e nutricional implica garantia do direito ao acesso permanente aos alimentos, alimentação adequada em quantidade e qualidade, práticas alimentares saudáveis e respeito às características culturais de cada povo.

Os autores completam, que aos profissionais de saúde cabe repassar os conhecimentos atuais sobre alimentação infantil adequada, visando promover o crescimento e o desenvolvimento da criança, lembrando que, conseguir repassá-las efetivamente a população, e, sobretudo, às mães e cuidadores das crianças, é o desafio. (MONTE e GIUGLIANI, 2004)

CONCLUSÃO

Conforme proposta do projeto de pesquisa, concluímos a pesquisa iniciada com 199 binômios submetidos a alojamento conjunto precoce e apresentamos a seguir sua conclusão.

Índices de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo nas visitas

Os índices de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo encontrados na pesquisa foram:

ao nascer = 100% sendo amamentados e destes, 86,93% em aleitamento materno exclusivo.

Aos 2m = 89,57% sendo amamentados e destes, 52,76% em aleitamento materno exclusivo.

Aos 4m = 91,61% sendo amamentados e destes, 37,76% em aleitamento materno exclusivo.

Aos 6m = 92,85% sendo amamentados e destes, 22,22% em aleitamento materno exclusivo.

Variáveis de associação

A variável idade da mãe apresentou significância quando analisado o índice de aleitamento materno exclusivo aos quatro e aos seis meses de vida, apresentando melhor índice de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses na faixa etária da mãe dos 26-35 anos e aos seis meses um índice de aleitamento materno exclusivo melhor na faixa etária dos 36-43 anos.

Na análise desse objetivo especifico encontramos a chupeta, como variável de significância estatística nos testes de Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, apresentando um índice de significância menor que 0,0001 aos dois meses, igual a 0,0013 aos quatro meses e igual a 0,0051 aos seis meses.

Os dados apresentados corroboram para nosso entendimento que se faz necessário trabalhar para o desuso da chupeta em prol do aleitamento materno.

Entendemos que a relevância desse estudo, além de associar o desmame precoce ao uso da chupeta, intenciona oferecer subsídios para novas discussões acerca do tema, no intuito de gerar inquietações, para que essas possam contribuir para novas pesquisas na área do aleitamento materno, em função de que as futuras gerações tenham garantido o direito à amamentação.

Outras variáveis de associação testadas nesse trabalho, como escolaridade materna, número de consultas de pré-natal e tipo de parto, não apresentaram significância estatística nos testes aplicados.

Complementos mais encontrados

Na visita hospitalar o único complemento utilizado sob prescrição médica foi o leite artificial, com uso em 13,07% das crianças.

Aos dois meses de vida o principal complemento encontrado foi o leite artificial (50% dos bebês), aparecendo principalmente como complemento isolado (27% dos casos).

Aos quatro meses de vida a combinação de complemento mais encontrado foi água + chá + leite artificial (16% dos bebês), de todas as combinações 58% fazem uso do leite artificial.

Aos seis meses de vida a combinação de complemento mais encontrado foi água + chá + leite artificial + sucos (11% dos bebês), encontrando-se o leite artificial em 61% dos bebês.

Considerações Finais

Os resultados da pesquisa deixam claro que é preciso ainda, trabalhar muito sob vários aspectos do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo. Por um lado as taxas atingidas nesta população sugerem que o contato pele-a-pele é positivo para o sucesso do aleitamento materno, por outro, trazem evidências de que a chupeta é inimiga do aleitamento materno e do quanto ela está inserida na nossa cultura. O trabalho apresenta também a introdução precoce e desnecessária do leite não humano como prática bastante utilizada, o que deixa muitas angustias quando se conhece os malefícios desta prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGHAJI, M. N. *Exclusive breast-feeding practice and associated factors in Enugu, Nigeria.* Department of Community Medicine, University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu. Nigeria. **West Afr J Med:** 21(1); 66-9; 2002.

AKRÉ, J. *Infant Feeding: The Physiological Basis.* Ed. Traduzida com Direitos concedidos a IBFAN Brasil e Instituto da Saúde, sob responsabilidade de Anna Volochko e Tereza Toma, 1997. **Bulletin of the World Health Organization, The Scientific Journal of WHO:** 67(4); 46-8;1989.

ALI Z.; LOWRY M. *Early maternal-child contact: Effects on later behaviour.* **Developmental medicine and child neurology:** 23; 337-345; 1981.

ALMEIDA, E. A.; MARTINS FILHO, J. *O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do Aleitamento Materno.* **Revista de Ciências Médicas:** Campinas, 13 (4): 381-8, 2004.

AUDI, C. A F.; CORRÊA, A M. S.; LATORRE, M. R. D. O. *Alimentos Complementares e fatores associados ao aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999.* **Rev Bras Saúde Mater Infant:** São Paulo, 3(1); 2003.

BEMFAM. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro, 1997. [Relatório de pesquisa].

BERRA, S.; GALVAN, N.K.; SABULSKY, J.; DAL LAGO, B.; GORGERINO, M.C.; RAJMIL, L. et al. *Alimentacion del recién nacido en el periodo de posparto inmediato.* Fundación CLACYD, Córdoba, Argentina. **Rev Saude Publica:** Brasil, 36(6); 661-9; 2002.

BINNS, C. W.; SCOTT, J. A. *Using pacifiers: what are breastfeeding mothers doing?* Australia: **Breastfeed Rev:** 10(2):21-5, 2002 Jul.

BENIS, M. M. *Are pacifiers associated with early weaning from breastfeeding?* United States: **Adv Neonatal Care:** 2(5):259-66, 2002.

BUENO, M. B.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B.; PAZ, S. M. R. S.; GIMENO, S. G. A; SIQUIERA, A A F. *Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida.* **Cad. Saúde Pública:** 19(5); 1453-60; 2003.

CARVALHAES, M. A. de B. L.; CORRÊA, C. R. H. *Identificação de Dificuldades no Inicio do Aleitamento Materno Mediante Aplicação de Protocolo*. **J Pediatr:** Rio de Janeiro, 79(1); 13-20; 2003.

CORDEIRO, M. T. *Manejo da Amamentação – Posição e Pega adequadas: Um Bom Início para o Sucesso.* In: REGO, J.D. **Aleitamento Materno. Um Guia para Pais e Familiares.** Editora Atheneu: São Paulo, cap 5; 57-65, 2002.

COSTA, S. A.; FUKUDA, Y.; SANTOS, A. N. *Avaliação do desenvolvimento da audição: considerações preliminares a respeito da resposta de orientação à fonte sonora em neonatos de 01 a 04 dias de vida.* **Pro-fono:** 5(2); 23-5; 1993.

CUNHA, A J. L. A; LEITE, A M.; MACHADO, M. M. T.. *Chupetas Prejudicam a Amamentação Exclusiva?* Traduzido por Fernanda Chuva da Faculdade de Medicina - UFRJ – 3° período (I/2005), sob supervisão do Prof. Marcus Renato de Carvalho. **Indian Journal of Pediatrics**: Vol 72; 2005.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; MUCCILLO, G.; BETIOL, H.; DANELUZZI, J. C. *Influencias dos diferentes tipos de Alojamento sobre recém nascidos na prática do Aleitamento Materno.* **J Pediatr:** Rio de Janeiro, 70 (1): 10-15, 1994.

FLEISS, J.L.. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. **John Wiley & Sons Inc:** Nova Iorque, 2ª ed: 1981.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, www.seade.gov.br, SEADE, 2002.

GAROFALO, R.P.; GOLDMAN, A.P. *Expression of functional immunomodulatory and anti-inflammatory factors in human milk*. **Clin Perinatol:** 26; 361-77; 1999.

GIUGLIANI, E. R. J. *Problemas comuns na lactação e seu manejo.* Rio de Janeiro: **J Pediatr:** s147-s154, nov. 2004.

GÖRBE, E.; KOHALMI, B.; GAÁL, G.; SZÁNTHÓ, A.; RIGÓ, J.; HARMATH, A.; CSABAY, L.; SZABÓ, G. The *relationship between pacifier use, bottle feeding and breast feeding.* United States: **J Matern Fetal Neonatal Med:** 12(2):127-31, 2002.

HANSON, L. A.; KOROTKOVA, M. *The role of breastfeeding in prevention of neonatal infection*. Department of Clinical Immunology, Göteborg University, Guldhedsgatan 10, SE-41346, Göteborg, Sweden. England. **Semin Neonatol:** 7(4); 275-81; 2002.

HOWARD, C. R.; HOWARD, F. M.; LANPHEAR, B.; EBERLY, S.; DEBLIECK, E. A.; OAKES, D.; LAWRENCE, R. A. *Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding.* United States: **Pediatrics:** 111(3):511-8, 2003.

JALDIN, M. G. M.; SANTANA, R. B. *Anatomia da Mama e Fisiologia da Lactação.* In: REGO, J.D. **Aleitamento Materno.** Editora Atheneu: São Paulo, cap.4; 43; 2002.

KITOKO, P. M.; REA, M. F.; VENÂNCIO, S. I.; VASCONCELOS, A. C. C. P.; SANTOS, E. K. A.; MONTEIRO, C. A. *Situação do Aleitamento Materno em Duas Capitais Brasileiras: uma análise comparada.* **Cad Saúde Publica:** Rio de Janeiro, 16 (4), 2000.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. *Estudos Seccionais. In*: MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M. de; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNWCK, G. L. **Epidemiologia.** Editora Atheneu: São Paulo, cp. 9; 125-50; 2003.

LAMOUNIER, J. A. *Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança.* **J Pediatr:** Rio de Janeiro, 72(6); 363-8; 1996.

LAMOUNIER, J. A. *O Efeito de Bicos e Chupetas no Aleitamento Materno.* **J Pediatr:** Rio de Janeiro, 79(4); 284-6; 2003.

LANGHENDRIES, J. P. *A la perpétuelle (re)découverte du lait maternel.* **Arch Pediatr:** France, 9(5); 543-8; 2002.

LOPES, P. R. A. *As Vantagens da Amamentação. Por que Amamentar?* In: REGO, J.D. **Aleitamento Materno. Um Guia para Pais e Familiares.** Editora Atheneu: São Paulo, cap 2; 2002.

LORENZ, K.; BINGERBEN, N. *The normal parent-newborn relationship*. In: MARX, G. F. **Clinical monagement of mother and the newborn.** New York, Springer Press, 1985.

MACHADO, C. S. *Desenvolvimento da Resposta Imune de Mucosas: influências do aleitamento materno e ambientais.* **J Pediatr:** Rio de Janeiro, 71(5); 241-7; 1995.

MARTINS FILHO, J. ***Como e Porque Amamentar.*** Editora Sarvier: São Paulo, 220p; 1987.

MARTINS FILHO, J. *Evolução do Aleitamento Materno no Brasil.* In: REGO. J.D. **Aleitamento Materno.** Editora Atheneu: São Paulo, cp3; 21-34, 2002.

MIKIEL-KOSTYRA, K.; MAZUR, J.; BOLTRUSZKO, I. *Skin-to-skin contact after birth as a factor determining breastfeeding duration.* Zaklad Promocji Karmienia Piersia, Instytut Matki i Dziecka, Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa, Poland. **Med Wieku Rozwoj:** 5(2); 179-89; 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal.* Brasília, 2001. [Relatório de pesquisa].

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. *Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno.* **J Pediatr:** Rio de Janeiro, 80(5 Supl):S131-41, 2004.

MORANGE, C. *Comportamientos de apego madre-hijo prematuro según modalidad de acompañamiento a la internación.* **Rosário:** 151 p; 1999.

NAKAMURA, S. S.; KLEDIONE, F. V.; FERRARESE, S. R. B.; MARTINEZ, F. E. *Percepção e conhecimento de meninas escolares sobre o aleitamento materno.* Rio de Janeiro: **J Pediatr:** 79(2):181-88, 2003.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. A Q.; GOMES, M. M. F.; QUEIROZ, M. L.; HIGASA, D. N.. *Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo.* **Rev Bras Saúde Mater Infant:** Recife, 5 (1); 2005.

NEIFERT, M.; LAWRENCE, R.; SEACAT, J. *Niple confusion: toward a formal definition.* **J Pediatr:** 126; suppl, 6; 125-9; 1995.

ODENT, M. ***A Cientificação do Amor.*** Terceira Margem: São Paulo, 125p; 2000.

NELSON, E. A.; YU, L. M.; WILLIAMS, S.; INTERNATIONAL CHILD CARE PRACTICES STUDY GROUP MEMBERS. *Practices study: breastfeeding and pacifier use.* United States: Hong Kong: **J Hum Lact:** 21(3):289-95, 2005.

OLIVEIRA, M. A. A.; OSÓRIO, M. M. *Consumo de Leite de Vaca e Anemia Ferropriva na Infância*. **J Pediatr:** Rio de Janeiro, 81 (5): 361-7, 2005.

OKOLO, S. N.; OGBONNA, C. *Knowledge, attitude and practice of health workers in Keffi local government hospitals regarding Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) practices.* Department of Paediatrics, Jos University Teaching Hospital, Jos, Nigeria. England. **Eur J Clin Nutr:** 56(5); 438-41; 2002.

PASSOS, M. C.; LAMOUNIER, J. A.; SILVA, C. A. M.; FREITAS, S. N.; BAUDSON, M. F. R. *Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil.* **Rev saúde pública:** 34(6); 617-22; 2000.

PEDROSO, R. S.; SIQUEIRA, R. V. *Pesquisa de cistos de protozoários, larvas e ovos de helmintos em chupetas.* Rio de Janeiro: **J Pediatr:** 73(1):21-25, 1997.

PINTO, M. C. G. L.; MELO, G. F. B.; COLARES, V.; KATZ, C. R. T. *Fatores sócio-econômico-culturais relacionados ao uso da chupeta em crianças de zero a quatro anos da cidade do Recife-PE.* **Arq odontol:** 39(4):285-296, 2003.

PIPES, P.L. *Nutritition in Infancy and Childhood*. **Times Mirror/Mosby College Publishing:** Fourth edition, St. Louis, 1989.

REA, M. F. *Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração.* **Cad Saúde Pública:** Rio de Janeiro, 19 (1), 2003.

REGO, J. D. ***Aleitamento Materno. Um Guia para Pais e Familiares***. Editora Atheneu: São Paulo, cp 2; 2002.

RIBEIRO, L. *Aleitamento Materno Cresceu no Brasil.* Disponível em http://www.aleitamento.org.br/indicedeam/ambrasil.htm Acesso em: 13/07/2005.

RIGHARD, L.; ALADE, M. O. *Effect of delivery room routines on succes of first breastfeed***. Lancet:** 336; 1105-7; 1990.

ROWE-MURRAY, H. J.; FISHER, J. R. *Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding.* The Key Centre for Women's Health in Society, School of Population Health, University of Melbourne, Victoria, Australia. United States. **Birth:** 29(2);124-31; 2002.

SERTÓRIO, S. C.; SERTÓRIO, M.; SILVA, I. A . *As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães.* **Rev Saúde Pública:** São Paulo, 39 (2); 2005.

SOARES, M. E. M.; GIUGLIANI, E. R. J.; BRAUN, M. L.; SALGADO, A C. N.; OLIVEIRA, A P.; AGUIAR, P. R. *Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança.* **J Pediatr:** Rio de Janeiro, 79(4); 309-16; 2003.TERUYA, K.; COUTINHO, S. B. Sobrevivência Infantil e Aleitamento Materno. In: REGO. J.D. **Aleitamento Materno.** Editora Atheneu: São Paulo, cp 2; 5-19; 2002.

THOMSON, M. E.; HARTSOCK T. G.; LARSON C. *The importance of immediate postnatal contact: its effect on breastfeeding.* **Canadian Family Physician:** 25; 1374-1378; 1979.

TOMA, T. S.; MONTEIRO. C. A. *Avaliação da Promoção do Aleitamento Materno nas Maternidades Públicas e Privadas do Município de São Paulo.* **Revista de Saúde Publica:** São Paulo, 35 (5); 2001.

TOMASI, E.; VICTORA, C. G.; OLINTO, M. T. A . *Padrões e Determinantes do Uso de Chupetas em Crianças.* J Pediatr 1994, 70(3),167-171.

VENTURA, W. P. Preparando-se para Amamentar: no pré-natal e na sala de partos. In REGO, J.D. ***Aleitamento Materno. Um Guia para Pais e Familiares.*** Editora Atheneu: São Paulo, cp 4; 2002.

VIEIRA, L. F. V.; SILVA, J. L. C. P.; BARROS FILHO, A A. *A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas?* **J Pediatr:** Rio de Janeiro, 79(4); 317-24; 2003.

VIEIRA, G. O.; ALMEIDA, J. A. G.; SILVA, L. R.; CABRAL, V. A.; SANTANA NETTO, P. V. *Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia.* **Rev Bras Saúde Matern Infant:** 4(2):143-150, 2004.

ANEXOS

Questionário

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS
QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Número da inscrição na pesquisa: [ ]
Rua:
Bairro: Cidade:
Telefone: CEP:
Ponto de referência:

Identificação
Nome da mãe:
Idade: _____anos [ ]
Grau de escolaridade: [ ]
Estado civil: [ ]
Solteira ( ) Viuva ( )
Casada ( ) Amasiada ( )

Hábito
Fumante sim ( ) não ( ) [ ]
Quantos cigarros/dia 1-10 ( ) 10-20 ( ) mais que 20 ( ) [ ]

Raça: [ ]
Caucasiana ( ) Amarela ( ) negróide ( )

Aspecto sócio-econômico
Reside em casa: própria ( ) alugada ( ) [ ]
Quantos cômodos tem a casa _____ [ ]
Quantas pessoas moram na casa _____
Renda familiar: _____ [ ]
Trabalho fora de casa: sim ( ) não ( ) [ ]

Religião _____ [ ]

Antecedentes maternos:
Número de gestações: [ ]
Número de consultas de pré-natal: [ ]
Número de filhos vivos: [ ]
Você os amamentou: sim ( ) não ( ) [ ]
Quanto tempo: 1º _____ 2º _____ 3º _____ 4º _____ [ ] [ ] [ ] [ ]
Por que amamentou? _____ [ ]
_____
Você mamou no peito? [ ]
Sim ( ) Não ( )
Quanto tempo? _____ [ ]

Informações sobre o recém nascido:
Data do parto: ____/____/_____ [ ]
Tipo de parto: [ ]
Normal ( ) Cesáreo ( )

Sexo: [ ]
Masculino ( ) Feminino ( ) Indeterminado ( )
Peso ao nascer: [ ]
Peso na alta hospitalar: [ ]

Entrevista hospitalar
Desde que seu bebê nasceu, ele/ela foi somente alimentado ao seio? [ ]
Sim ( ) Não ( )

Quanto tempo após o parto, seu bebê foi colocado junto a senhora, para mamar pela primeira vez? [ ]

A pega está correta? [ ]
Sim ( ) Não ( )

No hospital seu bebê nasceu ele usou chupeta? [ ]
Sim ( ) Não ( )

No hospital seu bebê recebeu algum complemento, além do peito? [ ]
Sim ( ) Não ( )

Qual foi? [ ]
Água ( )sim ( )não
Leite artificial ( )sim ( )não

Se recebeu, como foi? [ ]
copinho ( )
Chuca ( )

Nome do pesquisador: Elaine Aparecida de Almeida
Assinatura
Nome do entrevistador: data:

Número da inscrição na pesquisa: [ ]

Entrevista de seguimento: 2º mês, 4º mês e 6º mês
Idade do bebê: [ ]
Peso: [ ]

Seu bebê está mamando no peito? [ ]
Sim ( ) Não ( )

Se parou, porque foi? [ ]

Realiza ordenha? [ ]
Sim ( ) Não ( )

Seu bebê está usando chupeta? [ ]
Sim ( ) Não ( )

Seu bebê está recebendo algum outro tipo de alimento: [ ]
Sim ( ) Não ( )

Se sim, quais? Quando foi introduzido?

Água ( ) _____ [ ]
Chá ( ) _____ [ ]
Leite artificial ( ) _____ [ ]
Sucos ( ) _____ [ ]
Vitaminas ( ) _____ [ ]
Comidinha ( ) _____ [ ]

Seu bebê usa mamadeira ou chuca? [ ]
Sim ( ) Não ( )

Nome do pesquisador: Elaine Aparecida de Almeida
Assinatura

Nome do entrevistador:
Assinatura: data: ___/___/___

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Assinando esse termo, estou concordando em responder questionário, formulado por Elaine Aparecida de Almeida, enfermeira, aluna do curso de mestrado da Faculdade de Ciências Médicas _ UNICAMP, para participar de uma pesquisa cientifica sobre o impacto do contato pele a pele e a sucção precoces na duração do aleitamento materno.

Tenho conhecimento que serei contactada quantas vezes forem necessárias para completar as informações.

Como entrevistada declaro que fui devidamente esclarecida sobre o objetivo de cunho cientifico de tal estudo e tenho consciência e total liberdade de abandonar em qualquer momento a pesquisa.

Autorizo e expresso minha espontânea participação em colaborar com a referida pesquisa e a fazer uso de minhas respostas em futuras publicações de informações e dados desde que não me identifiquem, preservando-me o acesso aos resultados obtidos e, mantendo completo anonimato, com garantia de não sofrer nenhum prejuízo em relação ao meu trabalho ou nas instituições de saúde, pela participação na pesquisa.

Nome da Entrevistada _____

Assinatura da entrevistada_____

Nome do entrevistador_____

Assinatura do entrevistador_____

Data____/____/____

_____

Pesquisadora Elaine Ap. de Almeida

Enfermeira Coren 34221

RG 14.941.683

Rua Inácio Franco Alves – 81, Parque Cidade Nova

Mogi Guaçu – 13845-420

Declaração de responsabilidade dos assistentes de pesquisa

Declaro para os fins técnicos/éticos que recebi treinamento especifico de 8 horas sobre o tema da pesquisa, e os cuidados e comportamento éticos que devo apresentar, para proteger a privacidade e a participação dos sujeitos da pesquisa.

Declaro também que a pesquisadora principal nos forneceu seus contatos telefônicos e endereços, onde pode ser encontrada a qualquer momento para esclarecimento de quaisquer duvidas que possam surgir.

As pesquisas domiciliares deverão acontecer somente após autorização dos sujeitos, na seguinte seqüência:

- estar trajando roupa e identificação conforme combinado, roupa branca ou jaleco e crachá de identificação.
- adentrar a residência somente com autorização do entrevistado.
- perguntar se deseja continuar na pesquisa.
- perguntar se está tendo alguma dificuldade com relação a pesquisa.
- proceder somente as perguntas do questionário.
- assinar, agradecer e se retirar.
- as perguntas devem ser feitas de forma direta e o mais rápido possível.

Declaro ainda que todas as informações coletadas durante a pesquisa, ou qualquer situação presenciada durante as mesmas, serão por mim guardadas em sigilo absoluto.

_____

Assinatura do assistente de pesquisa

Nome =

RG = CIC =

ENDEREÇO =

TELEFONE =

Dez passos p/ o sucesso do aleitamento materno (OMS/UNICEF 1989)

Passo 1 - Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.

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

Passo 3 - Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.

Passo 4 - Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento.

Passo 5 - Mostrar as mães, como amamentar e como manter a lactação, mesmo longe dos seus filhos.

Passo 6 - Não dar ao recém-nascido, nenhum outro tipo de alimento, ou seja, bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento, seja indicado pelo médico.

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

Passo 8 - Encorajar o aleitamento sobre livre demanda.

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

Passo 10 - Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento materno, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar ou ambulatorial.