

CELENE APARECIDA FERRARI AUDI

***PRÁTICAS ALIMENTARES: ALEITAMENTO MATERNO, ALIMENTOS
COMPLEMENTARES E USO DE MAMADEIRA E CHUPETA,
ITAPIRA-SP, 1999.***

CAMPINAS

2002

CELENE APARECIDA FERRARI AUDI

***PRÁTICAS ALIMENTARES: ALEITAMENTO MATERNO, ALIMENTOS
COMPLEMENTARES E USO DE MAMADEIRA E CHUPETA,
ITAPIRA-SP,1999.***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de
Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.*

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa.

Co-Orientadora: Profa. Assoc. Maria Do Rosário Dias de Oliveira Latorre.

CAMPINAS

2002

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Au24p Audi, Celene Aparecida Ferrari
Práticas alimentares : aleitamento materno, alimentos complementares e uso de mamadeira e chupeta, Itapira, 1999 / Celene Aparecida Ferrari Audi. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientadores : Ana Maria Segall Corrêa, Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Alimentos. 2. Amamentação. 3. Amamentação - legislação. 4. Promoção da saúde. 5. *Alimentação artificial. 5. *Nutrição infantil. I. Ana Maria Segall Corrêa. II. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Dedico e agradeço

*Ao Carlos Augusto, José Flávio e Celina,
meus grandes incentivadores que tanto
amo.*

*Aos meus pais , João (in-memoriam) e
Noemia, que através de “Deus” me
deram a vida.*

AGRADECIMENTOS

Obrigada, meu “*Deus*”, por permitir a realização desse trabalho, que além de contribuir para meus conhecimentos, deu - me a oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas.

Obrigada, *Nossa Senhora*, mãe querida, por me acompanhar durante todo o tempo, sempre me orientando, protegendo e confortando nas horas de dificuldades.

À *Prof. Dra Ana Maria Segall Corrêa* agradeço pela dedicada, paciente e competente orientação, no sentido mais exato da palavra, sempre pronta para desempenhar com brilhantismo a “arte de orientar”. Obrigada pela amizade e cumplicidade na realização deste trabalho.

À *Prof. Associada Maria do Rosário de Oliveira Dias Latorre* por ter prontamente me adotado na co – orientação desse trabalho, e pelas suas preciosas contribuições, as quais permitiram avançar nas análises deste estudo. Obrigada pela amizade e cumplicidade.

A todos os professores do *Departamento de Medicina Preventiva*, pela contribuição dada a cada um de nós.

Aos funcionários do *Departamento*, que sempre estão disposto a nos auxiliar. À Coordenação do projeto “*Amamentação & Municípios*” (SES/ IS/ NUPENS/ FSP/ USP), por ter disponibilizado os dados para realização deste trabalho.

Aos funcionários do *Serviço Municipal de Saúde de Itapira*, que não mediram esforços para garantir que a mãe pudesse amamentar e abraçaram com entusiasmo todas as ações que possam favorecer essa prática. Se não fossem vocês este trabalho não teria sido realizado.

A minha amiga *Priscila*, que dividiu comigo ansiedades e alegrias, durante todo o tempo. Que “Deus” fortaleça ainda mais nossa amizade.

As(o) amigas(o): *Lúcia, Ana, Fabíola, Érika, Rodrigo e Gisele* por estarmos juntos nessa jornada.

A ***Gisele e Ricardo*** por me acolherem logo nos primeiros dias, na realização da leitura do banco de dados e pelas aulas de EpiInfo.

Aos amigos ***Elson e Gislaine*** pela apoio e amizade .

Às ***Prof. Dra Maria Inês e Celina***, da Faculdade de Enfermagem pelo aprendizado nas aulas do PED.

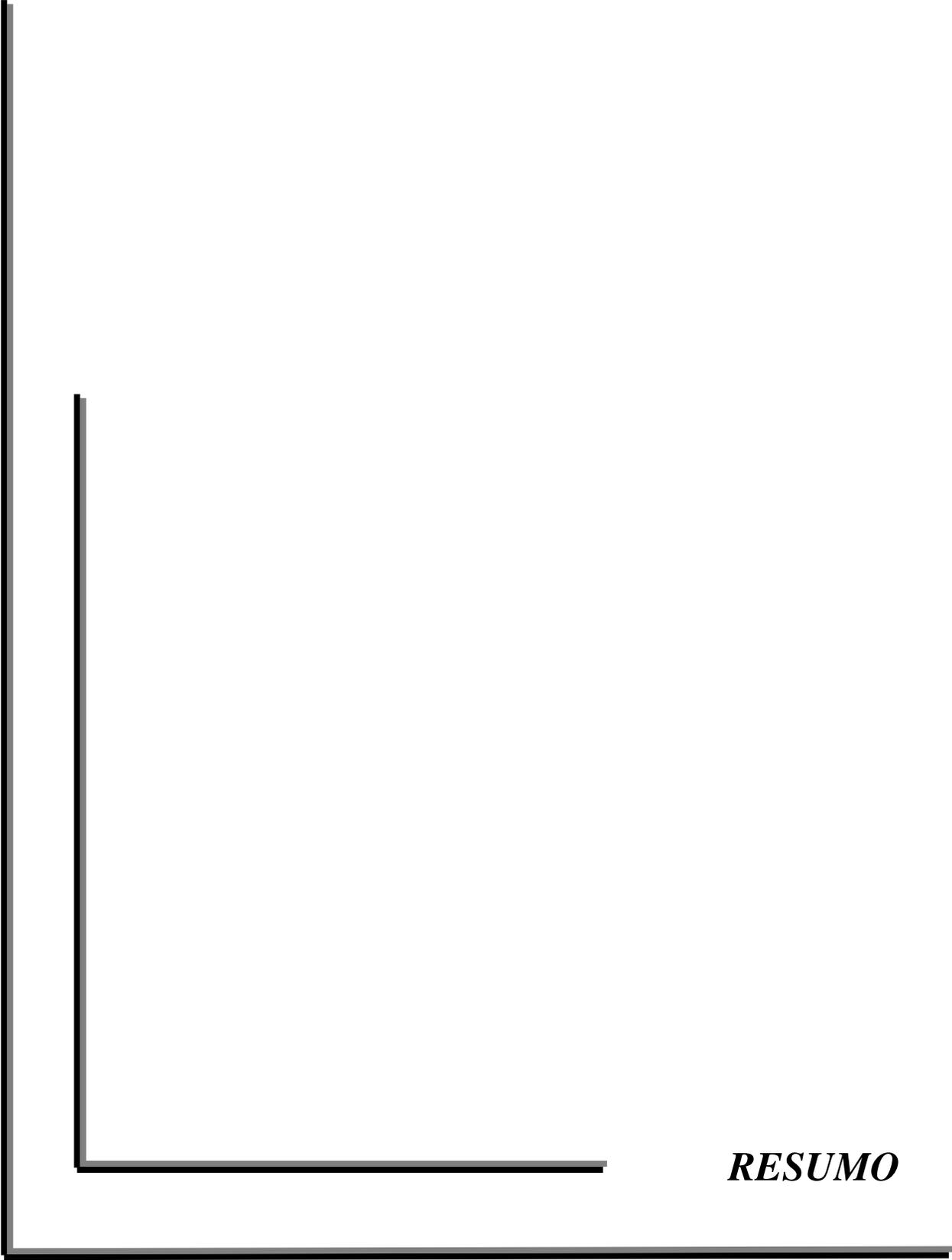
Às ***mães e as crianças*** que de modo anônimo contribuíram na realização dessa pesquisa.

	PÁG.
RESUMO	<i>xix</i>
ABSTRACT	<i>xxiii</i>
1. INTRODUÇÃO	27
1.1. Alimentação Infantil : Breve Histórico.....	29
1.2. Leite Materno e Alimento Complementar.....	31
1.3. Fatores Podem Levar ao Progresso do desmame.....	34
1.4. Um pouco da história do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM).....	35
1.5. Pesquisas Realizadas na década de 80:.....	36
1.6. Pesquisa de Base Populacional , 1999.....	37
1.7. Projeto Amamentação & Municípios	38
1.8. Mamadeira e Chupeta.....	39
1.9. Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).....	40
1.10. Serviços de Saúde de Itapira	43
1.11. Justificativa do Estudo	43
2. OBJETIVOS:	45
2.1. Objetivo Geral.....	47
2.2. Objetivos Específicos.....	47
3. METODOLOGIA	49
3.1. Desenho do Estudo.....	51
3.2. População de Referência e Local de Estudo.....	51
3.3. Instrumento para Coleta de Informações.....	52
3.4. Registros dos Dados.....	53
3.5. Variáveis de estudo.....	54
3.5.1. Variáveis independentes.....	54
3.5.2. Variáveis Dependentes.....	55
3.6. Definição dos padrões do aleitamento materno.....	55

3.7. Metodologia de Análise.....	56
3.7.1. Análise Descritiva.....	56
3.7.2. Análise de Regressão Logística.....	56
4. CAPÍTULOS.....	59
4.1. Alimentos Complementares e fatores Associados o Aleitamento Materno e Aleitamento Materno Exclusivo em lactentes até 12 meses de vida. Itapira-P,1999.....	61
4.2. Fatores Associados ao Uso de Mamadeira ou de Chupeta, no Município de Itapira-SP,1999.....	79
4.3. Fatores Associados à Prática Alimentar no 1º dia em Casa Pós-Alta Hospitalar. Itapira-SP, 1999.....	96
5. DISCUSSÃO GERAL.....	115
6. CONCLUSÃO GERAL.....	119
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
8. ANEXOS.....	139
Anexo I Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação.....	141

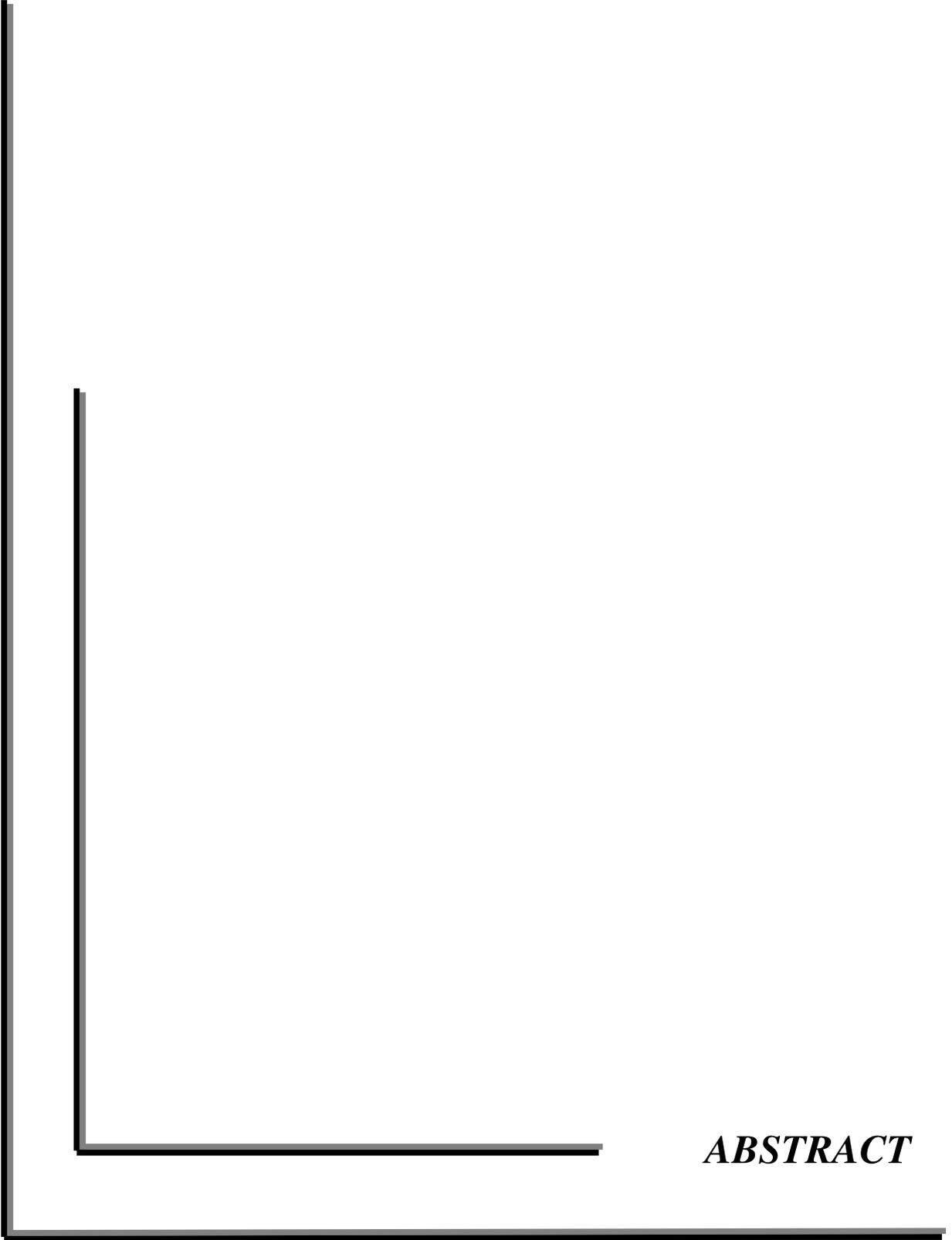
LISTA DE ABREVIATURAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMPR	Aleitamento Materno Predominante
AA	Alimentação artificial
FSP	Faculdade de Saúde Pública
IBFAN	International Baby Food Action Network
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IS	Instituto de Saúde
NISMC	Núcleo de Investigação de Saúde da Mulher e da Criança
NUPENS	Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde
OR	“ <i>Odds Ratio</i> ”
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
SPR/C	Serviço Privado ou Conveniado
UNICEF	“United Nations Children’s Fund”/Fundo das Nações Unidas pela Infância
USP	Universidade de São Paulo
USAID	United States Agency for International Development



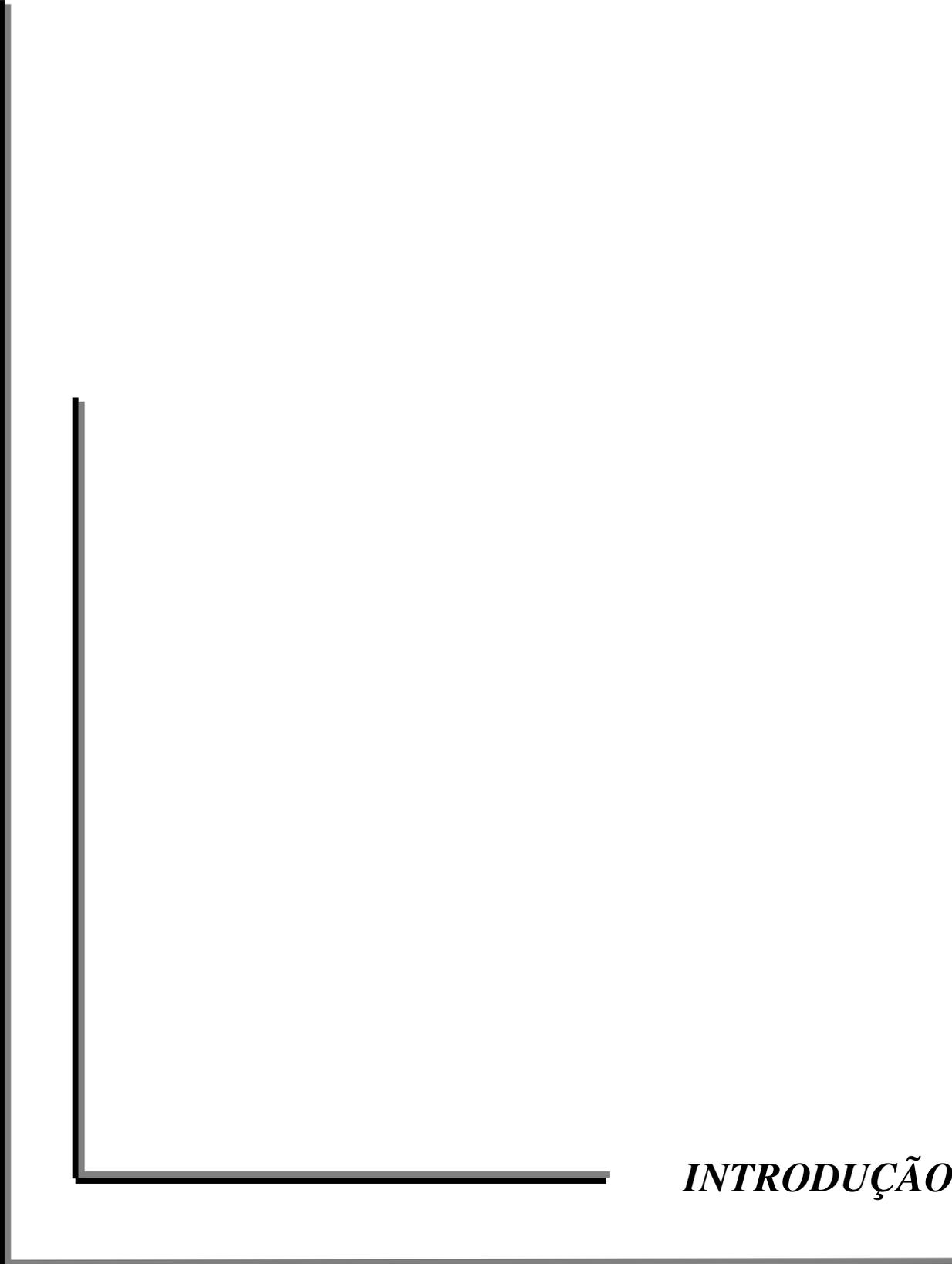
RESUMO

Como parte do estudo de Avaliação das Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação, em que foi realizado estudo transversal no município de Itapira – SP, no ano de 1999, analisou-se o perfil alimentar dos lactentes até 12 meses de vida e os fatores associados ao aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, nos lactentes até 6 meses de vida. Foi também verificada a prevalência do uso de mamadeira e/ou chupeta, assim como os fatores associados a esse uso. A prática hospitalar foi estudada, considerando os dados que foram coletados com mães de lactentes menores de 4 meses no 1º dia em casa pós-alta hospitalar. Inicialmente, foi realizada a descrição da população em estudo e os fatores associados foram analisados por meio de regressão logística. Para o desmame foram fatores associados: o uso de chupeta e baixo peso ao nascer; fatores para não estar em Aleitamento Materno Exclusivo: usar chupeta e parto cesárea. Para o uso de mamadeira esteve associado: mulher primípara e ter nascido na Santa Casa e realizar Consulta Médica de puericultura no Serviço Privado/Conveniado; para o uso de chupeta: mulher primípara e residir na zona rural. O lactente que nasceu no Hospital Municipal tem efeito protetor ao uso de leite artificial no 1º dia em casa, assim como o fato de ser mãe adolescente esteve associado positivamente ao Aleitamento Materno Exclusivo. Este estudo indicou que embora os níveis de amamentação estejam acima daqueles verificados no país, ainda estão distante do que recomendam os órgãos competentes. O processo de desmame inicia-se precocemente, logo no 1º dia em casa pós-alta. Outros estudos devem ser realizados, com o objetivo de pesquisar outros aspectos do contexto da mulher, na tentativa de entender quais outros fatores podem estar associados ao desmame precoce.



ABSTRACT

As a part of the study of the Alimentary Practices Estimate in the First Year of Life in “Day National to Immunization”, that was a Cross-Sectional study realized in Itapira city in the year of 1999, analyzed the alimentary behavior of the suckling infant with up to 12 months of life and factors associated to the breastfeeding and exclusive breastfeeding, in the up to 6 months of life. It was also verified the predominance of the usage of the bottle-feeding and/or the pacifiers, in the same way as the factors associated to this usage. The hospital practice was studied, considering the information that was asked to the mothers of suckling up to 4 months in the 1st day back at home after discharged. Initially, it was held the description of the population in study and the factors associated were analyzed in the way of logistical regression. For the weaning the associated factors were: the usage of the pacifiers, low weight at birth and mother work, for not being exclusive breastfed: usage of pacifiers and caesarean section. For the usage of bottle-feeding was associated primiparity and the maternity do not belong to “Baby Friendly the Hospital Initiative (BFHI)” and realized program and the child to have care in the service medical Private /Agreement, for the usage pacifiers: primiparity and to living in a rural zone. The suckling that was born in the Municipal Hospital, has a protector effect in the usage of artificial milk in the 1st day at home, therefore, the fact of being an adolescent mother was positive related to exclusive breastfeeding. This study indicated that, even though the levels of breastfeeding of higher than the ones verified in the country, still very far from what the qualified organs recommend. The process of weaning starts precociously, soon in the 1st day back home after discharge. Other researches must be held , with the purpose of reaching other women’s aspects in a trial to understand which factors could be responsible for the weaning.



INTRODUÇÃO

1.1. ALIMENTAÇÃO INFANTIL: BREVE HISTÓRICO.

A amamentação por leite materno era prática comum na Europa durante a Idade Média; entretanto, foi nessa época que se iniciou a alimentação artificial e as crianças recebiam leite artificial por meio de vasilhas; ainda nessa época recomendava-se introduzir alimentos sólidos após aparecerem os dentes incisivos e prolongar a amamentação durante anos (JELLIFFE, 1970a). Nos séculos XVII e XVIII, nas classes mais privilegiadas, a ama-de-leite, tanto na Europa como na América do Norte, assume papel fundamental na amamentação dos filhos de famílias ricas, abandonando os seus , que utilizavam alimentos à base de hidrato de carbono, o que podia levar à desnutrição. Outros colocavam as crianças para serem alimentadas diretamente nos animais, sendo a cabra de preferência. Todas estas atitudes contribuíram para elevar o índice de mortalidade infantil, decorrente da prática inadequada de alimentação (JELLIFFE, 1970b; WEINBERG, 1993).

De meados do século XVIII e durante o século XIX, com o advento da revolução industrial, as mulheres mais pobres saíam para trabalhar fora de suas casas e começou a ser questionado o papel das ama-de-leite, especialmente na transmissão da sífilis, contribuindo para o retorno à amamentação. Foi nesse período que se realizou a primeira análise científica sobre os leites utilizados na amamentação (HILL, 1967; JELLIFFE, 1970b; RADBILL, 1981; BARNES; 1987).

Durante o século XX, o trabalho materno, conveniência social, fácil aquisição de leite artificial no mercado, emancipação da mulher e “pouco leite” foram os principais fatores que influenciaram na diminuição progressiva da amamentação, principalmente nos países tecnicamente desenvolvidos . (JELLIFFE, 1970b; MORSE, 1989; RYAN, 1991; AMADOR, 1994).

No Brasil, as deficiências alimentares encontradas no período colonial persistiram durante o século XIX (COUTINHO, 1981). Entre as décadas de 40 e 70, a indústria de alimentos infantis investiu sistematicamente nos formadores de opinião (pediatra), que tinham o poder de prescrever alimento para o lactente, valorizando a cultura da alimentação artificial (leite em pó), contribuindo para o declínio dos índices de amamentação desse período (SOUZA, (1975 a b); GOLDEMBERG, 1983; ALMEIDA, 1999).

No final da década de 70 e início da década de 80, firmou-se movimento mundial em favor à amamentação exclusiva pelo leite materno, com incentivo à realização de trabalhos científicos, propondo mudanças de atitudes em instituições e profissionais de saúde e estímulo à formulação de programas de governo que resultassem em políticas públicas dirigidas à proteção e promoção desta prática (VENÂNCIO, 1998).

No início da década de 90, em Florença, na Itália, pesquisadores e formuladores de políticas públicas, reuniram-se em conferência patrocinada pela OMS (Organização Mundial da Saúde), UNICEF (Fundo das Nações Unidas pela Infância), USAID (United States Agency for International Development) e Agência Sueca de Desenvolvimento Internacional sobre o tema “A Amamentação nos Anos 90: Uma Iniciativa Global”, onde produziram e adotaram a “Declaração de Innocenti”, cujas metas operacionais estabeleciam que até o ano de 1995 os governos deveriam ter :

“nomeado um coordenador nacional com suficiente autoridade para a promoção do aleitamento materno e estabelecido um comitê nacional multissetorial relativo ao aleitamento, composto de representantes dos departamentos relevantes do governo, organizações não governamentais e associações de profissionais de saúde”;

“assegurado que todos os serviços de maternidade seguissem todas as etapas dos” Dez Passos para o Êxito da Amamentação“, tal como aparece na declaração conjunta da OMS/UNICEF” protegendo, promovendo e apoiando o aleitamento: o papel especial dos serviços da maternidade“;

“agido para implementar os princípios e o objetivo de todos os artigos do Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno e resoluções subseqüentes relevantes da Assembléia Mundial da Saúde na sua totalidade,” e

“promulgado uma legislação vigorosa para proteger os direitos de amamentação das mulheres que trabalham fora de casa e estabelecido meios para fazer com que seja cumprida”.

Também se insta às organizações internacionais que:

“elaborem estratégias de ação para proteger, promover e apoiar o aleitamento, incluindo a vigilância e avaliação global de suas estratégias”;

“apóiem análises e pesquisas nacionais e o desenvolvimento de metas e objetivos nacionais para ação”; e

“estimulem e apóiem as autoridades nacionais no planejamento, na implementação, vigilância e avaliação das políticas de aleitamento” (SOKOL,1999a).

Em março de 2001, a convite da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), consultores internacionais realizaram revisão sistemática da literatura científica buscando suporte ao que poderia ser a duração ótima do aleitamento materno exclusivo e, conseqüentemente, a idade adequada para introdução segura e apropriada de alimento complementar. O resultado dessa revisão, juntamente com a proposta de uma “Estratégia Global” para a alimentação infantil, foi reportado na 54^a Assembléia Mundial de saúde, realizada em maio desse mesmo ano e posteriormente aprovada na 55^a Assembléia Mundial (OMS, 2002).

A partir daí, a OMS passou a recomendar aos governos e instituições de saúde a promoção do aleitamento materno exclusivo como a única fonte de alimento para, praticamente, todos os lactentes até 6 meses de idade. Recomendou, ainda, a introdução, a partir dessa idade, de alimentos complementares nutricionalmente adequados, inócuos e culturalmente apropriados, acompanhada de amamentação continuada por, pelo menos, 2 anos de idade (WHO, 2001).

1.2. LEITE MATERNO E ALIMENTO COMPLEMENTAR:

A lactação é uma característica única dos mamíferos e proporciona alimento ideal para filhos, de maneira mais eficiente, de forma a cobrir as necessidades nutricionais, psicológicas e de defesa contra infecções do lactente, trazendo importantes vantagens para as mães (REGO, 1986; AKRÉ, 1997; BRASIL, 1997).

O leite materno exclusivo, do ponto de vista nutricional, cobre todas as necessidades do lactente até 6 meses de vida. Sua composição é variável, dependendo da alimentação materna, do momento da mamada e da idade do lactente. O colostro é o leite produzido nos primeiros dias após o parto. Ele é rico em proteínas, anticorpos e leucócitos, sendo considerado a primeira “imunização” para proteger o lactente contra a maior parte de

bactérias e vírus; é laxativo e auxilia a eliminação do mecônio, ajudando a evitar a icterícia. O volume secretado varia de 10 a 100 ml/dia, com média de 30 ml/dia. Em uma ou duas semanas, o leite aumenta em quantidade, modifica seu aspecto e sua composição muda durante a mamada, sendo o leite inicial rico em proteínas, lactose, vitaminas, minerais e água e o leite posterior é rico em gordura, fornecendo mais da metade da energia do leite materno (OPAS, 1968; JELLIFFE (1970 a b , 1972); BRASIL, (1997, 1998); WHO, 2001).

Alimentos complementares são quaisquer alimentos que não o leite humano oferecidos para as crianças amamentadas. São alimentos preparados especialmente para as crianças pequenas até que passem a se alimentar de alimentos consumidos pela família, por isso são chamados de alimentos de transição. O processo de introdução de alimentos complementares no Brasil não é oportuno nem adequado, caracterizando-se pelo uso predominante de alimentos lácteos e alimentação monótona e inadequada do ponto e vista calórico e nutricional (BRASIL, 2001b).

Na idade em que o alimento complementar é introduzido, inicia-se o processo do desmame que, do ponto de vista fisiológico, é visto como um processo complexo envolvendo algum ajuste nutricional, microbiológico, imunológico, bioquímico e psicológico. Estudo demonstrou que a idade do desmame e a introdução de alimentos complementares é importante prognóstico da ocorrência de desnutrição tanto marasmo quanto kwashiorkor em crianças residentes na região urbana do Sudão (LAWRENCE, 1989; SAYED, 1995; LUTTER, 2000).

A necessidade de energia dos alimentos complementares depende da idade do lactente e da quantia de leite materno consumido. Em média, o lactente de 6 a 8 meses requer 275 kcal/d, passando para 450 kcal/d nos lactentes de 9 a 11 meses e 750 kcal/d para lactentes entre 12 a 23 meses. Um bom indicador da adequação da energia consumida pode ser verificado pelo crescimento do lactente (WHO,1998). A deficiência de micronutrientes pode ocorrer em lactente amamentado exclusivamente com leite materno, porém sinais clínicos dessa deficiência são raros. Os nutrientes de grande interesse são o ferro, as vitaminas A,D,B12, a riboflavina e o zinco (WHO, 1998). Lactentes prematuros têm alto risco de ter deficiência de ferro, sendo que o alimento complementar pode ou não suprir tal deficiência; muitas vezes o ferro líquido pode ser mais eficiente no combate à deficiência

de ferro do que o de alimentos complementares, inclusive em lactentes com peso normal. A deficiência de vitaminas pode ser melhorada revendo a dieta materna, o que beneficia tanto a mãe como o lactente (WHO, 1998).

O lactente amamentado exclusivamente com leite materno até 6 meses de vida, auto - regula a ingesta de energia, necessitando de menos energia quando comparada com aquele que recebe fórmula infantil, entretanto, alimentos complementares introduzidos antes dessa idade, além de diminuir a frequência das mamadas, podem levar ao desmame e não trazem nenhuma vantagem no crescimento.(SACHDEV, 1991; HEINIG, 1993; COHEN, 1994; BROWN, 1995; DEWEY (1999, 2000, 2001a);ALMROTH, 2000; GIUGLIANI, 2000).

Os benefícios da amamentação não se restringem ao aspecto nutricional. Estudos sugerem que lactentes amamentados exclusivamente ao peito por pelo menos três meses, sem a introdução de outros leites ou alimentos sólidos ou semi-sólidos, podem prevenir a Diabetes Mellitus (PÉREZ, 1996; GIMENO, 1998).

Estudos têm confirmado que o tipo de leite consumido pelo lactente nos primeiros meses de vida está fortemente associado com mortes e doenças infecciosas; para as infecções gastrintestinais, os lactentes desmamados apresentam 3 vezes mais a chance de desenvolver diarreia e 14,2 vezes o risco de morte por essa doença, quando comparados com aqueles que são amamentados exclusivamente com leite materno. O risco de morte por doença respiratória foi de 3,6 vezes para os desmamados. Risco de quase 20 vezes maior para desenvolver enterocolites necrotizantes naqueles alimentados apenas com fórmula infantil e 3 vezes mais naqueles que recebiam fórmula infantil e leite materno (VICTORA (1987, 1992); LUCAS, 1990; POPKIN, 1990).

Em estudo longitudinal realizado na Nova Zelândia, os autores avaliaram a habilidade cognitiva e o desempenho escolar em crianças que foram amamentadas. Concluíram que o aleitamento materno está associado com um pequeno aumento da habilidade cognitiva e desempenho escolar, sendo que esses efeitos se estendem até o início da fase adulta (HORWOOD,1998).

O benefício da amamentação também se reflete na saúde da mulher que amamenta. Estudos têm demonstrado que a amamentação reduz o risco de câncer de mama e pode ter papel importante como método contraceptivo em mulheres que amamentem frequentemente, tenham amenorréia lactacional e não introduzam precocemente alimento complementar na dieta do lactente (HERBERT, 1981; HOFFMAN, 1984; TRYGGVADÓTTIR, 2000; CHANG CLAUDE, 2000; DEWEY, 2001b).

1.3. FATORES QUE PODEM LEVAR AO PROCESSO DE DESMAME:

O padrão do desmame é diferente em várias partes do mundo, sendo que vários fatores têm influenciado a introdução precoce de alimentos complementares (JELLIFFE, 1970b; SOUSA, 1975a; DETTWYLER, 1987; HERVADA, 1992; BOHLER, 1995).

Estudos têm demonstrado que o tipo de parto pode influenciar na incidência e na duração da amamentação (VICTORA, 1990; WIDERPASS, 1998), assim como os fatores socioeconômicos, idade materna, experiência com a amamentação, estado marital, escolaridade materna, apoio social e baixo peso ao nascer (XAVIER, 1991; PÉREZ-ESCAMILLA, 1995b; HORTA, 1996; INEICHEN, 1997; BECKELE, 1999; WAGNER, 2000; WAMBACH, 2000).

Outros estudos têm demonstrado que a introdução precoce de outros leites, atitudes paternas, uso de mamadeira e uso de chupeta têm apresentado associação inversa com a amamentação (PÉREZ-ESCAMILLA, 1993; VICTORA, 1993; TOMASI (1994a); BARROS, 1995; VICTORA, 1997; ARORA, 2000; Réa, 2000; KRAMER, 2001b).

Trabalho materno também tem se associado inversamente com a prática do aleitamento materno. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) recomenda às mulheres trabalhadoras 12 semanas de licença-maternidade. No Brasil, desde a Constituição de 1988, o período é de 4 meses e em abril de 2002 essa lei estende os benefícios à mãe adotiva. Embora esse benefício seja útil e usado pela maioria das mulheres trabalhadoras para amamentar, outros fatores são fundamentais para a manutenção da lactação após o retorno ao trabalho. Estes fatores podem ser a retirada periódica do leite materno durante a jornada de trabalho, creche no local de trabalho ou

ações que permitam a proximidade mãe e filho (RÉA, 1997; PÉREZ-ESCAMILLA, 1995a; REA, 1997; VALDÉS/2000).

1.4. UM POUCO DA HISTÓRIA DO PROGRAMA NACIONAL DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO (PNIAM):

No ano de 1979, em Curitiba, foi realizada reunião com os técnicos do INAN (Instituto Nacional Alimentação e Nutrição), apoiado tecnicamente pela OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), cuja finalidade foi elaborar estratégias para o desenvolvimento de um Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno no Brasil. Em março de 1980, foi elaborado um projeto desse programa, criando, nessa fase, audiovisual com depoimentos de profissionais na área de pediatria e nutrição infantil cuja finalidade era sensibilizar autoridades para o problema da amamentação no país, pois até então as atividades de incentivo ao aleitamento materno aconteciam de forma isolada e envolviam, sobretudo, o setor saúde (BERQUÓ, 1988 ; BRASIL, 2001c).

Os objetivos do PNIAM eram inverter o declínio do aleitamento materno, identificar as causas do desmame precoce e atuar especificamente em cada causa e promover o aleitamento materno entre mães de baixa renda (BERQUÓ, 1988).

No ano de 1981 o PNIAM foi lançado oficialmente e na sua campanha utilizaram-se meios de comunicação de massa por 45 dias. Além disso, foram realizados seminários para profissionais de saúde, população e autoridades de saúde e outras, com a discussão das normas para instalação de alojamento conjunto, implementação da legislação trabalhista e tentativa de implementação de um código de comercialização de substituto do leite materno (BERQUÓ, 1988).

O PNIAM, segundo seus responsáveis, foi caracterizado por quatro fases distintas:

- de março a julho de 1982 (primeiras tentativas, campanhas do Ministério da Saúde, primeira avaliação),

- de agosto de 1982 a dezembro de 1983 (período de maior intensidade, 2ª campanha, passou a fazer parte das ações integradas de saúde),
- de janeiro a dezembro de 1984 (impactos assistenciais),
- janeiro a dezembro de 1985 (desativação do PNIAM).

Seu sucesso foi devido às medidas facilitadoras de promoção, suporte e proteção à amamentação, que foram implementadas e entrelaçadas em seu planejamento (BERQUÓ,1988 ;REA,1990).

1.5. PESQUISAS REALIZADAS NA DÉCADA DE 80:

Em 1982 foi realizado estudo em uma coorte de crianças nascidas na cidade de Pelotas, Rio Grande Sul, onde se verificou prevalência da amamentação de 54% aos 3 meses, 30% aos 6 meses e 16% com um ano de idade. A mediana da amamentação foi de 3,28 meses e a maior incidência da amamentação (97%) foi encontrada em famílias de renda maior (VICTORA, 1988).

O estudo de Monteiro, na cidade de São Paulo em 1988, mostrou que, apesar da maioria dos lactentes iniciarem a amamentação (92,8%), menos da metade chega amamentada à idade de 4 meses, 18,8% aos 12 meses e 10,7% aos 24 meses, sendo o tempo mediano de amamentação de 109,25 dias. Quanto ao aleitamento materno exclusivo, aos primeiros quinze dias quase um quarto dos lactentes já recebia outro leite e aos 4 meses, cerca de três quartos dos lactentes consumiam leite não materno em sua alimentação. O tempo mediano do aleitamento materno exclusivo foi de 62 dias. Os melhores índices de amamentação foram encontrados nos estratos populacionais de melhor nível socioeconômico(MONTEIRO, 1988).

Leão, 1992, com base nos dados gerados pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição realizada para todo o país, no ano de 1989, verificou que, apesar de 97% dos lactentes terem mamado no peito logo após o nascimento, isto é, terem iniciado o aleitamento materno, o desmame foi intenso logo nos primeiros dias e meses de vida, com 43% de desmame aos 3 meses e 61% aos 6 meses de vida. Esse comportamento foi bastante similar entre as residentes na zona urbana e rural. A duração mediana para o aleitamento

materno foi de 134 dias e de 72 dias para o aleitamento materno exclusivo. A mediana da amamentação foi de 191 dias para a zona rural e 123 dias para a zona urbana. Para o aleitamento materno exclusivo foi de 74 dias para a zona rural e 64 dias para quem reside na zona urbana. O padrão do aleitamento nas macrorregiões foi contrastante, sendo que a melhor situação foi encontrada nos estados das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste. O aleitamento materno exclusivo foi mais prolongado na zona rural, exceto para o Nordeste. Em relação aos níveis de renda, as mulheres de nível socioeconômico baixo tendem a amamentar por mais tempo. O baixo peso, a prematuridade, a demora da primeira mamada e o berçário influenciaram negativamente na adoção e na duração do aleitamento materno (LEÃO, 1992).

As investigações realizadas no Brasil na década de 80 constataram que os lactentes são amamentados logo após o nascimento, entretanto o desmame inicia-se nos primeiros dias associado com outros líquidos (chá, água, suco e outros leites), alimentos sólidos e semi-sólidos, evidenciando o padrão de alta incidência e curta duração do aleitamento materno no Brasil (BRASIL, 2001c).

1.6. PESQUISA DE BASE POPULACIONAL , 1999.

No ano de 1990, nove anos após o lançamento do PNIAM, o Brasil reiterou seu compromisso em favor do aleitamento materno no Encontro Mundial de Cúpula pela Infância, realizada na sede das Nações Unidas. Esse encontro teve, como documento de síntese, a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência , a Proteção e o Desenvolvimento da Criança (BRASIL, 2001b). O governo brasileiro elaborou Plano de Ação para implementação desta Declaração, tornando-se necessária a realização de investigação que possibilitasse verificar as tendências e o padrão da amamentação (BRASIL, 2001c; 1994).

Em 16 de outubro de 1999, durante a segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação, foi feita pesquisa em 25 capitais brasileiras e no Distrito Federal, com amostra representativa de mães de lactentes com idade igual ou menor de 364 dias. Observou-se que 88% dos lactentes no Brasil estavam sendo amamentados no primeiro mês de vida e 86% foi a prevalência de amamentação para os menores de 4 meses. (BRASIL, 2001c).

Ao comparar as Capitais e o Distrito Federal, a melhor situação para aleitamento materno exclusivo nos menores de 4 meses foi encontrada em Fortaleza (57,1%), Florianópolis (53,3%), Distrito Federal (50,6%) e Belém (49,6%) (BRASIL,2001c).

Esta pesquisa, entre outras conclusões, indicou que o Brasil se apresenta na “fase de ressurgimento” do aleitamento materno e que avançou consideravelmente no sentido de cumprir o compromisso manifestado no Encontro Mundial de Cúpula pela Infância, na sede das Nações Unidas, 1990 (BRASIL, 2001c).

1.7. PROJETO AMAMENTAÇÃO & MUNICÍPIOS:

Em junho de 1995, o Ministério da Saúde (PNIAM/INAN), juntamente com o UNICEF, elaboram e publicam documento intitulado “O aleitamento Materno e o Município”, que destinava-se a orientar e fornecer subsídios às prefeituras para que adotassem ações básicas de promoção, estímulo e adesão a ações conjuntas, tanto governamentais como não governamental (BRASIL,1995).

O Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança (NISMC), do Instituto de Saúde (IS) da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES) juntamente com o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (NUPENS) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), a partir de então, passaram a assessorar municípios de diferentes estados brasileiros na realização de inquéritos epidemiológicos em campanhas de vacinação. Esse trabalho resultou no projeto “Amamentação & Municípios” devido a necessidade de padronização de metodologia (VENÂNCIO, 1998).

Esse projeto visava elaborar estratégias para que as metas propostas pela OMS fossem alcançadas, o que elevaria as taxas do aleitamento materno exclusivo. A descentralização dos serviços de saúde, atribuindo aos municípios papel central na gestão da saúde, favoreceu a implantação dessas estratégias. Foi proposta a padronização dos trabalhos desenvolvidos, respeitando a realidade de cada localidade e viabilizando a monitorização da situação do aleitamento materno e comparação dos resultados obtidos em diferentes estudos (VENÂNCIO, 1998; SANTOS, 1995).

Com o financiamento da UNICEF através da rede IBFAN, a equipe técnica do projeto desenvolveu *software* “Amamentação & Município”, que é fornecido aos municípios que passam pelo treinamento e realizam a pesquisa, o que possibilita a autonomia dos municípios no gerenciamento e análise dos dados do inquérito (VENÂNCIO,1998).

No Estado de São Paulo, de 1998 a 2000, 215 municípios, devidamente treinados e assessorados pela equipe técnica, realizaram o inquérito epidemiológico intitulado “Avaliação das Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação”, que teve como objetivo geral realizar estudo sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida. Esse inquérito era realizado durante a campanha de vacinação, visando à utilização dos seus resultados para o planejamento e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio à amamentação em nível dos municípios do Estado de São Paulo (VENÂNCIO, 1998).

O presente trabalho de mestrado faz parte desse projeto e foi realizado no município de Itapira, no ano de 1999.

1.8. MAMADEIRA E CHUPETA:

Mamadeira tem sido tradicionalmente considerada a única alternativa para alimentação dos bebês que não podem ser alimentados diretamente no peito. No entanto, as chupetas, bem como os bicos artificiais das mamadeiras, podem ser nocivos, tanto no sentido de aumentar o risco de infecções quanto por reduzirem o tempo de sucção ao peito e, dessa forma, interferindo no processo de amamentação com aumento do intervalo entre as mamadas e possivelmente alterando a dinâmica oral (WHO, 1998b).

A necessidade de conhecer essa prática na população fez com que o Ministério da Saúde incluísse, na pesquisa realizada nas Capitais e Distrito Federal em 1999, perguntas que verificassem a prevalência do uso dessas práticas nos lactentes de 0 – 364 dias (BRASIL,2001c).

Observou-se que para o Brasil a prevalência do uso de mamadeira foi de 62,8% e da chupeta de 52,9%. A maior prevalência para o uso de mamadeira foi encontrada em Maceió (75,5%), e a menor no Distrito Federal (48,5%). Em relação ao uso de chupeta, a maior prevalência encontra-se em Porto Alegre (69,2%) e a menor, Macapá (32,0%). (BRASIL, 2001c).

Em países em desenvolvimento ou com baixo padrão de higiene é muito freqüente o uso desses artefatos com conseqüente aumento do risco de infecção (MANNING, 1985; MARTHUR, 1990; NIEMELÄ, 1995; SCHUBIGER, 1997; VICTORA, 1997).

Estudos têm demonstrado contaminação desses artefatos por coliformes fecais, *C. albicans* e aumento na quantidade de Nitrosaminas, que são substâncias químicas encontradas nos bicos de borracha e que quando fora de suas especificações podem tornar-se substâncias cancerígenas (WESTIN, 1990; GLÓRIA, 1991; TOMASI 1994b; BRASIL, 2002b).

1.9. INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC):

No ano de 1991, o UNICEF e a OMS realizaram o lançamento histórico da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), durante reunião da Associação Internacional de Pediatria na cidade de Ancara, Turquia, da qual o Brasil fez parte, objetivando a implementação da segunda meta operacional da Declaração de Innocenti. "Assegurar que todo estabelecimento que ofereça serviços de maternidade pratique integralmente todos os passos dos Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno estabelecidos na declaração conjunta OMS / UNICEF, assim como, devem observar e respeitar os princípios e os objetivos de todos os Artigos do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e das subseqüentes resoluções relevantes da Assembléia Mundial de Saúde (AMS) em sua integridade" (BRASIL, 2001d; SOKOL, 1999).

Os “Dez Passos” referem-se aos serviços de saúde que oferecem atenção à maternidade e cuidado ao recém-nascido que são:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.
2. Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar essa norma.
3. Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento do bebê .
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação , mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha uma indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mãe e bebê permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encaminhar as mães, por ocasião da alta hospitalar, para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou serviços de saúde (WHO, 1989).

O compromisso assumido pelo Governo Brasileiro na Reunião de Cúpula em Favor da Infância, de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, e continuado até os dois anos ou mais de idade, após a introdução de novos alimentos. Credenciar seus hospitais com mais de 1000 partos/ ano, como Amigo da Criança, fez com que no ano de 1992 o Brasil começasse a implantação dessa iniciativa contando com uma série de dispositivos legais que foram sancionados pelo governo federal, com o objetivo de incentivar as instituições de saúde que realizam partos a implantar os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (MOURA, 2001, BRASIL, 2001d).

Até junho de 2001, o Brasil contava com 186 Hospitais Amigo da Criança, sendo a região do país com maior número a do nordeste, com 102 hospitais, seguida da região sudeste (30), sul (28), centro-oeste (21) e norte (5). A maioria dos Hospitais credenciados eram públicos (88), seguidos dos filantrópicos (62), privados (16), universitários (14) e militares (6) (MOURA, 2001).

Em estudo de avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo, verificou-se que 25% dos hospitais públicos e 33,3% dos hospitais privados não cumpriam qualquer passo da IHAC, apenas 7,7 % dos hospitais cumpriam sete dos “dez passos”; esses hospitais são públicos e as rotinas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são mais freqüentes (TOMA, 2001).

Parrilla Rodrigues recomenda que as instituições de Saúde que ofereçam serviços de maternidade e cuidados às crianças implantem comitê (formado por pessoas que fazem parte da direção e aquelas que cuidam da mãe e do lactente) de amamentação, o qual cumpra a política pública de promoção da amamentação (PARRILLA RODRIGUES, 2000)

Estudos têm demonstrado que cuidados perinatais, como contato logo após o nascimento, início da amamentação precocemente, prática do alojamento conjunto, atividades hospitalares que protegem e incentivam o aleitamento materno são fatores que prolongam o tempo de amamentação, assim como a orientação da mulher no pré-natal, sobre a amamentação, pode influenciar na escolha em amamentar ao peito e na menor perda de peso do lactente após o nascimento (BLOOM, 1982; AVOA ,1990; YAMAUCHI, 1990 PEREZ-ESCAMILLA, 1993; CORRÊA, 1996; HORTON,1996; LUTTER et al.,1997; ARORA, 2000; KRAMER et al.,2001a).

A efetividade da promoção da amamentação é comprovada por meio de pesquisas científicas e explicada pela mudança do comportamento global. A promoção deve ter início precocemente no pré-natal, suporte ao nascimento e principalmente no primeiro mês pós-parto, quando os problemas de amamentação são mais prováveis de ocorrer. O desafio à frente é implementar assessoria na prática da alimentação infantil, suporte aos serviços de saúde e programas que atendam a comunidade (LUTTER, 2000).

1.10. SERVIÇOS DE SAÚDE DE ITAPIRA:

O Serviço de Saúde Municipal de Itapira foi implantado em 1973 e conta, atualmente, com uma rede básica de saúde constituída de: 3 postos de saúde na zona rural, 7 postos de saúde na zona urbana (cada um com uma equipe de Saúde da Família), 1 centro de especialidades médicas (atendimento de especialidades médicas, zoonose, vigilância sanitária e epidemiológica), 1 laboratório de análises clínicas e centro de fisioterapia para atendimento da rede básica de saúde. Para o atendimento hospitalar conta com o Hospital Municipal, que no ano de 1999 foi congratulado com o título de “Hospital Amigo da Criança”. Trabalha segundo as diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), com Gestão Plena, o que facilita a implantação e implementação de ações de saúde voltadas à população (SANTOS, 1995).

Desde a época de sua implantação, desenvolve ações de saúde no incentivo ao aleitamento materno, mas efetivamente foi a partir de 1997, seguindo as orientações da OMS e UNICEF, na implantação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, que foi possível investir em treinamento dos profissionais de saúde, realizando Cursos de 18 horas, Curso de Aconselhamento e o Curso para a Implantação das Normas de Comercialização de Alimentos para o Lactente (BRASIL, 1996), com os quais conseguiu sensibilizar os funcionários para mudança de normas e rotinas hospitalares, assim como da rede básica, visto que o trabalho se faz de maneira integrada possibilitando que as ações de saúde em prol da amamentação fossem também implantadas no conjunto.

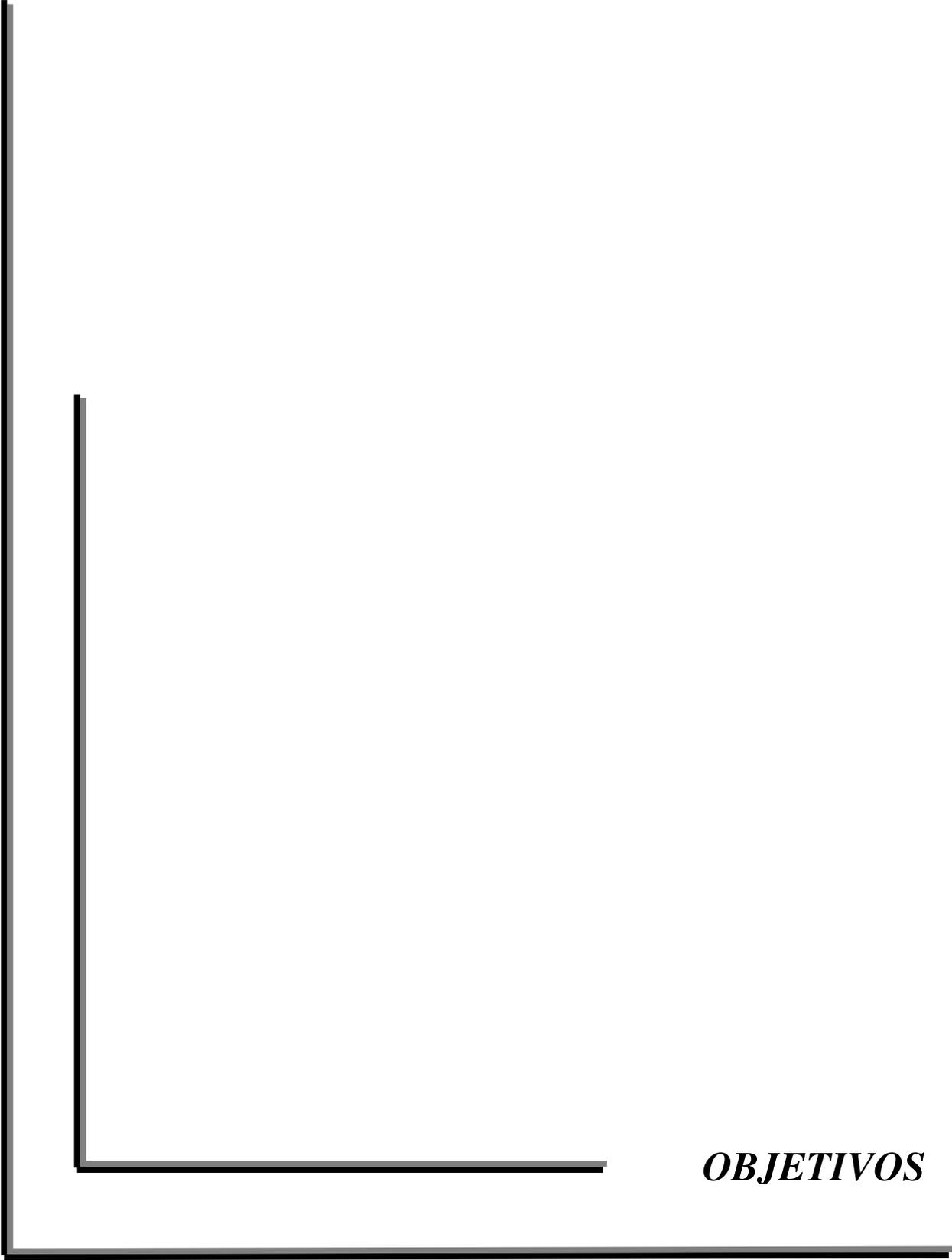
O município conta, também, com a Santa Casa de Misericórdia de Itapira, hospital geral, que se destina a atendimento de convênios e particulares, além de três hospitais psiquiátricos

1.11. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO :

Todas as medidas implementadas nas últimas décadas visaram dar apoio à promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno. Dessa forma, ao lado da divulgação dos conhecimentos a respeito do leite materno às mães, aos profissionais de saúde e à comunidade, buscou-se desenvolver nos serviços de saúde um modo de assistência que, ao lado de não interferir negativamente nos processos naturais do

estabelecimento da amamentação, pudessem, também, garantir condições para o seu sucesso (CORRÊA, 1996).

A relevância de estudos voltados para o diagnóstico das práticas alimentares nos municípios, além de oferecer condições para o conhecimento da situação atual de cada localidade, constitui importante mecanismo de acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde em níveis local, estadual e nacional (VENÂNCIO, 2002). Nesse estudo específico, contribuirá para o planejamento das ações voltadas à proteção e promoção da amamentação e de práticas alimentares saudáveis, visto que há mais de 20 anos o município estudado desenvolve ações em prol da amamentação, sendo este o primeiro estudo realizado.



OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

Analisar o perfil alimentar e os fatores associados ao aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, o uso de mamadeira e/ou chupeta, assim como os fatores associados a esse uso em lactentes menores de 6 meses de vida e avaliar a prática alimentar no primeiro dia em casa pós-alta hospitalar.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Descrever as características das práticas alimentares em lactentes até 12 meses de vida .

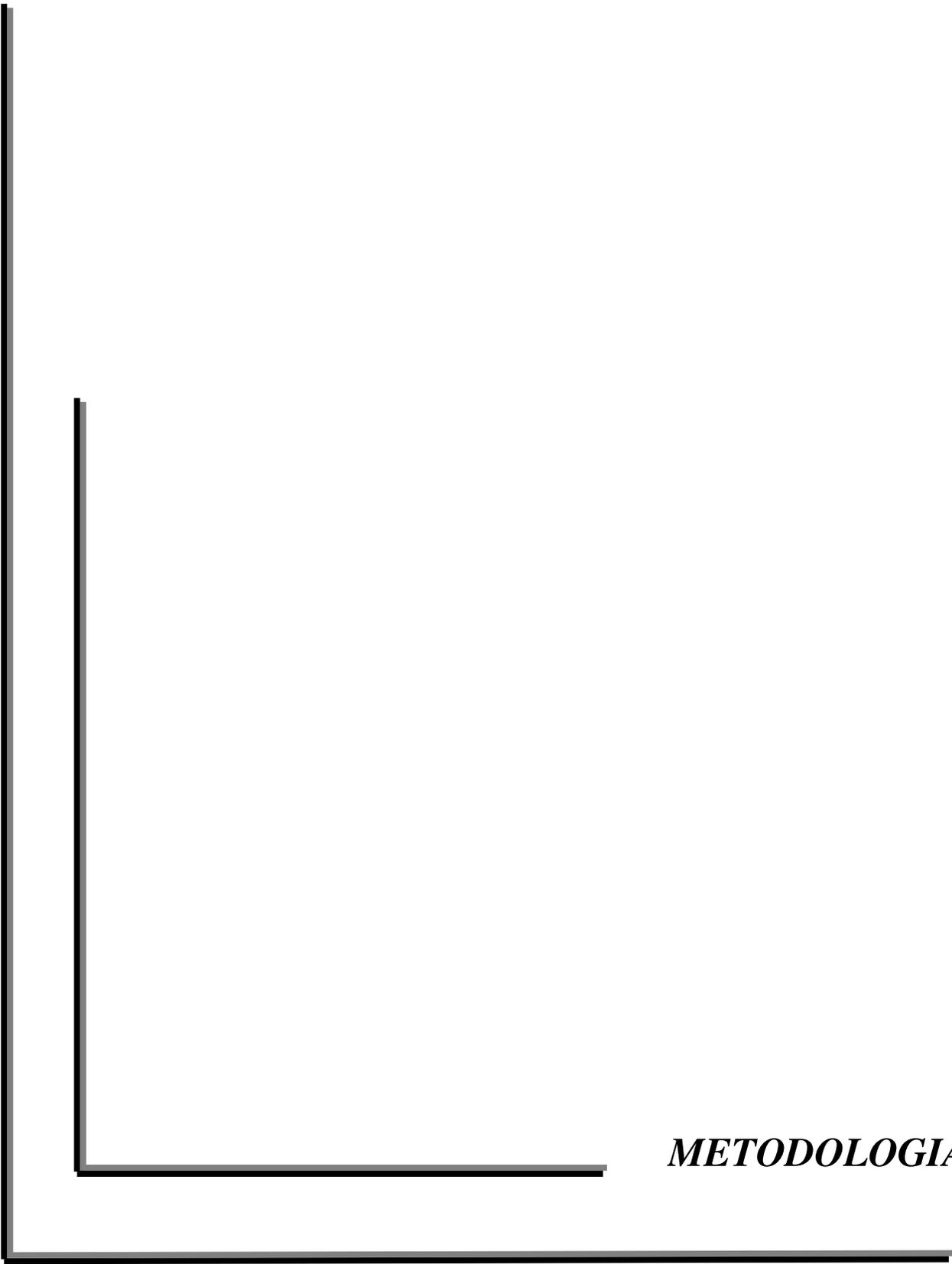
Descrever a prevalência do uso de mamadeira e de chupeta em lactentes até 6 meses de vida .

Descrever a prática alimentar no 1º dia em casa pós-alta hospitalar.

Identificar e analisar os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 6 meses de vida e aleitamento materno, em lactentes até 12 meses de vida.

Identificar e analisar os fatores associados ao uso de mamadeira e chupeta em lactentes até 6 meses de vida.

Identificar e analisar os fatores associados com o aleitamento materno exclusivo e o uso de leite artificial no 1º dia em casa pós-alta hospitalar.



METODOLOGIA

Esse trabalho faz parte do projeto “Amamentação & Municípios” desenhado para avaliar as práticas alimentares no primeiro ano de vida, com enfoque na prevalência da amamentação. A coleta de dados foi realizada no Dia Nacional de Vacinação (agosto/1999), fornecendo dados para elaboração de estratégias para implementar políticas locais de promoção do aleitamento materno. Essa metodologia apresenta vantagens como: baixo custo, facilidade no planejamento e alta adesão da população. A construção de questionário sobre amamentação é um instrumento que deve ser efetivo e eficaz na avaliação dessa prática, possibilitando avaliar o apoio dos serviços de saúde e identificar grupos de mulheres que possuem risco de desmame precoce (VENÂNCIO, 1998; KITOKO, 2000; ARBON, 2001).

3.1 DESENHO DO ESTUDO:

Foi realizado estudo transversal, descritivo e analítico

3.2. POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA E LOCAL DE ESTUDO:

Itapira é município do interior do Estado de São Paulo, com a população em 2002 de 63.377 habitantes (BRASIL, 2001e). Suas atividades são predominantemente voltadas à cultura de cana-de-açúcar, com pólo industrial em desenvolvimento assim como setores de serviço.

Em 1999, durante a campanha nacional de vacinação, foi realizada, pesquisa para avaliar a amamentação e alimentação da criança, sob a orientação da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, por intermédio do Instituto de Saúde, NUPENS, FSP, USP, intitulada “Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida” em Dia Nacional de Vacinação.

Meses antes da campanha de vacinação, a coordenação estadual da pesquisa entrou em contato com municípios pertencentes ao estado de São Paulo oferecendo treinamento para as pessoas para que essas pudessem aplicar o inquérito no dia da vacinação, sendo de responsabilidade do município viabilizar a aplicação deste em nível

local através de treinamento das pessoas que participariam da campanha por aquelas que foram treinadas em nível estadual.

Sendo assim, o município selecionou profissionais que trabalhavam na área da saúde com nível de escolaridade do segundo grau completo ou superior, 20 funcionários, 6 enfermeiros supervisores e uma coordenação local, sendo que os mesmos foram treinados e orientados pela coordenação de enfermagem (autora desse trabalho) para que todos estivessem devidamente preparados para a realização do trabalho, sendo feito treinamento com simulação de casos.

A metodologia de coleta dos dados foi padronizada, com entrevistadoras treinadas, formulário de entrevista estruturado e aplicado em todas as mães que levaram seus filhos menores de um ano de idade para serem vacinados na segunda fase da Campanha Nacional de Vacinação. Esta campanha contou com 54 postos de vacinação, sendo 16 postos na zona urbana e 38 postos na zona rural.

A entrevista foi realizada com as pessoas que levaram os lactentes até 364 dias de vida para serem vacinados, em agosto de 1999. As pessoas eram abordadas na fila da vacina, ocasião em que se informava a respeito da pesquisa e solicitado seu consentimento para participação. Todas as pessoas convidadas concordaram em fazer parte da pesquisa.

Nesse estudo foram incluídos os lactentes até 364 dias de vida levados pela própria mãe para serem vacinados, portanto, foram excluídos os lactentes que não atendiam a este critério e aqueles que nasceram em outros municípios. Ao final desse processo foram selecionadas para o estudo 679 lactentes (81,6%), das entrevistas realizadas.

3.3. INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES :

As informações foram obtidas por meio de inquérito alimentar, que contava com 47 perguntas, em sua grande maioria com respostas SIM, NÃO, NÃO SABE, e abordava questões sobre: identificação do entrevistador, local sobre vacinação o que permitiu classificar em zona urbana e zona rural, características demográficas das crianças e das mães, e a prática alimentar nas últimas 24 horas (anexo 1) . Para todas as mães foi perguntado: “A senhora pode me dizer quais alimentos esta criança tomou ou comeu desde

ontem de manhã até hoje de manhã ? eu vou falando o nome de cada alimento e a senhora me responde sim ou não, está bem? e assim até completar todas as questões. Em seguida as informações colhidas foram sobre o nascimento, parto e atendimento médico. O primeiro dia, da criança em casa após a alta hospitalar também foi pesquisado, para efeito de evitar viés de memória, essas informações foram levantadas para as crianças de até 4 meses de vida, e finalmente, em sua última parte, algumas perguntas em relação à mãe da criança.

As respostas iam sendo anotadas e os questionários preenchidos, sendo guardados em local apropriado para posteriormente serem entregue à coordenação. Foram, então, digitados por uma pessoa de nível local, mas treinada pela equipe de coordenação estadual.

3.4. REGISTROS DOS DADOS:

As informações coletadas e revisadas pela supervisora foram registradas em programa de computador fornecido pela coordenação estadual do projeto e enviado posteriormente para tal coordenação, que gentilmente disponibilizou os dados para a realização dessa dissertação .

Os dados foram preparados em EPI-INFO (DEAN,1994) versão 6.040 e posteriormente unificados em arquivo SPSS (NORUSIS,1992). Os bancos de dados resultantes tiveram suas variáveis renomeadas e codificadas. O estado da criança em relação ao consumo de determinado alimento se denota por “Y”, portanto, a variável pode ter dois valores: $Y=0$ (valor atribuído à variável em condição de não-exposição) e $Y=1$ (valor atribuído a variável em condição de exposição). A condição dicotômica das variáveis permitiu utilizar modelo de regressão logística, caracterizando a relação entre uma variável dependente (Y) e uma ou mais variáveis independentes (X_i), testando a força de associação entre elas (SILVA, 1993; LATORRE, 2001) .

3.5. VARIÁVEIS DE ESTUDO:

3.5.1. Variáveis Independentes:

Essas variáveis foram selecionadas por indicarem que poderiam influenciar o padrão alimentar:

Hospital de Nascimento: Hospital Municipal (IHAC- Iniciativa Hospital Amigo da Criança) e Santa Casa (que mantém atendimento tradicional para a mãe e a criança).

Peso ao Nascer : Baixo Peso : $\leq 2500g$

Peso Adequado: $>2500g$ (WHO/1995).

Consulta de Puericultura : Serviço Médico Privado ou de Convênio (SPR/C) e Serviço de Saúde Pública (SP).

Mãe Adolescente : Sim (≤ 19 anos)

Não (20anos ou mais).

Tipo de Parto : Vaginal

Cesárea.

Primípara : Sim

Não.

Alfabetizada : Sim

Não

Local de Moradia : Zona Rural

Zona Urbana

Se trabalhou na gravidez , Sim

teve licença maternidade : Não

Não Sabe.

Trabalha Atualmente :	Sim
	Não.
Mamadeira :	Sim
	Não
Chupeta:	Sim
	Não

3.5.2. Variáveis Dependentes :

A prática do aleitamento materno foi considerada como variável dicotômica (sim ou não), assim como o uso de chupeta ou o uso de mamadeira .

3.6. DEFINIÇÃO DOS PADRÕES DO ALEITAMENTO MATERNO :

As definições utilizadas sobre a característica da amamentação foram aquelas consideradas pela Organização Mundial da Saúde, 1992.

Aleitamento Materno: a criança recebe leite materno (diretamente do peito ou ordenhado), independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido.

Aleitamento Materno Exclusivo: a criança recebe apenas leite materno diretamente da mama ou ordenhado, e não recebe outro líquido ou sólido com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento Materno Predominante: a fonte predominante de nutrição da criança é o leite materno, porém a criança também pode receber água e bebidas à base de água açucarada e com sabores, infusões, chá, (etc); suco de frutas, soluções de sais de hidratação oral (SRO); vitaminas, minerais e medicamentos em gotas ou xaropes, e líquidos cerimoniais (em quantidades limitadas).

Aleitamento Materno Exclusivo e Aleitamento Materno Predominante : juntas constituem o aleitamento materno completo .

Alimentação Complementar : a criança recebe leite materno e alimentos sólidos ou semi-sólidos.

Alimentação com mamadeira : a criança recebe líquidos (incluindo leite materno) ou alimentos semi-sólidos em mamadeira .(WHO, 1992)

3.7. METODOLOGIA DE ANÁLISE:

3.7.1. Análise Descritiva:

A fim de conhecer as características da população de estudo, perfil alimentar das crianças e padrão do aleitamento materno, em um primeiro momento foi realizado estudo descritivo, através de tabelas e gráfico analisando frequência das variáveis categóricas e de tendência central e dispersão, para aquelas contínuas. Essa fase exploratória foi também objeto de análise em todas as variáveis relativas à mãe do lactente

Ainda dentro da análise descritiva, foi realizada a análise bivariada entre as variáveis dependentes -- aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo, leite artificial, uso de mamadeira e o uso de chupeta; entre estas últimas (categoria: Sim=1 e Não=0) -- e as variáveis independentes. As associações de interesse foram verificadas através do cálculo do *Odds Ratio*, Intervalo de confiança com 95% e valor de $p \leq 0,050$ obtido por meio do teste de qui-quadrado com correção de Yates.

3.7.2. Análise de Regressão Logística:

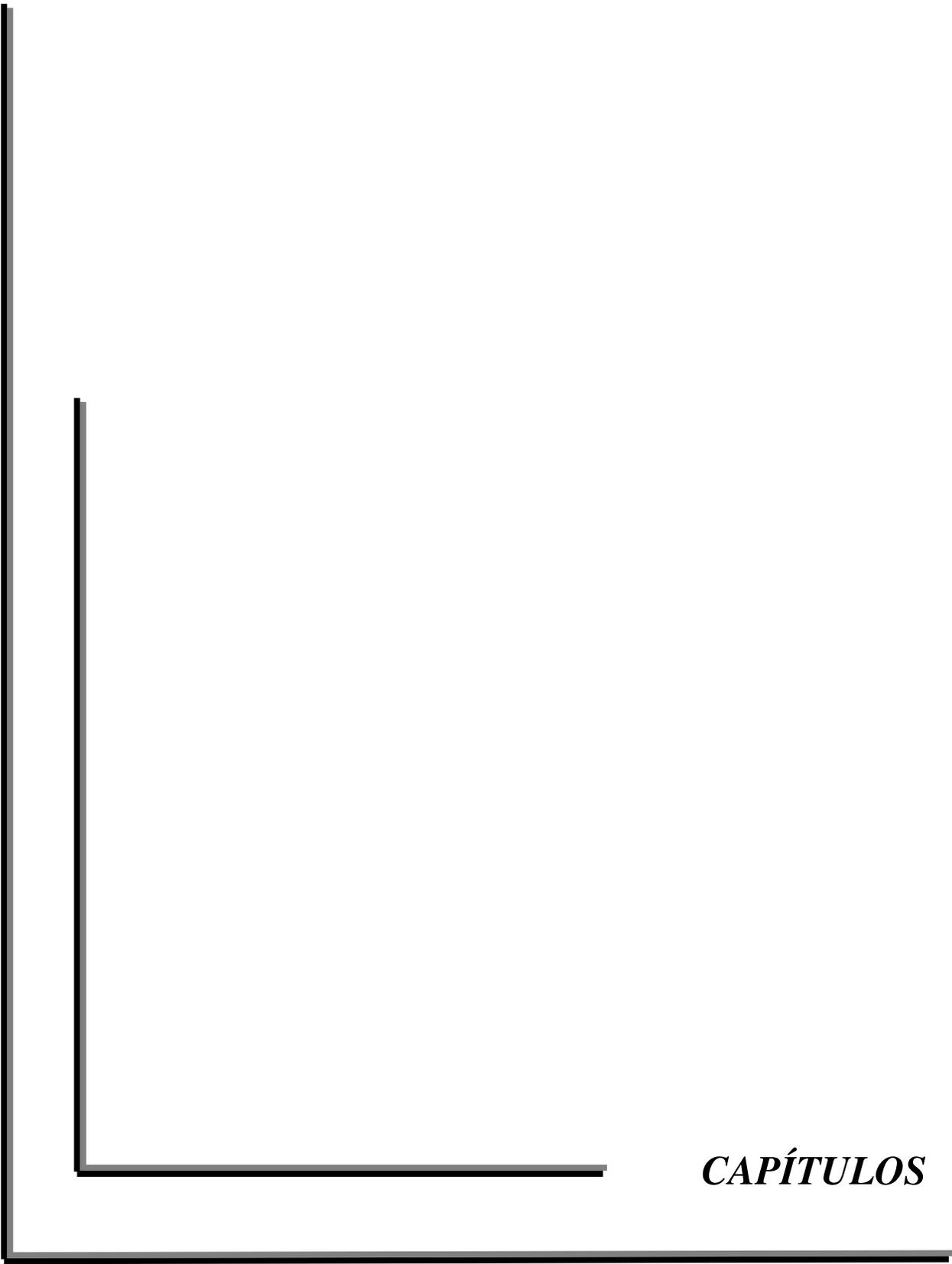
Após a realização dos testes bivariados de associação foi realizada análise múltipla através de modelo de regressão logística .Foram selecionadas para o modelo de regressão todas as variáveis que mostraram associação com a variável dependente em nível de significância de 20%($p < 0,20$). Foi utilizado o procedimento stepwise forward para a elaboração do modelo múltiplo permanecendo a variável no modelo se $p \leq 0,050$.

Foi excluída do modelo de Regressão Logística, para o uso de mamadeira (variável dependente) a variável chupeta (variável independente) , por apresentar associação positiva.

A interação entre variáveis independentes foi utilizada quando a análise de regressão logística apresentava mais de um modelo significativo.

A força da associação entre as variáveis independentes e dependentes foi expressa em valores estimados de Odds Ratio (brutos e ajustados) com intervalo de confiança de 95%. O ajuste do modelo foi verificado pelo teste de resíduo de Hosmer-Lemeshow (HOSMER-LEMESHOW, 1989) .

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio dos Programas : EPI INFO 6.040 (DEAN E COL.,1994) E O SPSS (NORUSIS,1992).



CAPÍTULOS

4.1. ALIMENTOS COMPLEMENTARES E FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO E ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM LACTENTES ATÉ 12 MESES DE VIDA. ITAPIRA-SP, 1999.

Feeding Complementary and Factors Associated breastfeeding and exclusive breastfeeding among infant up to of 12 months of the life. Itapira, SP, 1999.

FERRARI AUDI, C. A. Mestranda da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Departamento de Medicina Preventiva. Área de concentração Epidemiologia.(cjfc@zipmail.com.br). R.Francisco Galli, 245 Bairro N. S. Aparecida, Itapira São Paulo Cep 13976.152. Tel (19) 38638243. (End. para Correspondência)

CORRÊA, A.M.S. Professora Doutora Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).(segall@fcm.unicamp.br). Departamento Medicina Preventiva e Social. FCM - UNICAMP. CP: 6.111.Cep: 13081.970.

LATORRE, M.R.D.O. Professora Associada Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP. Departamento de Epidemiologia.(mdrddola@usp.br). Av. Dr. Arnaldo, 715 São Paulo-SP, Cep: 01246-904.Tel (011)30667744.

Agradecimento: À coordenação do projeto “Amamentação e Municípios” (SES/IS, NUPENS/FSP/USP), por ter disponibilizado os dados para realização deste trabalho.

(Esse artigo será submetido à Revista Brasileira Materno Infantil)

RESUMO:

Objetivos: Este artigo descreve a análise dos resultados do inquérito das práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados ao aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, no município de Itapira, SP.

Métodos: Inquérito realizado em dia nacional de vacinação, faz parte do projeto “Amamentação & Municípios”, em 1999. As associações foram verificadas por meio da análise de regressão logística

Resultados: Foram selecionados para o estudo 679 lactentes menores de 12 meses. A idade média da mãe foi de 25,5 anos, sendo 17,2% de adolescentes, 41,8% primíparas e 51,7% tiveram partos cirúrgicos. Peso médio ao nascer foi de 3.223g, com proporção de baixo peso de 7,7%. Observou-se que 98,1% dos lactentes foram amamentados nos primeiros 30 dias de vida, porém, o processo de desmame inicia-se precocemente com introdução de chá, água e outros leites. A prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 64,8% no primeiro mês, caindo para 45% e 30,1% aos quatro e seis meses de idade, respectivamente. Ao final do primeiro ano de vida 61,6% dos lactentes ainda recebiam leite materno. As variáveis que melhor se ajustaram ao modelo de regressão logística para o desmame foram usar chupeta (OR 5,58 IC 95% 3,94 -7,89), baixo peso (OR 2,74 IC 95% 1,46 - 5,13) e hospital de nascimento (OR 1,76 IC 95% 1,22 – 2,52) e o melhor ajuste para não estar em aleitamento materno exclusivo até 6 meses, foi usar chupeta (OR 4,41 IC 95% 2,57 - 7,59) e parto cesárea (OR 1,78 IC 95% 1,09-2,91).

Conclusões: Embora, as prevalências de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo possam ser consideradas altas nesta população, estão ainda muito distantes das recentes recomendações da OMS.

Palavras chaves: aleitamento materno, alimentos complementares, inquérito alimentar.

ABSTRACT

Objectives: This article describes the analysis of the results of the alimentary practices survey in the first year of life and factors associated with breastfeeding and exclusive breastfeeding, in the municipal district of Itapira-SP.

Methods: Research accomplished in national day of vaccination, it is part of the project "Breast-feeding & Municipalities", in 1999. The associations were verified through the analysis of regression logistics.

Results: At the end of the process, 679 infants were selected for the study. The mother's average age was 25,5 years, being 17,2% adolescents, 41,8% primíparaes and 51,7% had surgical deliveries. The average birth weigh was 3,223g, and the proportion of low birth weight was 7,7%. It were observed that 98,1% of the children was breastfed in the first 30 days of life, however, the early weaning process began with introduction of tea, water and cow and formula milk. The prevalence of exclusive breastfeeding was 64,8%, in the first month, decreasing for 45% and 30,1% in the fourth and sixth months of age, respectively. At the end of the first year of life 61,6% o milk. The variables that were better adjusted to the model of logistics regression analysis for weaning were: use of pacifier (OR 5,58 IC 95% 3,94 – 7,89), low birth weight (OR 2,74 IC 95% 1,46 - 5,13) and hospital (OR 1,76 IC 95% 1,22 – 2,52). Not being exclusive breastfed up to 6 months was use of pacifier (OR 4,41 IC95% 2,57-7,59) and Cesarean Seccion (OR 1,78 IC 95%1,09 - 2,91).

Conclusions: The prevalence of breastfeeding and exclusive breastfeeding can be considered high in this population, despite of being very distant from the referred WHO recommendation.

Key words: breastfeeding, complemented food, food survey.

INTRODUÇÃO:

Em março de 2001, a convite da OMS (1), consultores internacionais realizaram revisão sistemática da literatura científica buscando suporte ao que poderia ser a duração ótima do aleitamento materno exclusivo e conseqüentemente a idade adequada para introdução segura e apropriada de alimento complementar.

O resultado dessa revisão, juntamente com a proposta de uma “Estratégia Global” para a alimentação infantil, foi reportado na 54^a Assembléia Mundial de Saúde, realizada em maio desse mesmo ano e posteriormente aprovada na 55^a Assembléia Mundial (1). A partir daí a OMS passou a recomendar aos governos e instituições de saúde a promoção do aleitamento materno exclusivo como a única fonte de alimento para praticamente todos os lactentes até 6 meses de idade. Recomenda ainda a introdução a partir dessa idade, de alimentos complementares nutricionalmente adequados, inócuos e culturalmente apropriados, acompanhada de amamentação continuada por pelo menos 2 anos (2).

Estas recomendações internacionais são resultados de esforços iniciados ao final da década de 70 e início da década de 80, época em que se firmou o movimento mundial em favor da amamentação. Diversos trabalhos científicos propuseram revisão das práticas das instituições de saúde e mudança de atitudes de seus profissionais e da sociedade, subsidiando, ainda, formulação de programas de governo que resultassem em políticas dirigidas à proteção e promoção da amamentação (3).

No Brasil, o Programa Nacional de Aleitamento Materno foi lançado em 1981 e incluiu atividades objetivando a proteção (legislação trabalhista, controle de, marketing de substituto do leite materno), promoção (através do uso da mídia, capacitação de treinamento profissional) e incentivo à amamentação (incentivo à criação de grupos de mães, produção de materiais informativos e de aconselhamento) (4).

Uma década após, foi possível identificar impacto positivo dessas políticas a partir de resultados de estudos de âmbito nacional (Brasil) que mostraram aumento de 134 dias na mediana do aleitamento materno e de 72 dias na mediana do aleitamento materno exclusivo (5).

Recente estudo (6), realizado nas capitais dos estados brasileiros mostrou mediana exclusivo de 23,4 dias aleitamento materno de 9,8 meses, significando que períodos de amamentação mais prolongados não implicam, necessariamente, em maior duração do aleitamento materno exclusivo.

Isso confirma a tendência mundial: embora tenha avançado muito, a duração do aleitamento materno exclusivo está distante da que é preconizada pela Organização Mundial de Saúde (1).

Este trabalho refere-se aos resultados do inquérito realizado sobre as práticas alimentares no primeiro ano de vida em dia nacional de vacinação no município de Itapira-SP e tem por objetivo analisar o perfil alimentar dessas crianças bem como os fatores associados ao aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida.

MATERIAL E MÉTODO

Itapira é município do interior do Estado de São Paulo, com a população em 2002 de 63.377 habitantes (IBGE, 2000) Suas atividades são predominantemente voltadas à cultura de cana-de-açúcar, com pólo industrial em desenvolvimento assim como setores de serviço.

Em 1999, durante a campanha nacional de vacinação, foi realizada no município, pesquisa para avaliar a amamentação e alimentação infantil intitulada “Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dia Nacional de Vacinação”. Essa investigação teve a orientação da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, por intermédio do Instituto de Saúde em parceria com o NUPENS (Núcleo de Pesquisa Nacional de Saúde) da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo.

COLETA DE DADOS

A coordenação estadual da pesquisa foi responsável pelo treinamento da coordenadora local (primeira autora deste trabalho) que responsabilizou - se pela padronização e qualidade da coleta de informação no município. Foram treinados vinte profissionais de saúde de nível médio de escolaridade, além de seis enfermeiras responsáveis pela supervisão local.

As informações foram coletadas utilizando-se formulário estruturado que contava com 47 perguntas, incluindo dados de identificação da mãe e do lactente, local da vacina e área de residência, característica da assistência hospitalar, condições de nascimento e a alimentação nas últimas 24 horas em relação aos lactentes no primeiro ano de vida.

POPULAÇÃO DE ESTUDO:

A entrevista foi realizada com as pessoas que levaram os lactentes até 364 dias de vida para serem vacinados, em agosto de 1999, nos 54 postos de imunização do município, (16 em zona urbana e 38 em zona rural). As pessoas eram abordadas na fila da vacina, ocasião em que se informava a respeito da pesquisa e solicitado seu consentimento para participação. Todas as pessoas convidadas concordaram em fazer parte da pesquisa.

Nesse estudo foram incluídos os lactentes até 364 dias de vida levados pela própria mãe para serem vacinados, portanto, foram excluídos os lactentes que não atendiam a este critério e aqueles que nasceram em outros municípios. Ao final desse processo foram selecionadas para o estudo 679 lactentes (81,6%), das entrevistas realizadas.

ANÁLISE DOS DADOS:

As definições de aleitamento materno utilizadas foram àquelas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (7).

Inicialmente, foram descritas as características maternas e dos lactentes até 12 meses de vida, utilizando-se das estimativas de prevalência calculada pelo programa Epi6 6.0(8), assim como os alimentos líquidos, semi-sólidos e sólidos consumidos pelo lactente.

Em relação, ao aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses analisou-se a presença de associações através do teste qui-quadrado entre esta variável dependente (categoria: Sim=0 e Não=1) e as variáveis independentes (Hospital onde a criança nasceu, peso ao nascer, tipo de parto, local da consulta de puericultura, idade materna, mulher primípara, alfabetizada, local de moradia, licença maternidade, trabalho materno, uso de mamadeira e uso de chupeta), sendo essa mesma análise realizada para os lactentes menores de 12 meses de vida em aleitamento materno como variável dependente.

Após a realização dos testes bivariados de associação foi realizada análise múltipla através de modelo de regressão logística. Foram selecionadas para o modelo de regressão, todas as variáveis que mostraram associação com a variável dependente em nível de significância de 20% ($p < 0,20$). Foi utilizado o procedimento stepwise forward para a elaboração do modelo múltiplo permanecendo a variável no modelo se $p \leq 0,050$, utilizando o programa SPSS (9). Embora a variável mamadeira tenha apresentado forte associação com o aleitamento materno, não foi incluída no modelo de regressão logística, pois quando a mãe oferece outros líquidos para o lactente na maioria das vezes o faz utilizando a mamadeira.

A força da associação entre as variáveis independentes e dependentes foi expressa em valores estimados de Odds Ratio (brutos e ajustados) com intervalo de confiança de 95%. O ajuste do modelo foi verificado pelo teste de Hosmer-Lemeshow.

RESULTADOS

Foram analisadas informações de 679 (81,6%) lactentes, dentre os inquéritos realizados em menores de um ano que compareceram para vacinação. Excluíram-se, portanto, 18,4%(89) lactentes, que foram levados para serem vacinados por outra pessoa que não a mãe, bem como aqueles nascidos em outros municípios.

Optou-se por trabalhar com os dados fornecidos pela própria mãe na tentativa de garantir a qualidade desses, visto que nos casos em que os lactentes eram acompanhados por outra pessoa, este, em 40% das vezes, não sabia informar: idade materna, alfabetização e trabalho atual.

A idade média das mães foi 25,5 anos com 17,2% de adolescentes. Encontrou-se proporção de 41,8% de primípara e 51,7% de partos cirúrgicos. A maioria das mães era alfabetizada (95,7%), tendo sido observado que 42,6% trabalharam fora durante a gravidez; dessas, 24% gozaram de licença à maternidade e 20,8% já haviam retornado ao trabalho no momento da entrevista. A média de peso ao nascer foi de 3.223g, com 7,7% apresentando peso inferior a 2.500 g. A maioria (68,3%) nasceu no hospital municipal e 83,1% receberam atendimento de puericultura na rede básica de saúde do município.

A figura 1 retrata a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno (AM) e o uso de leite artificial: leite em pó (fórmula e leite integral) e outro tipo de leite (leite de caixinha ou de saquinho), em lactentes até 12 meses de vida. Verificou-se que nos primeiros 30 dias de vida 64,8% dos lactentes estavam sendo alimentados exclusivamente com leite do peito, caindo esta proporção para 9,6% no intervalo de 121-180 dias. Para o aleitamento materno a prevalência no primeiro mês de vida foi de 98,1%, para o intervalo de 121-180 dias 70,1% dos lactentes mamavam no peito e para aqueles maiores de 270 dias 34,5% estavam sendo amamentados.

Observou-se entre os lactentes em desmame completo, de até 60 dias de vida a frequência de uso de “leite em pó” (fórmula e leite em pó integral) e “outro leite” (leite fluidos) é praticamente a mesma, em torno de 7%, porém após essa idade o leite mais utilizado passa a ser o fluido (“outro leite”), sendo que 34,5% dos lactentes maiores de 270 dias consumiam leite artificial.

Observou-se precocidade na oferta ao lactente de líquidos, alimentos semi-sólidos e conseqüentemente interrupção do aleitamento materno exclusivo, logo nos primeiros meses de vida.

Entre os lactentes menores de 90 dias de vida 23,6% tomavam água e 24,8% tomavam chá, sendo crescente nos meses subseqüentes a oferta de água. Para aqueles menores de 180 dias de vida, 35,9% tomavam suco de frutas, 28,7% sopa de legumes e 21,0% mingau; em relação à oferta de alimentos sólidos (comidinha com sal) esta teve prevalência de 25,6% e frutas de 27,1%. Na faixa etária de 181 - 270 dias de vida, idade em que a introdução de alimentos complementares é considerada oportuna (2), a prevalência de amamentação complementada com sopa e papa de legumes foi de 41,8% e com comidinha com sal de 40,9%.

Observou-se na análise bivariada (Tabela1) associação significativa entre o desmame aos 12 meses e as variáveis: uso de mamadeira (OR 4,27 IC 95% 3,03-6,04), uso de chupeta (OR 5,40 IC 95% 3,80 - 7,68), baixo peso ao nascer (OR 1,97 IC 95% 1,08-3,62), trabalho materno formal (OR 1,72 IC 95% 1,10 - 2,70), hospital de nascimento (OR 1,88 IC95% 1,34 - 2,66) e se trabalhou na gravidez e teve licença maternidade (OR 0,64 IC 0,42-0,99). O uso de chupeta foi a única variável associada, positivamente, a não estar em aleitamento materno exclusivo em lactentes de até 6 meses de vida (OR 4,19 IC 95% 2,38 - 7,41) (Tabela 2).

Os resultados da regressão logística, apresentados na tabela 3 mostram que mantiveram-se associados ao desmame até 12 meses de vida: uso de chupeta (OR 5,58 IC 95% 3,94 -7,89), baixo peso ao nascer (OR 2,74 IC 95% 1,46 - 5,13) e hospital de nascimento (OR 1,76 IC 1,22-2,52), tendo sido controlado os efeitos da paridade, local de moradia, tipo de parto e se trabalhou na gravidez e teve licença à maternidade.

Para o não aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida as variáveis que permaneceram associadas foram: usar chupeta (OR 4,41 IC 95% 2,57 - 7,59) e parto cesárea (OR 1,78 IC 95% 1,09 - 2,91), controlando o efeito do hospital de nascimento, puericultura e paridade.

DISCUSSÃO:

A realização de inquérito epidemiológico sobre as práticas alimentares em campanha de vacinação mostrou ser prática de fácil realização, baixo custo, rápido em sua avaliação e na devolutiva aos serviços de saúde que o realizaram (10).

A prática freqüente do aleitamento materno nos primeiros trinta dias de vida, assim como a rápida diminuição da prevalência do aleitamento materno exclusivo com o aumento da idade foram práticas observadas nesse estudo, semelhantes àquelas encontradas no Brasil e também em Honduras (6,11).

Os alimentos complementares estavam sendo muito precocemente introduzidos na dieta dos lactentes, tanto como complemento do leite materno quanto como seu substituto, contrário à recomendação dos órgãos competentes (2). Recente carta enviada aos profissionais de saúde nos Estados Unidos, pela FDA (Food and Drug Administration), alertou sobre o cresce infecções por *Enterobacter sakazakii* em recém-nascidos alimentados com formulas infantis em pó (12). Outros estudos têm demonstrado que é freqüente a ocorrência de contaminação microbiana em leites não maternos, aumentando substancialmente o risco por diarreia e outras doenças infecciosas, e o impacto negativo desses alimentos no estado nutricional da criança.(13, 14,15).

O consumo de chás foi muito freqüente em nosso meio; creditam-se a essas infusões propriedades calmantes ou laxativas, entretanto, estudos demonstram que a complementação do leite materno com líquidos não nutritivos, nos primeiros 6 meses de vida, é prática inadequada, desnecessária sob o aspecto biológico, mesmo considerando os dias quentes e secos e, ainda que, em crianças amamentadas leva à redução do consumo total de leite materno, podendo culminar com o desmame total e precoce (15,16). O uso desses líquidos é inversamente associado com a prática do aleitamento materno exclusivo (15,16).

As variáveis associadas ao desmame, nesse estudo, confirmam outras observações que relacionam baixo peso ao nascer com o insucesso do aleitamento materno (17). Corroboram também investigações (18,19) que encontraram risco de interrupção da amamentação associado ao uso de mamadeira ou chupeta. Estudo no México mostrou que

alimentar criança com mamadeira foi mais comum entre mulheres que não amamentavam ou que combinavam aleitamento materno com sucedâneos de leite de peito (20).

Em relação à prática hospitalar, esses dados confirmam aqueles encontrados por Venâncio, 2002, em estudo realizado nos municípios do Estado de São Paulo (10).

A observação aqui relatada da associação entre o uso de chupeta e a interrupção do aleitamento materno exclusivo ainda é objeto de controvérsia. Em estudo similar, não foi encontrada associação, entretanto, em estudo de coorte realizado em Nova Iorque foi observada associação significativa com o declínio na duração da amamentação e o uso desse artefato (20, 21). O mesmo ocorre em relação ao efeito positivo dos partos não vaginais. Estudo realizado em Honduras, com crianças até 6 meses, amamentada exclusivamente com leite de peito não encontraram associação com uso de chupeta, parto vaginal e paridade (11). Estudo de coorte realizado na cidade de Pelotas, no sul do país, observou que são similares as incidências e duração do aleitamento materno em crianças nascidas por parto vaginal e cesárea eletiva (22); entretanto, estudo longitudinal realizado também em Pelotas, no ano de 1993, verificou que crianças nascidas por cesárea eletiva apresentaram três vezes mais chance de interrupção do aleitamento materno aos 30 dias de vida (23).

CONCLUSÃO:

O resultado desse estudo nos permitiu conhecer as características alimentares dos lactentes menores de um ano e fatores associados ao aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo. Nesse município, há mais de 20 anos vêm sendo desenvolvidos ações de saúde na promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno e nos últimos 4 anos essa ação tem sido intensificada com a implantação das normas e rotinas do “Hospital Amigo da Criança”. Observou-se que o padrão da amamentação é superior àquele encontrado no país, mas ainda está distante da recomendação da OMS.

Sendo esse o primeiro estudo sobre práticas alimentares realizado no município, espera-se que tais resultados sirvam para monitorar e reorientar as ações de amamentação desenvolvidas.

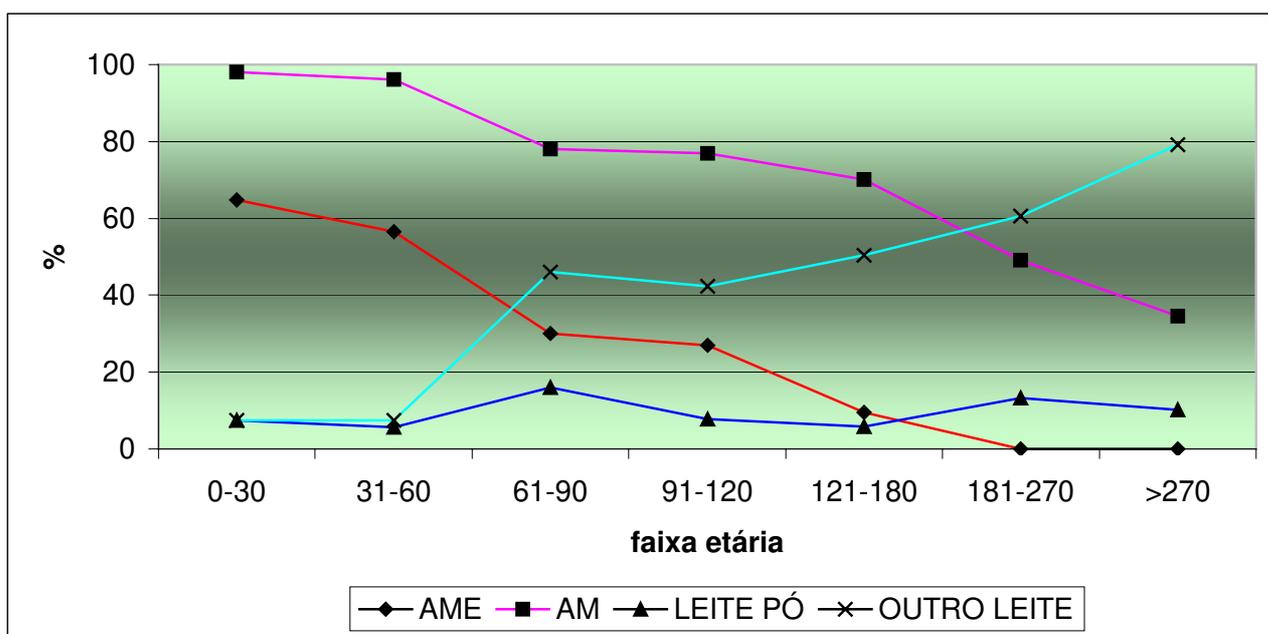


Figura1: Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo (AME), Aleitamento Materno Total (AM), Leite Artificial (Leite PÓ, Outro LEITE), em lactentes menores de 12 meses de vida. Itapira, 1999.

Tabela 1. Distribuição do número e percentual de **lactentes até 12 meses de vida** segundo **aleitamento materno** e as variáveis de análise, valores de OR (odds ratio), Intervalo de confiança de 95%, Itapira, 1999.

Aleitamento Materno (n=679)								
Variável	Categoria	Não		Sim		OR	IC 95%	p
		N	%	N	%			
Hosp.onde Cr.nasceu	SC	105	48,8	110	51,2	1,88	1,34-2,66	<0,001
	HM	156	33,6	308	66,4	1,00		
Peso ao Nascer	Baixo Peso	28	53,8	24	46,2	1,97	1,08-3,62	0,025
	Adequado	233	37,2	394	62,8	1,00		
Consulta Pueric.	SPR/C	49	42,6	66	57,4	1,23	0,80-1,89	0,366
	SP	212	37,6	352	62,4	1,00		
Mãe Adolesc.	Sim	47	40,2	70	59,8	1,09	0,71-1,67	0,749
	Não	214	38,1	348	61,9	1,00		
Tipo de Parto	Cesárea	148	42,2	203	57,8	1,39	1,00-1,92	0,047
	Vaginal	113	34,5	215	65,5	1,00		
Primípara	Sim	118	41,5	166	58,5	1,25	0,91-1,73	0,182
	Não	143	36,2	252	63,8	1,00		
Alfabetizada	Não	10	34,5	19	65,5	0,84	0,36-1,93	0,800
	Sim	251	38,6	399	61,4	1,00		
Local Moradia	Z.rural	21	48,8	22	51,2	1,58	0,81-3,05	0,198
	Z.urbana	240	37,7	396	62,3	1,00		
Licença - Maternidade (se/trab/grav.).	Não	83	33,7	163	66,3	0,64	0,42-0,99	0,042
	Sim	72	44,2	91	55,8	1,00		
Trabalho Atual	Formal	51	49,0	53	51,0	1,72	1,10-2,70	0,016
	Informal	43	39,4	66	60,6	1,17		
	Não Trab.	167	35,8	299	64,2	1,00		
Mamadeira	Sim	180	55,7	143	44,3	4,27	3,03-6,04	<0,001
	Não	81	22,8	275	77,2	1,00		
Chupeta	Sim	182	59,3	125	40,7	5,40	3,80-7,68	<0,001
	Não	79	21,2	293	78,8	1,00		

HM: Hospital Municipal; SPR/C: serviço privado / conveniado; SP: Serviço público.

Tabela 2. Distribuição do número e percentual de lactentes **até 6 meses de vida** segundo **aleitamento materno exclusivo** e as variáveis de análise, valores de OR (odds ratio), Intervalo de confiança de 95%, Itapira, 1999.

Variável	Categoria	Aleitamento Materno Exclusivo (n=346)				OR	IC 95%	p
		Não		Sim				
		N	%	N	%			
Hosp.onde Cr.nasceu	SC*	63	76,8	19	23,2	1,57	0,86-2,92	0,155
	HM	179	67,8	85	32,2	1,00		
Peso ao Nascer	Baixo Peso	16	76,2	5	23,8	1,40	0,47-4,51	0,690
	Adequado	226	69,5	99	30,5	1,00		
Tipo De Parto	Cesárea	132	74,6	45	25,4	1,57	0,96-2,57	0,070
	Vaginal	110	65,1	59	34,9	1,00		
Consulta Pueric.	SPR/C*	39	79,6	10	20,4	1,81	0,83-4,04	0,155
	SP	203	68,4	94	31,6	1,00		
Mãe Adolesce.	Sim	39	69,6	17	30,4	0,98	0,51-1,92	0,915
	Não	203	70,0	87	30,0	1,00		
Primípara	Sim	103	75,2	34	24,8	1,53	0,92-2,55	0,109
	Não	139	66,5	70	33,5	1,00		
Alfabetizada	Não	12	66,7	6	33,3	0,85	0,29-2,63	0,962
	Sim	230	70,1	98	29,9	1,00		
Local Moradia	Z.rural	15	75,0	5	25,0	1,31	0,43-4,25	0,797
	Z.urbana	227	69,6	99	30,4	1,00		
Licença - Maternidade (se trab/gravi.).	Não	94	70,1	40	29,9	1,05	0,57-1,93	0,975
	Sim	67	69,1	30	30,9	1,00		
Trabalho Atual	Formal	87	83,7	17	16,3	0,98	0,53-1,82	0,932
	Informal	97	89,0	12	11,0	1,55		
	Não Trab.	391	83,9	75	16,1	1,00		
Chupeta	Sim	128	85,3	22	14,7	4,19	2,38-7,41	<0,001
	Não	114	58,2	82	41,8	1,00		

* HM: Hospital Municipal; SPR/C: serviço privado / conveniado; SP: Serviço público.

Tabela 3. Análise Múltipla dos Fatores Associados ao **Desmame em lactentes até 12 meses, e ao Não aleitamento Materno Exclusivo, em lactentes até 6 meses de vida.** Itapira, 1999.

Variável Dependente	Variável Independente	Categoria	OR Bruta	OR Ajust. *	IC 95% Ajust.	p
Não aleitamento Materno (DESMAME) Hosmer-Lemeshow (p=0,86)	Chupeta	Sim	5,40	6,58	(3,94-7,89)	<0,001
		Não	1,00			
	Peso	≤ 2,500	1,97	2,74	(1,46-5,13)	0,017
		> 2,500	1,00			
	Hospital	SC	1,88	1,76	(1,22-2,52)	0,021
			HM			
Não Aleitamento Materno Exclusivo (AME) Hosmer-Lemeshow (p=0,57)	Chupeta	Sim	4,19	4,41	(2,57-7,59)	0,001
		Não	1,00			
	Tipo de Parto	Cesárea	1,57	1,78	(1,09-2,91)	0,020
		Vaginal	1,00			

* Obtidos a partir das variáveis significativas na análise bivariada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.Organización Mundial De La Salud- Nutrição do Lactente e da Criança Pequena. 55^A Assembléia Mundial Da Saúde. Genebra. OMS, 18 de maio de 2002, pgs 1-4(Traduzido por IBFAN Brasil).
- 2.Organização Pan-Americana Da Saúde – Normas Alimentares para Crianças Brasileiras menores de dois anos.Brasília –DF, 1997 62pgs.
- 3.Venâncio SI, MONTEIRO CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. Rev. Bras. de Epidemiol. 1998; 1(1): 40-49.
- 4.Rea MF, Berquó ES. Impact of the Brazilian national breast-feeding Programme on mothers in Greater Sao Paulo. Bulletin of the Health Organization, 1990; 68(3): 365-371.
- 5.Leão MM et al. O perfil do aleitamento materno no Brasil In: Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil, 1989; FIBGE, 1992, p.97-109.
- 6.Ministério Da Saúde.Secretaria de Políticas de Saúde Área de Saúde da Criança.Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal.Brasília, 2001.49p.
- 7.World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding Practices.Update. Programme for Control Diarrhea Diseases 1992;(10): 1-4.
- 8.Dean A.G et al- EPI Info, Version 6.0: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputer.[Computer program]. Atlanta, Georgia: Center of Disease Control and Prevention; 1994.
- 9.SPSS Inc.SPSS for Windows. [Computer program] Release 7.0.Chicago (IL); 1996.
- 10.Venâncio SI et al – Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo.Revista de Saúde Pública 2002; 36(3): 313-8.
- 11.Perez-Escamilla R, Millán-Segura S, CanahuatI J, Allen H. Prelacteal Feeds Are Negatively Associated with Breast-Feeding Outcomes in Honduras. J.Nutr.126: 2765-2773,1996.

12. Health Professionals Letter on Enterobacter Sakazakii Infections Associated With Use of Powdered (Dry) Infant Formulas in Neonatal Intensive Care Units. April 11, 2002: pgs 1-4. Disponível em <http://www.cfsan.fda.gov/label.html>[2002 setembro]
13. Victora CG et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant Deaths from infectious diseases in Brazil .The Lancet; 1987, 319-21.
14. Brown KH, Creed-Kanashiro H, Dewey G. Optimal complementary Feeding practices to prevent childhood malnutrition in developing countries. Food and nutrition Bulletin, 1995.16(4): 320-339.
15. Sachdev HPS, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the Tropics. The Lancet. 1991,337: 929-33.
16. Marchione DML. Alimentação no primeiro ano de vida: prevalência de consumo de alimentos em dois centros de saúde do município de São Paulo.[Dissertação – Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP;1999.
17. Xavier C, Jorge SM, Gonçalves AL. Prevalência do Aleitamento Materno em recém-nascidos de baixo peso.Rev. Saúde Pública; 1991;25(5): 381-7.
18. Tomasi E, Victora CG, Olinto MTA. Padrões e determinantes do uso de chupeta, em crianças.J.Pediatric, 1994; 70(3): 167-173.
19. Victora CG, Tomasi E, Olinto MTA, Barros C.F. Use of pacifiers and Breastfeeding duration .The Lancet. 1993; 341: 404-06.
20. Pérez-Escamilla R, Millán-Segura S, Dewey GK. Autoalimentación con Biberón en una población urbana de bajos ingresos en México.Bol. Oficina Saint Panam; 1995; 119(4): 283- 291.
21. Howard CR et al. The Effects of Early Pacifier Use on Breastfeeding Duration.Pediatrics 1999; 103(3):1-9.
22. Victora CG, Huttly SRA, Barros FC, Vaughan JP. Caesarean Section and duration of breast-feeding among Brazilians. Archives of disease in childhood. 1990; 65:632-634.
23. Widerpass E, Barros FC. et al. Incidência e duração da Amamentação conforme e tipo de parto: Estudo Longitudinal no Sul do Brasil.Rev.Saúde Pública; 1998,32(3): 225-31.

4.2. FATORES ASSOCIADOS AO USO DE MAMADEIRA OU DE CHUPETA, NO MUNICÍPIO DE ITAPIRA-SP, 1999.

Factors associated to the feeding bottle use or pacifier, in the municipal district of Itapira-SP 1999.

Descritores: mamadeira, chupeta, aleitamento materno e associação.

Keywords: bottle, pacifier, breast-feeding and association.

Celene Aparecida Ferrari Audi (A)

Ana Maria Segall Corrêa(B)

Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre ©

(A) Mestranda da Faculdade de Ciências Médica, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Departamento de Medicina Preventiva e Social. Área de concentração Epidemiologia.

(cjfc@zipmail. com.br).

(B) Professora Doutora.Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).Departamento de Medicina Preventiva.(segall@fcm.unicamp. br).

© Professora Associada.Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-USP.Departamento de Epidemiologia.(mdrddola@usp. br).

Correspondência para/ Correspondence to:

Celene Aparecida Ferrari Audi

Rua Francisco Galli, 245.

Cep 13970.000 Itapira São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: celeneaparecida@bol.com.br.

(Esse artigo será submetido à Revista de Saúde Pública)

Agradecimento: À coordenação do projeto “Amamentação e Municípios” (SES/IS, NUPENS/FSP/USP), por ter disponibilizado os dados para realização desse trabalho.

RESUMO:

Objetivo: Analisar a prevalência do uso de mamadeira ou de chupeta, bem como identificar os fatores associados a esses eventos.

Métodos: Inquérito realizado no município de Itapira – SP, em dia nacional de vacinação, ano 1999. Foram selecionadas e entrevistadas 346 mães de lactentes até 6 meses de vida. As variáveis dependentes foram usar mamadeira, usar chupeta. Foram elaborados testes de associação pelo qui-quadrado e análise de regressão logística múltipla.

Resultados: Dos lactentes de até 30 dias de vida, 22,2% usavam mamadeira e 24,1% chupeta, aumentando a frequência com a idade. Aos 6 meses de vida as proporções passaram a 41,6% e 43,4% respectivamente. A maioria (70,8%) dos lactentes desmamados usavam mamadeira e 66% chupeta, caindo essa frequência para 31,5% e 33% respectivamente, entre os lactentes amamentados. Aqueles em aleitamento materno exclusivo 21,2% usavam chupeta. Na análise de regressão logística múltipla, os fatores associados ao uso de mamadeira foram: primiparidade (OR=1,66 IC_{95%}=1,06-2,59) e a condição resultante da interação entre nascer e fazer puericultura em serviço de saúde privado ou conveniado (OR=2,71 IC_{95%}=1,34-5,48). Os fatores associados ao uso de chupeta foram: primiparidade (OR=1,61 IC_{95%}=1,04-2,50) e morar na zona rural (OR=3,30 IC_{95%}=1,23-8,86).

Conclusão: As prevalências do uso de mamadeira ou de chupeta são altas, estes fatos sidos iniciados nos primeiros dias de vida e aumentando até aos 6 meses. Para diminuir estas prevalências são necessárias ações preventivas nas maternidades e nas consultas de puericultura, principalmente com mães primíparas e que moram na zona rural.

Palavras chaves: mamadeira, chupeta, aleitamento materno, associação.

ABSTRACT

The study is aimed to analyze the prevalence of bottle or pacifier's use as well as identify variables possibly associated with that use. The fieldwork was done at Itapira's County, during one of the national vaccination's day. Three hundred and forty six mothers, bearing toddlers up to 6 months old, were interviewed. Dependent variables were bottle-feeding and the use of pacifier (yes/no). Chi-square test and multiple logistic regression analysis were used.

The results showed that 22.2% of newborn were fed by bottle and 24.1% had used pacifier. At six months of age, 41.6% and 43.4% of the children were using bottle and pacifier, respectively. Most (70,8%) of the weaned infants they used feeding bottle and 66% pacifier, falling that frequency respectively for 31,5% and 33%, among the breastfeed infants. Those breastfed exclusively, 21.2% had used pacifier. In the analysis of regression multiple logistics, the associated factors to the feeding bottle use were: primiparity (OR=1,66 IC95%=1,06-2,59) and the resulting condition of the interaction between to be born and to do child care in service of private or agreement health (OR=2,71 IC95%=1,34-5,48) For the use of pacifier, associations were found in primiparity (OR=1,60; 95%CI=1.04-2.50) and living in rural areas (OR=3,30 95%CI=1.23-8.86).

Conclusion: Use of bottle-feeding and pacifier has a high prevalence, starting in the early days of life, and increasing up to six months of age. To prevent them it is important to improve the recommendations in maternity hospitals, and child care units, specially in mothers who was having her first baby or is living in rural zone.

Key words: Bottle-feeding, pacifier, breastfeeding and associated factors.

INTRODUÇÃO

Mamadeira tem sido tradicionalmente considerada a única alternativa para alimentação dos bebês que não podem ser alimentados diretamente no peito. No entanto, as chupetas, bem como os bicos artificiais das mamadeiras, podem ser nocivos, tanto no sentido de aumentar em o risco de infecções quanto por reduzirem o tempo de sucção ao peito e, dessa forma, interferirem no processo de amamentação com aumento do intervalo entre as mamadas e possivelmente alterando a dinâmica oral (20).

Desde início dos anos 90, a UNICEF/WHO tem premiado com o título de “Hospital Amigo da Criança” as maternidades que possuam programa de promoção dos “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. Desses dez (10) passos, oito (8) focalizam a educação, motivação e atitude dos pais e dos profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno; os outros dois passos 6 e 9 referem - se à alimentação. Recomenda-se no passo 6 “Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico” e no passo 9 “Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao peito”. Em países em desenvolvimento ou com baixo padrão de higiene é muito freqüentes o uso desses artefatos, com conseqüente aumento do risco de infecção (14,16).

Em maio de 1981, a Assembléia Mundial de Saúde aprovou como requisito mínimo o Código Internacional de Substituto do Leite Materno, que foi subscrito por todos os países com assento na OMS (Organização Mundial de Saúde), exceto os Estados Unidos da América. Para proteger práticas saudáveis de alimentação do lactente, nele também figura a restrição à promoção dos bicos, mamadeiras e protetores de mamilos. O Brasil aprovou seu próprio código em 1988, que foi revisado e publicado uma nova versão, no ano de 2001 (8,13,20).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 1999 nas capitais brasileiras encontrou prática freqüente do uso de chupeta e mamadeira, entre crianças menores de um ano. Observou-se prevalência geral no Brasil de 62,3 % e 52,9% para mamadeira e chupeta respectivamente. No estado de São Paulo a prevalência foi de 72,7% para o uso de mamadeira e 66,4% para chupeta, o que mostra número expressivo de crianças com práticas desfavoráveis à amamentação (7).

O objetivo deste trabalho foi analisar a prevalência do uso de mamadeira e o uso de chupeta, bem como identificar os fatores associados a esse uso, entre lactentes até seis meses de vida no município de Itapira.

MATERIAL E MÉTODO:

Estudo realizado no município de Itapira, interior do estado de São Paulo, com população de 63.377 habitantes (IBGE, 2000), predominantemente urbana, com atividade voltada à cana-de-açúcar, pólo industrial em desenvolvimento, assim como setores de serviço.

Em 1999, durante a campanha nacional de vacinação, foi realizada pesquisa para avaliar a amamentação e alimentação da criança intitulada “Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dia Nacional de Vacinação”. Essa investigação teve a orientação da SES (Secretaria do Estado de Saúde) de São Paulo, por meio do (IS) Instituto de Saúde em parceria com o NUPENS (Núcleo de Pesquisa Nacional de Saúde) da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo. A coordenação da pesquisa em âmbito estadual foi responsável pelo treinamento e padronização da coleta de informação do profissional que coordenou a pesquisa em âmbito municipal.

POPULAÇÃO DE ESTUDO:

A entrevista foi realizada com as pessoas que levaram os lactentes até 364 dias de vida para serem vacinados, em agosto de 1999, nos 54 postos de imunização do município (16 em zona urbana e 38 em zona rural). As pessoas eram abordadas na fila da vacina, ocasião em que se informava a respeito da pesquisa e solicitado seu consentimento para participação. Todas as pessoas convidadas concordaram em fazer parte da pesquisa.

Foram incluídos nesse estudo lactentes levados pela própria mãe para serem vacinados, portanto, foram excluídos os lactentes que não atendiam a este critério e aqueles que nasceram em outros municípios. Ao final desse processo foram selecionadas 679 lactentes (81,6%) das entrevistas realizadas. Para esse estudo foram analisados 346 inquéritos alimentares referentes aos lactentes até 6 meses de vida.

COLETA DE DADOS

A coordenação estadual da pesquisa foi responsável pelo treinamento da coordenadora local (primeira autora desse trabalho), a qual responsabilizou - se pela padronização e qualidade da coleta de informação no município. Foram treinados vinte profissionais de saúde de nível médio de escolaridade, além de seis enfermeiras responsáveis pela supervisão local.

Foi aplicado questionário de 47 perguntas referentes à prática alimentar do lactente (alimentação das últimas 24 horas), informações sobre nascimento, parto e atendimento médico, algumas informações sobre a mãe (escolaridade, idade, local de moradia, trabalho, número de filhos).

O uso de mamadeira e chupeta foi investigado por meio das perguntas: “Algum desses alimentos (ou líquidos) foi dado por mamadeira ou chuquinha?”. “A criança chupa chupeta?”

ANÁLISE DOS DADOS:

Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados, verificando as frequências e medidas de tendência central; analisou-se também algumas características da população excluída.

Na análise dos fatores associados o uso de mamadeira e de chupeta foi considerado como variáveis dependentes (sim=1 e não=0) e as demais como variáveis independentes. Primeiramente foi realizado o teste de associação pelo qui-quadrado e, a seguir, a análise múltipla através do modelo de regressão logística. Foram selecionadas para o modelo de regressão logística todas as variáveis com $p < 0,20$ no teste de associação. A variável permaneceu no modelo final caso fosse estatisticamente significativa ($p < 0,050$) e/ou fosse de confusão. A medida de risco estimada foi o Odds Ratio e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. O ajuste do modelo foi verificado pelo teste de Hosmer-Lemeshow. Em todas as variáveis considerou-se o nível de significância de 5%. A interação foi realizada para o uso de mamadeira na regressão logística por apresentar mais de um modelo significativo.

As variáveis mamadeira e chupeta não foram colocadas para análise no modelo múltiplo de regressão logística por apresentarem associação positiva.

RESULTADOS:

As mães dos lactentes menores de 6 meses de vida que foram entrevistadas, tinham em média 25,6 anos (dp=6,38), 39,6% eram primíparas e 48,8% tiveram seus filhos por parto vaginal. A maioria era alfabetizada (94,8%) e 5,8% residiam na zona rural do município. Observou-se que 43,1% trabalhavam fora de casa durante a gravidez; dessas, 25,4% gozaram de licença maternidade e 19,7% já haviam retornado ao trabalho.

O lactente tinha em média 96 dias (dp=53), a maioria nasceu no Hospital Municipal (76,3%), peso médio ao nascer foi de 3.249 g(dp=478), sendo que 6,1% tiveram peso inferior a 2500 g. A maioria (85,8%) recebeu atendimento de puericultura na rede básica de saúde do município.

Entre a população excluída, (38 lactentes), e a população estudada (369) não houve diferença significativa considerando tipo de parto ($p=0,872$), local de moradia ($p=0,625$), peso ao nascer ($p=0,625$), trabalho atual ($p=0,253$), uso de mamadeira ($p=0,751$) e chupeta ($p=0,413$). Porém há uma maior proporção de mães alfabetizadas ($p<0,001$) e consulta de puericultura no serviço público ($p=0,003$) na população de estudo. Em relação à população excluída, 47,4% dos entrevistados não souberam informar idade materna e número de filhos.

Observou-se que 22,2% das crianças até 30 dias de vida usavam mamadeira e 24,1% faziam uso de chupeta, sendo que essa frequência aumenta conforme cresce a faixa etária. Aos 6 meses de vida 41,6% dos lactentes usavam mamadeira e 43,4% usavam chupeta. Para aquelas que usavam ambos, quase 10% das crianças tinham idade até 30 dias, sendo também progressivo o uso simultâneo destes com o aumento da idade.

A figura 1 ilustra a prevalência do uso de mamadeira e de chupeta segundo o tipo de leite que estava sendo usado na alimentação do lactente até 6 meses de vida. A maior prevalência (70,8%) do uso de mamadeira ocorreu entre os lactentes já desmamados. Para aqueles em aleitamento predominante 45,9 % usam mamadeira.

Verificou-se que, dos lactentes que estavam sendo amamentados exclusivamente com leite materno 21,2% usavam chupeta, sendo crescente essa frequência conforme o tipo de aleitamento, chegando à prevalência de 66,0% entre aqueles com desmame completo.

Na análise bivariada (Tabela 1), aparecem os fatores que foram associados significativamente ao uso de mamadeira: hospital onde a criança nasceu, consulta de puericultura, mulher primípara e uso de chupeta. Em relação ao uso de chupeta (Tabela 2), observou-se associação estatisticamente significativa com mamadeira, mãe primípara e local de moradia.

Foi observada interação entre hospital de nascimento e tipo de serviço de puericultura, por essa razão optou-se por incluir no modelo apenas a variável de interação

Os procedimentos da análise de regressão logística múltipla (Tabela 3) mostraram que os fatores associados ao uso de mamadeira são: primiparidade (OR=1,66 IC_{95%}=1,06-2,59) e ter tido o bebê em uma maternidade que não pertence ao programa Hospital Amigo da Criança e de ter feito puericultura em serviço médico conveniado/particular (OR=2,71 IC_{95%}=1,34-5,48), controlando os efeitos de baixo peso, trabalho atual e uso de chupeta. Os fatores associados ao uso de chupeta foram residir na zona rural (OR=3,30 IC_{95%}=1,23-8,86) e primiparidade (OR=1,61 IC_{95%}=1,04-2,50), controlando o efeito de hospital de nascimento.

DISCUSSÃO:

A alimentação com mamadeira e o uso de chupeta, são práticas freqüentes entre os lactentes que fizeram parte desse estudo, confirmando estudo realizado em algumas capitais brasileiras (7).

Vários estudos têm demonstrado a ação prejudicial desses artefatos para a saúde do lactente. Entre os lactentes que fazem uso de chupeta são relatados aumentos de, risco para otite média aguda, impacto na produção de leite, na motivação para amamentar e no tempo de amamentação (4,6,10,16). Entretanto, outro estudo indica que o uso desse artefato é considerado normal e freqüentemente declarado calmante (17). Em relação ao uso de mamadeira estudos demonstram redução da atividade do músculo masseter, como fator associado ao desmame precoce (1,5), assim como, exposição diária da criança a nitrosaminas, substância carcinogênica que é encontrada nos bicos de borracha (19).

Os resultados obtidos na razão de prevalência indicam que as variáveis chupeta e mamadeira possuem forte associação entre si, confirmando estudo realizado em municípios de estado de São Paulo (3)

Ao verificarmos a associação do uso desses artefatos com o tipo de leite consumido pelo lactente, devemos considerar a limitação do estudo, que embora não nos permite uma análise de causa e efeito, confirma outro estudo que observa ser mais freqüente o uso de mamadeira nos lactentes desmamados ou naqueles em aleitamento materno (11).

Na análise dos fatores associados ao uso de mamadeira, observou-se que lactentes que nasceram na Santa Casa e fizeram consulta médica de puericultura no serviço médico particular / convênio apresentaram maior chance para o uso desse artefato. Pérez-Escamilla /1995, em estudo realizado no México, verificou que mulher que tinha o parto em hospital onde não se praticava o alojamento conjunto e apoio à amamentação foi fator de risco para o desmame completo dos lactentes, aos 4 meses de vida (11). Estudo de avaliação de promoção do aleitamento materno em maternidades públicas e privadas do município de São Paulo indicaram que práticas facilitadoras da amamentação (maior proporção de alojamento conjunto, banco de leite humano, ambulatório de pré-maturo, entre outras) foram encontradas com maior freqüência nos hospitais públicos (15).

Discussões éticas com profissionais de saúde juntamente com associações e conselhos de ética profissional devem fazer parte do processo para elaboração de políticas nacionais e internacionais que possam recomendar procedimentos éticos que dêem conta dos conflitos de interesse das companhias de alimentação infantil *versus* leite materno (12).

Na revisão bibliográfica feita pelas autoras, não foram encontrados estudos que relatem uso de chupeta na zona rural, entretanto, estudo demonstrou aumento no uso de mamadeira nas áreas rurais (2).

Estudo realizado por Vogel, 2001 confirma associação positiva entre o uso de chupeta e mulher primípara, contrariamente a outro estudo que concluiu ser mais freqüente em mulheres múltiparas (11,18).

Ações governamentais devem direcionar esforços no sentido de desencorajar essa prática na população, investindo em treinamento de profissionais de saúde, marketing junto à população e estimulando órgãos competentes para a fiscalização da “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, sendo recentemente publicada sua última alteração (8).

O município estudado apresentou prevalências menores daquelas encontradas no Estado de São Paulo e a do País (7), este fato pode ser explicado, pelo intenso trabalho que é desenvolvido pelo Serviço Público Municipal, que há mais de 20 anos desenvolvem ações em prol amamentação, sendo intensificadas e sistematizadas a partir de 1997 com a integração da Rede Básica de Saúde e modificação das práticas hospitalar (HM), segundo recomendação do Ministério da Saúde para a implantação dos Dez Passos Para O Sucesso do Aleitamento Materno, culminando em 1999, com a conquista do título de “Hospital Amigo da Criança”.(9). Podemos supor que tais fatos contribuíram para a modificação no uso desses artefatos entre os lactentes atendidos pelo serviço público.

Esse estudo, recomenda que para diminuir as altas prevalências no uso desses artefatos, no município, devem ser priorizadas ações preventivas na maternidade e durante as consultas de puericulturas, principalmente junto às mães primíparas e as que residem na zona rural.

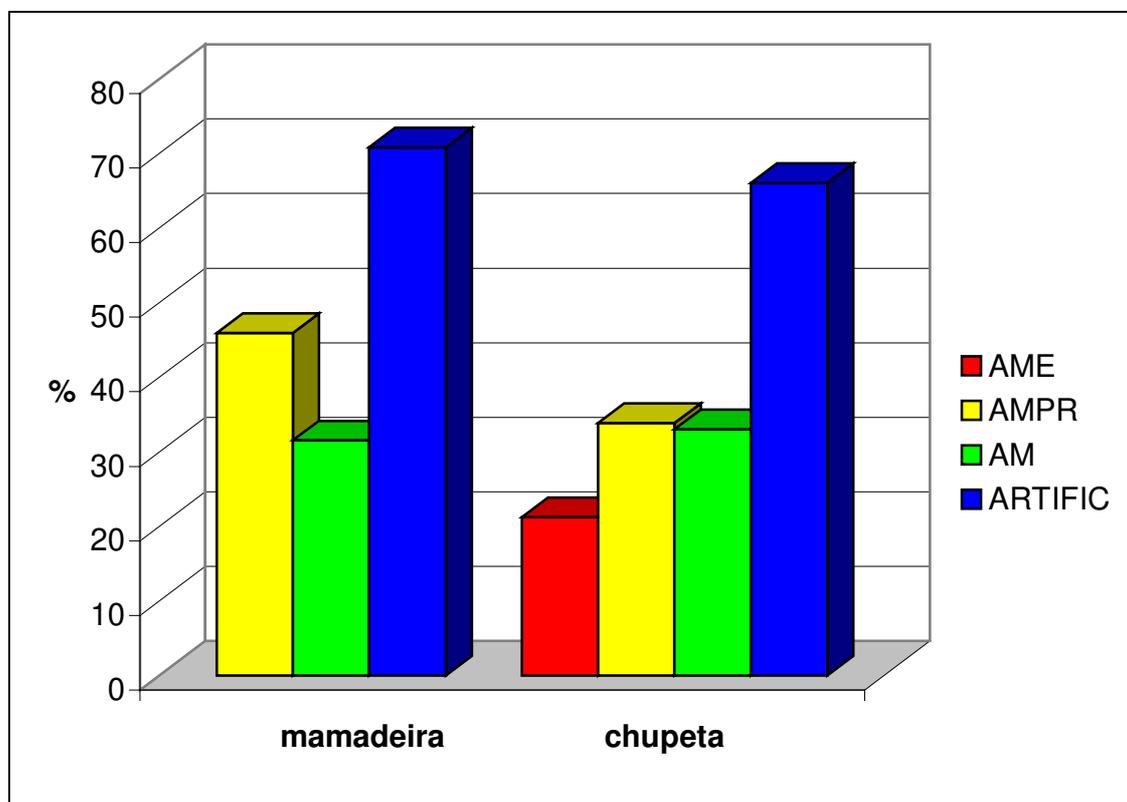


Figura 1. Lactentes até 6 meses de vida, segundo tipo de Aleitamento Materno (AM), Aleitamento Materno Predominante (AMPR), Aleitamento Materno Exclusivo (AME), Leite Artificial (Artific.) e o uso de Mamadeira e Chupeta. Itapira, 1999.

Tabela 1. Distribuição do número e percentual de lactentes, segundo **uso de mamadeira até 6 meses de vida**, e as variáveis de análises, valores de OR(odds ratio), intervalo de confiança de 95%. Itapira,1999.

Mamadeira								
Variável	Categoria	Sim		Não		OR	IC 95% (OR)	P
		N	%	N	%			
Hosp.onde Cr.nasceu	HM	102	38,6	162	61,4	0,60	0,35-1,02	0,058
	SC	42	51,2	40	48,8	1,00		
Baixo Peso	Sim	12	57,1	9	42,9	1,95	0,74-5,19	0,207
	Não	132	40,6	193	59,4	1,00		
Tipo de Parto	Vaginal	66	39,1	103	60,9	0,81	0,52-1,28	0,402
	Cesárea	78	44,1	99	55,9	1,00		
Consulta Pueric.	SP	117	39,4	180	60,6	0,62	0,53-1,01	0,056
	SPR/C	27	55,1	22	44,9	1,00		
Adolescente	Sim	24	42,9	32	57,1	1,06	0,57-1,97	0,954
	Não	120	41,4	170	58,6	1,00		
Primípara	Sim	67	48,9	70	51,1	1,64	1,03-2,60	0,034
	Não	77	36,8	132	63,2	1,00		
Alfabetizada	Sim	137	41,8	191	58,2	1,13	0,39-3,31	0,996
	Não	7	38,9	11	61,1	1,00		
Zona Rural (Local de Moradia)	Sim	7	35,0	13	65,0	0,74	0,26-2,00	0,700
	Não	137	42,0	189	58,0	1,00		
Licença à Maternidade	Sim	47	48,5	50	51,7	1,39	0,78-2,49	0,297
	Não	51	38,1	83	61,9	0,91		
	Não Trab.	46	40,4	68	59,6	1,00		
Trabalho	Formal 1	26	48,1	28	51,9	1,50	0,80-2,84	0,230
	Informal 2	26	51,0	25	49,0	1,68		
	Não 3	92	38,2	149	61,8	1,00		
Chupeta	Sim	91	61,6	59	39,3	4,16	2,58-6,74	<0,001
	Não	53	27,0	143	73,0	1,00		

SP serviço público /SPR/C serviço particular /convênio.

Tabela 2. Distribuição do número e percentual de crianças, segundo **uso de chupeta em lactentes até 6 meses de vida** e variáveis de análise, valores de OR (odds ratio), Intervalo de confiança de 95%, Itapira, 1999.

Variável	Categoria	Chupeta				OR	IC 95% (OR)	P
		Sim		Não				
		N	%	N	%			
Hosp.onde Cr.nasceu	HM	108	40,9	156	59,1	0,66	0,39-1,12	0,128
	SC	42	51,2	40	48,8	1,00		
Baixo Peso	Sim	8	38,1	13	61,9	0,79	0,29-2,12	0,783
	Não	142	43,7	83	56,3	1,00		
Tipo de Parto	Vaginal	78	46,2	91	53,8	1,25	0,80-1,96	0,358
	Cesárea	72	40,7	105	59,3	1,00		
Consulta Pueric.	SP	129	43,4	168	56,6	1,02	0,53-1,97	0,936
	SPR/C	21	42,9	28	57,1	1,00		
Adolescente	Sim	26	46,4	30	53,6	1,16	0,63-2,14	0,718
	Não	124	42,8	166	57,2	1,00		
Primípara	Sim	69	50,4	68	49,6	1,60	1,01-2,54	0,043
	Não	81	38,8	128	61,2	1,00		
Alfabetizada	Sim	142	43,3	186	56,7	0,95	0,34-2,73	0,882
	Não	8	44,4	10	55,6	1,00		
Zona Rural (Local/Moradia)	Sim	14	70,0	6	30,0	3,26	1,13-9,78	0,024
	Não	136	41,7	190	58,3	1,00		
Licença à Maternidade	Sim	40	41,2	57	58,8	0,84	0,47-1,50	0,617
	Não	58	43,3	76	56,7	0,91		
	Não Trab.	52	45,6	62	54,4	1,00		
Trabalha	Formal 1	21	38,9	33	61,1	0,84	0,44-1,60	0,673
	Informal 2	25	49,0	26	51,0	1,27		
	Não 3	104	43,2	137	56,8	1,00		
Mamadeira	Sim	91	63,2	59	39,3	4,16	2,58-6,74	<0,001
	Não	53	27,0	143	73,0	1,00		

*SP serviço público /SPR/C serviço particular /convênio

Tabela 3. Análise múltipla, dos fatores associados ao uso de **mamadeira ou chupeta, em lactentes até 6 meses de vida.** Itapira, 1999.

Variável Dependente	Variável Independente	Categoria	OR Bruta	OR Ajust.*	IC 95% (OR _a)	P
Mamadeira	primípara	Sim	1,64	1,66	1,06-2,59	0,027
		Não	1,00	1,00		
	Hospital e puericultura	HM* + Puericultura	1,00	1,00		
		HM* + SPR/C*	0,39	0,36	0,07-1,73	0,201
		SC* + SPR/C*	2,75	2,71	1,34-5,48	0,006
	SC* + SP*	1,01	0,96	0,49-1,87	0,907	
	Teste de Hosmer – Lemeshow: p=0,918					
	primípara	Sim	1,60	1,61	1,04-2,50	0,032
		Não	1,00	1,00		
Chupeta	Local de moradia	Z. rural	3,26	3,30	1,23-8,86	0,017
		Z. urbana	1,00	1,00		
	Teste de Hosmer – Lemeshow: p=0,660					

* HM: Hospital Municipal; SPR/C: consulta médica de puericultura no serviço particular / conveniado; SP:

Serviço público; SC: Santa Casa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ardran GM, Kemp FH, Lind J. A cinematographic study of breast-feeding. *British Journal of Radiology* 1958; (a): 11-12, (b): 156-162.
2. Bekele A, Berhane Y. Magnitude and Determinants of Bottle Feeding in Rural Communities. *East African Medical Journal* 1999; 76(9): 516-519.
3. Cotrin CL, Venâncio SI, Escuder MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. *Revista Brasileira Saúde Mater. Infantil* 2002, 2 (3):245-252.
4. Howard CR et al. The Effects of Early Pacifier Use on Breastfeeding Duration. *Pediatrics* 1999;103:1-6.
5. Inoue N, Sakashita R, Kamegai T. Reduction of masseter muscle activity in Bottle-feed babies. *Early Human Development* 1995; 42:185-193.
6. Kramer SM, et al. Pacifier use, Early weaning, and Cry/Fuss Behavior. *JAMA* 2001; 286(3): 322-326.
7. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde Área de Saúde da Criança. Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal. Brasília 2001. 49p.
8. Ministério da Saúde (MS). <http://www.saúde.gov.br> e <http://www.anvisa.gov.br>
9. Ministério da Saúde (MS). Normas e Diretrizes para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Portaria N. 155, 14 de setembro de 1994).
10. Niemela M, Uhari M, Mottonen M. A pacifier increases the Risk of Recurrent Acute Otitis Media in Children in Day Care Centers. *Pediatrics* 1995; 96:884-888
11. Pérez-Escamilla R, Millán SS, Dewey KG. Autoalimentación con biberón en Una población urbana de bajos ingresos en México. *Bol Oficina Saint Panam* 1995, 119(4): 283-291.

12. Rea MF, Toma TS. Proteção do Leite Materno e ética. *Rev de Saúde Pública* 2000; 34(4): 388-95.
13. Sokol JE. Em Defesa da Amamentação.(Manual para implementar o Código Internacional de Mercadização de Substitutos de Leite Materno). São Paulo: IBFAN; 1999 284 pgs.
14. Schubiger G, Tonz O. Unicef / WHO Baby – friendly Hospital Initiative does the use of bottles and pacifiers in the Neonatal Nursery Prevent Successful Breastfeeding? *Eur J. Pediatr* 1997; 156:874-877.
15. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35 (5): 409-14.
16. Victora GC, Tomasi E, Olinto MTA, Barros FC. Use of pacifier and breast Feeding duration. *The Lancet* 1993; 341: 404-06.
17. Victora GC, Behague DP, Barros CF, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier Use and Short Breastfeeding Duration Cause, Consequence or Coincidence? *Pediatrics* 1997; 3:445-453.
18. Vogel IS, Hutchison BL, Mitchell EA.The impact of pacifier use on Breastfeeding: a prospective cohort study. *J.Paediatr Child Health* 2001; 37:58-63
19. Westin JB. Ingestion of Carcinogenic N-Nitrosamines by Infants and Children. *Archives of Environmental Health* 1990; 45(6): 359-363.
20. (WHO) World Health Organization. *Division of Child Health and Development Evidence for the Tem Steps to Successful Breastfeeding*. Geneva: WHO 1998:111pgs.

**4.3. FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA ALIMENTAR NO 1^o DIA EM CASA
PÓS-ALTA HOSPITALAR. ITAPIRA-SP 1999.**

**ASSOCIATED FACTORS THE FEEDING PRACTICES IN THE FIRST DAY AT
HOME AFTER DISCHARGE HOSPITAL. ITAPIRA, 1999.**

FERRARI AUDI, C. A. Mestranda da Faculdade de Ciências Médica, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Departamento de Medicina Preventiva e Social. Área de concentração Epidemiologia.(celeneaparecida@bol. com.br). R.Francisco Galli, 245 Itapira São Paulo Cep 13976.152. Tel (19) 38638243

CORRÊA, A.M.S: Professora Doutora.Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Departamento de Medicina Preventiva e Social.(segall@fcm.unicamp.br). Departamento Medicina Preventiva Social. FCM - UNICAMP. CP: 6.111.Cep: 13081.970.

LATORRE, M.R.D. O: Professora Associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-USP.Departamento de Epidemiologia.

(mdrddola@usp.br). Av. Dr. Arnaldo, 715 São Paulo-SP, Cep: 01246-904.

Telefone (011)30667744.

Agradecimento: À coordenação do projeto “Amamentação e Municípios” (SES/IS, NUPENS/FSP/USP), por ter disponibilizado os dados para realização deste trabalho.

(Esse artigo será submetido ao Caderno de Saúde Pública)

RESUMO:

Este trabalho teve como objetivo avaliar os fatores associados à prática de amamentação no 1º dia em casa após a alta. Foram realizadas 209 entrevistas com mães de lactentes com idade até 4 meses de vida residentes em Itapira-SP, que levaram seus filhos para serem vacinados na Campanha Nacional de Vacinação em 1999. Os resultados mostraram que a idade média dessas mulheres foi de 25,5 anos e 18,2% eram mães adolescentes. Nasceram por parto vaginal 53% dos lactentes, sendo a maioria (78,5%) no Hospital Municipal (HM) que atualmente é “Hospital Amigo da Criança”. Constatou-se que 73,5% dos lactentes no 1º dia em casa encontravam-se em aleitamento materno exclusivo (AME) e 11,5% já haviam consumido alimento artificial. O único fator associado à maior chance de estar amamentando exclusivamente no 1º dia em casa foi o fato de a mãe ser adolescente (OR=3,71; IC_{95%}(OR)= 1,25-11,00) e este efeito permaneceu mesmo após o ajuste para o tipo de parto e hospital de nascimento. Em relação ao uso de leite artificial no 1º dia em casa, o único fator associado foi o hospital de nascimento, sendo que a mãe atendida no HM teve menor chance de usar leite artificial no 1º dia em casa (OR=0,33; IC_{95%}(OR)=0,13-0,80), mesmo após o controle para o tipo de parto.

Palavras-Chaves: assistência hospitalar, amamentação, cuidados perinatal.

ABSTRACT:

The objective of this study was to analyse the associated factors to breast-feeding in the first day at home, after the mothers leaving the Hospital. There were interviewed 209 mothers whose children was 4 months old or less, living in Itapira -SP, that went to “National Day to Immunization”, in 1999. The results showed that the mean age of mothers was 25.5 years old and 18.2% were teenage. There was 53% vaginal delivery and most of them (78.5%) took place in “Hospital Municipal” (HM), which is “Baby Friendly Hospital Initiative”. For about 73.5% of children were in exclusive breast-feeding in the 1st day at home and 11.5% had feed artificial. The only factor associated to exclusive breast-feeding in the 1st day at home was the mother to be a teenage (OR=3.71; 95%IC 1,25-11,00) and it was significant even after the control for kind of delivery and the hospital. For the use of artificial milk in the 1st day at home, just the hospital was significant (HM was a protective factor; (OR=0,33; 95%IC 0,13-0,80), even after the control for kind of delivery.

Key word: hospital assistances; breast-feeding; perinatal care.

INTRODUÇÃO

Muitas rotinas de parto e cuidados perinatais, freqüentemente caracterizadas pelo seu enfoque “cirúrgico e asséptico”, foram originalmente estabelecidas para controlar infecções perinatais ou para facilitar o trabalho médico e da equipe hospitalar. Embora nem todas essas rotinas interfiram no relacionamento afetivo mãe-filho, freqüentemente ocorre um efeito negativo sobre o desempenho da lactação. (OMS, 1989).

Estudo realizado na cidade de Santos, Brasil, avaliou a efetividade do programa de promoção ao aleitamento materno exclusivo em hospital onde é desenvolvido programa de promoção ao aleitamento materno comparado com hospital controle. A conclusão foi diferença encontrada nos lactentes expostos a atividades de promoção do aleitamento materno, quando comparado ao hospital controle, pois foi verificada maior duração da mediana do aleitamento materno exclusivo, no grupo dos expostos. (Lutter, 1997).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para promover, proteger e apoiar ações que viabilizem a prática do aleitamento materno e assim estabelecer a segunda meta operacional da “Declaração di Innocenti”. (WHO, 1998). Essa meta estabelece que até o ano de 1995, todos os governos devem assegurar que os serviços de maternidade sigam todas as etapas dos “Dez Passos para o Êxito da Amamentação”, tal como aparecem na declaração conjunta da OMS/UNICEF “Protegendo, promovendo e apoiando o aleitamento: o papel especial dos serviços de maternidade” (Sokol, 1999).

No Brasil, o Ministério da Saúde, juntamente com o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, apoiado pela OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e UNICEF iniciam reorientação dos serviços de maternidade para que trabalhem no sentido de modificar suas rotinas e implantar “Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

A IHAC tem contribuído para um aumento das taxas de amamentação, dos cuidados de saúde que podem interferir na amamentação e até nos cuidados fora do ambiente hospitalar.(WHO, 1998).

Os hospitais que conseguirem mudar suas rotinas por meio da implantação dos dez passos e atender aos pré-requisitos estabelecidos, além de receberem o Certificado de Excelência concedido pelo Ministério da Saúde e UNICEF, passará a se beneficiar de recursos financeiros garantidos pela portaria PT/MS/ junho de 2000.

Esse trabalho objetiva avaliar a prática alimentar no 1º dia em casa pós-alta hospitalar, tomando como referência as diferentes abordagens das práticas hospitalares, supondo que, até este dia, predominem as influências assistenciais da maternidade sobre aquelas próprias do ambiente familiar.

Após revisão bibliográfica realizada pelas autoras, não foi possível encontrar trabalhos que reportem sobre a prática alimentar no 1º dia em casa pós-alta hospitalar, porém, alguns estudos realizados, concluíram que mulheres que pariram em hospital que desenvolve ações de promoção, incentivo e proteção ao aleitamento materno têm mais sucesso com a amamentação (Pérez-Escamilla; 1993; Pérez-Escamilla; 1995 Lutter; 1997).

MATERIAL E MÉTODOS

Itapira é município do interior do Estado de São Paulo, com a população de 63.377 habitantes (IBGE, 2001). Suas atividades são predominantemente voltadas à cultura de cana-de-açúcar, com pólo industrial em desenvolvimento, assim como setores de serviço.

Em 1999, durante a Campanha Nacional de Vacinação, foi realizada pesquisa para avaliar a amamentação e alimentação da criança no primeiro ano de vida, sob a orientação da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, por meio do Instituto de Saúde, NUPENS (Núcleo de Pesquisa Epidemiológicas em Nutrição e Saúde), FSP (Faculdade de Saúde Pública), USP (Universidade de São Paulo), intitulada “*Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacional de Vacinação*”.(Venâncio, 2002).

A entrevista foi realizada com as pessoas que levaram os lactentes até 364 dias de vida para serem vacinados, em agosto de 1999, nos 54 postos de imunização do município, (16 em zona urbana e 38 em zona rural). As pessoas eram abordadas na fila da vacina, ocasião em que se informava a respeito da pesquisa e solicitado seu consentimento para participação. Todas as pessoas convidadas concordaram em fazer parte da pesquisa.

Foram incluídos nesse estudo lactentes levados pela própria mãe para serem vacinados, portanto, foram excluídos os lactentes que não atendiam a este critério e aqueles que nasceram em outros municípios. Ao final desse processo foram selecionadas 679 lactentes (81,6%) das entrevistas realizadas.

Para a análise das características da amamentação no primeiro dia pós-alta hospitalar foram incluídas apenas as crianças com idade igual ou inferior a 4 meses, visando assim reduzir viés de memória. Nessa situação participaram do estudo 209 crianças, que representam 30,8% do total das crianças menores de um ano, incluídas nesse estudo.

Foi considerado:

Aleitamento Materno Exclusivo (AME) quando o lactente recebeu apenas leite materno (de sua mãe ou ordenhado) e não recebia outro líquido ou sólido com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento Materno Predominante quando o lactente recebeu leite materno e outros líquidos (chá, água) (WHO, 1992).

Alimento artificial (AA) quando o lactente recebeu leite artificial, chá ou água e não recebeu leite materno.

Em Itapira existem dois Hospitais com maternidade: o Hospital Municipal (HM), que atualmente é Hospital Amigo da Criança e a Santa Casa (SC), que mantém atendimento tradicional para a assistência à mulher e criança na maternidade. As características materno-infantis e hospitalares entre os dois hospitais foram comparadas utilizando o teste de associação pelo qui-quadrado.

Na análise dos fatores associados à alimentação no 1º dia em casa, o aleitamento materno exclusivo (sim=1 e não=0) foi considerado como variável dependente e as demais como variáveis independentes (hospital de nascimento, tipo de parto, mãe adolescente, primípara, baixo peso ao nascer, alta com até 24 horas e local de moradia). Realizou-se o teste de associação pelo qui-quadrado e, a seguir, a análise múltipla através do modelo de regressão logística. A força da associação foi expressa em valores estimados de “Odds Ratio” (brutos e ajustados) com intervalo de confiança de 95% .

O mesmo procedimento foi adotado para a análise dos fatores associados ao uso de alimento artificial no 1º. dia em casa após a alta.

RESULTADOS:

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a população excluída $n=24$ (11,5%) e a população estudada nas seguintes variáveis: tipo de parto ($p=0,811$), primíparidade ($p=0,825$), peso ao nascer ($p=0,476$), alta hospitalar ($p=0,597$), moradia ($p=0,527$), uso de chá ($p=0,582$), uso de água ($p=0,884$), aleitamento materno ($p=0,186$), uso de leite artificial (0,459). Foi verificado maior proporção de lactentes amamentados exclusivamente na população de estudo ($p=0,044$); em relação à variável idade materna, da população excluída 45,8% dos entrevistados não souberam informar.

Optou-se por incluir nessa análise os 209 lactentes com idade menor ou igual a 4 meses, levados pela mãe, tentando garantir a qualidade das informações.

A idade média das mulheres entrevistadas foi de 25,5 anos ($dp=6,3$ anos), sendo que 18,2% eram mães adolescentes. Nasceram por parto vaginal 53% dos lactentes e apenas 7,7% das crianças apresentaram baixo peso ao nascer. Das mães entrevistadas, 42,6% ao engravidar trabalhavam fora do lar e 24% tiveram licença-maternidade, mas apenas 20,8% continuam trabalhando até hoje.

A maioria das crianças (78,5%) nasceu no Hospital Municipal (HM) e não houve diferenças significativas entre as clientelas em relação ao tipo de parto ($p=0,260$), frequência de mãe adolescente ($p=0,108$), de primípara ($p=0,189$), de baixo peso ao nascer ($p=0,501$) e local de moradia ($p=0,385$), conforme está apresentado na Tabela 1. Porém, há uma maior proporção de mulheres que tiveram alta com 1 dia após o parto na Santa Casa ($p=0,006$).

No primeiro dia em casa, pós-alta hospitalar, 91,4% dos lactentes estavam mamando no peito, 6 (2,9%) não mamaram no peito e os demais (5,7%) não souberam responder. Em relação ao AME 153 lactentes (73,5%) estavam sendo aleitados exclusivamente com leite materno. Estavam com AA (leite artificial, chá ou água) 24 lactentes (11,5%) dos incluídos; observou-se que 10% dos lactentes usaram chá no primeiro dia e 2,9% água. Das 209 crianças entrevistadas, 11,5% estavam em aleitamento predominante.

A população do estudo e as variáveis descritas foram reunidas em análise bivariada, para verificação de possível associação com o tipo de alimento que é ofertado no primeiro dia em casa pós – alta hospitalar.

A Tabela 2 apresenta a análise dos fatores associados à prática de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) no 1º. dia pós-alta hospitalar. A única variável significativa foi ser mãe adolescente (OR= 3,71 IC_{95%}(OR)=1,18-13,03) e a significância manteve se mesmo após o ajuste para tipo de parto e hospital em que se realizou o parto (ORaj= 3,71 IC_{95%}(ORaj)=1,25-11,00).

Em relação ao uso de Alimento Artificial (AA), observou-se associação significativa apenas com o hospital de nascimento, onde houve menor proporção de mães utilizando leite artificial quando o parto foi realizado no HM (OR=0,33 IC_{95%}(OR)=0,12-0,87), conforme apresentado na Tabela 3. Essa associação permaneceu significativa mesmo após o ajuste para o tipo de parto (ORaj=0,30; IC_{95%}(ORaj)= 0,12-0,75).

DISCUSSÃO:

O presente estudo apresenta a vantagem de ser uma pesquisa de base populacional, realizada com mães de lactentes de até 4 meses de idade sobre questões referentes à prática da amamentação no primeiro dia em casa pós-alta hospitalar, minimizando o efeito de vieses de memória.

O uso de chá parece ser prática freqüente e de início precoce nessa população. Não nos foi possível encontrar estudos que reportem essa prática no 1º dia em casa, porém, estudos demonstram que a complementação do leite materno com líquidos não nutritivos nos primeiros 6 meses de vida é prática inadequada, desnecessária sob o aspecto biológico, mesmo considerando os dias quentes e secos; em crianças amamentadas leva à redução do consumo total de leite, podendo culminar com o desmame total e precoce (Brown, 1995; Pérez-Escamilla, 1996).

O resultado desse estudo indicou que ser mãe adolescente tem maior chance de estar em AME, contrariando outros estudos em que o início e a duração da amamentação é freqüentemente menor nessas mulheres. Esse dado pode ser explicado pelo fato de a maioria desses lactentes terem nascido no hospital municipal, que é Hospital Amigo da Criança o que pode ter contribuído na modificação dos índices de amamentação dessas mulheres.(López, 1993; Ineichen, 1997; Wambach, 2000).

Em relação às práticas hospitalares, verificou-se um diferencial referente à introdução da alimentação artificial, no hospital com atendimento tradicional à mulher e à criança. Isso mostra o efeito protetor à amamentação que as práticas que contemplam a promoção, proteção e o estímulo ao aleitamento materno têm sobre os padrões da amamentação, mudança no comportamento materno e fisiológico no lactente (Avoa, 1990; Corrêa, 1996; Kramer, 2001; Venâncio, 2002). Em avaliação realizada sobre promoção do aleitamento materno em maternidades públicas e privadas do município de São Paulo, práticas facilitadoras da amamentação tenderam a ser encontradas com maior freqüência nos hospitais públicos do que nos hospitais privados de São Paulo (Toma, 2001).

Por quase três décadas, tem havido especial interesse sobre o vínculo entre pais e filhos na esperança de que uma melhor compreensão desse relacionamento pudesse resultar em aperfeiçoamento das rotinas de atenção perinatal e redução da incidência de

desordens familiares (Kennell, 1980). Na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a prática do alojamento conjunto permite que mães e bebês a termo saudáveis permaneçam juntos desde a sala de partos até a alta hospitalar, favorecendo, entre outras, práticas que estimulem a amamentação, fortalecendo o vínculo afetivo mãe-filho. (MS, 1993).

Pérez - Escamilla et al (1995) em pesquisa realizada em três países da América Latina, (Brasil, Honduras e México), observaram que mulheres que tiveram seus filhos em hospitais com atividade de promoção da amamentação tenderam a ter mais sucesso no aleitamento materno exclusivo, tendo esses hospitais um impacto positivo na lactação. Outros estudos têm demonstrado que os programas de promoção ao aleitamento materno constituem uma outra maneira de diminuir os custos nas intervenções de saúde, prevenindo os casos de diarreia e mortes por diarreia, promovendo ganho de anos de vida (Horton, 1996).

Há estudos que se referem à necessidade de um décimo primeiro passo, que garanta atenção humanizada no manejo intraparto de modo a possibilitar um processo psicológico normal nos três estágios do trabalho de parto (Kroeger, 1993). Outro estudo sugere que este 11º passo seja voltado ao cuidado médico e psicossocial nas unidades para recém-nascidos prematuros e doentes (Levin, 1999).

O sucesso da amamentação depende do comportamento de interação entre a mulher e a criança, informações sobre alimentação infantil, suporte físico e social durante a gestação, peso da criança e cuidado pós-parto, família, médico, normas e atitudes culturais, condições demográficas e econômicas, pressão comercial, normas e políticas nacional e internacional (Lutter, 2000).

CONCLUSÃO:

Esse estudo concluiu que no 1º dia em casa mulheres adolescente tiveram maior chance de estar amamentando exclusivamente e o uso de alimentação artificial foi mais freqüente entre as mulheres que pariram na Santa Casa.

Portanto, podemos verificar que políticas públicas de saúde que favoreçam práticas de promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno podem contribuir para a modificação do padrão da amamentação na população e deve servir de incentivo para que outros hospitais modifiquem suas rotinas no atendimento da mulher e do lactente, implantando ações que favoreçam a amamentação.

Tabela 1. Caracterização da população estudada, segundo hospital de nascimento. Itapira, 1999.

Variável	Categoria	HM ¹	SC ²	p*
		No. (%)	No. (%)	
Tipo de parto	Vaginal	100 (61,9)	11 (24,4)	0,260
	Cesárea	64 (39,1)	34 (75,6)	
Mãe adolescente	Sim	34 (20,7)	4 (8,9)	0,108
	Não	130 (79,3)	41 (91,1)	
Primípara	Sim	67 (40,9)	20 (44,4)	0,189
	Não	97 (59,1)	25 (55,6)	
Baixo peso ao nascer	Sim	10 (6,1)	2 (4,4)	0,501
	Não	154 (93,9)	43 (95,6)	
Tempo de alta [#]	Com 1 dia	41 (27,5)	17 (40,5)	0,006
	+ de 1 dia	108 (72,5)	25 (59,5)	
Moradia	Z.Rural	12 (7,3)	2 (4,4)	0,385
	Z.Urbana	152 (92,7)	43 (95,6)	
Total		164 (100,0)	45 (100,0)	

*p: nível descritivo do teste de associação pelo qui-quadrado

HM¹: Hospital Municipal

SC²: Santa Casa

#: excluídas as mães com informação ignorada

Tabela 2. Distribuição do número e percentual de crianças, segundo amamentação exclusiva (AME) no 1^o. dia em casa pós-alta hospitalar e demais variáveis de estudo. Itapira, 1999.

Variável	Categoria	AME no		Total (%)	OR	IC _{95%} (OR)	p*
		Sim (%)	Não (%)				
Hospital	Hosp.Municipal	124 (75,6)	40 (24,4)	100	1,71	(0,79-3,67)	0,190
	Santa Casa	29 (64,4)	16 (35,6)	100	1,00		
Tipo de parto	Vaginal	86 (77,5)	25 (22,5)	100	1,59	(0,82-3,09)	0,184
	Cesárea	67 (68,4)	31 (31,6)	100	1,00		
Mãe adolescente	Sim	34 (89,5)	4 (10,5)	100	3,71	(1,18-13,03)	0,021
	Não	119 (69,6)	52 (30,4)	100	1,00		
Primípara	Sim	65 (74,7)	22 (25,3)	100	1,14	(0,58-2,24)	0,797
	Não	88 (72,1)	34 (27,9)	100	1,00		
Baixo peso [#]	Sim	9 (75,0)	3 (25,0)	100	1,10	(0,26-5,37)	0,848
	Não	144 (73,0)	53 (27,0)	100	1,00		
Tempo de alta [#]	Com 1 dia	47 (81,0)	11 (19,0)	100	1,40	(0,61-3,23)	0,502
	+ de 1 dia	101 (75,9)	32 (24,1)	100	1,00		
Moradia	Z.rural	9 (64,3)	5 (35,7)	100	0,64	(0,18-2,31)	0,639
	Z.urbana	144 (74,0)	51 (26,0)	100	1,00		
Total		153 (73)	56 (27)	100			

#: excluídas as mães com informação ignorada

*p: nível descritivo do teste de associação pelo qui-quadrado

Tabela 3. Distribuição do número e percentual de crianças, segundo alimentação artificial (AA) no 1^o. dia em casa pós-alta hospitalar e demais variáveis de estudo. Itapira, 1999.

Variável	Categoria	AA no		Total (%)	OR	IC _{95%} (OR)	p*
		Sim (%)	Não (%)				
Hospital	Hosp.Munic.	14 (8,5)	150 (91,5)	100	0,33	(0,12-0,87)	0,022
	Santa Casa	10 (22,2)	35 (77,8)	100	1,00		
Tipo de parto	Vaginal	9 (8,1)	102 (91,9)	100	0,49	(0,19-1,26)	0,158
	Cesárea	15 (15,3)	83 (84,7)	100	1,00		
Mãe adolescente	Sim	2 (5,3)	36 (94,7)	100	0,38	(0,06-1,77)	0,294
	Não	22 (12,9)	149 (87,1)	100	1,00		
Primípara	Sim	10 (11,5)	77 (88,5)	100	1,00	(0,39-2,56)	0,892
	Não	14 (11,5)	108 (88,5)	100	1,00		
Baixo peso	Sim	2 (16,7)	10 (83,3)	100	1,59	(0,01-8,56)	0,909
	Não	22 (11,2)	175 (88,8)	100	1,00		
Tempo de alta [#]	Com 1 dia	7 (12,1)	51 (87,9)	100	1,00	(0,35-2,83)	0,814
	+ de 1 dia	16 (12,0)	117 (88,0)	100	1,00		
Moradia	Z.rural	3 (21,4)	11 (78,6)	100	2,26	(0,46-9,81)	0,438
	Z.urbana	21 (10,8)	174 (89,2)	100	1,00		
Total		24 (11,5)	185 (88,5)	100			

#: excluídas as mães com informação ignorada

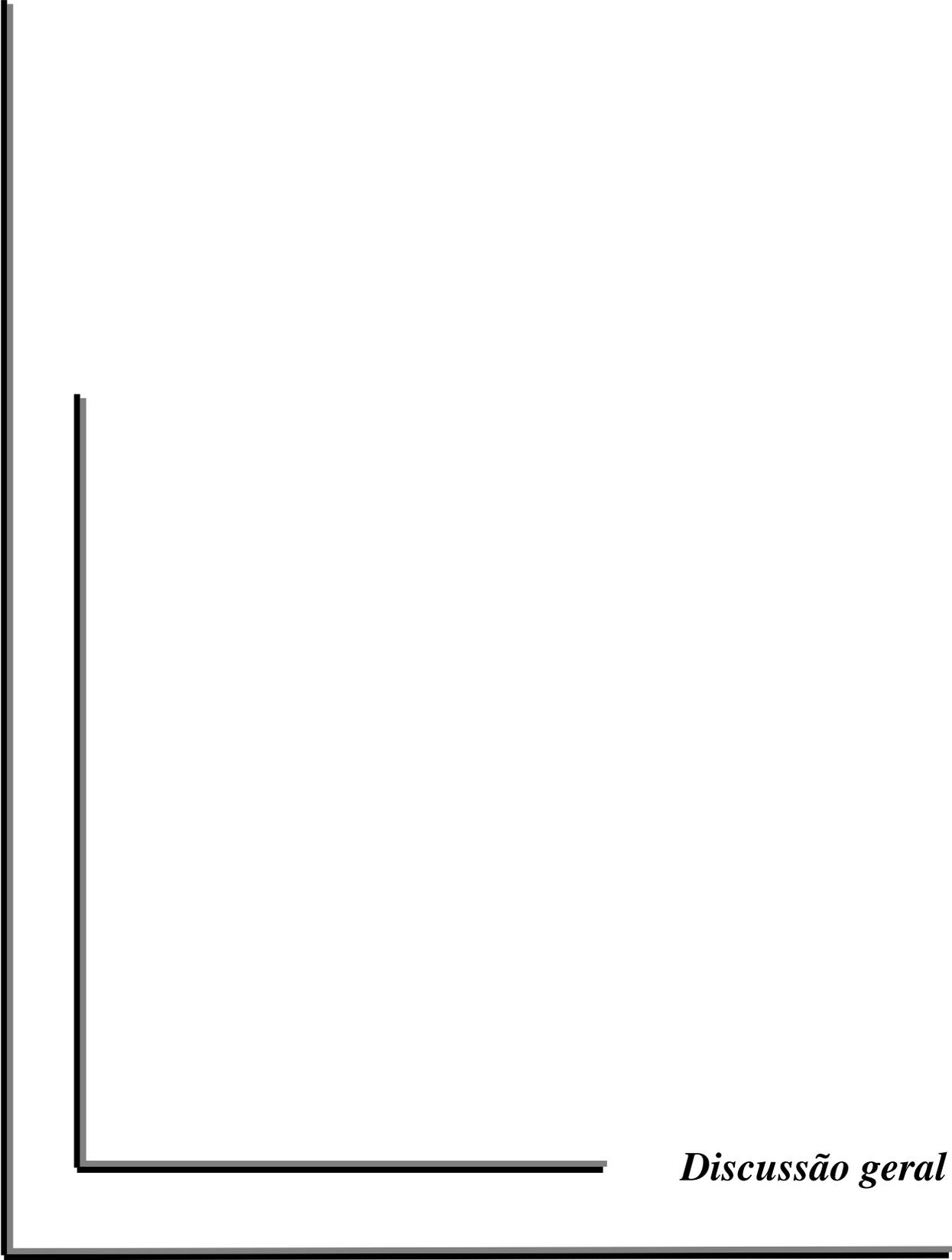
*p: nível descritivo do teste de associação pelo qui-quadrado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. AVOA, A. & FISHER, P.R., 1990. The Influence of Perinatal Instruction about Breastfeeding on Neonatal Weight Loss. *Pediatrics*, 86(2): 313-315.
2. BROWN, K.H., CREED-KANASHIRO, H., DEWEY, G., 1995 Optimal complementary feeding practices to prevent childhood malnutrition in developing countries. *Food and nutrition Bulletin*.16 (4), 320-339.
3. CORRÊA, A.M.S., 1996. *Aleitamento Materno: Estudo sobre o Impacto das Práticas Assistenciais*. Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, para a obtenção de Título de Doutor em Medicina, área de concentração em.Saúde Coletiva.
4. HORTON, S; SANGHVI, T & CORREIA, A.M.S et al., 1996. Breastfeeding promotion and Priority setting in health. *Health Policy and Planning*, 11 (2): 156-168.
5. INEICHEN, B; PIERCE, M & LAWRENSEN R., 1997. Teenage mothers as Breast feeders: Attitudes and behaviors. *Journal of adolescents*, 20: 505-509.
6. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICO –Censo demográfico: dados distritais.Rio Janeiro, IBGE, 2001.
7. KRAMER, S.M & et al., 2001. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) A Randomized Trial in the Republic of Bealarus.JAMA, 285(4): 413-420.
8. KENNEL, J.H & KLAUS, M.H., 1998. Vínculo Afetivo: Observações recentes que alteram o cuidado perinatal.*Pediatrics*, 19(1): 4-12.
9. KROEGER M., 1993. Labor and Delivery Practices: The Eleventh Step to Successful Breastfeeding? . The 23 International Congress of Midwives Vancouver, *British Columbia*, pgs 01-14.
10. LEVIN A., 1999. Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado. *Acta Paediatr*; 88: 353-5.
11. LÓPEZ, V.G.M & PÉREZ, G.J.G., 1993. Factor Maternos Asociados a la Duración de la Lactancia em Áreas Periféricas de Guadalajara, México.Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana. , 115(2): 118-126.

12. LUTTER, C; PEREZ-ESCAMILLA, R & CORRÊA, A.M.S, et al., 1997 .The effectiveness of a Hospital-Based Program to Promote Exclusive Breast-feeding among Low-Income Women in Brazil. *Am.J Public Health*, 87: 659-663.
13. LUTTER, C.K., 2000. Breastfeeding Promotion – Is Its Effectiveness Supported By Scientific Evidence and Global Changes in Breastfeeding Behaviors? *Adv Exp.Med. Biol*, 478 pags: 355-368.
14. MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1993.*Normas Básicas para Alojamento Conjunto. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Passo 7. 11pgs: MS.*
15. MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1997. *Manual de promoção do aleitamento materno: normas técnicas.Brasília; 2ª edição.*
16. MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2000. Secretaria de Assistência à Saúde, Portaria N. 572/GM Em 1º de junho de 2000: MS.
17. OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE), 1989.Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: O papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
18. PÉREZ-ESCAMILLA, R; SEGURA – MILLAN, S; POLLITT, E; DEWEY, K.G, 1993. Determinants of Lactation Performance Across Time In Na Urban Population From Mexico. *Soc. Sci. Med.*, 37(8): 1069-1078.
19. PEREZ-ESCAMILLA, R; LUTTER, C & CORREA A.M.S, et al. , 1995. Exclusive Breastfeeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and Biocultural determinants in three Latin American countries. *J.Nutr.* 125: 2972-2984.
20. 11.PEREZ-ESCAMILLA, R; MILLÁN-SEGURA, S; CANAHUATI, J; ALLEN, H., 1996 Prelacteal Feeds Are Negatively Associated with Breast-Feeding Outvomes in Honduras. *J.Nutr.*126: 2765-2773.
21. SOKOL, E.J., 1999. Em defesa da amamentação: manual para implementar o código internacional de mercadização de substitutos do leite materno. São Paulo: IBFAN Brasil.

22. TOMA, T.S. & MONTEIRO, C.A., 2001. Avaliação da Promoção do Aleitamento Materno nas Maternidades Públicas e Privadas do Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 35(5): 409-414.
23. VENANCIO, S.I., et al. , 2002. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36(3): 313-8.
24. WAMBACH, K.A & Cole, S., 2000. Breastfeeding and Adolescents. *JOGNN*, 29:282-294.
25. WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), 1992. *Indicators for assessing health facility practice that affect breastfeeding*. Update. Programme for Control of Diarrheas Diseases. WHO/UNICEF, 1-4, 10 pgs.
26. WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), 1998. *Evidence for the ten steps to successful Breastfeeding*. WHO: Geneva.



Discussão geral

O presente estudo apresenta a vantagem de ser uma pesquisa de base populacional, realizada com mães de lactentes de até 4 meses de idade sobre questões referentes à prática da amamentação no primeiro dia em casa pós-alta hospitalar, minimizando o efeito de vieses de memória.

O uso de chá parece ser prática freqüente e de início precoce nessa população. Não nos foi possível encontrar estudos que reportem essa prática no 1º dia em casa, porém, estudos demonstram que a complementação do leite materno com líquidos não nutritivos nos primeiros 6 meses de vida é prática inadequada, desnecessária sob o aspecto biológico, mesmo considerando os dias quentes e secos; em crianças amamentadas leva à redução do consumo total de leite, podendo culminar com o desmame total e precoce (Brown, 1995; Pérez-Escamilla, 1996).

O resultado desse estudo indicou que ser mãe adolescente tem maior chance de estar em AME, contrariando outros estudos em que o início e a duração da amamentação é freqüentemente menor nessas mulheres. Esse dado pode ser explicado pelo fato de a maioria desses lactentes terem nascido no hospital municipal, que é Hospital Amigo da Criança o que pode ter contribuído na modificação dos índices de amamentação dessas mulheres. (López, 1993; Ineichen, 1997; Wambach, 2000).

Em relação às práticas hospitalares, verificou-se um diferencial referente à introdução da alimentação artificial, no hospital com atendimento tradicional à mulher e à criança. Isso mostra o efeito protetor à amamentação que as práticas que contemplam a promoção, proteção e o estímulo ao aleitamento materno têm sobre os padrões da amamentação, mudança no comportamento materno e fisiológico no lactente (Avoa, 1990; Corrêa, 1996; Kramer, 2001; Venâncio, 2002). Em avaliação realizada sobre promoção do aleitamento materno em maternidades públicas e privadas do município de São Paulo, práticas facilitadoras da amamentação tenderam a ser encontradas com maior freqüência nos hospitais públicos do que nos hospitais privados de São Paulo (Toma, 2001).

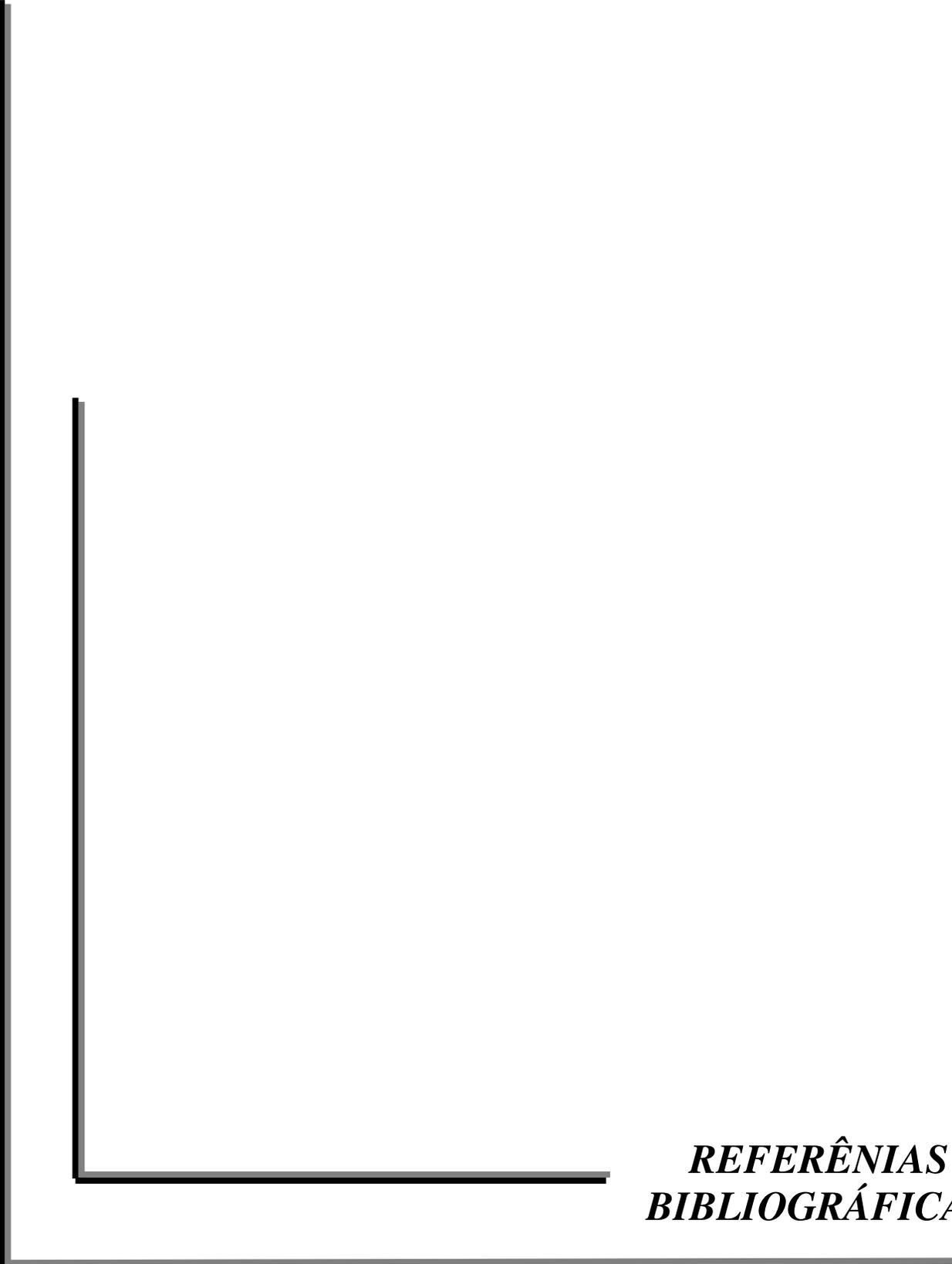
Por quase três décadas, tem havido especial interesse sobre o vínculo entre pais e filhos na esperança de que uma melhor compreensão desse relacionamento pudesse resultar em aperfeiçoamento das rotinas de atenção perinatal e redução da incidência de desordens familiares (Kennell, 1980). Na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a prática

do alojamento conjunto permite que mães e bebês a termo saudáveis permaneçam juntos desde a sala de partos até a alta hospitalar, favorecendo, entre outras, práticas que estimulem a amamentação, fortalecendo o vínculo afetivo mãe-filho. (MS, 1993).

Pérez - Escamilla et al (1995) em pesquisa realizada em três países da América Latina, (Brasil, Honduras e México), observaram que mulheres que tiveram seus filhos em hospitais com atividade de promoção da amamentação tenderam a ter mais sucesso no aleitamento materno exclusivo, tendo esses hospitais um impacto positivo na lactação. Outros estudos têm demonstrado que os programas de promoção ao aleitamento materno constituem uma outra maneira de diminuir os custos nas intervenções de saúde, prevenindo os casos de diarreia e mortes por diarreia, promovendo ganho de anos de vida (Horton, 1996).

Há estudos que se referem à necessidade de um décimo primeiro passo, que garanta atenção humanizada no manejo intraparto de modo a possibilitar um processo psicológico normal nos três estágios do trabalho de parto (Kroeger, 1993). Outro estudo sugere que este 11º passo seja voltado ao cuidado médico e psicossocial nas unidades para recém-nascidos prematuros e doentes (Levin, 1999).

O sucesso da amamentação depende do comportamento de interação entre a mulher e a criança, informações sobre alimentação infantil, suporte físico e social durante a gestação, peso da criança e cuidado pós-parto, família, médico, normas e atitudes culturais, condições demográficas e econômicas, pressão comercial, normas e políticas nacional e internacional (Lutter, 2000).



***REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- AKRÉ, J. **Alimentação Infantil. Bases Fisiológicas.** 2^a ed.IBFAN/IS (Instituto de Saúde),1997. 89p.
- ALMEIDA, J.A.G.- **Amamentação Um Híbrido Natureza – Cultura.In:Dimensões Socioculturais da Amamentação no Brasil.**Rio de Janeiro, Fiocruz ,1999. p27-54.
- ALMROTH, S; MOHALE, M; LATHAM, M. C. Unnecessary water supplementation for babies: grandmothers blame clinics. **Acta Paediatr**, 89:1408-13,2000.
- AMADOR, M; SILVA, L.C; LAZO, V.F.- Breast-feeding Trends in Cuba and the Americas. **Bulletin of PAHO.** , 28(3): 220-228,1994.
- ARBON, S; BYRNE, J. The Reliability of a breastfeeding questionnaire. **Breastfeeding Review**, 9(2): 23-32,2001.
- ARDRAN, G.M; KEMP, F.H; Lind, J. A cinematographic study of breast-feeding **British Journal of Radiology** 31: 11-22, 1958a.
- ARDRAN, G.M; KEMP, F.H; Lind, J. A cinematographic study of breast-feeding **British Journal of Radiology** 31: 156-162, 1958b.
- ARORA, S. et al. Major factors influencing breastfeeding rates: perception of Father's attitude and milk supply. **Pediatrics** 106(5): 1-5,2000.
- AVERY M, DUCKETT L, DODGSON J., SAVIK K, HENLY S.J. Factors associated with very early weaning among primíparas intending to breastfeed. **Maternal Child Health J**; 2 (3): 167-79. 1998
- AVOA, A & FISCHER, P.R. The influence of perinatal instruction about breast- feeding on neonatal weight loss. **Pediatrics** 86(2): 313-315,1990.
- BARNES, L.A. History of infant feeding practices. **Am J Clin Nut** 46:168- 70,1987.
- BARROS, F.C. et al. Use of pacifiers is associated with decreased breast- feeding Duration. **Pediatric** 95(4): 497-499,1995
- BEKELE A, BERHANE Y. Magnitude and Determinants of Bottle Feeding in Rural Communities. **East African Medical Journal** 76(9): 516-519,1999.

- BERQUÓ, E . **Avaliação do Programa Nacional de Aleitamento Materno região Metropolitana da Grande Recife** . CEBRAP/FINEP/MS 308 Págs, 1988 (Relatório Final)
- BLOOM, K et al. Factores affecting the continuance of Brest feeding. **Acta Paediatrica Scandinava** . (Suppl) 300 pgs 9-14, 1982.
- BOHLER, E; BERGSTROM, S. Premature Weaning in East Bhutan: If Mother is Pregnant Again. **J.Biosoc.Sci.**, 27: 253-265,1995.
- BRASIL.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . **Proteção, promoção e ao aleitamento materno: O papel especial dos serviços materno-infantis** Genebra,1989 .
- BRASIL. Ministério da Saúde – INAN - **Perfil de Crescimento da População Brasileira de 0-25 meses**. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília ,DF,1990.
- BRASIL .Ministério da Saúde. **Norma Brasileira para comercialização de alimentos para lactentes: Resolução 31/92 do Conselho Nacional de Saúde** Brasília,DF, 1993a.
- BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE .**Normas Básicas para Alojamento Conjunto. Iniciativa Hospital Amigo da Criança** . Passo 7. 11pgs, 1993b.
- BRASIL .Ministério da Saúde. **Normas e Diretrizes para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança** (Portaria N. 155, 14 de setembro de 1994).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Em Busca do Cumprimento do Pacto pela Infância**. Brasília, DF,1994.
- BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Promoção do materno nas instituições de saúde**. Curso intensivo para planejadores e gestores de Saúde , Brasília : 1996 , 8-3pgs
- BRASIL. Ministério da Saúde . **Manual de promoção do aleitamento materno :normas técnicas** . Coordenação Materno-Infantil- 2 ed. Brasília,DF,1997. 51p.
- BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno . **Como ajudar as mães a amamentar** .Brasília, DF ,1998. 178p.
- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Assistência à Saúde** , Portaria N. 572/GM Em 1^o de junho de 2000, 2000

BRASIL.- Ministério da Saúde . **Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília,DF, 2001a.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE – **Orientação para a Promoção da Alimentação Saudável para a criança Menor de Dois Anos de Idade**. Um Guia para o Profissional de Saúde na Atenção Básica.Brasília , OPAS/MS, 2001b. 47p.

BRASIL .Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Área de Saúde Da Criança.**Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal**.Brasília,2001c.49p.

BRASIL.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE .**Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**.Tradução de Maria Cristina Gomes do Monte . Brasília 2001d, OPAS.134 pgs.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICO **Censo demográfico** : dados distritais .Rio Janeiro ,IBGE ,2001e.

BRASIL.Consolidação Leis do Trabalho. Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade. **Alterando a Consolidação Leis do Trabalho**, aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943, E a Lei n.8.213 , de 24 de junho de 1991.Publicado no D.O.U.de 16.4.2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução – RDC n.221 de 05/08/2002.DOU de 06/08/2002**.<http://www.anvisa.gov.br> (acessado em 11/009/2002) 2002b

BROWN, S.J; ALEXANDER, J; THOMAS, P. Feeding outcome in breast-fed term babies Supplemented by cup or bottle. **Midwifery** 4(1) 92:96,1998.

BROWN, H.K.; KANASHIRO-CREED, H; DEWEY, G.K. Optimal Complementary Feeding Practices to Prevent Childhood Malnutrition in developing countries. **Food and Nutrition Bulletin** 16(4): 320-339, 1995.

CHANG CLAUDE, J. et al. Breastfeeding and breast cancer risk by age among women in Germany. **Cancer Causes Control.** , 11(8): 687- 695,2000.

COHEN, R.J. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras. **Lancet** 343: 288-93, 1994

Cotrin CL, Venâncio SI, Escuder MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. **Revista Brasileira Saúde Mater. Infantil** 2 (3):245-252. 2002

CORRÊA, A.M.S. Aleitamento Materno : **Estudo sobre o Impacto das Práticas Assistenciais.** Campinas, 1996 (Tese de Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

COUTINHO, R. **Noções de Fisiologia da Nutrição. In: Alimentação no Brasil . 2^a . ed.** Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1981. p.465-481

CRONENWETT, L. et al. Single Daily Bottle Use in the Early Weeks Postpartum and breast-feeding Outcomes. **Pediatrics** 90: 760-766, 1992.

DEAN, A .G. **Epi Info, and version 6.040: a word processing database statistics program for epidemiology on microcomputers.** Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 1996.

DEWEY, K.G. Age of introduction of complementary foods and growth of term, low-birth-weight, and breast-fed infants: a randomized intervention study Honduras. **The Amerc J Of Clin Nutrition** 69(4): 679-686, 1999.

DEWEY, K.C. Complementary Feeding and Breastfeeding. **Pediatrics** 106 (suppl.5): 1301-1302, 2000.

DEWEY, K.G. Nutrition, growth, and complementary feeding of the infant. **Pediatric Clin North Am** 48(1): 87-104, 2001a.

DEWEY, K.G; COHEN, R.J; BROWN, K.H; RIVERA, L.L.- Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. **J Nutr** 131(2): 262-267, 2001b.

DETTWYLER, K.A. Breastfeeding and weaning in Mali: cultural context hard data. **Soc Sci Med** 24(8): 633-644, 1987.

GIMENO, S.G.A; SOUZA, J.M.P. – Amamentação ao seio, amamentação com leite de vaca e os diabetes mellitus tipo:1examinando as evidencias. **Rev. Brás Epidemiol** 1(1): 4:13, 1998.

GIUGLIANI, E.R.J ; VICTORA, C.G.- Alimentação Complementar. **J Pediatría** 76(3):S253-62,2000.

GLÓRIA ,M.B.A .N-nitrosaminas em bicos de mamadeiras e chupetas **Ciências e Cultura** 43(1): 44-47,1991

GOLDEMBERG, P; TUDISCO, E.S. Desnutrição A Penetração do Leite em Pó Através da Propaganda . **Ciências Hoje** 1(5):76:79, 1983.

HEBERT, S.M; HUFFMAN, S.L. The Contraceptive Effect of Breastfeeding **Studies in Family Planning** 12(4): 125-133, 1981.

Health Professionals Letter on Enterobacter Sakazakii Infections Associated With Use of Powdered (Dry) Infant Formulas in Neonatal Intensive Care Units.. <http://www.cfsan.fda.gov/label.html>>.Acesso em junho de 2002

HEINIG, J.M. et al Intake and growth of breast-fed and formula-fed infants relation to the timing of introduction of complementary foods: the DARLING study. **Acta Paediatr** 83:999-1006,1993.

HERVADA, A.R; NEWMAN, D.R. Weaning: Historical Perspectives, Pratical, Recommendations, and current controversies. **Curr Probl Pediatr** , 22:223-240,1992.

HORTA, B.L et al Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública** 12(1): 1-10, 1996.

HORTON, S; SANGHVI, T; CORREA, A.M.S et al. Breastfeeding promotion and Priority setting in health. **Health Policy and Planning**, 11 (2): 156- 168,1996.

HORWOOD, L.J; FERGUSON, D.M. Breastfeeding and Later Cognitive Development and Academic Outcomes. **Pediatrics** 101(1): 99, 1998. (Abstracts).

HILL, F.L. Infant Feeding: Historical and Current. **The Pediatric of North America** 14(1): 265-268,1967

- HUFFMAN, S.L. Determinants of Breastfeeding in Developing Countries Overview and Policy Implications. **Studies in Family Planning** 15(4): 170-183,1984.
- INEICHEN, B; PIERCE, M; LAWRENSON, R. -Teenage mothers as breast feeders: attitudes and behaviour. **J of Adolesc** 20:505-509,1997.
- INOUE,N; SAKASHITA,R; KAMEGAI,T.Reduction of masseter muscle activity in bottle feed babies. **Early Human Development** 42: 185-193,1995.
- JELLIFE, D.B. **La Nutrición Infantil en las Zonas tropicales y Subtropicales** Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1970a.361p. (Series de Monografías, 29.
- JELLIFFE, D.B & JELLIFFE, E.F.-The Urban Avalanche and Child Nutrition **J AM Dietet Assoc** 57:114-118,1970b.
- JELLIFFE, D.B; JELLIFFE, E.F. Panorama Geral . In: **Organização Pan- Americana de Saúde. El Valor incomparable de la leche materna.** Washington D.C, 1972. p.56: 68.
- KENNEL, J.H ; KLAUS, M.H. Vínculo Afetivo : Observações recentes que alteram o cuidado perinatal .**Pediatrics** 19(1) : 4-12,1998.
- KITOKO, M.P et al Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cad. Saúde Pública** 16(4): 1-15,2000.
- KRAMER, M.S et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial. PROBIT. **JAMA** 285(4): 413-420,2001a.
- KRAMER, M.S. et al Pacifier use, early weaning, and cry fuss behavior / Randomized Controlled trial. **JAMA** 286(3): 322-326,2001b
- KROEGER, M. - Labor and Delivery Practices: The Eleventh Step to Successful Breastfeeding?. The 23 International Congress of Midwives Vancouver, **British Columbia**, pgs 01-14,1993.
- LATORRE ,M.R.D.O. **Análise de Regressão Múltipla.** Faculdade de Saúde Pública.São Paulo,2001.(VI Programa de Verão).
- LAWRENCE, R.A.- Breastfeeding A guide for the medical profession. In **Weaning.** USA, 1989. p. 245-255.

- LEÃO, M.M ; COITINHO, D.C; RECINE, E ; COSTA, L.A.L ; LACERDA, A. J. O perfil do aleitamento materno no Brasil In: **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil : aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil**, 1989 , p.97-109.
- LEMESHOW, S; HOSMER, D.W. A Review of Goodness of Fit Statistics for use in the Development of Logistic Regression Models. **Am J of Epidemiol** 92-106, 1982. 115p.
- LEVIN, A. Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado. **Acta Paediatr** 88: 353-5,1999
- LÓPEZ, V.G.M; PÉREZ, G.J.G Factores Maternos Asociados a la Duración de la Lactancia em Áreas Periféricas de Guadalajara, Mexico. **Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana** 115(2): 118-126,1993.
- LUCAS, A; COLE, T.J. Breast milk and neonatal necrotizing enterocolitis. **The Lancet** 336:1519-1523,1990.
- LUTTER, K.C; PEREZ-ESCAMILLA, R; SEGALL, A.M; SANGHVI, T; TERUYA, K; WICKHAM, C.HE Effectiveness of a Hospital-Based Program to Promote Exclusive Breast-Feeding among Low-Income Women in Brazil. **American Journal of Public Health** 87(4): 659-663,1997.
- LUTTER, C.K. Breastfeeding Promotion – Is Its Effectiveness Supported By Scientific Evidence and Global Changes in Breastfeeding Behaviors? **Adv Exp Med. Biol** 478 pags: 355-368,2000.
- MANNING,D.J, COUGHLIN,R.P, POSKITT,E.M.E.- Candida in mouth or dummy? **Arch Of disease in childhood** 381-382,1985
- MATHEU, P. O, BHATIA.J. Sucking and Breathing Patterns During Breast and Bottle-Feeding in Term Neonates. **AJDC** 143:588-592,1989
- MATHUR,G.P; KHANDUJA,G.S. Non-nutritive suckling and use of pacifiers. **Indian Pediatric** 27: 1187-1189,1990.
- MARCHIONE, D.M.L. **Alimentação no primeiro ano de vida: prevalência de consumo de alimentos em dois centros de saúde do município de São Paulo**. São Paulo,1999.(Tese - Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).

MONTEIRO, C.A. **Saúde e nutrição das crianças em São Paulo: diagnóstico, contrastes sociais e tendências.** São Paulo: Hucitec :Editora da Universidade de São Paulo, 1988.

MORSE, J.M; BOTTORFF, J.L; BOMAN, J. -Patters of Breastfeeding and Work: The Canadian Experience. **Canad J Of Public Health** 80:182-188,1989.

MOURA, M.F. 20 anos de políticas de aleitamento materno no Brasil, Análise das Principais ações de promoção , proteção e apoio à amamentação nas décadas de 80 e 90. In:**Simpósio de Investigação em Amamentação Alimentação Complementar**, 6-10 de agosto, Campinas (Universidade Estadual de Campinas -UNICAMP), 2001.

NEIFERT, M; LAWRENCE, R; SEACAT, J. Nipple confusion: Toward a formal Definition. **J Pediatr** 126 : s125-9,1995.

NIEMELÄ, M; UHARI, M; MOTTONEM, M. A pacifier increases the Risk of Recurrent Acute Otitis Media in Children in Day Care Centers. **Pediatrics** 96:884-888,1995.

NORUSIS, M.J.- **Statistical Package for Social Science (SPSS) Windows: Advanced Statistics**, SPSS Inc., Release 5, 1992. p. 580.

(OPAS) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Nutrición Humana. un tratado completo sobre nutrición en la salud y la enfermedad.** Washington , 1968, 176-200pgs (Publicación científica n.146).

(OPAS)ORGANIZAÇION MUNDIAL DE LA SALÚDE. **Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.** OMS (Ginebra): 1981.

(OMS) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Proteção, Promoção e Apoio ao aleitamento Materno.** O Papel Especial dos Serviços Materno Infantis.Genebra,OMS/UNICEF,1989. 31 pgs

(OMS)ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD **Estrategia mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño.** Geneva, WHO, 2001(54ª Asamblea Mundial de la Salud).

(OMS) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD **Nutrição do Lactente e da Criança Pequena. 55^A Assembléia Mundial Da Saúde.** Genebra,18 de maio de 2002 , pgs 1-4(Traduzido por IBFAN Brasil).

PARRILLA RODRIGUES, A.M ; CAPRILES QUIRÓS, J.Á. Política pública para la promoción de la lactancia materna em lãs instituione hospitalares **PR Health Sci J** 2000; 19(3): 259-262.

PÉREZ-BRAVO, F et al. Predisposição Genética e Fatores Ambientais levando ao Desenvolvimento de Diabetes Mellitus Insulino Dependente em Crianças Chilenas. **J. Mol. Méd.**, 74: 105:109 , 1996.

PEREZ-ESCAMILLA; SEGURA-MILLAN,S;POLLITT,E;DEWEY,G.K. Determinants of lactation Performance across time in an Urban Population from Mexico. **Soc. Sci.Med.** , 37(8): 1069-1078,1993.

PÉREZ-ESCAMILLA, R; MILLÁN, S.S; DEWEY, K.G. Autoalimentación con biberón em Una población urbana de bajos ingresos en México. **Bol Oficina Saint Panam** 119(4): 283-291,1995a.

PÉREZ-ESCAMILLA, R; LUTTER, C; CORRÊA, A.M.S; RIVERA, A; TREVINO-SILLER; SANGHVI, T. Exclusive Breast-Feeding Duration Is Associated with Attitudinal, Socioeconomic and Biocultural in Three Latin American Countries. **J. Nutr.** , 125: 2972-2984,1995b.

PEREZ-ESCAMILLA, R; MILLÁN SEGURA, S; CANAHUATI, J; ALLEN, H. Prelacteal Feeds Are Negatively Associated with Breast-Feeding Outcomes in Honduras. **J Nutr** 126:2765-2773,1996.

POPKIN, B.M. et al. Breast-feeding and Diarrheal Morbidity. **Pediatrics.** , 86(6): 874-882, 1990.

RADBILL, S.X. Infant feeding through the ages. **Clin Pediatric** 20 (10): 613-621,1981.

REA, M.F. The Brazilian national breastfeeding program: a success story. **Int. J. Gynecol. Obstet.**,31(Suppl.1): 79-82,1990.

- REA, M.F ;VENANCIO, S.I; BATISTA, L.E; SANTOS, R.G; GREINER,T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev Saúde Pública** 1 31(2) : 149-156,1997.
- REA, M.F, CUKIER R .Razões de desmame e de introdução da mamadeira : uma abordagem alternativa para seu estudo .**Rev.Saúde Públ** 22 184-191,1998.
- REA, M.F; TOMA, T.S. Proteção do Leite Materno e ética. **Rev de Publica** 34(4): 388-95,2000.
- REGO,J.D. O Aleitamento Materno: Vantagens e Obstáculos Reais à Amamentação Estado Atual e Tendências Futuras.**JBM.**, 50(3):13-22,1986.
- RYAN, S.A et al. Recent Declines in Breast- Feeding in the United StateTrough 1989. **Pediatrics** 88(4): 719-727,1991.
- SACHDEV, H.P.S; KRISHNA, J; PURI, R.K; SATYANARAYANA, L; SHIV S. –Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. **The Lancet** 337:929-933,1991.
- SAKASHITA R, KAMEGAI T. Reduction of masseter muscle activity in Bottle-feed babies. **Early Human Development** 42:185-193,1995
- SANTOS, G.I.C.L. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde** (Leis 8.080/90 e 8.142/90).Sistema Único de Saúde.São Paulo:Hucitec, 2^A ed. ,1995, 393pags.
- SAYED,Z.T.A et al .Prolonged Breastfeeding without the introduction of supplementary feeding **J of trop Pediatrics** 45:29-33,1995.
- SCHUBIGER G, TONZ O. Unicef/WHO Baby – friendly Hospital Initiative does The use of bottles and pacifiers in the Neonatal Nursery Prevent Breastfeeding? **Eur J.Pediatr.** 1997; 156:874-877.
- SILVA, L.C; VALDÉZ-LAZO, F; AMADOR, M. Discontinuity índice: a tool for epidemiological studies um breastfeeding. **Int. J. Epidemiol** 24:965- 9, 1995.
- SOKOL, J.E. **Em Defesa da Amamentação.**(Manual para implementar o Internacional de Mercadização de Substitutos de Leite Materno). São Paulo IBFAN; 1999a.

- SOKOL, E.J.- Em defesa da amamentação: manual para implementar o código internacional de mercadização de substitutos do leite materno –In: **Declaração de Innocenti** . São Paulo : IBFAN Brasil ,1999b. p. 267-269.
- SOUZA, L.R; BARROS, C.F; PINHEIRO, M.N.G; GAZZALLE, R.V. Patterns of Weaning in South Brazil. **Envir. Child. Health** 21: 210-211,1975a.
- SOUZA, L.R; BARROS, C.F; PINHEIRO, M.N.G; GAZZALLE, R.V. The Decline of Breast Feeding in Brazil. **Envir. Child. Health** 21: 212-213,1975b.
- TOMA, T.S. **Violando a norma 1996: relatório nacional das violações à Norma Brasileira para Comercialização de alimentos para lactentes**, São Paulo IBFAN/UNICEF/IS, 1996.
- 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 Pública** , 35(5):409-414, 2001.
- TOMASIE; VICTORA, C.G;OLINTO,M.T.A.A Padrões e determinantes uso de chupetas em crianças. **J.Pediatric** 70 (3): 167-173,1994a.
- TOMASI, E et al. Uso de chupeta em crianças: contaminação fecal e associação com diarreia . **Revista de Saúde Pública** 28(5): 373-379,1994b.
- TRYGGVADÓTTIR, L.- et al. Breastfeeding and Reduce Risk of Breast Cancer in an Icelandic Cohort Study. **Epidemiol** , 154(1): 37-41,2000.
- VALDÉS, V; PUGIN, E; SCHOOLEY, J; CATALÁN, S; ARAVENA, R. –Clinical Support Can Make the Difference in Exclusive Breastfeeding Success Among Working Women. **J of Trop Pediatrics**. 46:149-154,2000.
- VENÂNCIO , S.I .; MONTEIRO , C.A. - . A tendência de a prática alimentar no Brasil nas décadas de 60 e 80 .**Rev. Bras. de Epidemiol.**, 1: 40-49, 1998.
- VENÂNCIO, S.I et al **Avaliação das Práticas Alimentares no Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação** – Relatório Preliminar São Paulo , Instituto de Saúde , 1998. (Projeto Amamentação & Municípios).

- Venâncio, S.I et al Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública** 36(3):313-8,2002.
- VICTORA, C.G. et al.- Evidence for protection by breast-feeding against deaths from infectious diseases in Brazil. **The Lancet** . , 87:319-321,1987.
- VICTORA, C.G; BARROS, F.C. & VAUGHAM, J.P. **Epidemiologia da Desigualdade** . São Paulo: Hucitec, 1988 .188 pags.
- VICTORA, C.G; HUTTLY, F.C; BARROS, F.C; VAUGHAN, J VICTORA, C.G; HUTTLY, F.C; BARROS, F.C; VAUGHAN, J.P- Caesarean section and duration of breast-feeding among Brazilians. **Arch Of Disease in Childhood** 65: 632-634, 1990.
- VICTORA, C.G et al.- Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhea in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization** . , 70(4): 467-475,1992
- VICTORA, G.C; TOMASI, E; OLINTO, M.T.A; BARROS, F.C. Use of pacifier and breast Feeding duration. **The Lancet** 341: 404-06,1993.
- VICTORA, C.G et al.- Pacifier use and short breastfeeding duration: cause Consequence or coincidence? **Pediatrics** 99(3): 445-453,1997
- Vogel, I.S; Hutchison, B.L; Mitchell, E.A .The impact of pacifier use on Breastfeeding: a prospective cohort study. **J Paediatr Child Health** 37:58-63,2001.
- WAGNER, C.L; WAGNER, M.T; HULSEY, T.C. Factors influencing a mother's decision to breastfeed. **Adv. Exp. Med Biol.**, 478: 435- 436,2000.
- WAMBACH, A.K; COLE, C. –Breastfeeding and Adolescents. **J.Obstet G.Neonatal Nurs** , 29:282-294,2000.
- WEIDERPASS, E; BARROS, C. F; VICTORA, C. G; TOMASI, E; HALPERN, R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto estudo longitudinal no sul de Brasil. **Revista de Saúde Pública** 32(3): 225-231, 1998.
- WEINBERG, F. Infant feeding though the ages. **Can Fam physician** 39: 2016-2020, 1993.
- WESTIN, J.B. Ingestion of carcinogenic N – nitrosaminas by infants and children. **Arch. Of environmental health** 45(6): 359-363,1990.

(WHO) WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breastfeeding Practices.** Update. Programme for Control Diarrhea Diseases 10: 1-4,1992.

(WHO) WORLD HEALTH ORGANIZATION – Na evaluation of infant growth: the use and interpretation of anthropometry in infants. **Bull World Health Organization** 73: 165-73, 1995b.

(WHO) WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Recommended length of exclusive breast-feeding, age of introduction of complementary foods and the weanling dilemma.** Geneva, WHO, 1992. 71p (Diarrhoeal Diseases Control Programme).

(WHO) WORLD HEALTH ORGANIZATION. –**Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: a review of current scientific knowledge.** Geneva, WHO, 1998. 227p.

(WHO) WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Division of Child Health and Development Evidence for the Tem Steps to Successful Breastfeeding.** Geneva, 1998:111pgs.

(WHO) WORLD HEALTH ORGANIZATION – Growth patterns of breastfed infants in seven countries. **Acta Paediatr** 89: 215:222, 2000.

(WHO) WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Optimal Duration Of Exclusive Breastfeeding.** Note for the Press n.7, 2 April 2001,pg 1-6.<http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>.

XAVIER, C.C; JORGE,S.M; GONÇALVES,A .L. Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso . **Revista de Saúde Pública.**, 25(5):381-387,1991.

YAMAUCHI, Y; YAMANOUCHI,I . Breast- Feeding Frequency During the 24Hours After Birth in Full-Term Neonates. **Pediatrics**; 86(2): 171-175.57.1990.



ANEXOS

INSTITUTO DE SAÚDE/SES-SP NUPENS/FSP/USP
 Projeto “Amamentação e Municípios”
 Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida
 em Dias Nacionais de Vacinação

Nº

01-Data: _____	02-Entrevistador: _____
03-Município: _____	04-Local de vacinação: _____

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA TODAS AS CRIANÇAS COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE COMPARECEM À VACINAÇÃO

05 A Sra. (SR.) pode me dizer o nome desta criança? _____	(Anotar apenas o 1º nome)
06 Data de nascimento da criança ___/___/___ (Anotar da carteira de vacinação)	
07 A Sra. é mãe da criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

A Senhora (ou Sr.) pode me dizer quais alimentos esta criança tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje de manhã? Eu vou falando o nome de cada alimento e a Sra. (Sr.) me responde sim ou não, Está bem?

O Q U E C O M E U D E O N T E M P/ H O J E ?	08 Leite de peito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	09 Se tomou leite de peito? Quantas vezes? _____ (Anotar 9 se for 9 vezes ou mais) <input type="checkbox"/> Não sabe	
	10 Leite em pó? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	11 Se sim Qual a marca? _____ <input type="checkbox"/> Não sabe	
	Preenchimento exclusivo pelo supervisor de campo: <input type="checkbox"/> Fórmula infantil <input type="checkbox"/> Leite integral <input type="checkbox"/> Outro tipo de leite em pó	
	12- Outro leite? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	13- Mingau? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	14- Sopa ou papa de legumes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	15- Se tomou sopa ou papacom <u>carne</u> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	16- Comidinha com sal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	17- Se comeu comidinha com <u>carne</u> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	18- Se comeu comidinha com <u>feijão</u> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	19- Água pura? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	20- Água com açúcar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	21- Chá? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	22- Suco de fruta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	23- Fruta (em pedaço ou amassada)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	24- Algum desses alimentos (ou líquidos) foi dado por mamadeira ou chupinha? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
	25- A criança chupa chupeta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA TODAS AS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO

Informações sobre nascimento, parto e atendimento médico:

- 26 Hospital onde a criança nasceu: _____
(Anotar o nome) Nasceu em casa Não sabe
- 27 Município onde a criança nasceu: _____
(Anotar o nome) Não sabe
- 28 Peso ao nascer: _____ gramas (Anotar da carteira de vacinação)
- 29 Tipo de parto? Normal Fórceps Cesárea Não sabe
- 30 Onde costumam levar esta criança para consulta médica? (Assinale apenas uma alternativa)
Neste Posto de Saúde Outro Posto da Rede Pública Serviço Particular ou Convênio

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES

- 31 Com quantos dias a criança recebeu alta da maternidade? _____ (Anotar em dias)
 Nasceu em casa Não sabe
- NO PRIMEIRO DIA EM CASA A CRIANÇA:
- 32 Mamou no peito? Sim Não Não sabe
- 33 Tomou outro leite que não o leite de peito? Sim Não Não sabe
- 34 Tomou água? Sim Não Não sabe
- 35 Tomou água com açúcar? Sim Não Não sabe
- 36 Tomou chá? Sim Não Não sabe

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS QUANDO O ACOMPANHANTE DA CRIANÇA FOR A MÃE

- 37- Qual é a sua idade? _____ (Anos)
- 38- Esta criança é seu primeiro filho? Sim Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)
- 39- A Sra. sabe ler e escrever? Sim Não
- 40- A Sra. está estudando? Sim (Passe para a questão 42) Não
- 41- A Sra. já frequentou a escola? Sim Não (Passe para questão 44)
- 42- Qual a última série que completou? _____
- 43- E Grau? _____
- 44- A Sra. trabalhava fora de casa quando engravidou desta criança? Sim Não
- 45- Se trabalhou durante a gravidez, teve licença maternidade?
 Sim Não (Passe para questão 47) Não se aplica (Passe para a questão 47)
- 46- Ainda está de licença maternidade? Sim Não
- 47- Atualmente a Sra. está trabalhando fora de casa? Sim Não

Observações: _____

