



1290004261

TCE/UNICAMP
P281p
FOP

TATIANE RODRIGUES DE PAULA

**“Prevalência do aleitamento materno e determinantes do
desmame precoce em pacientes das unidades de saúde da família
do município de Votuporanga – SP”**

**“Prevalence of breastfeeding in the crucial early weaning patients in the family health units
of the municipality of Votuporanga - SP”**

Monografia apresentada a Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, como requisito para
obtenção do Título de Especialista em
Saúde Coletiva.

Piracicaba
2008

TATIANE RODRIGUES DE PAULA

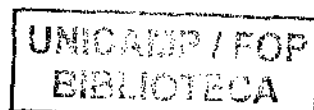
**“Prevalência do aleitamento materno e determinantes do
desmame precoce em pacientes das unidades de saúde da família
do município de Votuporanga – SP”**

**“Prevalence of breastfeeding in the crucial early weaning patients in the family health units
of the municipality of Votuporanga - SP”**

Monografia apresentada a Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, como requisito para
obtenção do Título de Especialista em
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro
Meneghim

Piracicaba
2008



P281p Ed.....

Vol..... Ex.....

Tombo 4261

C ☐ D ☒

Proc. 16P.148/2009

Preço R\$ 112,00

Data 27-11-2009

Registro 472341

Ficha Catalográfica

Paula, Tatiane Rodrigues.

Prevalência de aleitamento materno e determinantes do desmame precoce em pacientes das Unidades de Saúde da família do município de Votuporanga – SP. / Tatiane Rodrigues de Paula – Piracicaba, SP : [sn], 2008.

60 f : il.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghin.

Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

I. Aleitamento Materno. 2. Epidemiologia. 3. Políticas públicas. I. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. II Título

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba / Unicamp.

•

Dedico este trabalho à minha mãe, que de forma carinhosa, compreensiva, dedicada e presente ajudou, de maneira incalculável para a realização deste projeto. Com meu mais puro amor.

AGRADECIMENTOS:

À minha mãe, com irrelevável louvor, que com todo seu significado, dedicação e presença me auxiliou na realização deste trabalho, sem ela, a coleta de dados para a pesquisa se tornaria interminável.

Ao Renato, pela paciência, carinho e inestimável ajuda na área da informática.

Ao meu pai e aos meus irmãos, pela compreensão em determinadas ausências e pelo carinho, sempre presente.

À Gabriela e Telmo, em especial e a todos os colegas do curso de especialização, pela ajuda.

Aos funcionários dos PSFs, em especial às agentes de saúde e enfermeiras, que possibilitaram a aquisição de endereços para a realização das coletas e a Secretaria de Saúde de Votuporanga, em especial à Dra. Elizabete, Vera e Marta que me facilitaram o acesso aos PSfs. A Dra. Sandra pela compreensão da minha ausência durante a realização do curso.

Ao professor Pereira pelos conhecimentos passados em metodologia e à professora Gláucia, pelo grande auxílio na estatística.

Enfim, eles foram peças fundamentais para a realização deste trabalho, meu carinhoso agradecimento.

“Não limite a duração da amamentação a um período pré-determinado. Siga os sinais do bebê. A vida é uma série de desmames, do útero, do seio, de casa para a escola, da escola para o trabalho. Quando uma criança é forçada a entrar em um estágio antes de estar pronta, corre o risco de afetar seu desenvolvimento emocional”

(Dr. William Sears)

SUMÁRIO:

LISTA DE ABREVIATURAS	6
RESUMO	7
ABSTRACT	8
1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	10
3 OBJETIVOS	18
4 METODOLOGIA	19
5 RESULTADOS	21
6 DISCUSSÃO	39
7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

USF – Unidade de Saúde da Família

PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

CNS – Conselho Nacional de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

INAN – Instituto Nacional de Amamentação e Nutrição

WHO – World Health Organization

RESUMO:

OBJETIVO: Identificar a relação de variáveis maternas com a prevalência de aleitamento e o desmame, nas regiões cobertas pelo Programa de Saúde da Família, no município de Votuporanga-SP. **MÉTODOS:** Foram obtidas informações com mães de crianças de um a quatro anos, cadastradas no Programa de Saúde da Família. As análises foram feitas utilizando os programas Qui-quadrado e exato de Fisher, analisando os resultados por meio de distribuição de frequência e testes de associação, adotando 05% como nível de significância. **RESULTADOS:** Aos seis meses, a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) foi de 48,0% e do Aleitamento Materno não Exclusivo (AM) foi de 63,8%, enquanto que aos 12 e 24 meses, o Aleitamento Materno não Exclusivo (AM) foi de 37,2% e 5,7%, respectivamente. A mediana de AME foi de 150 dias e de AM de 300 dias. Dificuldades diversas (mães e/ou crianças) no início do aleitamento estão associadas a menores prevalências de AME e AM. Uma associação estatística entre o desmame precoce em relação às variáveis de AM e AME foi observado em crianças com peso ao nascer inferior a três kg, além da associação de crianças que tiveram infecção no período da amamentação e renda familiar superior a três salários mínimos. As diferenças estatísticas só foram encontradas no aleitamento materno não exclusivo para mães que trabalham fora e primíparas, onde o desmame foi dado mais precocemente. Não houve diferenças estatísticas em relação à idade materna, escolaridade e tipo de parto. **CONCLUSÃO:** Para o aleitamento materno não exclusivo e, principalmente, para o exclusivo, existe uma situação melhor do que aquela apresentada por outros estudos nacionais, porém, ainda aquém do que recomenda a OMS, aquela para a qual há evidências de máximo efeito protetor à saúde infantil com seis meses de AME e 24 meses de AM. O estudo reafirma a necessidade de apoio às mães no período puerperal precoce e demonstra a importância de diagnósticos de frequências para o planejamento de ações de promoção ao AM.

ABSTRACT:

OBJECTIVE: To identify the relation of motherly variables with the predominance of breast-feeding and weans it, in the regions covered by the Program of Health of the Family.

in the local authority of Votuporanga-SP. METHODS: Informations were obtained with children's mothers from one to four years, set up in the Program of Health of the Family. The analyses were done using the Qui-square and right programs of Fisher, analysing the results through distribution of frequency and tests of association, adopting 5 % like level of signification. RESULTED: To six months, the predominances of the Motherly Exclusive Breast-feeding (AME) that it was 48,0 % and of the Motherly Breast-feeding not Exclusive (AM) was 63,8 %, whereas to 12 and 24 months, the Motherly Breast-feeding not Exclusive (AM) was 37,2 % and 5,7 %, respectively. The medium one of AME that it was 150 days and AM of 300 days. Different difficulties (mothers and / or children) in the beginning of the breast-feeding are associated to less predominances of AME and AM. A statistical association weans between it precocious regarding the variables of AM and AME that it was observed in children with weight while being born inferior to 03 kg, besides the children's association that they had infection in the period of the breastfeeding and familiar income superior to three minimum wages. The statistical differences were found only in the motherly breast-feeding not exclusively for mothers who work out and primíparas, where it weans it more precocemente was given. There were no statistical differences regarding the motherly age, schooling and type of childbirth. CONCLUSION: For the motherly breast-feeding not exclusive and, principally, for the exclusive thing, there is a situation better than that one presented by other national studies, however, still on this side of what it recommends the WHO, it arranges for which there are evidences of the very protective effect to the childlike health with six months of AME and 24 months of AM. The study reaffirms the necessity of support to the mothers in the period puerperal precocious and demonstrates the importance of diagnoses of frequencies for the projection of actions of promotion to the AM.

1- INTRODUÇÃO:

A amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida tem sido cada vez mais valorizada na promoção de saúde da criança. No entanto, ainda é pouco praticada. Nenhum programa que vise à melhoria da saúde da população infantil pode deixar de contemplar a promoção do aleitamento materno e, em especial, do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses.

É possível aumentar as taxas de aleitamento exclusivo, desde que sejam levados em consideração os obstáculos da prática da amamentação. Assim, faz-se necessário educar a população quanto ao valor desta prática, melhorar as práticas dos serviços de saúde, dar apoio às mães e restringir a promoção dos substitutos do leite materno. As informações de suporte individual têm sido bastante eficazes na promoção do aleitamento materno exclusivo, e esta se dá com o treinamento dos profissionais de saúde, agentes de saúde, a fim de darem suporte às mães ⁷⁵.

Em resposta à necessidade sentida de informações da prática de amamentação para o planejamento da saúde, realizou-se este estudo com o objetivo de descrever a amamentação e identificar os principais fatores associados ao desmame precoce no município de Votuporanga-SP.

2- REVISÃO DA LITERATURA:

A importância do aleitamento materno como prática ideal de nutrição infantil para o pleno crescimento e desenvolvimento da criança, para a promoção da redução da morbimortalidade infantil e a melhoria da qualidade de vida da criança e do adulto, tem sido exaustivamente afirmada na literatura científica e na prática clínica pediátrica ¹⁹. O papel do leite materno -alimento de custo zero-, seja sob aspectos nutricionais ou como fonte de diversos elementos protetores contra doenças infecciosas, beneficia amplamente a criança, a nutriz, a família e toda a sociedade, e solidifica-se cada vez mais, inexistindo, prática com maior relação custo/benefícios para o ser humano ²⁰.

No Estatuto da Criança e do Adolescente ³, artigo nove, o aleitamento materno é tratado como uma questão de direito à vida e à saúde, e como instrumento de direito humano universalmente aceito foi ratificado 191 vezes, segundo o Fundo das Nações Unidas para infância (UNICEF) ⁸³.

Ao longo da história da humanidade o leite materno tem sido a principal fonte disponível de nutrientes dos lactentes. Entretanto, a partir do século XX e principalmente após a II Guerra Mundial, o aleitamento artificial adquiriu uma importância significativamente maior ^{12,24,36}. As indústrias produtoras dos leites processados, assessoradas por intensa e agressiva publicidade, procuraram fazer com que o leite em pó fosse caracterizado como um substituto satisfatório para o leite materno devido à sua praticidade, condições adequadas de higiene e suprimento completo de todas as necessidades nutricionais do lactente, uma vez que a maioria deles reforçava o fato de serem enriquecidos, o que os tornava até superiores ao leite materno ^{26,56}. Além disso, a entrada da mulher no mercado de trabalho limitava a possibilidade de amamentação por seis meses.

Porém, nas últimas décadas houve uma retomada da valorização do aleitamento materno. Diversos estudos comprovaram seus benefícios. Atualmente, o leite materno é preconizado como alimento exclusivo nos primeiros meses de vida da criança pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde ^{58,66,80}. Dentre as vantagens comprovadas, pode-se citar o

valor nutricional ⁷, a proteção imunológica devido a presença de fatores circulantes como lactoferrina, IgA secretora, anticorpos e outros ¹³, proteção contra infecções pelo menor risco de contaminação ⁸⁸, o fortalecimento da relação afetiva entre mãe e filho¹⁵ e contribuições para o desenvolvimento da criança e outros ^{42,60}.

A melhora das taxas de aleitamento materno também contribui para a redução da mortalidade infantil, para o aumento do intervalo interpartal e tem considerável impacto ambiental.¹⁶ Escuder et al.²⁵ afirmam que a amamentação no primeiro ano de vida pode ser a estratégia mais exequível de redução da mortalidade pós-neonatal para além dos níveis já alcançados em municípios do Estado de São Paulo.

A alimentação ao seio é de grande relevância na proteção das crianças contra diversas infecções, sobretudo a diarreia aguda ¹⁴. Num estudo de meta-análise realizado sob os auspícios da OMS, baseado em dados provenientes de três continentes, foi demonstrado que o risco de morte por doenças infecciosas é 5,8 vezes maior entre lactentes desmamados nos dois primeiros meses de vida, quando comparados aos que foram amamentados. A proteção diminuía à medida que a criança crescia e, no segundo ano, o nível de risco oscilou entre 1,6 e 2,1 ^{91,14}.

As doenças infecciosas correspondem a principal causa de mortalidade infantil em países em desenvolvimento. No Brasil, a mortalidade infantil decaiu consideravelmente nas últimas décadas, sendo ainda relevante em regiões com menor desenvolvimento econômico ⁷⁶. A redução da taxa de mortalidade infantil tem sido atribuída a melhorias no saneamento básico e à promoção do aleitamento materno no país ⁵³.

Alguns estudos demonstram que o padrão de aleitamento materno é influenciado pelo nível educacional ³⁸, tipo de emprego ²³, estado civil ²¹, renda ³⁴, tipo de parto ⁸⁹ e estado nutricional materno ¹¹. Além disso, um melhor atendimento pré-natal e orientações sobre aleitamento materno podem aumentar a duração da amamentação ao seio total e exclusiva ²⁷.

Estudos convergem opiniões de que o leite materno atua prevenindo a desnutrição e as doenças infecciosas, principalmente as diarreias e infecções respiratórias, importantes

causas de morbimortalidade infantil ⁶⁸. Outros benefícios relacionados a diabetes, doenças atópicas, cáries, hipovitaminose A e HIV, acham-se relatados na literatura, enfatizando a extensão de alguns desses benefícios, inclusive, até a adolescência ^{28,30,44}.

A amamentação também desempenha importante papel no processo de amadurecimento da função oral, estimulando a tonicidade muscular e o desenvolvimento ósseo e da articulação temporo-mandibular, como também possibilita a adequação das funções vitais como a sucção, respiração, mastigação, deglutição e fonação ^{16,71}.

Além de água, vitaminas e sais minerais, o leite materno contém imunoglobulinas, algumas enzimas e lisozimas e muitos outros fatores que ajudam a proteger a criança contra infecções, incluindo-se anticorpos, hormônios e outros componentes que não estão presentes em outras fórmulas infantis de leite ⁶⁷.

Em países desenvolvidos, diferenças na mortalidade entre alimentados ao seio e artificialmente são pequenas, porém há literatura abundante de vantagens de alimentação materna para a prevenção de morbidade ³³. Em países em desenvolvimento ou pouco desenvolvidos, a alimentação artificial é associada à morbidade e mortalidade muito maiores, devido a infecções e desnutrição, em comparação ao aleitamento materno ⁸⁶.

Cerca de 1,5 milhão de crianças ainda morrem a cada dia porque são e inapropriadamente alimentadas. Menos de 35% das crianças do mundo são exclusivamente alimentadas ao seio pelos primeiros quatro meses de vida e as práticas de alimentação complementar são freqüentemente inapropriadas e perigosas ⁹².

Fuchs e Victora ²⁹ demonstraram que o risco relativo de morte em crianças, por conta das diarreias, infecções respiratórias agudas e outras doenças infecciosas, foi mais de 20 vezes mais elevado nas crianças precocemente desmamadas. Na realidade, o consenso estabelecido em nível internacional, sobre o papel protetor do aleitamento materno, justifica a meta das Nações Unidas, estabelecida na década passada, no sentido de que fossem oferecidas condições para que todas as mulheres do mundo pudessem amamentar seus filhos, de forma exclusiva, nos seis primeiros meses de vida ^{47,79}, prolongando a amamentação, combinada com outras práticas alimentares, até o segundo ano de vida. Trata-

se de um compromisso desafiador, tendo em conta a constatação da prática cosmopolita do desmame precoce e as tendências de sua consolidação, no mundo economicamente globalizado. Na realidade, os resultados em nível mundial e nacional são ainda inseguros: ao lado de avanços (20% de aumento estimado nos índices de aleitamento materno até 2001), com resultados conflitivos nos Estados Unidos ⁸¹, na América Latina ⁸² e bem modestos (18%) nos países menos subdesenvolvidos ⁴⁰.

Os hábitos alimentares de crianças em regiões pobres são pouco conhecidos, apesar da importância de melhor compreender as reais carências e necessidades existentes nestas populações. A amamentação exclusiva é considerada a prática alimentar mais adequada para a criança até seis meses de idade ³³; O retorno às práticas de amamentação ocorreu inicialmente nas elites urbanas de países desenvolvidos, após a ampla divulgação dos seus benefícios, o que explica o fato de, nesses países, a amamentação ser mais praticada entre os grupos de melhor nível socioeconômico ^{31,42}. No Brasil, esta tendência é observada em vários estudos realizados, principalmente em grandes áreas urbanas e em regiões mais desenvolvidas ^{41,43,85}. Além disso, observa-se que, de modo geral, em países subdesenvolvidos, principalmente nas regiões mais pobres, as mães de nível socioeconômico mais baixo e as que residem em áreas rurais amamentam mais ²⁷.

Como a prática adequada do aleitamento materno tem uma repercussão favorável para a saúde infantil, conforme demonstram vários trabalhos publicados sobre o assunto, passou a fazer parte importante do planejamento do setor de saúde de instituições governamentais ⁴⁴. Considera-se a prática correta da alimentação complementar fundamental no combate à desnutrição infantil, pois o período crítico do desenvolvimento do déficit nutricional se dá entre seis e 24 meses de idade ²².

Mesmo sendo identificado como um processo natural que sofre influências de diversos fatores biológicos, culturais, demográficos e socioeconômicos, entre outros, e com todas as vantagens reconhecidas e benefícios largamente demonstrados, a prevalência de aleitamento materno sofreu reduções ao longo das últimas décadas do século XX ²⁸. O desmame precoce é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, relacionado a muitos fatores como idade materna, primiparidade, baixo nível de

escolaridade, uso precoce de fórmulas lácteas e chupetas, trabalho materno, urbanização, tabagismo, falta de incentivo da família e da sociedade, além de deficiências na atenção à saúde²⁸

Os programas de incentivo ao aleitamento materno exclusivo fazem parte de uma experiência realizada em 1990, na Itália, idealizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), cujo objetivo foi mobilizar profissionais de saúde e autoridades para mudanças nas rotinas das instituições de saúde, visando prevenir o desmame precoce. Contando com a participação do Brasil, nesse encontro foi elaborado o documento “Declaração de Innocenti”, contendo um conjunto de metas para a prática da amamentação de forma exclusiva até os quatro ou seis meses de vida, e com a introdução de alimentos complementares até o segundo ano de vida ou mais. Ainda nesse encontro foi idealizada a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, que inclui os 10 passos para orientar gestantes sobre os benefícios da amamentação e das desvantagens do uso de substitutos de leite materno^{2,42}.

No Brasil, a partir da década de 80, foram propostas várias estratégias visando o aumento da prevalência do aleitamento materno, verificando-se que houve incremento nesses índices⁵⁴. No entanto, esse incremento não é uniforme, demonstrando que pesquisas sobre tendências locais do padrão de amamentação são fundamentais, pois avaliam os serviços e embasam mudanças e ajustes nas práticas de promoção e incentivo ao aleitamento materno^{51,65}.

Diversas medidas levadas a efeito nos anos subseqüentes foram responsáveis pelo retorno da prática do AM ao seu lugar de destaque nos cuidados à saúde da criança. A adoção do Sistema de Alojamento Conjunto para Recém-Nascidos, a modificação da legislação trabalhista visando amparar a gestante e a lactante, a melhoria nos programas de atendimento à gestante e à criança, a criação dos Bancos de Leite Humano, o Método Canguru, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, culminando com a iniciativa Hospital Amigo da Criança e os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, dentre outras, muito contribuíram para que o aleitamento materno voltasse a

desempenhar seu importante papel, proporcionando benefícios diretos e indiretos à sociedade.

Dentre as diversas maneiras de se promover o aleitamento materno, uma das mais importantes foi a implantação dos Programas de Puericultura em serviços de atenção à saúde da criança. A avaliação periódica da criança permite que o estímulo ao aleitamento materno possa ser praticado na sua plenitude, desde que o conhecimento completo sobre a alimentação da criança seja inerente à prática pediátrica ¹⁸.

O programa de Puericultura, atuando com objetivos principais de promoção de saúde e prevenção de doenças, consegue destacar a importância do AM para a criança e para a mãe. Evitando práticas como introdução precoce de água, chás, sucos e outros alimentos, orientando e esclarecendo sobre dúvidas da lactante, consolidando seus conhecimentos sobre amamentação e eliminando questões que possam dificultar a prática do aleitamento materno. Portanto, exercendo suas funções pedagógicas e de apoio assumidos com real envolvimento, com tantos retornos quanto necessários e colaboração de toda a equipe, o pediatra pode conseguir estender o período de AME por, no mínimo, seis meses, o que vai proporcionar benefícios que se estenderão por toda a vida ^{63,90}. Implantar medidas de estímulo ao AM, como o contato precoce após o parto, a orientação de atitudes e comportamento dos familiares, a ampliação dos conhecimentos sobre leite materno e amamentação, o afastamento de hábitos nocivos e a facilitação no acesso aos serviços de saúde, constituem parte indispensável do esforço que deve ser despendido por todos os que cuidam da saúde da criança e do lactente.

Apesar das evidências do aumento da duração mediana da amamentação em algumas regiões do país e no Brasil como um todo ^{37,84}, o padrão de aleitamento materno está ainda aquém das recomendações internacionais. Em muitos países em desenvolvimento, a maioria das mães amamenta seus filhos ao nascer, mas a duração é curta e a introdução de outros alimentos muito precoce. No Brasil, a duração mediana foi mais do que duplicada entre 1975 e 1989, passando de 2,5 para 5,5 meses ⁴⁰. Porém, o aleitamento materno exclusivo por pelo menos quatro meses tem sido raramente praticado.

Uma década após, caracterizada pela implementação das ações que estavam em andamento no país foi possível identificar o 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 exclusivo⁶, passando de sete meses em 1996 para 10 meses em 1999.

Recente estudo⁴⁹ realizado nas capitais dos estados brasileiros mostrou mediana do aleitamento materno exclusivo de 23 dias e do aleitamento materno de 294 dias, significando que períodos de amamentação mais prolongados não implicam, necessariamente, em maior duração do aleitamento materno exclusivo. De acordo com estudos, a maioria das crianças brasileiras são amamentadas no primeiro mês de vida, no entanto, ao longo do tempo vai ocorrendo o abandono desta prática, sendo a prevalência do aleitamento materno de 87% aos 30 dias, 77% aos 120 dias, 69% aos 180 dias e 35% aos 364 dias no Brasil⁶¹.

Estudos mostram que na faixa etária de 0 a 30 dias 53% das crianças recebem apenas o leite materno, ocorrendo a partir daí uma brusca redução nos índices de aleitamento materno exclusivo, sendo 21,6% na faixa etária de 91 a 120 dias e de 9,7% entre 121 e 180 dias, sendo que a região Sul apresentou melhor prevalência até os 04 meses (44,5%) e a sudeste a menor (28,7%), sendo a duração da mediana do aleitamento materno exclusivo de 23 dias, sofrendo grande variabilidade nas capitais^{3,10,11}. Isso confirma a tendência mundial: de que embora tenha avançado muito a duração do aleitamento materno exclusivo está distante da que é preconizada pela Organização Mundial de Saúde⁶⁴.

O ato de amamentar deve ser cultivado de mãe para os filhos, ou seja, culturalmente, dentro de bases sólidas concebidas no seio familiar, social, por meio dos meios de comunicação e do sucesso atingido por outras mulheres que passaram por tal experiência, devendo alicerçar-se em um instrumental teórico e sistematizado de campanhas direcionadas não só à mulher, mas para toda a comunidade, com efetiva participação das mulheres e dos agentes de enfermagem, de outros profissionais assessorados pela mídia, alertando da necessidade de assegurar a puérpera a tranquilidade de vivenciar o período pós-parto^{17,66}.

Assim, a promoção do Aleitamento Materno (AM) deveria ser vista como ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. Promover o AM pode ser um bom exemplo de política pública que envolve a família, comunidade, governos e sociedade civil, com baixo custo e excelente impacto sobre o desenvolvimento infantil.

Frente ao exposto, as mulheres têm sido incentivadas a estabelecerem essa prática, concebida como fazendo parte de sua “natureza”⁶⁷. As estratégias utilizadas para sua promoção, há aproximadamente duas décadas, enfatizam a necessidade de conscientizar a população sobre as inúmeras vantagens oferecidas pelo leite materno quando comparado a outros tipos de leite¹.

Um dos grandes desafios de toda equipe de saúde para alcançar os objetivos dos projetos e programas de incentivo ao AM reside na busca por compreender os reais motivos pelos quais muitas mulheres deixam de amamentar seus filhos. Desafio maior, por conseguinte, é atuar junto a elas, na tentativa de intervir nos aspectos que levam à decisão de desmame e introdução precoce de outros líquidos, ou alimentos, na dieta do recém-nascido¹⁴.

O Programa Saúde da Família (PSF) pode ser uma boa estratégia para promoção e apoio ao AM, na medida em que oferece às famílias atenção à saúde preventiva e curativa, em suas próprias comunidades. Especificamente com relação à amamentação, a equipe de saúde da família pode desenvolver atividades educativas desde o período pré-natal, como também é possível atuar nas intercorrências comuns no início da amamentação, como traumas mamilares, ingurgitamento mamário e mastite, responsáveis muitas vezes pelo desmame precoce. Entretanto, mesmo em áreas de atuação de equipes de saúde da família, tem sido um desafio ampliar a adesão à prática do aleitamento materno, especialmente na forma exclusiva. Se desejarmos qualidade de vida para todos, devemos incentivar o aleitamento materno.

3- OBJETIVOS:

O objetivo deste estudo é a avaliação da prática do aleitamento materno, tanto o exclusivo como o não exclusivo, levando em conta o considerado, mesmo que pequeno aumento da mortalidade infantil nos últimos dois anos, a fim de descrever como anda esta prática, tão vantajosa para a saúde pública, a fim de dar sustentação para as melhorias e estimulação para que a prática da amamentação seja cada vez mais difundida na região estudada.

4- METODOLOGIA:

Local de realização do estudo e população:

Este estudo foi realizado na cidade de Votuporanga, município localizado no interior no noroeste paulista, a 500 km da capital. A cidade conta com uma população aproximada de 83.764 habitantes, sendo 72.800 residentes em área urbana, onde a taxa de alfabetização atinge 92%; tem como principais atividades econômicas o comércio, a indústria moveleira e a agropecuária. Dispõe de três hospitais, 11 postos de atendimento, sendo que cinco se encontram inseridos no Programa de Saúde da Família (USF). O coeficiente de mortalidade infantil no município atingiu 15,5 por mil nascidos vivos em 2006, 15,8 por mil nascidos vivos em 2007 e 8,7 em 2005, sendo a prematuridade a principal causa; já no Estado de SP, nos últimos dois anos, o coeficiente foi de 13,5.

Tipo de estudo:

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, realizado junto à cadastrados em unidades de saúde da família (PSF) na cidade de Votuporanga - São Paulo.

A amostra compreendeu mães de crianças de um a quatro anos nascidas sem intercorrência, cadastradas no Programa de Saúde da Família do município em estudo, que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídas do estudo mães de crianças nascidas com baixo peso (<2.500 kg).

Coleta de dados e variáveis em estudo

De um universo de 847 mães, foram entrevistadas 843 mães sendo, contudo, analisados 699 questionários: quatro mães haviam mudado da residência e 144 eram mães de crianças prematuras com baixo peso ao nascer (>2.500kg), e foram excluídas do estudo.

Os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora, no período de 10/03 a 02/04/2008, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Coletaram-se as seguintes variáveis: idade, escolaridade e ocupação da mãe, primiparidade, tipo de parto, renda familiar, instruções no hospital sobre aleitamento, idade da criança, situação do aleitamento materno (se a criança havia mamado ou não) e, na vigência dessa prática, indagou-se sobre o consumo de outros alimentos junto ao leite materno (inclusive água e chá).

Foram ainda obtidas informações das mães sobre os motivos que as levaram ao desmame e os benefícios em amamentar. Por fim, perguntou-se se as mães consideravam o aleitamento materno importante. Foram analisadas duas diferentes categorias de aleitamento:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): prevalência de crianças menores de seis meses, que foram alimentadas exclusivamente com leite materno.
- Aleitamento Materno (AM): prevalência de crianças menores de um ano e menores de dois anos que receberam leite materno, independentemente de outro alimento.

Procedimentos éticos:

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas, em 29/02/2008. Todas as mães manifestaram seu consentimento por escrito, após terem recebido amplo esclarecimento sobre seus objetivos e finalidade pesquisa. Esse tipo de coleta de dados tem sido amplamente utilizado para diagnósticos da situação de saúde da população

Análise dos dados:

Os dados foram analisados por meio de tabelas de distribuição de frequências e teste de qui-quadrado, adotando-se 5% como nível de significância estatística.

5- RESULTADOS:

As prevalências e a duração mediana do AME e AM em várias faixas etárias são apresentadas nas Tabelas 1, 2, 3 e 4, a qual evidencia que a maioria das crianças menores de seis meses recebeu leite materno (63,8%). Entre todas as crianças avaliadas, 48,0% das crianças aos seis meses de idade no aleitamento exclusivo, idade onde é banido outro tipo de alimento, segundo a OMS, pelo fato do leite materno ser o mais completo e compatível com o organismo da criança.

Aos 12 meses a prevalência do aleitamento materno é de 37,2% e aos 24 meses, idade recomendada pela OMS para a amamentação, a fim de que a criança e a mãe se supram de todos os benefícios do leite humano, de 5,7%.

Tabelas 01 e 02 mostram a frequência de aleitamento materno exclusivo, mostrando tanto a porcentagem de mães que foram deixando o AME como a porcentagem de mães que estavam em AME em determinado período, em tabelas distintas.

Tabela 01: Mostra a frequência das mães que deixaram de dar o aleitamento materno exclusivo, em meses, vendo que 26,9% delas deixaram de amamentar até os dois meses, e aos seis meses 52% já não amamentavam exclusivamente, fato que a OMS preconiza que 100% das mães amamentam seus filhos exclusivamente até o sexto mês de vida.

Tabela e gráfico 01: porcentagem das mães que foram deixando o aleitamento exclusivo, analisados por meses.

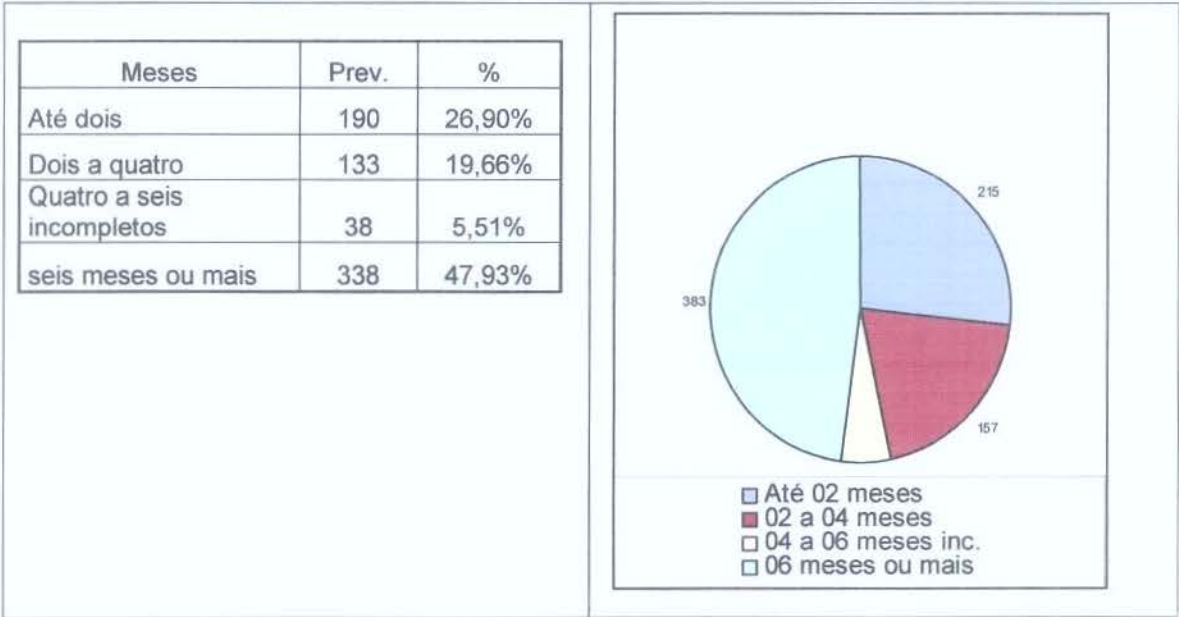
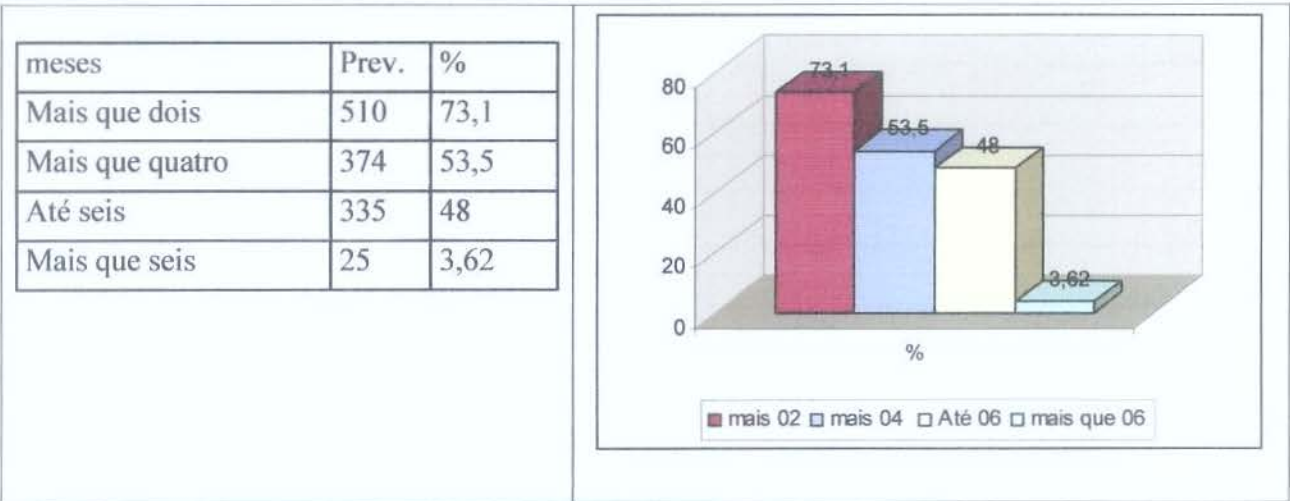


Tabela 02: Mães que continuaram amamentando de forma exclusiva, em meses, mostrando que aos dois meses a prevalência de aleitamento materno exclusivo eram de 73%, caindo para 48% as mães que ainda amamentavam de forma exclusiva aos seis meses, e apenas 03% amamentaram exclusivamente aquém do período recomendado, onde a complementação de outros alimentos se torna necessária.

Tabela e gráfico 02: prevalência da amamentação exclusiva, em meses



Tabelas 03 e 04 mostram a freqüência do aleitamento materno não exclusivo, onde em complementação ao leite materno oferece para a criança leite artificial, outros alimentos pastosos ou mesmo água ou chá, que também são motivos para o desmame. Preconiza-se a utilização somente do leite materno até os seis meses, sendo este necessário para suprir todas as necessidades do lactente.

Tabela 03: Mães que deixaram de dar o aleitamento materno, em meses, observando que até os quatro meses, 24% das mães já não mais amamentavam, aos seis meses, período considerando mínimo para o aleitamento, 37% das mães já haviam desmamado e aos 12 meses, 63%.

Tabela e gráfico 03: porcentagem das mães que foram deixando o aleitamento exclusivo, analisados por meses

Meses	Prev.	%
00 a 04	171	24,50%
<04 a 06	83	11,88%
<06 a 12	186	26,40%
<12 a 18	120	17,14%
<18 a 24	100	14,39%
<24	39	5,63%

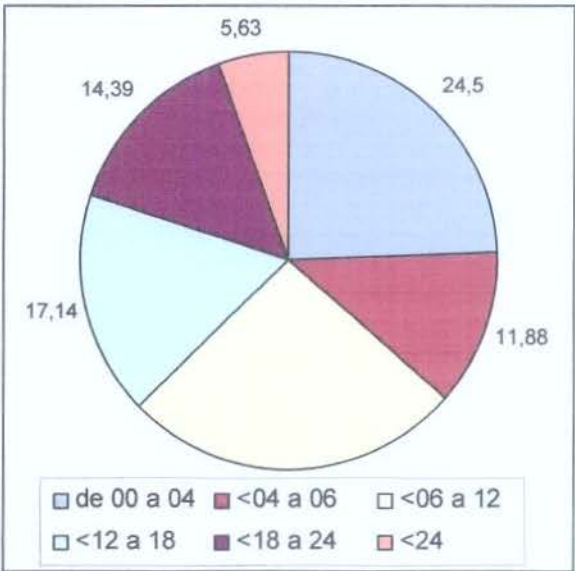
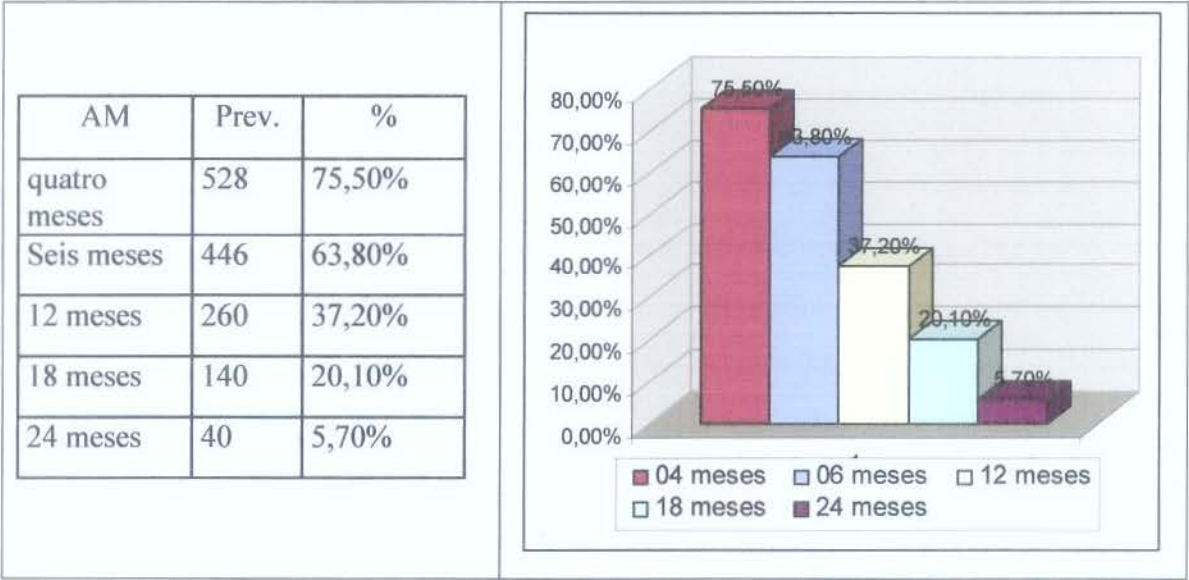


Tabela 04: Mães que continuaram amamentando, em meses, vendo que os quatro meses o aleitamento não exclusivo era utilizado por 75,5% das mães, aos seis meses por 63,8%, Aos 12 meses por 37% e aos 24 meses, período o qual a OMS preconiza ideal para a prática da amamentação, apenas 05%.

Tabela e gráfico 04: prevalência da amamentação não exclusiva, em meses



A mediana do AM foi de 300 dias, e do AME, 150 dias, revelando que metade das crianças estavam totalmente desmamadas em torno dos 10 meses de vida, como mostra a Tabela 05:

Tabela 05: mediana do aleitamento materno exclusivo e não exclusivo, em dias.

MEDIANA DE AMAMENTAÇÃO	Em dias
Exclusiva	150 dias
Não exclusiva	300 dias

A relação do AME e do AM com variáveis maternas são apresentadas na Tabela 06, onde a primiparidade, instrução hospitalar, profissão, renda, peso da criança ao nascer, motivos do desmame e vantagens do aleitamento materno mostraram diferença significativa em diferentes respostas.

Tabela 06: Análise da relação das variáveis do estudo com o desmame precoce para o AME e AM, analisando sua relação com o desmame.

continua

Tabela 06: análise das variáveis

Variáveis	AME	AM
Idade materna	Não houve diferença	Mães menores de 16 anos amamentaram mais
Primiparidade	Não houve diferença estatística	Mães primíparas amamentaram menos
Instrução hospitalar	Mães sem instrução desmamaram antes	Mães sem instrução desmamaram antes
Profissão	Não houve diferença estatística	Mães que trabalham fora desmamaram antes
Escolaridade	Não houve diferença estatística	Não houve diferença estatística
Renda familiar	Mães com renda acima de 03 salários desmamaram antes	Mães com renda acima de 03 salários desmamaram antes
Tipo de parto	Não houve diferença estatística	Não houve diferença estatística
Peso ao nascer	Mães de crianças abaixo de 03 kg desmamaram antes	Mães de crianças abaixo de 03 kg desmamaram antes
Infecção infantil	Mães de crianças que tiveram infecção desmamaram antes	Mães de crianças que tiveram infecção desmamaram antes
Benefício materno	Mães que não viram benefício amamentaram menos	Mães que não viram benefício amamentaram menos

Continuação

Continuação

desmame	O fato de o leite ser fraco/ter secado, fizeram as mães com esta alegação amamentarem excessivamente menos.	O fato de o leite ser fraco/ter secado, fizeram as mães com esta alegação amamentarem excessivamente menos.
---------	---	---

Concluída

A prevalência de AME até os seis meses e do AM nos primeiros dois anos de vida se associou com as condições socioeconômicas das mães. Mães que trabalham fora amamentaram menos no aleitamento materno não exclusivo, mas no exclusivo não houve diferença. Em relação à renda, mães com melhores condições financeiras amamentaram menos, no geral e em relação à escolaridade materna não houve diferença estatística, assim como em relação à idade materna, como mostra a Tabela 07:

Tabela 07: associação das variáveis estudadas com a frequência do aleitamento materno exclusivo, analisando frequências em tempo inferior a cinco meses e superior a cinco meses.

Tabela 07: associação das variáveis com as frequências.

Aleitamento materno exclusivo

Continua

Variáveis		< 05 meses	> 05 meses
Profissão	Do lar	49,88%	50,12%
	Trabalha fora	54,4%	45,6%
Renda	Até dois salários	48,92%	51,08%
Familiar	Até três salários	50,96%	49,04%
	Mais que três salários	60,0%	40,0%

Continuação

Continuação

Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	48,72%	51,28%
	Ensino fundamental completo	54,66%	45,34%
	Ensino médio	49,78%	50,22%
	Ensino superior	66,6%	33,4%
Idade	Até 16 anos	55,88%	44,12%
Materna	Até 20 anos	53,66%	46,34%
	Até 25 anos	52,19%	47,81%
	Até 30 anos	53,77%	46,23%
	Mais de 30 anos	46,09%	53,91%
Primipara	Não	50,64%	49,36%
	Sim	55,2%	44,8%
Instrução	Não	72,41%	27,59%
Materna	Sim	51,3%	48,7%
Idade da	Um ano	48,26%	51,74%
criança	Dois anos	54,72%	45,28%
	Três anos	49,06%	50,94%
	Quatro anos	56,9%	43,1%
Parto Normal	Não	53,68%	46,32%
	Sim	49,32%	50,68%
Peso nasc.	2,5 a 3 kg	61,75%	38,25%
	3 a 3,5 kg	48,37%	51,63%
	Mais 3,5 kg	46,37%	53,63%
Doença	Não	45,77%	54,23%
	Sim	171,43%	28,57%

conclusão

A Tabela 08 mostra a frequência de aleitamento materno não exclusivo, associado com as variáveis. A idade materna mostrou estatisticamente significativa, onde mães

menores de 16 anos amamentaram por maior período em relação às mães de 20 a 30 anos, contradizendo pesquisas anteriores. Mães primíparas amamentaram em menor período em relação às mães multíparas, assim como mães que receberam instruções de aleitamento a nível hospitalar, bastante evidenciado em mães que não receberam, instrução, onde apenas 27% prolongaram o aleitamento por mais de 10 meses, em relação à profissão, mães que trabalham fora desmamara antes, assim como mães de escolaridade mais elevada (ensino médio e superior), o que também contradiz outras pesquisas. Mães com renda inferior amamentaram por maior tempo que mães com melhores rendas. Crianças que nascerem de parto normal foram amamentadas por mais tempo que as que nasceram de cesariana e crianças que contraíram alguma infecção na infância amamentaram por menor período (apenas 32% chegaram a mamar até os 10 meses).

Tabela 08: associação das variáveis estudadas com a frequência do aleitamento materno não exclusivo, analisando frequências em tempo inferior a dez meses e superior a dez meses de amamentação.

Aleitamento materno não exclusivo

Tabela 08: associação das variáveis com as frequências de amamentação não exclusiva

Continua			
Variável		Frequência de amamentação	
		<=10 meses	>10 meses
Idade	Até 16 anos	41,2%	58,8%
	Até 20 anos	53,0%	47,0%
	Até 25 anos	52,9%	47,9%
	Até 30 anos	53,8%	46,2%
	Mais de 30 anos	50,0%	50,0%
Primipara	Não	49,5%	50,5%
	Sim	58,0%	42,0%
Instrução	Não	72,4%	27,6%
Hospitalar	Sim	51,4%	48,6%
Continuação			

Continuação			
Profissão	Do lar	47,9%	52,1%
	Trabalha fora	56,7%	43,3%
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	49,1%	50,9%
	Ensino fundamental completo	51,8%	48,2%
	Ensino médio	54,1%	45,9%
	Ensino superior	62,5%	37,5%
Renda familiar	Até dois salários	45,9%	54,1%
	Até três salários	52,4%	47,6%
	Mais que três salários	61,3%	38,7%
Idade da criança	01 ano	49,2%	50,8%
	02 anos	52,8%	47,2%
	03 anos	51,4%	48,6%
	04 anos	55,8%	44,2%
Parto Normal	Não	53,3%	46,7%
	Sim	50,3%	49,7%
Peso ao nascimento	2,5 a 3 kg	59,4%	40,6%
	3 a 3,5 kg	50,3%	49,7%
	Mais 3,5 kg	46,4%	53,6%
Doença	Não	47,3%	52,7%
	Sim	67,4%	32,6%

Conclusão

No item benefícios, mães que alegaram o aleitamento ter como principal objetivo a saúde provinda da prática tiveram um prolongamento maior em ambos os aleitamentos, e as que não viram benefício amamentaram menos.

Houve relação significativa entre ter passado por dificuldades de manejo no início do aleitamento (ingurgitamento mamário, traumas mamilares, mastite e outros), ou por dificuldades referidas tais como o fato do leite “ter secado” para a prática do AME e do AM, onde 87% desmamaram antes dos cinco meses no AME e 93% desmamaram antes dos 10 meses no AM. O tempo maior de amamentação é o das mães que alegaram já ter amamentado o suficiente, onde 72% das mães em AME amamentaram mais de cinco meses e 83% das mães da AM amamentaram mais que 10 meses. Doença materna, nova gravidez ou doença do bebê fez o aleitamento ser abandonado mais precocemente, tanto no AME quanto no AM, e a introdução gradual de outro leite mostrou-se bastante significativa no desmame do AM, onde 66% das mães introduziram outro leite antes dos 10 meses, como mostra a Tabela 09.

Tabela 09: Relação do motivo do desmame com a frequência de aleitamento materno exclusivo, divididos em tempo superior e inferior a cinco meses e com a frequência de aleitamento não exclusivo, divididos em tempo superior e inferior a dez meses.

Tabela 09: Relação do motivo do desmame com a frequência de aleitamento

continua

Variável		Frequência de amamentação exclusiva	
		> 05 meses	< 05 meses
Motivo do desmame	Volta ao trabalho	50,44%	49,56%
	já mamou o suficiente	27,09%	72,91%
	Introdução gradual de outro leite	45,98%	54,02%
	Leite secou/leite fraco	86,71%	13,29%
	Doença	54,17%	45,83%
	maternal/bebê/gravidez		
	Não desmamou	32,48%	67,52%

Continuação

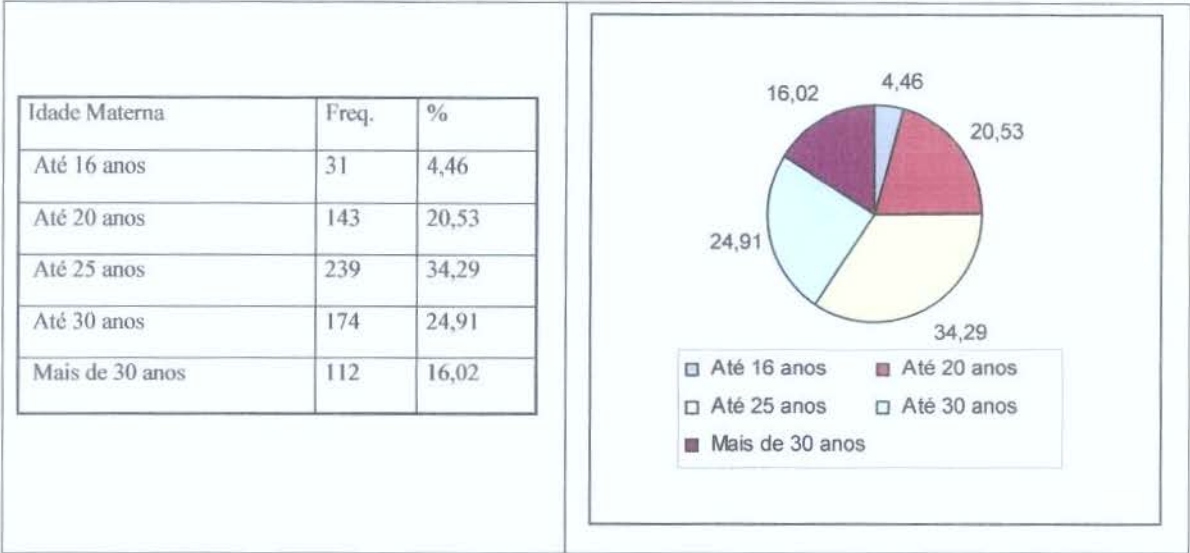
Continuação Variável	Frequência de amamentação	
	Não exclusiva	
	> 10 meses	< 10 meses
Volta ao trabalho	74,4%	26,6%
já mamou o suficiente	16,8%	83,2%
Introdução gradual de outro leite	66,7%	33,3%
Leite secou/leite fraco	92,3%	7,7%
Doença maternal/bebê/nova gravidez	58,3%	41,7%
Não desmamou	3,4%	96,6%

Conclusão

Houve diferença estatisticamente significativa para mães que não receberam instrução a nível hospitalar, apesar dessa quantidade ser bastante reduzida (29 mães).

A Tabela 10 mostra as frequências da idade materna, observando que grande maioria das mães tem até 25 anos.

Tabela e gráfico 10: frequências da idade materna



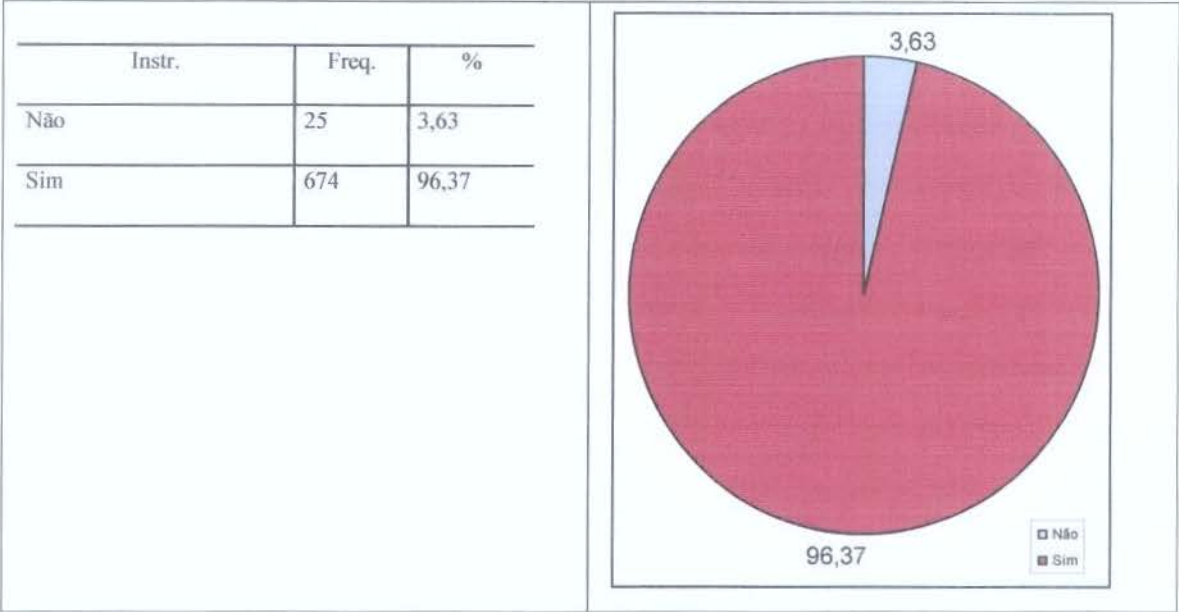
A [Tabela 11](#) mostra as frequências da primiparidade, vendo que a maioria das mães são multíparas, sendo apenas 31% primíparas.

Tabela 5: frequência de primiparidade das mães do estudo

Primiparidade	Freq.	%
Não	480	68,71
Sim	219	31,29

A [Tabela 12](#) mostra o percentual de mães que receberam instruções no hospital. Na cidade de estudo, o programa de aleitamento materno é bastante utilizado. Nos hospitais há equipe treinada para estimular o aleitamento materno. Das que não receberam instrução, seus partos foram fora do estado de São Paulo, apenas uma pequena quantia (3,6%) não receberam instruções sobre a prática do aleitamento no âmbito hospitalar, mostrando o incentivo a prática do aleitamento materno de suma importância para a saúde e desenvolvimento do recém nascido.

Tabela e gráfico 12: frequência de mães que não receberam instruções de aleitamento em nível hospitalar



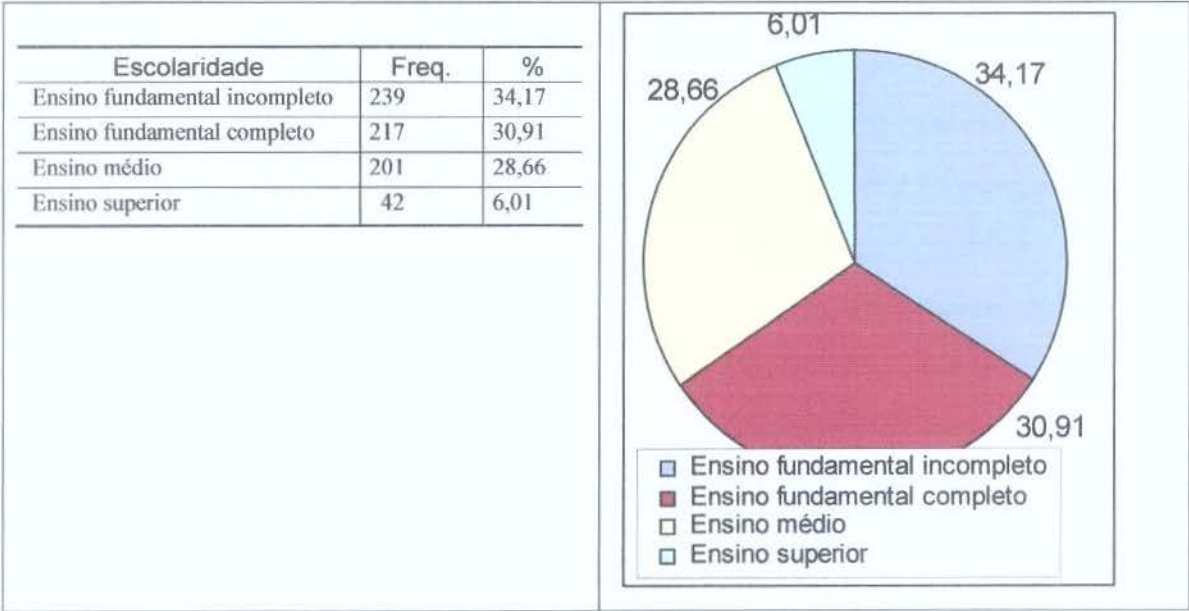
A [Tabela 13](#) mostra as mães que trabalhavam quando as crianças nasceram, no qual os resultados se equivalem, tendo um pequeno percentual maior para as mães que trabalham em casa.

Tabela 13: tipo de profissão associada com a frequência do aleitamento

Profissão	Frequência	%
Do lar	361	51,69
Trabalho fora	338	48,31

A [Tabela 14](#) mostra o grau de escolaridade das mães vendo que a grande maioria (65%) não completou o ensino médio, e apenas uma pequena parcela, de 06% tem ensino superior, levando em conta a pesquisa ter sido realizada em locais de baixa renda da cidade.

Tabela e gráfico 14: frequência do grau de escolaridade das mães avaliadas no estudo, com a maioria tendo cursado até o ensino fundamental.



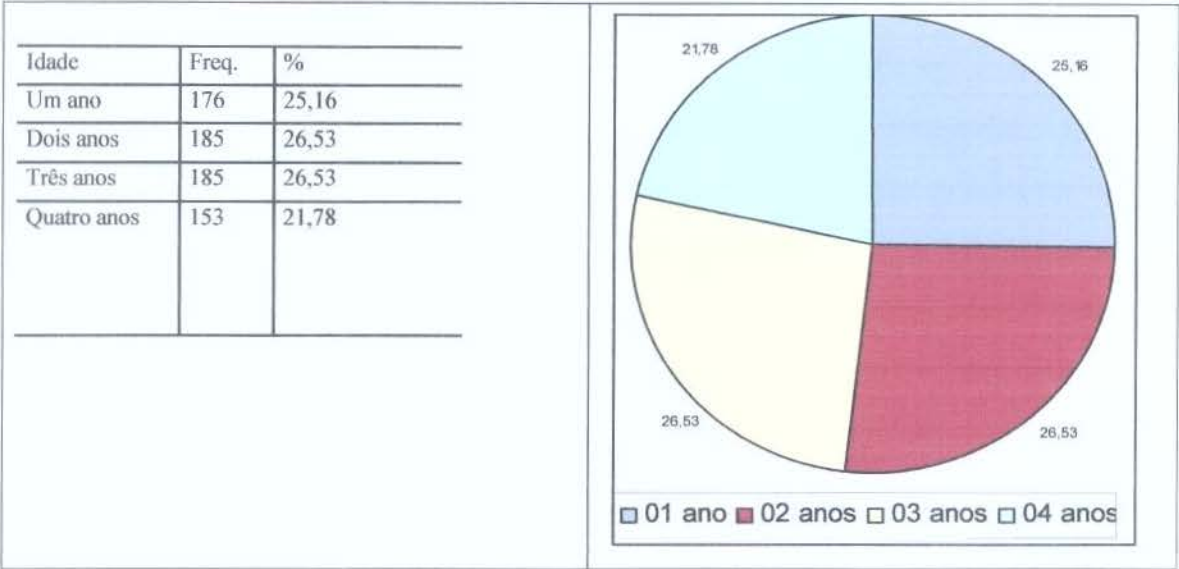
Na [Tabela 15](#), as rendas familiares das mães, tendo maior prevalência no intervalo de dois a três salários, sendo que a renda familiar superior a três salários mínimos é a minoria (18%), considerando novamente que a pesquisa envolveu as regiões carentes da cidade.

Tabela 15: freqüência renda, dividida em salários mínimos.

Renda	Freq.	%
Até dois salários	210	28,91
Até três salários	363	52,32
Mais que três salários	126	18,77

A [Tabela 16](#) mostra a idade das crianças que participaram deste trabalho, sendo percentagens equivalentes para todas as idades.

Tabela e gráfico 16: idade das crianças, mostrando ter sido equivalente às idades incluídas no estudo.



O Brasil possui uma das maiores taxas de cesarianas do mundo. No presente estudo, as crianças nascidas por este tipo de parto (62,95%) apresentaram maior risco para o desmame. A [Tabela 17](#) está à frequência dos tipos de parto

[Tabela 17:](#) frequência dos tipos de parto, divididos em parto normal e cesariana, mostrando a alta frequência de cesarianas na região.

Tabela 17: frequência de parto normal e cesarianas nas mães estudadas.

Parto normal	Frequência	%
Não	440	62,95
Sim	259	37,05

A [Tabela 18](#) mostra as variáveis estudadas que apresentaram as maiores proporções, levando em conta principalmente o alto índice de instruções de amamentação a nível hospitalar, a alta prevalência de escolaridade a nível fundamental e a prevalência de cesarianas.

[Tabela 18:](#) variáveis estudadas com maior prevalência no estudo: multimíparas, com instruções, do lar, escolaridade ao nível de ensino fundamental, renda entre dois e três salários, parto tipo cesariana e crianças de peso ao nascer entre 03 e 3,5 kg.

Tabela 18: frequência dos itens das variáveis de maior proporção

Idade materna	20 a 25 anos	34,2%
primiparidade	multímipara	68,7%
Instrução hospitalar	sim	96,37%
profissão	Do lar	51,7%
Escolaridade	Ensino fundamental (completo ou não)	65%
renda	Dois a três salários	52,3%
parto	Cesariana	62,95%
Peso da criança	De 03 a 3,5 kg	46,06%

A maioria das 699 mães estudadas tinha entre 20 e 29 anos, sendo que 25% tinham menos de 20 anos e 16% apresentavam 30 anos ou mais. A maioria das mães (65,08%) possuía apenas o ensino fundamental, completo ou não, sendo também mais da metade (81,23%) provenientes de famílias com renda de até dois salários-mínimos.

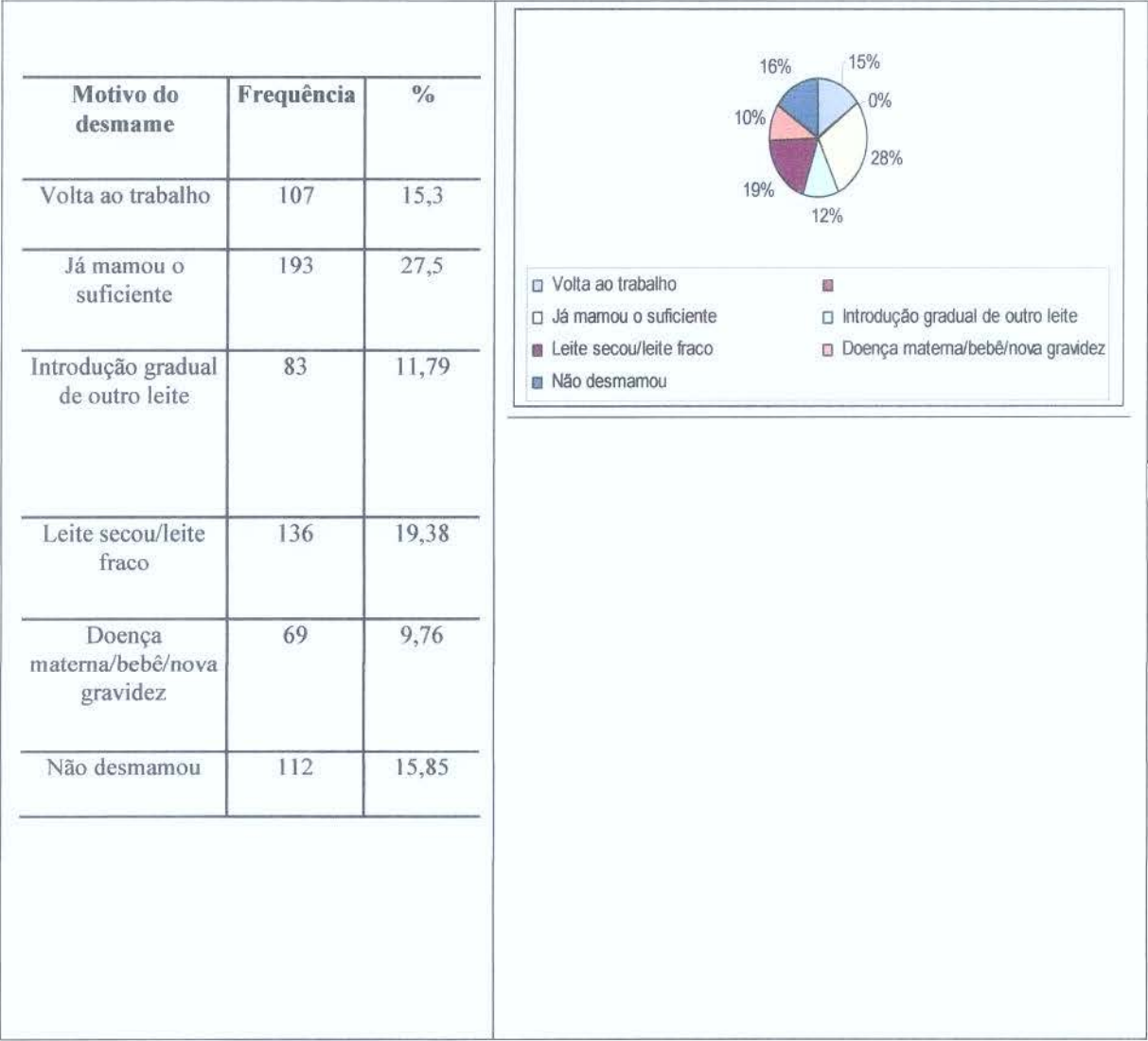
Buscando compreender as razões que levaram as mães a abandonar o AME antes do sexto mês de vida, avaliou os motivos apontados por elas para a introdução de outros líquidos ou alimentos a seus filhos. Esses dados são apresentados na Tabela 19:

Tabela 19 - distribuição das mães de crianças de um a quatro anos, segundo o motivo que levaram a introduzir complementos ou o desmame. No motivo do desmame, como mostra a tabela, nota-se que a maior frequência está em achar que a amamentação já foi suficiente (27,5%), vendo que esta alegação pertenceu a mães que desmamaram após os cinco meses (72,9%).

Para o desmame precoce o principal motivo foi o fato do leite ter “secado” (19,4%), com grande diferença significativa, sendo 86,7% desmamaram antes dos cinco meses.

Deve-se salientar que 15,85% (117 mães) não tinham desmamado seu filho, até o momento da entrevista.

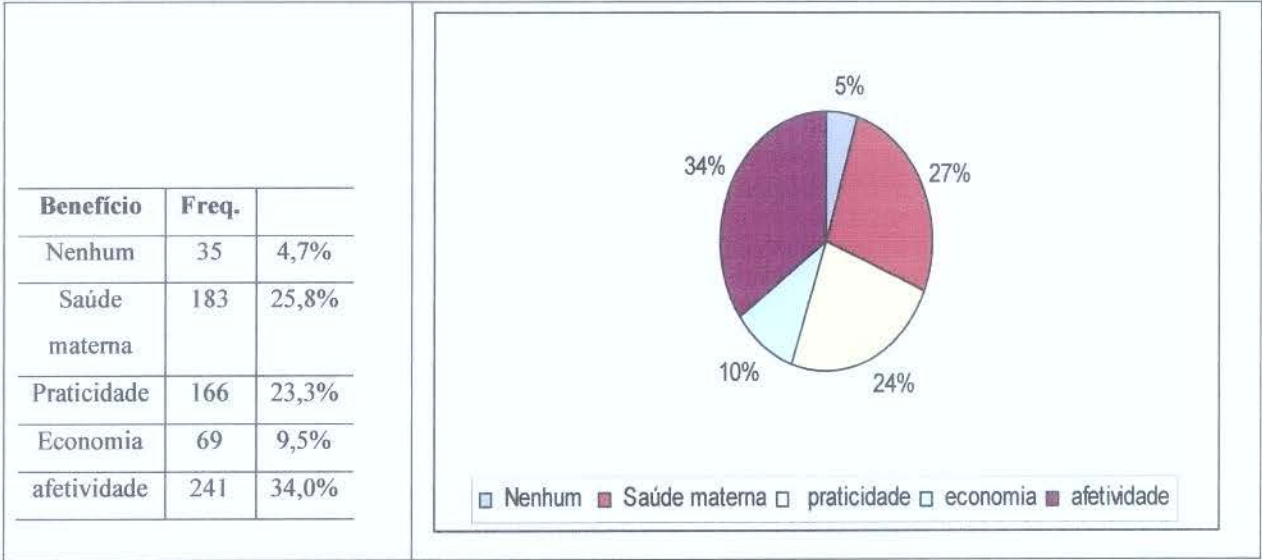
Tabela e gráfico 19 - motivos que levaram as mães a introduzirem complementos ou o desmame



Indagou-se às mães se elas consideravam o aleitamento materno importante. 95,3% responderam sim e as justificativas estão apresentadas na [Tabela 20](#).

[Tabela 20](#): Justificativa apresentada pelas entrevistadas sobre a importância do AM, mostrando que o vínculo afetivo é o maior benefício tido com o aleitamento. Apenas 04% não vêem benefício na prática, mas o maior período de aleitamento está nas mães que viram a saúde como seu principal benefício.

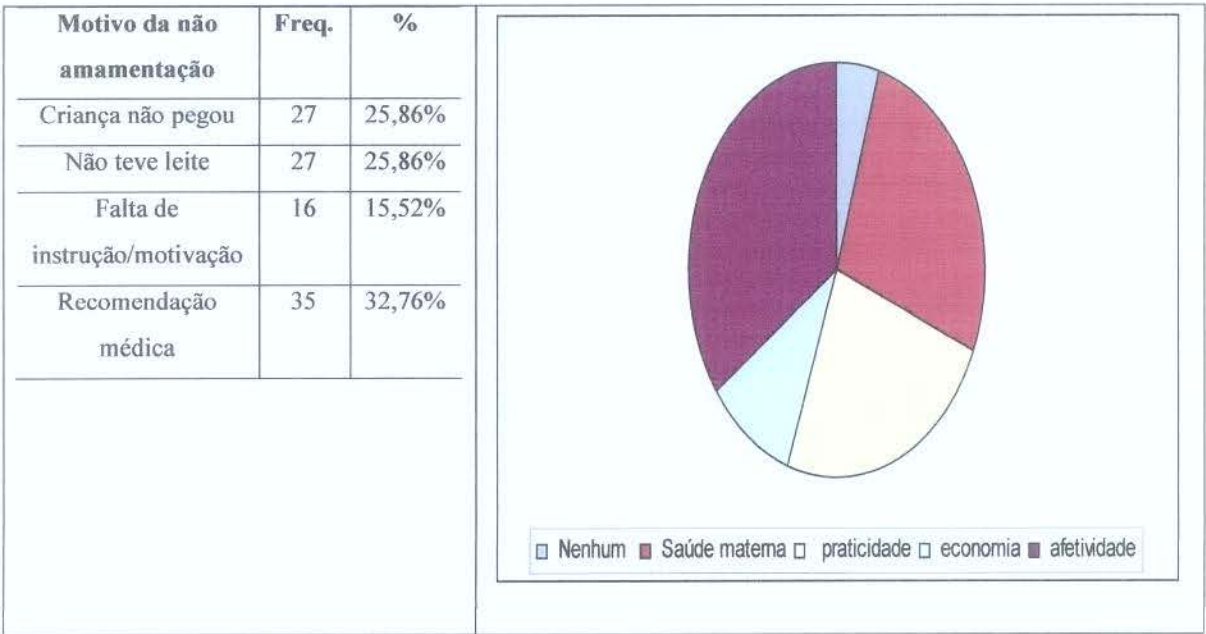
Tabela 20: Frequência dos benefícios apontados pelas mães com o aleitamento



Quanto à não amamentação, a frequência é de 15% (105 mães).

A [Tabela 21](#) mostra os motivos da não amamentação para esta parcela, sendo o maior recomendações médicas por doenças da criança ou maternas, internações. Uma parcela considerável não amamentou por motivos que, se houvesse um maior estímulo, reverteria esse resultado, considerando que o fato da criança não ter pego o peito e o leite ter secado, com uma boa instrução, essa dificuldade seria sanada.

Tabela 21- Frequência do principal motivo que fez as mães desmamarem



6- DISCUSSÃO:

Diferente do que foi observado em estudos anteriores, realizados em outros municípios do país ^{23,37}, onde maioria das mães estudadas amamentaram seus filhos ao nascer, porém, a introdução de outros alimentos foi muito precoce, observando-se poucas crianças em aleitamento materno exclusivo, no município de Votuporanga a amamentação exclusiva se manteve alta. A frequência de crianças que iniciaram o aleitamento materno foi de 85%.

Como previamente apontado por Kitoko et al. ⁵⁷, a prevalência de AME em várias cidades brasileiras tem sido inferior a 50% em menores de quatro meses de idade, com duração variando entre 0 e 60 dias. O AME é usualmente interrompido muito cedo, com introdução precoce de água e chás. Em outros municípios da região de Barretos, próxima a regional de Votuporanga, um estudo recente observou que as frequências de AME e de AM na mesma faixa etária variaram de 0 a 30% e de 43 a 65%, respectivamente ²³. Os autores concluíram que a alta prevalência do AM no Brasil sugere um alerta às autoridades de saúde para que se subsidiem ações educativas às mães, informando os efeitos nocivos da administração de líquidos nos primeiros meses de vida da criança, mas Votuporanga teve um índice positivo, com 73% das crianças em aleitamento exclusivo no segundo mês, 53,5% no quarto e 48% no sexto mês.

A frequência do aleitamento materno exclusivo foi de 53,5% aos 120 dias de idade. A introdução de água, chás e leite de vaca (fluido e/ou pó) ocorreram antes dos cento e vinte dias de idade para 46.5% das crianças estudadas, período em que o organismo da criança está preparado para receber apenas o leite humano. A duração mediana da amamentação não exclusiva foi de 300 dias. No entanto, verificou-se que até os seis meses de idade, 63,8% das crianças ainda recebiam leite materno (não exclusivo), ao passo que em outras regiões a oferta do leite materno aos lactentes da mesma idade ocorre em menor frequência: 57,3% em Ouro Preto ⁷⁰ e 38,3% em Pelotas ⁸⁷.

Apesar de o desmame precoce ser uma realidade, pesquisas realizadas nos últimos trinta anos demonstram que a prática do aleitamento materno tem aumentado no Brasil. A mediana do tempo de a amamentação evoluiu de 2,5 mês em 1975 ³⁵ para 5,5 meses em

1989 ⁴⁰, sete meses em 1996 ⁷⁷ e 9,9 meses em 1999 ⁴⁹. A mesma tendência tem sido observada quanto à prevalência de aleitamento materno exclusivo, que passou de 3,6% em 1986 ⁷⁸ para 35,6% em 1999 ⁵⁹ entre os bebês menores de quatro meses. Esse incremento se deve em grande medida ao Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, criado, em 1981, pelo Ministério da Saúde (MS), conjugando ações multisetoriais, principalmente nas áreas de comunicação social, assistência à saúde e legislação ⁶⁵. Os índices alcançados, no entanto ainda estão bem distantes das recomendações ⁹³ da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF): aleitamento materno exclusivo ⁶⁴ por seis meses e aleitamento materno complementado pelos alimentos da família até os dois anos ou mais.

A amamentação exclusiva é interrompida muito cedo, na maioria das cidades brasileiras, com a introdução precoce de água e, sobretudo, chás. Quando comparados aos dados de pesquisas nacionais (Monteiro, 1997; Venancio & Monteiro, 1998)⁴², esses resultados revelam que, embora exista uma situação de amamentação cada vez melhor no país, a prevalência de amamentação exclusiva, em menores de quatro meses permanece aquém das recomendações da OMS/UNICEF (UNICEF, 1990; WHO, 1994) ^{37,64} e da política brasileira, que preconizam a amamentação exclusiva para todas as crianças até seis meses de idade e a introdução de alimentos complementares para todas as crianças de seis a nove meses de idade (INAN/ UNICEF, 1995) ⁴¹.

As prevalências estimadas de aleitamento materno para o Brasil foram aos 30, 120 e 180 dias, respectivamente, 87,3% (86,8 - 87,7), 77,5% (77,1 - 78,0) e 68,6% (68,2 - 69,1) e, do aleitamento materno exclusivo, nas mesmas idades, 47,5% (46,4 - 48,5), 17,7% (17,2 - 18,3) e 7,7% (7,2 - 8,2) nas capitais brasileiras. Nas capitais, a variação da frequência do aleitamento materno exclusivo aos 30 dias foi ampla, oscilando entre 73,4% (Fortaleza) e 25,2% (Cuiabá). Aos 180 dias de vida, as taxas alternaram de 16,9%, em Belém a 2,8%, em Cuiabá. Na cidade de Votuporanga o aleitamento exclusivo se sobressai, sendo 80%, 53,5% e 48% aos 30, 120 e 180 dias e o aleitamento materno 88%, 75,5% e 63,8%, respectivamente, sendo estes resultados bastante semelhante ao estudo realizado nas capitais brasileiras em 1999 ⁷⁹.

Na cidade de São Carlos, estudo realizado com crianças menores de quatro meses mostrou que 73,3% estavam sendo amamentadas, 37,8% com aleitamento materno exclusivo ⁵⁴. Em Botucatu-SP ¹⁴, apenas 19,1% das crianças menores de quatro meses estavam em AME em 1995, proporção que subiu para 22,6% em 1999. Entre os menores de seis meses, apenas 13,0% eram exclusivamente amamentados em 1995, passando a 16,5% em 1999. A situação de Botucatu não é diferente da observada em outros municípios paulistas: estudo realizado em 1998 em 84 municípios evidenciou que apenas 32% deles apresentavam prevalência de AME em menores de quatro meses superiores a 20% ¹, lembrando que em Votuporanga as taxas foram mais elevadas aos quatro meses tanto para o exclusivo (53,5%), como para o não exclusivo (63,8%), e de 48% exclusivo e 63,8% não exclusivo aos seis meses.

Em Florianópolis, a duração mediana de amamentação exclusiva foi de 60 dias e uma prevalência de amamentação exclusiva em menores de quatro meses de 46%. A cidade de Blumenau com uma duração mediana de amamentação exclusiva de trinta dias (Arcoverde et al., 1997) ⁴, encontra-se numa posição intermediária. As cidades do Rio de Janeiro, com a mediana de amamentação exclusiva em 13 dias (Mendes-Gomes et al., 1998) ⁴⁶ e a de Goiânia (Monego et al., 1998) ⁵², onde a prevalência de amamentação exclusiva em menores de quatro meses e a duração mediana desta categoria de amamentação foram estimadas em 18,5% e 12 dias. Tais percentuais e números de dias constituem, com a cidade de João Pessoa, as áreas com piores níveis dos indicadores. Na cidade de Montes Claros, MG ¹³, a duração mediana do aleitamento materno em geral foi de 8,7 meses, compatível com a de Votuporanga, de 10 meses, entretanto, a duração mediana do aleitamento materno exclusivo na cidade mineira foi de apenas 27 dias, enquanto que em Votuporanga foi de 150 dias, mostrando incrível superioridade quanto comparada a outros estudos.

Os dados da pesquisa realizada no Distrito Federal mostram uma alta prevalência do aleitamento materno (todas as formas) de 70,9% nas crianças com 151-180 dias de vida, e uma baixa duração mediana do aleitamento exclusivo (39,4 dias). para os lactentes com 120 dias, foi de 23% e, para os com 180 dias, de 10% ⁶⁹. Com respeito a uma pesquisa realizada em Santos (São Paulo), em 1992 (Pérez-Escamilla, 1995), essa prevalência situava-se em 47%, com um mês em aleitamento exclusivo ²³.

Na pesquisa do Distrito Federal estudou-se também a duração mediana da amamentação exclusiva, que foi de 39,4 dias, número muito próximo ao de quarenta dias, encontrado no estudo de Santos (Pérez-Escamilla, 1995) ⁶¹, superior à duração mediana de 28,9 dias, estimada para Santo André (Ferreira, 1996) e de 16,5 dias, para João Pessoa (Kitoko, 2000), mas inferior à duração mediana da amamentação exclusiva em Florianópolis, que foi de 53 dias (Kitoko, 2000). Esses números evidenciam a reduzida duração dessa forma de alimentação nas localidades mencionadas ²⁶.

Na cidade de Pelotas, RS, a mediana foi ao redor de três meses. A prevalência de amamentação aos seis meses de idade foi 35,1% ²⁷.

A prevalência do aleitamento foi 69,2 % em menores de um ano na Feira de Santana, BA ⁸⁶, e na região do Alto do Jequitinhonha, MG encontrou medianas de 10,85 meses para amamentação e 1,51 meses para amamentação exclusiva ⁸⁷.

Em relação à mediana de amamentação, Votuporanga encontrou com mediana de aleitamento materno aquém se comparado a esses estudos e equiparada com a região do Alto do Jequitinhonha, ambas com 10 meses de aleitamento materno. Já no aleitamento materno exclusivo a mediana encontra-se excessivamente além das pesquisas descritas, com mediana de cinco meses.

Estudo feito no semi-árido da Bahia mostra que 91,6% iniciaram a amamentação. O percentual de crianças que não chegaram a mamar no peito materno foi de 8,4% ⁵. Dado bem menor do que para as áreas do nordeste rural ⁴⁰ nos Estados de Pernambuco, Paraíba e Ceará, onde percentuais de 45,2%, 28,9% e 23,1%, respectivamente, são vistos para a não-iniciação da amamentação, o que demonstra que no presente estudo os índices adquiridos, de que 85% iniciaram o aleitamento, apenas 15% não amamentou em momento algum, está favorável em relação ao nordeste brasileiro.

Na cidade de São José do Rio Preto ⁹⁰, município da mesma regional de Votuporanga, mostra-se que entre todas as crianças estudadas, 96,2% iniciaram o aleitamento materno, mas somente 8,9% estavam em aleitamento materno exclusivo nos 06 meses incompletos, enquanto 85% das crianças que iniciaram aleitamento se mantiveram

exclusivamente até o sexto mês em 48% delas, provando que o apoio à amamentação na cidade de Votuporanga é bastante efetivo para conseguir manter alta a prevalência de aleitamento exclusivo, mesmo estando ainda distante do recomendado pela OMS. As porcentagens de crianças amamentadas exclusivamente aos 90, 120 e 180 dias de idade foram 15, 10 e quatro, respectivamente, em São José do Rio Preto, e a duração mediana da amamentação exclusiva foi de 18,64 dias, enquanto que, em Votuporanga, as crianças amamentadas aos 90, 120 e 180 dias foram de 66, 53 e 48%, e a mediana de amamentação exclusiva de 150 dias.

Com base neste estudo realizado mostra que a parcela de mães que não iniciaram o aleitamento materno no município de Votuporanga (15,8%) teve como justificativa não terem tido leite ou a criança não ter pegado, relacionando essas justificativas com a desmotivação diante da primeira dificuldade, pois em todos os PSFs do município há programa de incentivo ao aleitamento materno, com as ajudas necessárias para estimulá-lo. a fim de que as mães tenham êxito nesta prática tão extintiva e essencial para o recém nascido.

Embora nossa população de estudo não corresponda à amostra representativa do município, os resultados encontrados possibilitam um diagnóstico rápido das práticas de alimentação infantil em área urbana carente de Votuporanga, contribuindo para o planejamento de ações e medidas de intervenção em puericultura entre os usuários das unidades básicas de saúde do município.

Quanto às variáveis estudadas:

Motivos do desmame: Estudos sobre causas de abandono do AME em crianças menores de seis meses têm encontrado como justificativas “leite fraco”, “pouco leite”, “leite secou” e “insegurança materna frente ao choro do bebê”^{11,13}. O conceito de “leite fraco” foi introduzido na cultura brasileira pelos higienistas do século XIX devido à dificuldade de explicar os insucessos de algumas mães com a amamentação e foi assimilado de forma notável, permanecendo até a atualidade. Também merece destaque que o principal motivo para o oferecimento de água e de chás aos lactentes tenha sido considerar que a criança necessitava desses líquidos, ou seja, que os mesmos, de alguma forma, eram necessários à satisfação de

necessidade fisiológica da criança (sede). No entanto, a introdução de chás na alimentação infantil foi identificada como fator de risco para desmame precoce e para a ocorrência de quadros diarreicos, aumentando, assim, o risco de morbimortalidade ¹⁴. Para o desmame precoce do município de Votuporanga tem também como principal motivo o fato do leite ter “secado” (19,4%), com grande diferença significativa, sendo 86,7% desmamaram antes dos cinco meses.

Escolaridade: mostra que quanto maior a escolaridade materna, maior a probabilidade de a criança estar em amamentação exclusiva em estudo nos municípios do estado de São Paulo ¹, e que não houve diferença estatisticamente significativas em Pelotas ²⁷ e em Porto Alegre ⁷³, assim como em Votuporanga.

Renda: No sul do Brasil revelou-se que a duração da mediana da amamentação foi maior nos grupos de alta renda do que nos de baixo nível sócio-econômico ⁹². Já em Votuporanga as mães com maiores salários desmamaram antes.

Primiparidade: Observou-se que as primíparas amamentaram por menos tempo, em trabalho das capitais brasileiras ⁷⁹, assim como em Votuporanga, no aleitamento não exclusivo. Já no exclusivo não houve diferença estatisticamente significativa.

Trabalho: Estudos têm revelado que o trabalho fora do lar é um fator de risco para o desmame precoce ¹⁹, mas em Votuporanga não houve diferença estatisticamente significante.

Confirmaram-se, ainda, achados anteriores (Victora et al., 1989; Barros et al., 1986 a e b) ⁸ sobre diferenciais biológicos e sócio-econômicos na amamentação. Crianças de famílias de baixa renda ou nascidas com baixo peso, que mais necessitam do aleitamento, são as que menos recebem leite materno nos primeiros meses de vida. A menor duração da amamentação em crianças de baixo peso ao nascer têm sido encontradas em outros lugares (WHO, 1981), assim como neste estudo em questão, onde crianças de baixo peso foram excluídas do estudo, mas o menor peso foi considerado de 2,5 a três kg. A morbimortalidade em recém nascidos de baixo peso é maior naqueles que consomem fórmulas artificiais de leite do que entre os amamentados ⁹².

A realização de diagnóstico rápido da situação de amamentação constitui um importante passo para a definição e o direcionamento de políticas na área de saúde materno-infantil e de nutrição. Espera-se que os resultados deste trabalho sejam aproveitados, para que as cidades possam monitorar a evolução dos indicadores e assim planejar ou direcionar as intervenções da melhor forma. O uso de método rápido e padronizado mostra-se fundamental para qualquer sistema de vigilância em saúde, facilitando a comparabilidade de resultados.

A compreensão do comportamento favorável das mulheres brasileiras em relação à amamentação, ocorrido com maior ou menor intensidade nos estratos da população, passa pela análise do contexto sócio político-cultural do País nas últimas décadas, em especial das políticas governamentais pró-amamentação, iniciadas na década de 80, com a criação, em 1981, do PNIAM (Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno) com o lançamento de uma extensa campanha na imprensa ⁵¹, com a aprovação de leis, como a do alojamento conjunto, da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 1988; da extensão da licença-maternidade para 120 dias e a criação da licença-paternidade de 05 dias, na Constituição de 1988 ⁹, onde, em 2007 foi estendida a licença a maternidade para 180 dias facultativamente.

7- CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Considerando o que tem sido preconizado por organismos internacionais de proteção à infância, a prevalência do AME em Votuporanga foi baixa tanto entre as crianças menores de seis meses com 63,8%, quanto entre as menores de 24 meses no AM, com 5,7%.

Conclui-se, diante deste estudo, que a prática do aleitamento materno no município de Votuporanga em 2008 estava aquém das recomendações atuais. Embora as equipes de PSF incentivem a amamentação, a prevalência do AME e AM ainda foi baixa, mesmo estando em melhores condições em relação às pesquisas feitas em outras regiões, verificando-se que a maioria das crianças foi amamentada exclusivamente até o quarto mês (53,5%), e quase metade foram amamentadas até o sexto mês (48%) e quando comparados com estudos semelhantes, observa-se uma adesão satisfatória à prática do aleitamento materno no município.

Vários são os fatores podem explicar essa tendência, sendo o mais relevante a existência de grupos de apoio ao aleitamento materno nas Unidades Básicas de Saúde, implantadas desde 1994 e nas Unidades de Saúde da Família, com reuniões semanais entre mães e uma equipe multiprofissional apta a auxiliá-las na tarefa da amamentação, avaliando também o crescimento e o desenvolvimento do bebê.

O “Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno”, implantado pelo Ministério da Saúde conta com oito ações: treinamento dos profissionais envolvidos em aleitamento materno; existência de “Hospital Amigo da Criança”; Bancos de Leite Humano; realização de atividades na “Semana de Amamentação”; políticas públicas de aleitamento; monitorização da “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes”;

Equipe multiprofissional que trabalhe na promoção do aleitamento e atividades de pesquisa sobre aleitamento, o que tem aumentado a prevalência do AM no município.

Este estudo demonstrou a importância de diagnósticos para o planejamento e avaliação de ações de promoção do AM. Há necessidade de expansão das atividades de apoio ao aleitamento materno, especialmente visando auxiliar as mulheres a superarem as

dificuldades no início do processo, bem como enfatizar os efeitos nocivos da administração de quaisquer outros líquidos (lácteos e não lácteos) nos primeiros meses de vida da criança.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA* :

1. Abrão ACFV, Gutiérrez MGR, Marin HF. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação de NANDA, para sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. **Rev Latino-am Enfermagem** 1997 abril; 5(2):49-59.
2. American Academy of Pediatrics. **Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics** 1997; 100: 1035-9.
3. Araújo, MFM; Otto, AFN; Schmitz, BAS. Primeira avaliação do comprimento dos “Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno” nos hospitais Amigo da Criança no Brasil. Ver. **Rev. Saúde Materno Infant.** 2003; 3 (4); 411-419
4. Arcoverde TL, Correa D J, Martins JT,1997. Perfil do aleitamento materno em uma unidade de saúde do município de Blumenau. In: V Encontro Nacional de Aleitamento Materno, Anais, p. 67. Londrina: Centro de Referência em Amamentação de Londrina/Comitê de Estímulo ao Aleitamento Materno de Londrina/Associação Médica de Londrina/International **Baby Food Action Network** Brasil.
5. Assis MA, Prado MS, Freitas MC, Silva RC, Ramos L, Machado A. Prática do aleitamento materno em comunidades rurais do semi-árido baiano. **Rev. Saúde Pública** vol.28 no.5 São Paulo Oct. 1994.
6. Audi CAP, Corrêa MAS, Latorre MRD. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.3 n.1 Recife jan./mar. 2003.

* de acordo com a norma da Unicamp/FOB baseada na norma do International Committee of Medical Journal Editor – Grupo Vancouver – Abreviatura do periódico em conformidade com o Medline.

7. Barros FC, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centers on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a cohort study. **Acta Paediatr Scand** 1995; 84: 1221-6.
8. Barros FC, Victoria G, Vaughan JP. 1986^a. Breastfeeding and socioeconomic status in Southern Brazil. **Acta Paediatrica Scandinavica**, 75:558-562.
9. **Brasil**. Constituição 1988. Constituição; República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
10. **Brasil**. Relatório de avaliação das Ações Programadas Executadas em Aleitamento Materno no ano de 2002. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.
11. **Brasil**. Relatório. Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Ministério da saúde. Brasília. 2001.
12. Bresolin AMB, Issler H, Bricks LF, Lima IN. Higiene alimentar In: Bresolin AMB, Colli AS, Marcondes E, Moysés MAA, Dias MHP. **Pediatria em consultório**. São Paulo: Savier; 1984. p. 38-67.
13. Caldeira P, Eugênio M.A. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa / Breastfeeding in Montes Claros, Minas Gerais: a representative sample study. **J. pediatria**. 76(1):65-72, jan.-fev. 2000.
14. Carvalhaes MAB, Parada CMG, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu – SP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.15 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2007.
15. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SI. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Rev Saúde Pública** 1998 outubro; 32(5):430-6.

16. Carvalho, GD. **Amamentação e o sistema estomatognático**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 2002. p.37-49.
17. Correia M. **Importância do alojamento conjunto no sucesso do aleitamento materno**. [monografia]. Ribeirão Preto (SP): Departamento de Enfermagem/União das Faculdades Barão de Mauá; 1997.
18. Daneluzzi JC, Martinelli Jr CE, Vertuan SA, Vieira VCB, Del Ciampo LA, Santos VD, Ferraz IS. **Programa de Atenção Primária à Saúde da Criança e do Adolescente em Vila Lobato**. Est Avançados USP 1999; 13: 56-7.
19. Del Ciampo LA, Ricco RG, Almeida CAN. **Aleitamento materno. Passagens e transferências mãe-filho**. São Paulo: Atheneu; 2004.
20. Del Ciampo, LA, Junqueira MJ, Ricco RG, Daneluzzi JC, Ferraz IS. Tendência secular do aleitamento materno em uma unidade de atenção primária à uniddae de saúde materno infantil em Ribeirão Preto – SP. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** V.6 n.4 Recife 2006
21. Deshpande AD, Gazmararian JA. Breast-feeding education and support: association with the decision to breast-feed. **Eff Clin Pract** 2000; 3:116-22.
22. Dubeux SL, Frias PG, Vidal AS, Santos DM. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.4 n.4 Recife out./dez. 2004
23. Escobar AMU, Hiratsuka M, Kawashita¹ MY; Teruya PY, Grisi S, Tomikawa OS. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.2 n.3 Recife set./dez. 2002.

24. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Gusi S, Tomikawa SO. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 2002; 2: 252-
25. Escuder MML, Venancio SI, Pereira JCR. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev Saúde Pública** 2003; 37: 319-25 .
26. Figueiredo LMH, Goulart EMA. Análise da eficácia do programa de incentivo ao aleitamento materno em um bairro periférico de Belo Horizonte (Brasil) 1980/1986/1992. **J Pediatr** [Rio de Janeiro] 1995; 71: 203-8.
27. Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan TAB, Garcia E, Silva LS, Carvalho LF, Pascotto R, Macri S, Cardoso M. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.20 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2004.
28. Forman MR. **Review of research of the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries**. *Pediatrics* 1984; 74: 667-94.
29. Fuchs, SC, Victora, CG. Risk and prognostic factors for diarrheal disease in Brazilian infants: a special case-control design application. **Cad Saúde Pública** 2002; 18: 773-82.
30. Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública** 2000; 34:259-65.
31. Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. **Acta Paediatr** 1992; 81:4847.
32. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. **J Pediatr** [Rio de Janeiro] 1994; 70 : 138-51.

33. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. **J Pediatr** 2000; 76 Supl 3:S238.
34. Horta BL, Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Guimarães PRV. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad Saúde Pública** 1996; 12 Suppl 1: 43-8.
35. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1975.
36. Issler H, Lione C, Quintal V. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de SP, Brasil. **Bol Ofic Sanit Panam** 1989; 106: 513-22
- Khatry SK, West KP, Katz J. Epidemiology of xerophthalmia in Nepal. **Arch Ophthalmol** 1995; 113: 425-9.
37. Kitoko PM, Rea MF, Venâncio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cad Saúde Pública** 2000; 16:1111-9.
38. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, Santos L, Caetano MB. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev Saúde Pública** 1999; 34: 143-48.
39. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev Saúde Pública** 2000; 34:143
- Lamounier JA. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev Ass Med Bras** 1998; 44: 319-24.
40. Leão MM, Coitinho DC, Recine E, Costa LAL, Lacerda AJ. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Fundo das Nações

Unidas para a Infância, organizadores. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil. Rio de Janeiro: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**; 1992. p. 97-109.

41. **INAN** (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição)/UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), 1995. Aleitamento Materno e o Município. Rio de Janeiro: Editora Coronário.

43. Leão, M.M. et al. **O perfil do aleitamento materno no Brasil**. In: Fundação IBGE. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil - 1989. Rio de Janeiro, 1992. p. 97-110.

44. Lira, PIC e Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, jan./mar. 2006, vol.6, no.1, p.99-105.

45. Matthai J. The Brazilian national breast-feeding programme. **Assignment Child** 1983; 61/62: 225-4.

46. Mendes MAS, Campos TP, De Castrol RR, Brasil CLP. 1998. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em campanha de vacinação: A experiência do Município do Rio de Janeiro em 1996. In: **IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, Resumos, p. 309. Rio de Janeiro: ABRASCO.

47. **Ministério da Saúde**, OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília (DF); 2005.

48. **Ministério da Saúde**. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília (DF). 1991.

49. **Ministério da Saúde**. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

50. **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, DF; 2001.
51. **Ministério da Saúde/INAN**. Conselho Nacional de Saúde. Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes. Brasília: 1993.
52. Montego E T, Silva BHAB, Oliveira A, Pinto SL, Venâncio SI, Kitoko P. 1998. Prevalência de aleitamento materno no Estado de Goiás. In: **IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, Resumos, p. 311. Rio de Janeiro: ABRASCO.
53. Monteiro CA, Zuniga P, Benicio MH, Victora CG. Better prospects for child survival. **World Health Forum** 1989; 10:222-7.
54. Montrone VG, Arantes CIS. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo. **J Pediatr** (Rio J) 2000; 76: 138-42.
55. Nejar FF, Segall-Corrêa AM, Rea MF, Vianna RPT, Panigassi G. Padrões de aleitamento terno e adequação energética. **Cad Saúde Pública** 2004; 20: 64-71.
56. Novaes HMD. **A puericultura em questão** [dissertação mestrado]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1989.
57. Oliveira VG, Almeida JG, Silva LR, Cabral VA, Netto S, Vieira. P. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia / Breast feeding and weaning associated factors, Feira de Santana, Bahia . **Rev. Brasil. De saúde materno infantil** 4(2):143-150, abr.-jun. 2004.

58. OMS (**Organização Mundial de Saúde**), UNICEF (**Fundo das Nações Unidas para a Infância**). Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Genebra: OMS; 1989.
59. Passos, MC; Lamounier,JA; Silva,CM; Freitas,SN; Baudson,MF. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. **Rev.Saude Pública** vol 34(6):617-22, dez. 2000.
60. Pedroso GC, Puccini RF, Koga EM, Silva NN, Alves MCP. Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do Sudeste do Brasil, Embu, SP **Rev.Bras. Saude Mater. Infant.** v.4 n.1 Recife jan./mar. 2004
61. Pérez-escamilla R. **Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe.** Bol of Sanit Panam 1993; 115:185-93.
62. Pickering LK, Granoiff DM, Erickson JR, Masor ML, Cordle CT, Schaller JP, et al. Modulation of the immune system by human milk and infant formula containing nucleotides. **Pediatrics** 1998 February; 101(2):242-9.
63. Rea MF, Berquó ES. Impact of the Brazilian national breast-feeding programme on mothers in greater São Paulo. **Bull World Health Organ** 1990; 68:365-71.
64. Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev Saúde Pública** 1997; 32:149-56.
65. Réa MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad Saúde Pública** 2003; 19 (Supl 1): S37-S45.
66. Reunião conjunta OMS/UNICEF sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância: declaração, recomendações e relação dos participantes; 1979 9-12 out; Genebra. Suíça. Brasília, DF: **Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)**; 1980.

67. Santos VLF, Soler ZASG, Azoubel R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.5 n.3 Recife jul./set. 2005.
68. Sazawal S, Bhan MK, Bhandari N. Typy of milk feeding during acute diarrhoea and the risk of persistent diarrhoea: a case control study. **Acta Paediatr** 1992; 381 (Suppl): 93-7.
69. Semi MCF, Silva EF, Pereira MG Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. **Cad Saúde Pública** vol.18 no 3 RiodeJaneiro May/June 2002.
70. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais Brasileiras. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.53 no.6 São Paulo 2007.
71. Serra Negra JM et al. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. **Ver Odont USP**; p.11, n.2, p. 79-86, abr./jun. 1997.
72. Silva IA. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1994.
73. Silva LS, Giugliani ER, Aerts DRG. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil **Rev. Saúde Pública** vol.35 no.1 São Paulo Feb. 2001.
74. Silva, Souza N. Prevalência do aleitamento materno **Rev. Nutr.** v.18 n.3 Campinas maio/jun. 2005.
75. Silveira FJ, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais **Rev. Nutr.** 17(4):437-447, out.-dez. 2004.

76. Simões CCS, Monteiro CA. Tendência secular e diferenciais regionais da mortalidade infantil no Brasil. In: Monteiro CA, organizador. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Editora Hucitec/ Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo; 1995. p. 153-6
77. **Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil**. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil; 1997.
78. **Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil**. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1986. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil; 1987.
79. **UNICEF** (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Estratégia para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento: um exame de políticas. New York; 1990.
80. **UNICEF** (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Situação mundial da infância. New York: UNICEF; 1993.
81. **UNICEF** (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Situação mundial da infância: 1998. Brasília (DF); 1998.
82. **UNICEF** (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Situação mundial da infância: 2002. Brasília (DF); 2002.
83. **UNICEF** (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Situação mundial da infância. Brasília (DF); 1998. 13. Victora CG. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious disease in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000; 355: 451-5.
84. Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública** 2002; 36:313-8.

85. Venancio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev Bras Epidemiol** 1998; 1:40-9.
86. Victora CG, Smith PG, Vanghon JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. **Evidence for protection by breastfeeding against infants deaths from infectious diseases in Brazil.** *Lancet*. 1987; 2(8554):319-22.
87. Victória, C. G.; Barros F. C.; Haldern, R.; Menezes, A. M.; Horta, B. L.; Tomass, E.; et all. 1996. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do sul do Brasil, 1993: Aspectos metodológicos e resultados preliminares. **Revista de Saúde Pública**, 30:34-45.
88. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO. Alimentação infantil e morbidade por diarreia **JPediatr.** (Rio J.) v.79 n.5 Porto Alegre set./out. 2003
89. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública** 1998; 32: 225-31.
90. **WHO** (World Health Organization). Infant and young child nutrition. In: 55^a Assembléia Mundial da Saúde; 2002 May 18; Geneva. Geneva; 2002. p. 1-4.
91. **WHO** Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000;355(9202):451-5.
92. **World Health Organization.** Indicators for assessing breastfeeding practices Update. Programme for Control of Diarrhoeal Disease. Geneva; WHO. 1992.

93. **World Health Organization.** The optimal duration of exclusive breastfeeding: results of a WHO systematic review. Geneva: World Health Organization; 2001. (Note for the Press 7).

ANEXOS:

- 1- DIPLOMA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
- 2- QUESTIONÁRIO
- 3- TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



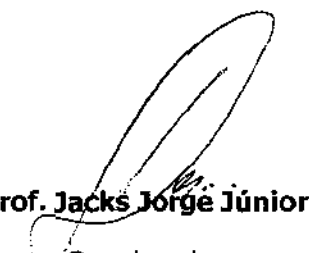
CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Prevalência do aleitamento materno e determinantes do desmame precoce em pacientes das unidades de saúde da família no município de Votuporanga - SP**", protocolo nº **008/2008**, dos pesquisadores **TATIANE RODRIGUES DE PAULA e MARCELO DE CASTRO MENECHIM**, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 29/02/2008.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Prevalence of breastfeeding in the crucial early weaning patients in the family health units of Votuporanga - SP**", register number **008/2008**, of **TATIANE RODRIGUES DE PAULA and MARCELO DE CASTRO MENECHIM**, comply with the recommendations of the National Health Council – Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 29/02/2008.


Prof. Cíntia Pereira Machado Tabchoury

Secretária
CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Jacks Jorge Júnior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.

Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

Questionário a ser respondido pelas mães das crianças

QUESTIONARIO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Dados da Mãe da Criança	
Idade:	Profissão:
Grau Escolaridade:	
Renda familiar:	
Dados da Criança	
Idade:	Data Nasc.:
Local Nascimento:	parto normal () cesária ()
Peso ao nascer:	
Números de irmãos:	

1. Recebeu orientação sobre aleitamento materno na maternidade? Sim () Não ()

Mães que amamentam ou tenham amamentado:

2. Deu aleitamento exclusivo por quanto tempo?
3. Qual a principal importância do leite materno para a criança, no seu ponto de vista?
4. Amamentar trouxe algum benefício para você? Sim () Não ()
Se sim, Qual?

5. Motivo principal do desmame: Volta ao trabalho (), Cansaço (), desmotivação ()
Achou que já amamentou o suficiente (), Introdução gradual de outro leite ()
Leite secou (), bebê chora muito (), leite fraco (), dores ao amamentar (), Outro motivo: _____

6. A criança teve alguma doença enquanto amamentada? Sim (). Não ()
Se sim, quais: _____

Mães que não amamentaram:

7. Caso você não tenha dado leite materno, qual o motivo? A criança não pegou ()
Machucou (), Não teve leite (). Não teve instrução sobre aleitamento ()
Falta de motivação e ajuda (). Considerações pessoais ().
Recomendação médica (). Outro motivo: _____



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA – FOP



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa

"Prevalência do aleitamento materno e determinantes do desmame precoce em pacientes das unidades de saúde da família no município de Votuporanga-SP"

Prezada Sra,

Você está convidada a participar da pesquisa desenvolvida pela pesquisadora *Tatiane Rodrigues de Paula*, sob a orientação do *Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim*, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas.

Justificativa: a pesquisa será realizada a fim de descrever o perfil do aleitamento materno, avaliando sua prática para planejamento de medidas de melhoria do serviço de saúde da região em estudo.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a prática do aleitamento materno e os fatores determinantes do desmame precoce, em Unidades de Saúde da Família na cidade de Votuporanga-SP.

Para participar, será necessário que a Sra concorde em responder a um questionário contendo 07 questões de fácil entendimento. Se concordar, essa entrevista será realizada em seu domicílio, em horário que esteja disponível. Não haverá grupo controle e método alternativo para obtenção da informação, nem há previsão de ressarcimento de gastos visto que o voluntário não terá de gastar com a pesquisa. Não há previsão de riscos e desconfortos e portanto não há previsão de indenização.

Como benefício, você receberá uma cartilha informativa contendo informações sobre cuidados bucais e benefícios do aleitamento materno.

Você terá garantia de sigilo absoluto de suas respostas e não será publicado qualquer nome ou dado que permita a sua identificação. As informações obtidas nesta pesquisa serão utilizadas, apenas pela pesquisadora responsável, no desenvolvimento de trabalho acadêmico e artigo científico.

Comprometo-me ainda a dar quaisquer informações que a Sra achar necessário. A pesquisadora estará à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas, através do endereço e fone abaixo.

Você terá total liberdade durante sua participação nesta pesquisa, podendo se recusar a responder a alguma pergunta que queira e poderá retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou constrangimento.

Este documento possui duas vias, uma será entregue ao voluntário e outra permanecerá arquivada com a pesquisadora.

Contatos: Em caso de dúvida ou alguma outra questão que queira conversar com a pesquisadora, você pode encontrá-la pelo endereço: Av. da Saudade, 2808, pelo telefone (17) 3421-7893 ou pelo e-mail tatianedepaula@bol.com.br. Caso você tenha qualquer dúvida sobre seus direitos como voluntário da pesquisa, também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba pelo e-mail: cep@fop.unicamp.br ou site <http://www.fop.unicamp.br/cep/index.htm> ou ainda pelo telefone/fax (19) 2106-5349 e endereço: Av. Limeira, 901 – CEP 13414-903 – Piracicaba-SP.

Tatiane Rodrigues de Paula
Responsável pela Pesquisa

Eu, _____, portadora) de RG nº _____ concordo em participar da pesquisa intitulada "Prevalência do aleitamento materno e determinantes do desmame precoce em pacientes das unidades de saúde da família no município de Votuporanga-SP", desenvolvida pela pesquisadora, *Tatiane Rodrigues de Paula*, sob a orientação do *Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim*, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas.

Declaro, ainda, que concordo com as condições que me foram apresentadas e que autorizo a análise dos dados coletados e a publicação dos resultados obtidos.

Votuporanga, ____ de _____ de 200__.

Assinatura da Participante