



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

Tese de Doutorado

**FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO
MATERNO EXCLUSIVO EM JUIZ DE FORA, M.G.**

Vivianne Weil Afonso

Orientador: Prof. Mario Francisco Gianni Monteiro

Co-orientadora: Profa. Maria Teresa Bustamante Teixeira

Área de concentração

Política, Planejamento e Administração em Saúde

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM JUIZ DE FORA, M.G.

Vivianne Weil Afonso

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Saúde Coletiva - área de Concentração Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

**Orientador:
Dr. Mario Francisco Gianni Monteiro**

**Co-orientadora:
Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira**

**Rio de Janeiro
2007**

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

A257 Afonso, Vivianne Weil.

Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Juiz de Fora, MG / Vivianne Weil

Afonso. – 2007.

349f.

Orientador: Mario Francisco Gianni Monteiro .

Co-orientadora: Maria Teresa Bustamante Teixeira

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Amamentação – Teses. 2. Lactentes – Desmame – Teses. 3. Lactentes – Nutrição – Teses. 4. Leite humano – Teses. 5. Hábitos alimentares – Teses. I. Monteiro, Mario F. G. II. Teixeira, Maria Teresa Bustamante. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 613.287.8

Aos meus pais, Vera e Pierre, pelo amor, força e confiança.

Ao meu marido Oswaldo, pelo amor e dedicação.

Aos meus filhos, Marina e Henrique, pelo amor, carinho e paciência.

**À minha irmã Manou, pelo apoio, mesmo à
distância.**

A meus eternos amigos, Laura e Nelson.

À Vó Maria.

À Vó Bisa.

Minha homenagem.

AGRADECIMENTOS

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro, através do Instituto de Medicina Social, pela oportunidade de realizar um sonho.

À Faculdade de Medicina e Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, pela formação acadêmica, base de toda minha realização profissional.

Ao Professor Mario Francisco Gianni Monteiro, meu orientador, pelo entusiasmo, amizade e apoio por cada momento desta longa jornada.

À Professora Maria Teresa Bustamante Teixeira, minha co-orientadora, pelo carinho, dedicação e paciência a cada hora de nosso trabalho.

À professora Jane Dutra Sayd, pelo apoio e orientação por ocasião do ingresso no doutorado do IMS e pela gentileza em ser a ledora deste trabalho, além de participante da Banca Examinadora.

Ao Professor Márcio José Martins Alves, pela ajuda essencial nos primórdios estatísticos deste trabalho.

Ao professor Luiz Cláudio Ribeiro, pela paciência e firmeza com que me conduziu pelos difíceis caminhos da estatística e pela participação mais uma vez da Banca Examinadora deste doutoramento.

À professora Rosângela Caetano pela delicadeza em aceitar o convite para participar desta Banca Examinadora.

Ao professor Júlio Maria Fonseca Chebli pelo entusiasmo e dedicação em participar mais uma vez da Banca Examinadora deste estudo.

À professora Ana Maria de Souza Monteiro Campos pela gentileza e delicadeza em participar da Banca Examinadora.

Ao professor Luiz Antônio de Santos Castro pela atenção em participar da Banca Examinadora.

À professora Marta Cristina Duarte pela amizade e apoio na difícil arte de ser pediatra além da atenção em participar desta Banca Examinadora.

Ao professor Lúcio Henrique Oliveira pelo companheirismo na pronta aceitação do convite para participar desta Banca Examinadora.

À professora Sulamis Daim pelo apoio e orientação na primeira etapa deste trabalho.

Ao Professor João Aprígio de Almeida Guerra, pela orientação e estímulo inicial à realização desta pesquisa.

Ao Professor Ruben Araújo de Mattos, pela orientação nos primeiros passos da metodologia.

Ao professor João Manuel de Almeida Alves, pela presença amiga desde os primeiros trabalhos.

À equipe do projeto AMAMUNIC (São Paulo), Dra Sonia Isoyama Venancio, Maria Mercedes Escuder e Lilian Cristina Cotrim pela oportunidade do trabalho em conjunto.

A Dra Sonia Salviano (Banco de Leite Humano/ DF) pela colaboração no início deste trabalho.

À equipe da Vigilância Epidemiológica, Dra Sônia Maria Rodrigues Almeida, enfermeira Maria da Consolação Magalhães e assistente social Terezinha Costa pelo apoio essencial na realização desta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, pelo consentimento na realização deste estudo.

Ao Dr. Antônio Santos Aguiar, diretor do Departamento de Saúde da Criança e Adolescente em 2002, pelo apoio na realização deste trabalho nas Unidades de Saúde.

À Dra Ivete Cheker, diretora atual do DSCA, ao Dr José Geraldo de Oliveira, Sub-secretário de Saúde, à Dra Maria Aparecida Soares, Secretária do Governo e ao vereador Dr Romilton Faria, pelo apoio essencial na obtenção da licença de afastamento para este estudo.

Ao Dr Ivan Charles Fonseca Chebli, coordenador de planejamento da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, e secretária, Maria de Fátima da Silva, pelo apoio no trabalho de campo.

Ao Dr Aldemir Martins Negrão, Dr Evandro Tomasco, ao Dr Sebastião Delgado, coordenadores da equipe do governo em 2002, pelo apoio durante a realização da pesquisa de campo

À Márcia Cristina Bezerra, Sílvia Regina N.Constança, Marcos Paulo B. do Nascimento e Simone Motta da Secretaria Acadêmica do IMS/UERJ, pela delicadeza e atenção com que sempre me atenderam e ajudaram.

À bibliotecária Ana Beatriz G.Levy , IMS/ UERJ, que prontamente contribuiu para o término deste trabalho.

À equipe do Núcleo de Assistência Técnica aos Estudos em Saúde, Celso Paolliello Pimenta, Neuza Marina Mauad, Estela Márcia Saraiva Campos, Elisangela dos Santos Martins, Lenir de Almeida Rodrigues, Vânia Bucheni de Barros, Carlos Eduardo Raymundo, Anderson Pereira de Oliveira, Denílson Gomes Barbosa, Rodrigo Cruz Gonçalves, Gabriel Lima Pereira pela atenção e carinho.

Aos estudantes de Medicina, Enfermagem e Bioquímica pelo inestimável auxílio no trabalho de campo.

Às equipes das Unidades Básicas de Saúde (agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiras, auxiliares, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, estagiários de

medicina e enfermagem), ao Grupo de Jovens da Igreja de Santana, à Pastoral da Criança e do Enfermo do Bairro Borboleta, pela colaboração essencial no trabalho de campo realizado.

À Ligia Inhan Matos, pela amizade e paciência em auxiliar-me na arte da digitação e à Lucilene Santos Lima Vieira, pelo capricho na correção ortográfica.

Ao Ivo Guedes do Nascimento e Sebastião Jorge Chagas do Nascimento, e demais amigos da equipe de Assistência Técnica da UFJF, pela atenção e paciência em garantirem o funcionamento de meu computador.

Aos colegas professores das Disciplinas de Medicina da Criança I e II, José Nalon de Queirós, José Carlos Coelho Teixeira Magalhães, Luiz Antônio Tavares Neves, e Marta Cristina Duarte pelo incentivo e apoio durante todo mestrado e doutorado.

Aos alunos de graduação da Disciplina de Medicina da Criança I, estagiários e residentes de pediatria pela compreensão nos momentos de afastamento para cursar o doutorado.

À professora Neuza Gomes da Silva, pelo estímulo e amizade em todos os momentos.

Aos professores do IMS pela orientação e conhecimento recebidos.

À todos os colegas do Doutorado pelo constante apoio e companheirismo.

Ao professor Tadeu Coutinho, pela preocupação em transmitir-me cuidadosamente a experiência adquirida.

À UNIMED Juiz de Fora e Hospital Albert Sabin, pelo apoio na realização e divulgação da pesquisa.

À equipe de Neonatologia do Hospital Albert Sabin, pela cooperação nos plantões durante meus períodos de afastamento.

Ao Dr Eugênio José de Oliveira pela pronta cobertura nos plantões de final de semana.

À equipe do Banco de Leite Humano de Juiz de Fora pela constante disponibilidade para comigo.

Às colegas e amigas do Serviço Especial de Puericultura pelo apoio constante aos estagiários de medicina na minha ausência.

Aos amigos Marcos e Sandra, Marília e Tadeu, Rosária e Eugênio, aos afilhados Felipe, Laura, Virgínia, Ismael, Marcelo, Daniela, Cinthia e Helena pelo incentivo carinhoso.

Aos condutores de veículos, companheiros de tantas viagens, Zaca, José Lair e Ernani, pela atenção e profissionalismo com que sempre me atenderam.

A todas as mães que participaram do estudo, pela colaboração durante as entrevistas.

E a todos que me incentivaram na realização deste trabalho, minha gratidão.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	X
LISTA DE QUADROS	XI
LISTA DE FIGURAS	X
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	XII
LISTA DE ANEXOS	XIII
RESUMO	XIV
ABSTRACT	XV
1.INTRODUÇÃO	1
1.1 Justificativa e Relevância	3
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 A Situação do Aleitamento Materno no Mundo e no Brasil	11
2.2 Transição Epidemiológica, Nutricional e o Aleitamento Materno	33
2.3 Os Fatores Relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo	38
2.3.1 História dos fatores de desmame	38
2.3.2 Avaliação dos fatores associados ao aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo: contextualização na literatura	43
2.3.2.1 Faixa etária materna.Paridade	45
2.3.2.2 Escolaridade	51
2.3.2.3 Trabalho e a proteção legislativa da amamentação	65
2.3.2.4 A assistência Pré-Natal	73
2.3.2.5 A assistência ao nascimento: rede pública e privada	85
2.3.2.6 Tipo de parto	87
2.3.2.7 Baixo Peso ao nascimento. Método Mãe Canguru	96
2.3.2.8 A importância da alimentação adequada na infância. O uso de outros alimentos líquidos que não o leite materno	113
2.3.2.8.1 Alimentação complementar. Definições segundo a O.M.S.	115
2.3.2.8.2 Aleitamento materno exclusivo e sua duração ideal	119
2.3.2.8.3 Duração do aleitamento materno	123
2.3.2.8.4 Desvantagens da alimentação complementar precoce e tardia	128

2.3.2.9	Uso de chupeta	133
2.3.2.10	Uso de mamadeiras ou chucas	145
2.3.3	O mito da mamoplastia	150
2.3.4	Tecnologia e o aleitamento materno: contra ou a favor?	152
2.4	O Apoio ao Aleitamento Materno	155
2.4.1	Dispositivos legais acerca do aleitamento materno: apoio e promoção	155
2.4.2	Banco de Leite Humano	166
2.4.2.1	Conceito	166
2.4.2.2	Historia no país	166
2.4.3	A promoção e o apoio à amamentação em Juiz de Fora	175
3	OBJETIVOS	182
4	MATERIAL E MÉTODOS	183
4.1	Entrevista	183
4.2	Coleta de Dados	184
4.3	Operacionalização da Coleta de Dados	185
4.4	Processo de Amostragem	189
4.4.1	Sorteio dos postos	190
4.4.2	Sorteio das crianças nos postos	191
4.4.3	Autoponderação da amostra	192
4.5	Área, População Estudada, e Período de Realização da Pesquisa	193
4.6	Classificação do Estudo	194
4.7	Variáveis Pesquisadas, Definição dos Termos e Indicadores	194
4.7.1	Variáveis pesquisadas	194
4.7.2	Termos e definições do aleitamento materno	197
4.7.3	Recomendações da OMS para o estudo da alimentação infantil	198
4.7.4	Indicadores para avaliação das práticas de amamentação	198
4.8	Aspectos Éticos	200
4.9	Análise dos Dados	200
5	RESULTADOS	203
5.1	Descrição da Amostra	203
5.1.1	Amostra estudada	203
5.1.2	Características sócio-econômicas das mães e hábitos alimentares infantis	204

5.1.3 Utilização dos serviços de saúde	208
5.2 Análise dos Resultados	209
5.2.1 Análise bivariada	209
5.2.2 Análise multivariada	209
6.DISSCUSSÃO	225
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS	245
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. OBRAS CONSULTADAS	258
GLOSSÁRIO	294
ANEXOS	298
ADENDOS	347

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Indicadores de amamentação nas capitais e DF, 1999 e em Juiz de Fora, MG, 2002.	8
TABELA 2	Distribuição percentual das crianças vivas por condição de amamentação. Porcentagem de crianças amamentadas que receberam alimentação complementar, segundo a faixa etária, Brasil, 1996.	19
TABELA 3	Comparação da prevalência de aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo, completo, uso de chupeta e mamadeira e medianas de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo em dezenove estudos brasileiros.	23
TABELA 4	Prevalência de aleitamento materno em diferentes faixas etárias conforme a P.N.SN (1989) e a pesquisa de Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e DF (1999).	26
TABELA 5	Indicadores selecionados de nível de escolaridade segundo os estados. Brasil, 2000	55
TABELA 6	Nascidos vivos de mães residentes em Juiz de Fora, Minas Gerais, por escolaridade da mãe-2000/2004	57
TABELA 7	Resultado da regressão logística da associação entre trabalho fora do lar e Aleitamento Materno Exclusivo . Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 1999.	69
TABELA 8	Nascidos vivos de mães residentes em Juiz de Fora por numero de consultas de pré-natal, 2000-2004.	77
TABELA 9	Características gerais e hábitos alimentares das crianças menores de quatro meses, Juiz de Fora, MG, 2002.	205
TABELA 10	Distribuição das variáveis sócio-demográficas das mães de crianças menores de quatro meses, Juiz de Fora, MG, 2002.	207
TABELA 11	Distribuição das variáveis relacionadas à assistência materno infantil em Juiz de Fora, MG, 2002.	208
TABELA 12	Associação entre AME em crianças menores de 4 meses e variáveis maternas pesquisadas. Teste qui-quadrado. Juiz de Fora, MG, 2002.	211, 212
TABELA 13	Associação entre AME em crianças menores de 4 meses e condições de assistência materna infantil. Teste qui-quadrado. Juiz de Fora, M.G., 2002.	213
TABELA 14	Associação entre AME em crianças menores de 4 meses e variáveis relativas às suas características gerais e seus hábitos alimentares . Teste qui-quadrado. Juiz de Fora, M.G., 2002.	216

LISTA DE TABELAS (cont.)

TABELA 15	Variáveis pesquisadas associadas ao aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses com significância estatística. Análise bivariada e p valor referentes ao teste qui quadrado. Juiz de Fora, MG, 2002.	218
TABELA 16	Parâmetros, p valor, razão de chance dos modelos de regressão logística. Juiz de Fora, MG, 2002. Modelo 1.	220
TABELA 17	Parâmetros, p valor, razão de chance dos modelos de regressão logística. Juiz de Fora, MG, 2002. Modelo 2.	220
TABELA 18	Parâmetros, p valor, razão de chance dos modelos de regressão logística. Juiz de Fora, MG, 2002. Modelo 3.	222
TABELA 19	Parâmetros, p valor, razão de chance dos modelos de regressão logística. Juiz de Fora, MG, 2002. Modelo 4.	223
TABELA 20	Comparação da prevalência de aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo, completo, uso de chupeta e mamadeira em 20 estudos brasileiros.	229

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Pontos críticos para apoiar o aleitamento materno	6
QUADRO 2	Fatores determinantes do aleitamento materno.	44
QUADRO 3	Perigos do uso das chupetas	134
QUADRO 4	Perigos do uso das mamadeiras	145
QUADRO 5	Relação tecnologia e aleitamento materno	153, 154
QUADRO 6	Postos de Vacinação sorteados para a Campanha Vacinal em Juiz de Fora	192
QUADRO 7	Exemplificação do processo de amostragem probabilística	193
QUADRO 8	Planejamento de ações em Aleitamento Materno - Juiz de Fora, M.G.	248,249

LISTA DE FIGURAS

GRÁFICO 1	Indicadores de amamentação, Juiz de Fora, M.G., 2002	7
GRÁFICO 2	Tendência mundial dos índices de amamentação, 1990-2000.	15
GRÁFICO 3	Taxas mundiais de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses,1995-2000.	16
GRÁFICO 4	Prevalência estimada de aleitamento materno em diferentes faixas etárias, conforme a PNSN (1989) e capitais brasileiras,DF ,1999.	25
GRÁFICO 5	Prevalência estimada de aleitamento materno conforme a idade da criança.Brasil e regiões,1999	27
GRÁFICO 6	Prevalência estimada de aleitamento materno exclusivo conforme a idade da criança.Brasil e regiões,1999	29
GRÁFICO 7	Prevalência estimada de aleitamento materno exclusivo para menores de 4 meses.João Pessoa e Florianópolis, Brasil, 1997-1999.	31
GRÁFICO 8	Média de anos de estudo das pessoas de 25 anos ou mais de idade, segundo estados e regiões do Brasil,2000.	53
GRÁFICO 9	Taxa de natalidade (por 1000) no período de 1995-2004,Juiz de Fora, M .G.	74
GRÁFICO 10	Excesso relativo de chance de um nascimento por parto cesário nas regiões brasileiras em comparação à região nordeste, 2001.	88
GRÁFICO 11	Distribuição proporcional de nascimentos por tipo de parto, no período de 1995 a 2004, em Juiz de Fora, M.G.	91
GRÁFICO 12	Percentual de baixo-peso ao nascer (<2500g) em países das Américas, 2000.	102
GRÁFICO 13	Distribuição percentual de peso ao nascer por anos de estudo das parturientes, 2004, Juiz de Fora, M.G.	103
GRÁFICO 14	Proporção de crianças amamentadas até seis meses, segundo frequência do uso de chupeta por mês de idade, 1997, Pelotas, R.G.S.	138

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
- AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AMAMUNIC: Avaliação das Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação
- AME: Aleitamento Materno Exclusivo
- AMC: Aleitamento Materno Completo
- ACO: Alimentação Complementar Oportuna
- BLH: Banco de Leite Humano
- BEMFAM: Sociedade Civil Bem –Estar Familiar no Brasil
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- DNV: Declaração de Nascidos Vivos
- DNV: Dia Nacional de Vacinação
- DSCA: Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente
- ENDEF: Estudo Nacional da Despesa Familiar
- FEBRASGO: Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
- GTNIAM: Grupo Técnico Executivo Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
- IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- IBFAN: *International Baby Food Action Net Work*
- IC: Intervalo de confiança
- INAN: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
- LH: Leite Humano
- MS: Ministério da Saúde
- NATES: Núcleo de Assessoria Técnica aos Estudos em Saúde
- NUPENS / USP: Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo
- NISMC / SESESP: Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
- OR.: *odds rate*
- SESESP: Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo
- SMSJF: Secretaria Municipal de saúde de Juiz de Fora
- PSF: Programa de Saúde da Família
- PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNSN: Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição

SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria

SIAB: Sistema de Informação à Atenção Básica

SINASC: Sistema de informação sobre Nascidos Vivos

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

WABA: World Alliance for Breastfeeding Action

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1	Dez passos para alimentação saudável de crianças menores de 2 anos.	298
ANEXO 2	Pirâmide alimentar para crianças de 6 meses a 2 anos.	299
ANEXO 3	Projeto de lei para ampliação da licença maternidade.	300
ANEXO 4	Questionário.	303, 304
ANEXO 5	Manual do entrevistador.	305
ANEXO 6	Manual do supervisor.	312
ANEXO 7	Carta para unidade de saúde.	321
ANEXO 8	Carta aos pediatras.	322
ANEXO 9	Material didático para treinamento dos entrevistadores.	323
ANEXO 10	Material explicativo para o entrevistador.	329
ANEXO 11	Material de orientação para o entrevistador no dia da campanha vacinal.	331
ANEXO 12	Oito praticas de amamentação com embasamento científico (AAP). Doze práticas para os pediatras na promoção e proteção do aleitamento materno (AAP).	336
ANEXO 13	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Dezesete passos para promoção, apoio e estímulo ao aleitamento materno em Centro de Saúde. Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado.	338
ANEXO 14	Entrevistadores da pesquisa acerca da situação aleitamento materno em Juiz de Fora, MG, 2002.	339

RESUMO

Este trabalho teve como objetivos identificar e analisar fatores associados ao aleitamento materno exclusivo, com significância estatística, em crianças menores de quatro meses residentes em Juiz de Fora, Minas Gerais. Fornece informações básicas para planejamento de política de amamentação neste município, estudando fatores influentes no desmame e criando Banco de Dados em Aleitamento Materno no Centro de Computação do Núcleo de Assessoria Técnica aos Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, disponível para uso público. Compara os resultados desta pesquisa aos de outras cidades brasileiras com estudo de metodologia semelhante. Para atingir os objetivos propostos foi realizada pela autora desta tese uma pesquisa no período de 10 de agosto a 13 de setembro de 2002, época da campanha de vacinação na cidade, em uma amostra por conglomerado, tendo sido entrevistadas 1859 pessoas, sendo 625 mães e acompanhantes de crianças menores de 4 meses, em 24 postos de vacinação. A terminologia empregada deu-se de acordo com a recomendação da OMS (1991). Aplicou-se um questionário por intermédio de 268 entrevistadores voluntários, previamente treinados, incluindo estudantes da área de saúde. A pesquisa fez parte de um estudo multicêntrico em conjunto com o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo e do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo denominado “*Avaliação das práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação*”. A análise dos dados foi processada utilizando-se o programa *Statistical Package for The Social Sciences (SPSS)* e os resultados foram descritos utilizando-se o teste do qui-quadrado para verificar a significância estatística da associação dos fatores independentes com o fator de desfecho aleitamento materno exclusivo. Para estudar possíveis fatores de confusão foi aplicada a técnica de análise de regressão logística. A pesquisa evidenciou que a prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo aos 4 meses é baixa, sendo que esta é menor que as taxas da maioria das capitais brasileiras, com exceção de Cuiabá. Os hábitos de usar chupetas e mamadeiras são muito frequentes no município. Os fatores de risco para interrupção do aleitamento materno exclusivo até os quatro meses encontrados foram: primiparidade, nascimento em hospital público ou público-privado, não disponibilidade para amamentar, uso de chupetas ou mamadeiras. A maioria das crianças inicia a amamentação no primeiro dia de vida em casa mas não de forma exclusiva. À medida que a idade aumenta, o índice de amamentação vai diminuindo progressivamente, indicando a necessidade urgente de programas de apoio e incentivo ao aleitamento materno, em especial de sua forma exclusiva, bem como de promoção do mesmo no município. Deve ser dada ênfase nesta atenção às mulheres primíparas e àquelas mulheres cujos partos ocorreram em hospitais públicos ou públicos-privados, que não tenham disponibilidade para amamentar e que utilizam mamadeiras ou chupetas para seus filhos.

Palavras chave: Aleitamento Materno Exclusivo, Amamentação, Leite Humano, Hábitos Alimentares, Inquérito Nutricional.

ABSTRACT

FACTORS RELATED TO EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN THE CITY OF JUIZ DE FORA, M.G.

This work is aimed at the identification and analysis of the factors related to exclusive breast feeding, with statistical significance, among children under the age of four months in Juiz de Fora, Minas Gerais. Provides basic information for the making of strategic plans and breast feeding policies in the aforementioned city by studying influential factors in the weaning and by creating the Banco de Dados em Aleitamento Materno in the Centro de Computação do Núcleo de Assessoria Técnica aos Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, which is available for public use. The results obtained from the present work have been properly compared and contrasted with alike studies from different cities nationwide based on similar methodology. In order to achieve the scopes mentioned, a research from August 10 to September 13 of 2002 was held during the vaccination campaign in the city, in one sample per conglomerate, having been accessed 1859 people, out of which 625 mothers and attendants of children under four months, in 24 Public Health Care Units. The terminology used was in accordance to the 1992 OMS recommendation. The questionnaire was applied by 268 previously trained voluntary interviewers, including undergraduates from the medical careers. The research was part of a “multicentric” study in association with the Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo and the Núcleo de Investigação em Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo called “*Avaliação das práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação*”. The analysis of the data was processed using the Software “*Statistical Package for The Social Sciences*” (SPSS) and the description of the results achieved were made through the “qui-quadrado” test to verify the statistical significance of the association between the independent factors with the “closing” factor in terms of exclusive breast feeding. In order to study the different confusion factors, the regressive logistics technique was applied. The research revealed that the Prevalence of Exclusive Maternal Breastfeeding at the age of four months is low, being the lowest among all Brazilian capitals, except for Cuiabá. The use of rubber nipple and nursing bottle is very frequent in the city. The risk factors to the interruption of the exclusive maternal breastfeeding under the age of four months are: first-time mothers, birth in public or private-public hospitals, unavailability to breastfeed, use of rubber nipple or nursing bottle. The majority of kids begins their breastfeeding on the first day at home, although not exclusively. As the age progresses, there is a progressive decrease in the breastfeeding levels, which indicates the timely need of breastfeeding supportive programs, especially in its exclusive format, as well as its promotion in the city. Emphasis should be given, one, to first-time mothers, and two, to those mothers who gave birth in public and private-public hospitals, who are not available to breastfeed and make use of rubber nipple and nursing bottle to their children.

Key-words: Exclusive Breastfeeding, Breastfeeding, Human Milk, Alimentary Habits, Nutritional Survey

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa objetiva aprofundar os estudos acerca do aleitamento materno no município de Juiz de Fora, através da análise dos dados coletados neste município por ocasião da realização de uma dissertação em Saúde Coletiva – na área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde – no Mestrado Interinstitucional do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) com a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). A dissertação, que teve como título “Prevalência do Aleitamento Materno em Juiz de Fora – MG”, apresentou um marco na história do aleitamento materno no município e foi defendida em maio de 2003. Foi o primeiro estudo para identificação da situação do aleitamento materno e avaliação de hábitos alimentares infantis com cobertura de todo município (amostra constituída por 1913 pessoas entrevistadas).

A pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno em Juiz de Fora foi realizada por equipe multidisciplinar da Universidade Federal de Juiz de Fora, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2002 e evidenciou uma situação de alta prevalência de amamentação nos primeiros dias de vida após a alta hospitalar, mas de curta duração, com queda progressiva nos primeiros meses de vida, em especial até o quarto mês. A taxa de aleitamento materno exclusivo do município aos quatro meses é uma das mais baixas do Brasil, sendo o uso de chupeta e mamadeira, importantes fatores de desmame, um dos mais altos do país.

A pesquisa atual analisa os dados acerca do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses no município e verificar quais fatores poderiam estar influenciando a amamentação exclusiva local, podendo se constituir como base para o planejamento e redirecionamento da política de aleitamento materno municipal além de contextualizar este município mineiro no cenário nacional referente à amamentação.

O presente trabalho foi organizado em sete capítulos. Após a introdução e justificativa, segue-se a parte inicial do segundo capítulo, que teve como objetivo, através de uma revisão bibliográfica, traçar o panorama da situação geral do aleitamento materno, no mundo, no país e no município. Na segunda parte desse capítulo, foi descrita a relação entre o aleitamento materno e as fases de transição epidemiológica e nutricional em que se encontra o Brasil. Na terceira parte deste capítulo, foram avaliados os fatores associados ao aleitamento materno, em especial ao exclusivo, com destaque do papel da mamoplastia no desmame, seguido de um comentário sobre a influência da tecnologia ao longo do caminho percorrido pela amamentação. Na quarta parte deste capítulo é explanado acerca da história do apoio ao aleitamento materno no Brasil, dando ênfase à legislação em defesa da sua prática, à atuação histórica do Banco de Leite Humano e, finalmente, faz-se uma avaliação geral das ações em prol do aleitamento materno existentes nos diferentes estabelecimentos de saúde juiz-foranos.

O terceiro capítulo aponta os objetivos gerais e específicos do presente trabalho, sendo um dos principais, o objetivo que deu nome à pesquisa: avaliação dos principais fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Juiz de Fora.

O quarto capítulo mostra características de toda metodologia empregada desde o início desta pesquisa até a fase final, com a análise dos resultados .

Os resultados alcançados e sua discussão deram-se a partir da análise do trabalho de campo e são mostrados no quinto e sexto capítulos, onde se verificou que a situação do aleitamento materno na cidade está muito aquém da preconizada pela OMS e que os fatores influentes sobre o aleitamento materno exclusivo encontrados são passíveis de serem combatidos ou controlados, levando à conclusão (capítulo sétimo) da necessidade de intervenções precisas dentro de um planejamento adequado para o município para que sejam atingidas as metas da Organização Mundial de Saúde para melhoria das condições de saúde materno infantil e redução de sua mortalidade.

Ao término deste trabalho, apesar de ter sido atingido seu objetivo principal com a avaliação dos fatores associados ao aleitamento materno exclusivo, contribuindo para contextualizar o município no cenário nacional em relação à amamentação, deslumbra-se um horizonte com novas tarefas a serem executadas, o que coloca o desafio de continuar.

1.1 Justificativa

Em todos os países do mundo, a alimentação da criança é considerada tema de grande importância e de extrema responsabilidade, pois está intimamente relacionada aos índices de morbidade e mortalidade infantis (CRESPIN, 1992). Entre os tipos de alimentação, o aleitamento materno é considerado pela Organização Mundial de Saúde, como uma das cinco Ações Básicas de Saúde no combate à desnutrição, redução da mortalidade e melhoria das condições de vida da população infantil.

O aleitamento materno é uma ação estratégica no cenário das políticas públicas que visam a reduzir a desnutrição e a mortalidade infantil, segundo os órgãos formuladores destas políticas (UNICEF, 1998; ALMEIDA, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) e com o processo de municipalização, é fundamental que os planejadores a nível local obtenham indicadores confiáveis da prática de alimentação infantil com vistas à avaliação de intervenções apropriadas.

Estudos nacionais recentes revelam que a prevalência do aleitamento materno é baixa, sua duração é curta e o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida é raro; alimentos complementares são precocemente introduzidos para uma grande maioria de crianças e são freqüentemente deficientes em conteúdo energético e nutrientes; hábitos inadequados, como uso de chupetas e mamadeiras, tornaram-se freqüentes, facilitando o desmame precoce, com inúmeros prejuízos para as crianças (MINISTERIO DA SAUDE, 2002; BRUNKEN et al, 2006).

Os resultados da pesquisa Prevalência do Aleitamento Materno em Dia Nacional de Vacinação no município de Juiz de Fora, 2002, mostraram uma situação de alta prevalência de amamentação nos primeiros dias após alta hospitalar, mas de curta duração, com queda importante nos primeiros meses de vida, em especial até o quarto mês. O que estaria acontecendo com estas mães que iniciam a amamentação e não conseguem mantê-la? Assim, ao final da primeira parte dessa pesquisa, haviam mais dúvidas do que soluções; foi sentida a obrigação de continuar com a análise de fatores que poderiam estar influenciando estas mães, estas famílias, e que uma vez concluídos e analisados, auxiliariam no planejamento do aleitamento materno no município.

Segundo Almeida (1999) o panorama atual da amamentação no Brasil resulta de um processo histórico. O desafio para os profissionais de saúde, consiste em considerar os determinantes biológicos (naturalmente favoráveis ao aleitamento) e os condicionantes sócio-culturais (em geral, contrários a amamentação) em busca de estratégias que possam viabilizar e promover a prática de amamentação, melhorando seus indicadores. Libbus (1992) completa que, além destes fatores, a amamentação é influenciada pelo meio demográfico ao qual está inserida e que os programas educacionais serão otimizados se forem desenvolvidos dentro do contexto cultural da população.

Lamounier e Leão (1998) salientam que as estratégias e experiências utilizadas para aumentar a prática de amamentação são muitas, tendo como alvo o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Entre essas, estão incluídas atividades dirigidas aos profissionais de saúde e à população em geral, assim como no pré-natal, parto, pós-parto e em visitas domiciliares a puérperas. Sabe-se que estas ações são de fácil execução, baixo custo e de boa efetividade, devendo ser incluídas, com mais ênfase, no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Manter a prática do aleitamento materno é uma responsabilidade da sociedade que envolve mães, pais, família, comunidade, serviços de saúde e sistema de educação. O leite materno é um recurso natural que todas as mães possuem e que se deve promover, apoiar assim como proteger. A lactância materna é um direito da sociedade, portanto é um dever do estado proteger este recurso natural como um patrimônio público e como riqueza do país (CARVALHO *et al*, 1996).

Segundo sugestões de Carvalho (1996), para se realizar um planejamento adequado para melhoria da situação do aleitamento materno, é essencial ter em mente objetivos definidos a serem alcançados:

1. Contribuir para o desenvolvimento de um ambiente onde todas as mães possam amamentar seus filhos exclusivamente até os seis meses e complementar o aleitamento com alimentação apropriada até os dois anos ou mais.
2. Apoiar o desenvolvimento de equipes técnicas de saúde a fim de criar condições para que a comunidade, junto com seus serviços de saúde, promova, proteja e apóie o aleitamento materno.

E, para o sucesso de qualquer ação em prol do aleitamento materno é essencial centrar as atividades na mulher, dando-lhe condições de saúde física, mental e social para que ela tenha equilíbrio no desempenho de sua função de mãe e lactante. E dentre estas condições, merece destaque a importância da escolaridade materna que confere à mulher a capacitação necessária para os cuidados com sua família. Na organização de estratégias adequadas para este fim é imprescindível nortear-se tendo como referência os pontos críticos de apoio ao aleitamento, mencionados no quadro 1.

QUADRO 1 - Pontos críticos para apoiar o aleitamento materno* (AM)

Etapa	Pré-natal	Parto	Retorno ao lar	Retorno ao trabalho	Término AME	Até 2 anos*
	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Tempo	9 meses	48 horas	Até 4 meses*	4 meses a 6 meses*	6 meses	24 meses ou +
I n v e s t i g a ç ã o	Informação sobre AM.Exames das mamas	Alojamento conjunto.IHAC. Início AM precoce.Não uso de pré lácteos, mamadeira e chupeta*. Educação e apoio.	Informação. Apoio no lar, sistema de saúde-equipe do PSF** ou outro, e comunidade. Licença maternidade para estabelecer, assegurar AME	Informação. Apoio no lar, comunidade, sistema de saúde-PSF** e no trabalho, para manter AME. Creche, local de ordenha no trabalho*	Informação, apoio, continuação da AM com alimentação complementar adequada e suficiente.	Continuação do AM com alimentação complementar adequada e suficiente (ACO**).

Fonte: PRAIL-LAC, 1994 apud CARVALHO, 1996.

*Adaptado pela autora ** Programa de Saúde da Família *** Alimentação Complementar Oportuna

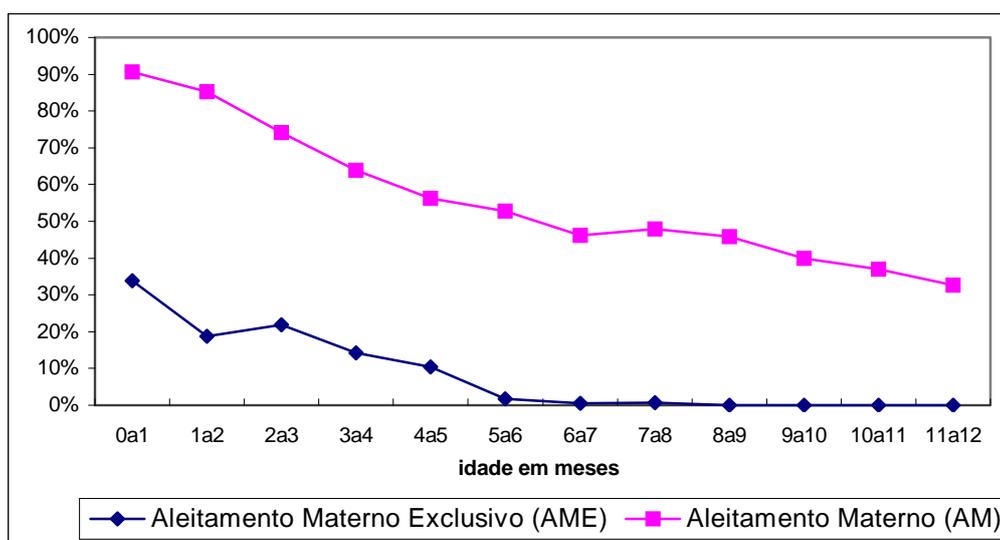
Com vistas ao planejamento de ações para o município de Juiz de Fora em direção às metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e sua manutenção com alimentação complementada até os 2 anos, seriam necessários:

- o conhecimento do diagnóstico da situação atual do aleitamento no município (AFONSO, 2003);
- identificação dos fatores que podem interferir na situação do aleitamento e hábitos alimentares em Juiz de Fora;
- identificação e análise, dentre as variáveis pesquisadas, dos fatores que podem interferir no aleitamento materno exclusivo em crianças do município;
- a avaliação da ação em aleitamento materno nos diferentes programas públicos e privados de saúde do município;
- a avaliação das ações em prol do aleitamento existentes nos estabelecimentos de saúde do município

A situação da amamentação em Juiz de Fora, para cada intervalo etário de 30 dias, de zero a um ano, pode ser vista na figura 1. A proporção de crianças de zero a 30 dias que estava sendo amamentada foi de 90,7%, sendo que 33,8% em aleitamento materno exclusivo. Do total de crianças amamentadas, menores de 12 meses, estiveram em aleitamento materno exclusivo, 14,1% das mesmas (0 a 6 meses).

Pode-se verificar na mesma figura, referente aos indicadores de amamentação no total das crianças investigadas, a ocorrência de queda progressiva e rápida do aleitamento materno exclusivo ao longo dos primeiros 6 meses de vida, e, da amamentação, ao longo do primeiro ano de vida dessas crianças.

FIGURA 1- Indicadores de amamentação. Juiz de Fora, 2002.



Na tabela 1, verifica-se que, a comparação dos dados da pesquisa de Juiz de Fora com os dados do Estudo da Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais e Distrito Federal, 1999 (BRASIL, 2001) mostra que, a porcentagem das crianças amamentadas de zero a um mês de idade é semelhante (90,7% e 88% respectivamente). Já, de três aos quatro meses, o estudo de Juiz de Fora mostra prevalência menor de amamentação que o estudo das capitais (63,9% e

80,1%, respectivamente), assim como para a faixa etária de cinco aos seis meses, cujo percentual encontrado na pesquisa de Juiz de Fora foi também inferior ao do referido estudo (52,7% e 72,9% respectivamente). Observa-se ainda uma queda acentuada da amamentação no primeiro semestre de vida, nos dois estudos, sendo mais pronunciada no estudo do município de Juiz de Fora, o que chama a atenção para a necessidade de ações para restabelecimento da prática da amamentação em Juiz de Fora e no Brasil. Confirma-se, assim, que a maioria das crianças é amamentada nos primeiros dias de vida e com o passar dos dias há um abandono desta prática, ou introdução de outros líquidos ou alimentos, apontando o padrão de alta prevalência e curta duração do aleitamento materno em Juiz de Fora, semelhante ao descrito para o Brasil (BRASIL, 2001).

TABELA 1- Indicadores de amamentação nas capitais e DF, 1999* e em Juiz de Fora, MG, 2002.

FAIXA ETÁRIA (meses)	AMAMENTAÇÃO	AMAMENTAÇÃO	AMAMENTAÇÃO	AMAMENTAÇÃO
	BRASIL %	JUIZ DE FORA %	EXCLUSIVA BRASIL %	EXCLUSIVA JUIZ DE FORA %
0 - 1	88	90,7	53,1	33,8
1 - 2	85,7	85,3	41,4	18,8
2 - 3	83	74,2	30,6	21,9
3 - 4	80,1	63,9	21,6	14,3
4 - 5	76,7	56,2	14,7	10,5
5 - 6	72,9	52,7	9,7	1,8

* Fonte: BRASIL.Ministério da Saúde. Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais e Distrito Federal. Brasília: M.S., 2001,p29.

REA (1998), ressalta que o indicador mais adequado a ser utilizado em países como o Brasil, é a taxa de aleitamento materno exclusivo em crianças com menos de 4 meses de vida, que, segundo a Organização Mundial da Saúde, é ideal que ocorra em 100% das crianças desta faixa etária. Entretanto, o Brasil está longe da taxa ideal: na pesquisa acerca da Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e DF, 1999 (BRASIL, 2001), esta proporção foi de 35,6%. No presente estudo, em Juiz de Fora, foi observada taxa de

aleitamento materno exclusivo de 20,8% em crianças menores de 4 meses, inferior ao resultado nacional (35,6%), ao da região Sudeste (28,7%) e suas capitais (Belo Horizonte com 22,9%; São Paulo com 24,9%; Vitória com 37,2%; Rio de Janeiro não participou desse estudo) (BRASIL,2001). E, dentre todas as capitais brasileiras, a única que mostrou resultado inferior ao de Juiz de Fora foi Cuiabá, com 17,7%.

Em crianças menores de 4 meses, 63,5% usavam chupeta e 65% mamadeiras; nas crianças de mesma idade, em aleitamento materno exclusivo, 42,6% usavam chupeta e 9,4% mamadeira (com leite materno), índices estes preocupantes por serem referentes a instrumentos indutores de desmame e causadores de vários malefícios às crianças.

Há, portanto, necessidade de uma estratégia adequada para o fortalecimento da prática do aleitamento materno, visando retomar seu lugar tradicional como fonte perfeita de alimentação para o recém-nascido e lactente.

Como pode ser observado diante dos resultados apresentados (Figura 1), há um dado interessante que merece destaque no estudo da Prevalência em Aleitamento Materno em Juiz de Fora: a maioria das crianças é amamentada no primeiro dia em casa, mas ao longo dos quatro primeiros meses, já ocorre um desmame importante, com queda das taxas de aleitamento materno, de 90,7% para 63,9% ,e, em relação ao aleitamento materno exclusivo, de 33,8% no primeiro mês para 18,8% já no 2º mês e 14,3% no quarto mês.

O que ocorreu nestes quatro primeiros meses, que interferiu na frequência da amamentação do município? Por que estas mães iniciaram a amamentação, mas não deram continuidade? Por que os índices de aleitamento exclusivo são tão baixos no município?

Assim, viu-se a necessidade de continuação da pesquisa, com o objetivo de responder as perguntas que foram se formulando no decorrer do trabalho.

A escolha da faixa etária de menores de 4 meses como alvo deste estudo sobre aleitamento materno exclusivo deveu-se aos seguintes fatores:

- ser esta uma das faixas etárias indicadas pela OMS (1991) para estudo da alimentação infantil;
- estar dentro da faixa etária em que é indicado o aleitamento materno exclusivo (WHO, 2002), quando este tipo de alimentação é o mais importante (WHO/UNICEF, 1998; VICTORA et al, 1987);
- ser indicada como a idade ideal para a taxa de aleitamento materno exclusivo no estudo da alimentação infantil de países em desenvolvimento (REA, 1998);
- ser a faixa etária mais vulnerável da infância (MARCONDES, 2002; TONELLI,FREIRE, 2000);
- ser a faixa etária da criança, correspondente ao período da licença maternidade brasileira (BRASIL, 1999);
- E também, ser a faixa etária na qual foi verificado o maior declínio das taxas de aleitamento materno em geral, e exclusivo, no presente estudo (AFONSO, 2003).

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Situação do Aleitamento Materno no Mundo e no Brasil

Em todos os países do mundo, a alimentação da criança é considerada tema de grande importância e de extrema responsabilidade, pois está intimamente relacionada aos índices de morbidade e mortalidade infantis (CRESPIN, 1992). E, entre os tipos de alimentação, o aleitamento materno é considerado pela Organização Mundial de Saúde, como uma das cinco Ações Básicas de Saúde no combate à desnutrição, mortalidade infantil e melhoria das condições de vida da população infantil.

A Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida, idade em que a criança já necessita de suplementação e está fisiologicamente preparada para tal, e a amamentação complementada, definida atualmente com o nome de alimentação complementar, deve ser mantida até os dois anos de idade ou mais (OPS / WHO, 2001).

Muito embora os últimos estudos nacionais apontem uma tendência à redução na prevalência da desnutrição energético-proteica no país, seus resultados indicam que a desnutrição vem se concentrando entre as crianças de seis a 18 meses de idade, evidenciando a importância da alimentação para a saúde e para o estado nutricional dessas crianças (MS, 2002). É importante ressaltar que o período mais intenso do desenvolvimento neural se faz até os dois anos de idade, época em que o aporte inadequado de nutrientes pode levar a danos irreversíveis.

Assim sendo, a desnutrição infantil continua a ser um problema de saúde pública, em especial para a primeira infância. Estudos recentes revelam que a prevalência do aleitamento materno é baixa, sua duração é curta e o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida é raro; alimentos complementares são precocemente introduzidos para uma grande maioria de crianças e são frequentemente deficientes em conteúdo energético e nutrientes;

hábitos inadequados, como uso de chupetas e mamadeiras, tornaram-se freqüentes, facilitando o desmame precoce, com inúmeros prejuízos para as crianças (MS, 2002).

Atualmente, sabe-se que a administração de outros líquidos, além do leite materno, nos primeiros meses de vida da criança pode interferir negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, podendo diminuir a quantidade de leite ingerido, levar a menor ganho ponderal e ao aumento de risco para diarreia, infecções respiratórias e alergias (VICTORA, et al, 1998; OPS/ WHO, 2001). Estudos conduzidos por Victora et al (1989, 1997) constataram que crianças que não recebiam leite materno tinham risco 14,2 vezes maior de morrer por diarreia, 3,6 vezes por doenças respiratórias e 2,5 vezes por outras infecções quando comparadas às crianças que recebiam leite materno sem complementos.

O reconhecimento de que o leite materno é o melhor alimento para a criança é antigo. No período bíblico, este já era reconhecido como alimento de escolha para a alimentação infantil (BARNES, 1987). Os primeiros registros contendo preocupação acerca de dietas substitutas, na impossibilidade de a mãe amamentar, datam de cem anos antes de Cristo. Publicações européias do final do período medieval e início da era moderna exaltam a importância da alimentação natural para a infância (GRIECO, 1991; apud BRASIL, 2001).

Atualmente, há inúmeras evidências científicas dos benefícios do aleitamento materno na saúde da criança. Informações têm sido produzidas, correlacionando as propriedades bioquímicas e anti-infecciosas do leite humano com a morbidade e mortalidade infantil (OMS, 1979; VICTORA et al, 1989; 1996; BRASIL, 2001; 2002). O aleitamento materno exclusivo, do nascimento até os seis meses de vida é considerado a forma ideal de alimentação para o recém-nascido e lactente (VICTORA et al, 1987; BRASIL, 2002; OPS / WHO, 2001).

Os governos são obrigados, sob o artigo 24, da Convenção dos Direitos da Criança, a assegurar que todos os setores da sociedade saibam sobre os benefícios de amamentação

(UINICEF, 2000). Entretanto, é observado que, apesar de ser sistematicamente enaltecido e recomendado, o aleitamento não é prática universal. O desmame precoce, especialmente nos grupos menos favorecidos, assume características de importante problema de saúde pública (BRASIL, 2001), na medida em que se estabelece uma relação direta com a desnutrição e morbimortalidade infantil. Isso faz com que haja preocupação das autoridades governamentais responsáveis por ações que estabeleçam e instituem programas voltados para redução dos coeficientes de mortalidade na infância e melhoria das condições de vida desta população (RODRIGUEZ & SHAEFER, 1991; ALBERNAZ et al, 2003).

Vários trabalhos apontam a eficácia de ações simples de proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como promoção do mesmo, seja no pré-natal, puerpério imediato, ou período neonatal. Susin et al (1998), em ensaio clínico em 405 puérperas, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, verificaram que intervenções simples no período pós-parto podem aumentar o nível de conhecimento materno e, conseqüentemente, aumentar as taxas de amamentação. É estimado que a promoção da lactância materna poderia salvar um milhão de vidas anualmente, nos países em desenvolvimento (RODRIGUEZ & SHAEFER, 1991).

Como relatado acima, apesar da superioridade do leite materno em relação ao leite artificial, o declínio da amamentação é fenômeno conhecido em todo mundo, especialmente a partir do final do século XIX, com o advento da revolução industrial (PALMER, 1993; apud VENÂNCIO et al, 1998). As conseqüências desastrosas do desmame precoce, especialmente em países em desenvolvimento, levaram a um movimento mundial de retorno à amamentação, que teve início em meados da década de 70. Várias instituições se mobilizaram no sentido de intensificar as campanhas pró-aleitamento materno em todo o mundo, dentre elas, destacam-se a Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância.

Estudos realizados nos países desenvolvidos apontam para um retorno à prática de amamentação desde a década de 70 e, nos países em desenvolvimento, é a partir da década de

80 que ocorre maior disponibilidade de dados acerca de alimentação, nos quais se evidencia aumento da referida prática (VENÂNCIO & MONTEIRO, 1998).

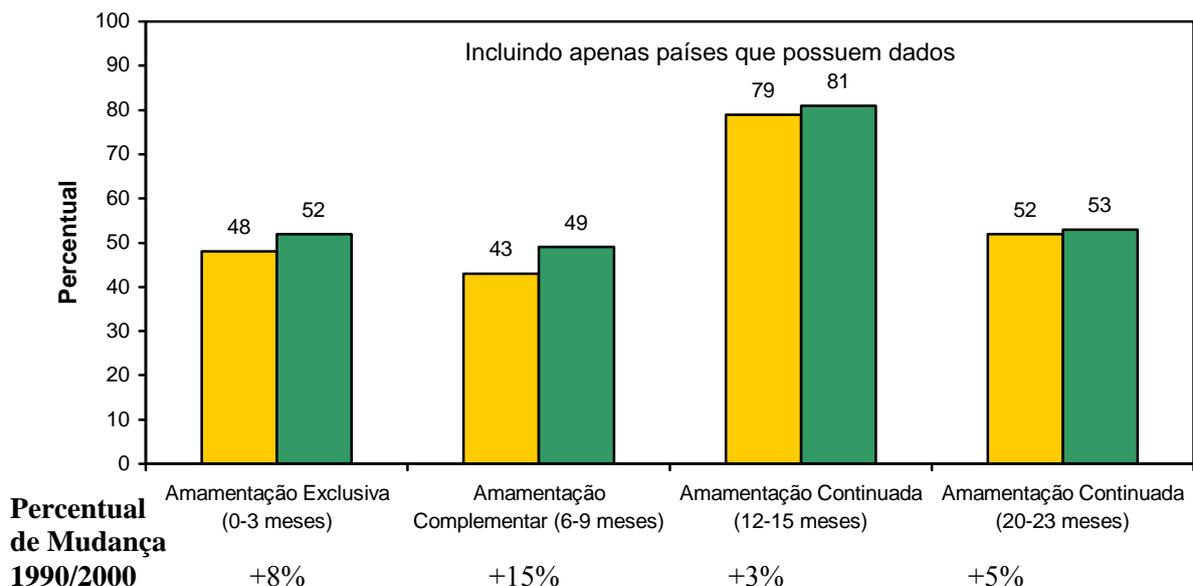
A ação de iniciativas a favor do aleitamento materno é benéfica tanto em países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. De acordo com relatório da Situação Mundial da Infância, 1998, no Chile, o apoio e orientação às mães acerca de aleitamento materno, através de ações como Hospital Amigo da Criança, capacitação de agentes comunitários e outros profissionais de unidades de saúde, geraram, em pouco mais de uma década, enormes benefícios de saúde para dezenas de milhares de crianças: em 1985, apenas 4% das crianças eram amamentadas exclusivamente ao seio até os seis meses de vida. Já, em 1996, em pesquisa nacional, essa taxa passou para 40%.

Em Cuba, de 1990 para 1996, após introdução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no país, a proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade passou de 25%, em 1990, para 72% em 1996. Do outro lado do mundo, a China, após implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e regulamentação da propaganda de substitutos do leite materno, passou do percentual de 10% de crianças em AME até o 4º mês de idade, em 1992, para 48% em 1994. Considerando-se que nascem, anualmente, cerca de 20 milhões de crianças na China, estes índices representam uma conquista notável. O Irã, que começou a estimular o aleitamento materno na década de 80, promoveu, com a introdução da IHAC, a capacitação de mais de 30 mil profissionais da área de saúde. Com isso, o apoio nacional levou a um aumento na taxa de AME de 10%, em 1991, para 53% em 1996 (UNICEF, 1998) e a uma economia anual de mais de 50 milhões de dólares gastos com a *importação de leites em pó*.

Durante os anos 90, modestos avanços foram observados quanto ao aumento dos índices da amamentação exclusiva nos primeiros quatro meses de vida. Revisão feita pelo UNICEF (2001), mostra que as taxas aumentaram de 48% para 52% nos países em desenvolvimento

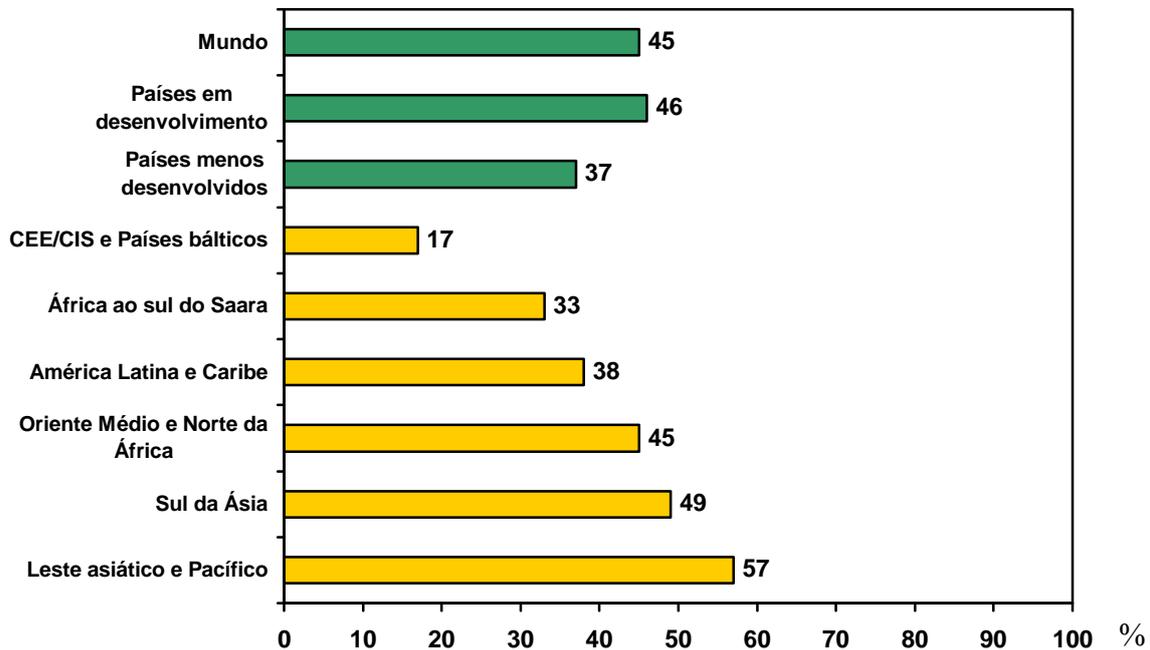
(37 países que possuem dados; figura 2). Em geral, os maiores avanços ocorreram na América Latina e no Caribe, onde as taxas não só de aleitamento exclusivo, mas também do aleitamento complementado e continuado (de 12 a 15 meses e de 20 a 23 meses), mostraram aumentos substanciais. No entanto a região continua tendo os mais baixos índices, em todos indicadores para amamentação. Os índices de amamentação exclusiva mais elevados são vistos no leste asiático (57%) e os mais baixos na região dos países do Centro Leste Europeu (CES) e Comunidades dos Estados Independentes (CIS) (17%) (Figura 3).

FIGURA 2- Tendência Mundial dos Índices de Amamentação, 1990-2000.



Fonte: UNICEF. Situação da Amamentação no Mundo nos Anos 90. ICF. Progresso do Fórum Mundial da Infância. 2001. Disponível em www.childinfo.org/eddb/brfeed/index.htm. Acesso em 2 de junho de 2006.

FIGURA 3 - Taxa Mundial de Amamentação Exclusiva (< 4 meses), 1995-2000.



Fonte: UNICEF. Situação da Amamentação no Mundo nos Anos 90. ICF. Progresso do Fórum Mundial da Infância. 2001. Disponível em www.childinfo.org/eddb/brfeed/index.htm. Acesso em 2 de junho de 2006

Perez-Escamilla (2003) realizou análise comparativa acerca do aleitamento materno em 12 países da América Latina e Caribe (Bolívia, Brasil, Colômbia, República Dominicana, Equador, Guatemala, Haiti, México, Nicarágua, Paraguai, Peru, Trindade e Tobago), através de dados secundários de 23 pesquisas demográficas em saúde conduzidas entre meados das décadas de 80 e 90. Os resultados indicam que a duração mediana da amamentação continua sendo maior nas áreas rurais comparadas com as urbanas e entre mulheres de menor escolaridade, embora tais diferenças estejam diminuindo ao longo do tempo.

Em relação a tendências seculares, em cinco dos seis países estudados (Bolívia, Brasil, Colômbia, Republicana, Guatemala, Peru), continua aumentando a duração da amamentação, tanto em áreas urbanas quanto rurais. Guatemala teve a mais alta duração mediana de aleitamento materno, sendo a maior porcentagem de sua população em zona rural, mas não mostrou aumento da duração comparando as duas décadas, provavelmente pelo efeito “*ceiling*”: já ter atingido o teto máximo (22,2 meses). Em contraste, Brasil, México e

Colômbia tiveram a menor duração de aleitamento e menor população rural na década de 1980 (5,2 meses; 8,1 meses; 8,2 meses respectivamente). A duração do aleitamento aumentou mais entre mulheres com maior escolaridade e declinou entre mulheres com menor escolaridade. Os resultados indicam que a duração do aleitamento vem aumentando na América Latina e Caribe, numa época em que era previsto o oposto, *em vista da crescente* urbanização da região. Políticas de proteção ao aleitamento materno e programas de promoção podem explicar parte do aumento na duração do aleitamento.

Os dados de quatro estudos nacionais (BRASIL, 2002), realizados nas décadas de 70, 80 e 90, mostram um aumento da prática de amamentação no Brasil (ENDEF- Estudo Nacional de Despesa Familiar, 1973/4; PNSN- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, 1989; PNDS- Pesquisa Nacional de Desenvolvimento em Saúde, 1996; Pesquisa nacional de prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 1999)). Enquanto 33% das crianças eram amamentadas aos seis meses na década de 70 e 49% na década de 80, na década de 90, a proporção de crianças amamentadas subiu para mais de 60%. No trabalho da PNSN (1989), 97% das crianças iniciam o aleitamento materno, mantêm aleitamento exclusivo por 72 dias, com duração mediana do aleitamento materno de 134 dias (quatro meses e 14 dias), sendo esta maior na zona rural (BRASIL, 2001). Dados da PNDS- 1996 mostram aumento da duração mediana do aleitamento materno para aproximadamente sete meses (PNDS, 1996). E os dados do estudo nas capitais e Distrito Federal, 1999, confirmam que continua este aumento na mediana nacional do aleitamento materno atingindo 9,9 meses de duração.

O estudo da relação entre a incidência do aleitamento materno com a sua duração evidencia que, em geral, os países apresentam um dos seguintes padrões: a alta incidência e a longa duração do aleitamento materno ou a sua alta incidência e curta duração. É raro um

padrão em que a incidência seja baixa e a duração prolongada (HUFFMAN, 1984; apud BRASIL, 2001).

Conforme investigações realizadas no Brasil, nos anos 80, como as citadas anteriormente, a maioria das crianças brasileiras é amamentada logo após o nascimento. Entretanto, com o passar dos dias, observa-se uma tendência para abandono desta prática ou passa-se a associá-la ao uso de líquidos (água, chás, sucos, outros leites), alimentos semi-sólidos ou sólidos, evidenciando o padrão de alta incidência e curta duração do aleitamento materno no país.

Uma dificuldade importante para acompanhar a evolução do aleitamento materno tem sido a falta de uma metodologia uniforme para medir sua utilização e permitir comparações sólidas entre estudos realizados, em especial a divergência no conceito dos tipos de aleitamento, faixas etárias enfocadas e estudos retrospectivos que confiam na memória do entrevistado. Para resolver este problema, em 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS) uniformizou os conceitos acerca do aleitamento materno, indicadores e respectivas faixas etárias a serem estudadas, sendo estes estudos baseados em recordatórios de 24 horas para evitar-se a influência negativa devida ao longo período recordatório (“*recall bias*”).

No entanto, mesmo com tendência ascendente, a prevalência e a duração do aleitamento materno no Brasil ainda estão bem aquém do recomendado pela OMS. Apesar de a grande maioria das mulheres (97% pelo estudo PNDS, 1996) iniciar a amamentação dos seus bebês, a queda do aleitamento materno é progressiva nos primeiros meses de vida. Apenas 13% das mulheres amamentam seus filhos exclusivamente no período de quatro a seis meses de vida; 37% mantêm a lactação até o final do primeiro ano de vida e 14% até os dois anos (PNDS, 1996). Por outro lado, uma porcentagem não desprezível de crianças está iniciando a alimentação complementar tardiamente (Tabela 2).

É possível que as taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) estejam superestimadas na PNDS-1996, em virtude da forma como foi estruturado o questionário. Se as mães relatavam dar AME às crianças, não se questionava se ofereciam outro líquido. Sabe-se que muitas mães não consideram água e chás como complemento do leite materno (MONTEIRO, et al, 1997; apud BRASIL, 2002).

TABELA 2 - Distribuição percentual das crianças vivas por condição de amamentação. Porcentagem de crianças amamentadas que receberam alimentação complementar, segundo a faixa etária. Brasil, 1996.

Idade em meses	Aleitamento Materno ausente (%)	Aleitamento Materno Exclusivo (%)	Aleitamento Materno Completo (%)	Alimentação Complementar (%)	Nº de crianças vivas
0-1	3,6	57,8	3,6	35	119
6-7	39,7	13,9	3,6	42,8	138
12-13	63	1,9	1,4	33,7	188
22-23	86,3	0,4	0	13,3	152

Fonte: BRASIL.BEMFAM.IBGE.MS.INAN.PPDS.DHS MACRO.USAID.FPNU.FNUI.Pesquisa Nacional sobre Demografia e saúde,1996.BEMFAM.MACRO.DHS, março 1997, p127.

Nos últimos anos, tem-se verificado, no Brasil, uma tendência crescente de estudos que investigam a situação atual da amamentação nos Dias Nacionais de Vacinação. Foi possível identificar mais de 20 estudos que aplicaram, em diferentes cidades, metodologia semelhante à proposta no presente estudo (VIEIRA et al, 1998; VENÂNCIO et al,1998; KITOKO et al, 2000; BRASIL, 2001; VENÂNCIO et al,2002; CAMILO et al, 2004, dentre outros). Mas a comparatividade dos resultados é ainda difícil por falta de uniformidade nos indicadores empregados. Nos trabalhos encontrados, podem-se comparar os resultados obtidos em 14 cidades, que utilizaram indicadores preconizados pela OMS (Tabela 3). Serão analisados inicialmente alguns resultados das seguintes cidades: Feira de Santana e João Pessoa no Nordeste, Florianópolis no Sul, Campinas no Sudeste e comentados os das outras cidades

apresentadas na tabela 3 (Botucatu-SP; São Carlos-SP, Ribeirão Preto-SP, Itapira-SP, São José do Rio Preto-SP, Canoas-RS, Londrina-PA; capitais e Distrito Federal). As primeiras cidades foram escolhidas para uma abordagem mais ampla por representarem regiões distintas do nosso país, terem participado de estudos semelhantes ao deste trabalho e por mostrarem, entre seus indicadores, a taxa de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses, faixa etária alvo da presente pesquisa.

Cinco destes estudos visualizados na tabela 3 não utilizaram as taxas de aleitamento preconizadas pela OMS (OMS,1991), mas foram incluídos por terem pesquisado fatores de risco para o aleitamento materno exclusivo, foco do presente trabalho (dois estudos em 111 municípios do estado de São Paulo, de 1999; dois estudos em Itapira, de 1999; e um estudo em Rio Branco, no Acre, de 2004 – números correspondentes 8, 9, 11, 12 e 19, da tabela 3).

Outros estudos, entre os incluídos para apresentação (Tabela 3), também pesquisaram fatores de risco para o aleitamento materno exclusivo e serão comentados em outro capítulo (Discussão) junto aos estudos já citados, de mesma característica (estudo em 84 municípios do Estado de São Paulo, de 1998; Feira de Santana, de 1996; estudos das capitais e Distrito Federal, 1999; Canoas, 2001; Feira de Santana, 2001; Londrina, 2001 - números correspondentes 6, 2, 7, 14, 16 e 18).

Pode-se observar que sete destas pesquisas (Tabela 3) tiveram por base o projeto AMAMUNIC, como o presente estudo (Londrina, Itapira, Ribeirão Preto, Florianópolis, João pessoa e 84 municípios - em 1998 - e 111 municípios - em 1999- do Estado de São Paulo). Também é interessante notar que a maioria dos estudos de semelhante metodologia (11 estudos) ocorreu no estado de São Paulo, sede do projeto AMAMUNIC, atestando a grande influência deste projeto em todo o estado paulista.

Nos referidos estudos (Tabela 3), verifica-se que somente a cidade de Campinas (2001) mostrou taxa de AME aos quatro meses maior que 50% -o ideal, segundo a OMS, seria 100%

- enquanto todos os outros estudos mostraram resultados inferiores a este nível. Ribeirão Preto (1999) e Botucatu (1995) revelaram os menores valores (<20%).

Comparando os resultados das cidades de Feira de Santana e João Pessoa no Nordeste, Florianópolis no Sul, Campinas no Sudeste, verifica-se que, na pesquisa referente à Feira de Santana, ano de 1996, ocorreu frequência de AME em menores de quatro meses, de 45,6 %, e de seis meses de 36,9 %; aleitamento materno completo (AMC) em menores de quatro meses de 60,7% e de seis meses de 51,5%; aleitamento (AM) de 12 a 15 meses de 45,4 %. Aqui há uma diferença importante entre as taxas de AME e AMC, pela introdução precoce de líquidos. O uso de chupeta e mamadeira deu-se em torno de 50% das crianças com menos de um ano de idade. A mediana de AM com valor de nove meses, aproxima-se da mediana do estudo nacional (9,9 meses) (BRASIL, 2001).

No estudo realizado em Florianópolis, 1997, foi observado percentual de AME de 46,3% em menores de quatro meses, de AMC de 64,5% e AM em menores de 12 meses de 59,4%. O uso de mamadeira obteve um percentual de 61,4% nas crianças menores de 12 meses de idade, e a duração mediana de amamentação foi de 7,9 meses.

Já, na pesquisa realizada em João Pessoa, 1997, foi verificado que 23,9% das crianças menores de quatro meses estavam em AME e 41,1% em AMC. A amamentação em menores de 12 meses era de 50,7% e o uso de mamadeira na mesma faixa etária era de 77,6%. O estudo mostrou mediana de amamentação de 6,7 meses.

E em Campinas, em estudo realizado em 2001, em 1708 crianças menores de dois anos de idade, foi verificada taxa de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses de 51,1% e aos seis meses de 38,1%; taxa de aleitamento materno completo também aos seis meses de 58,1% e taxa de amamentação em menores de um ano de 54,9% (CAMILO et al, 2004).

As cidades de Feira de Santana e Florianópolis mostraram valores semelhantes nos indicadores de aleitamento em AME e AMC, sendo estes maiores que os de João Pessoa.

Estas duas cidades são privilegiadas, pois contam com Bancos de Leite Humano e Hospitais Amigos da Criança atuantes.

A cidade de João Pessoa também conta com Hospital Amigo da Criança e Banco de Leite Humano, mas com atividades provavelmente menos intensas, comparadas às das duas cidades referidas anteriormente, o que é demonstrado pelos valores inferiores dos indicadores, em especial AME e mediana de amamentação.

Nas pesquisas das cidades de Feira de Santana, Florianópolis e João Pessoa, assim como no estudo das capitais e DF, nos quais foi aplicada metodologia semelhante à do presente estudo, observou-se uma prevalência de AME abaixo de 50% em menores de quatro meses, quando o ideal é de 100%. Campinas mostrou valor um pouco acima de 50% e faz-se referência no estudo à ação conjunta da Secretaria de Saúde e PUC - Campinas em prol do AME. Vê-se que a amamentação exclusiva é interrompida muito cedo, com a introdução precoce de águas e chás (AMC) em todas essas pesquisas. Observa-se a frequência elevada do uso de mamadeira e chupetas, práticas já comprovadas como prejudiciais ao AM e à saúde da criança, não só como fatores de desmame, mas também como causadores de contaminação, levando à diarreia e a outras doenças. Verifica-se também em quatro destes estudos que, enquanto a prevalência de AME em menores de quatro meses é baixa, a prevalência de AMC é muito mais elevada, comprovando que a introdução precoce de chás e água é prática comum nesses locais.

TABELA 3 – Comparação da prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME), completo (AMC), aleitamento materno (AM), uso de chupeta, uso de mamadeira, duração mediana AME e AM em dezenove estudos brasileiros*.

Local	Ano estudo	Amostra /idade crianças	AME% < 4 m < 6 m	AMC% < 4 m < 6 m	AM% < 12 m	Chupeta < 12 m	Mamadeira < 12 m	Mediana AME (dia) AM (mes)
1.Botucatu SP	1995	1550 < 1ano	19,16 ^t 11,54 ^t	X X	53	X	X	17 dias/ 5,5 meses
2.Feira Santana/BA	1996	3898 < 2anos	45,6 36,9	60,7 51,5	45,4 (12 a 15m)	56,8	59,1 (12-15m)	9
3 Florianópolis/RS	1997	990 < 1 ano	46,3	64,5	59,4	—	61,4	53,3 dias 7,9 m
4.João Pessoa/PB	1997	980 < 1 ano	23,9	41,1	50,7	—	77,6	16,5 dias 6,7 m
5.São Carlos SP	1998	3236 <2anos	37,8 27,7	54,1 40,0	73,7	—	—	D. média AM 5 m
6. São Paulo: 84 municípios	1998	11481 < 4 m	32% mun. + de 20%	—	—	—	—	—
7.Brasil (capitais, DF)	1999	48.845 < 1 ano	35,6	—	67 ^t	52,9	62,8	9,9 meses
8.Est. São Paulo 111 municípios	1999	34435 <6m	—	—	—	—	—	—
9.Est. São Paulo 111 municípios	1999	22188 < 4m	—	—	—	<1m 53,9 <4m 61,3	—	—
10.Ribeirão Preto SP	1999	1715 < 1ano	18,8 12,7	59 45,6	55,5	—	72,3	-D média 6 meses
11.Itapira SP	1999	679 < 12m	- 4m 45% - 6m 31 %	—	no 12 m 61,6%	—	—	—
12.Itapira SP	1999	209 <4m	- 1º dia casa 78,1%	—	1 dia casa 91,4%	—	—	—
13.São J Rio Preto SP	2000	719 < 1ano	21,1%	—	—	61,6	71,3	7,8 meses
14.Canoas RGS	2001	501 <2anos	34,4 26,8	52,1 41,7	—	67,3	70,5	d. média 5 meses
15.Campinas SP	2001	1708 <2anos	51,1 38,1	— 61,1	54,9	—	—	68 dias 6,4 meses
16.Feira Santana BA	2001	2319 < 1ano	48,3 17,7	—	69,2	57,3	—	—
17.Campinas SP	2001	2394 <2anos	43 27,3	67,3 —	< 2 anos 40,3	—	—	66 dias 6,7 meses
18.Londrina PA	2002	2002 <4 - 6 m	29,3 21	50 37,5	62,4	—	—	11,9 dias 8,6 meses
19.Rio Branco ACRE	2004	415 <6m	Aos 3m 35,5	—	—	<6m 35,1	<6m 66,3	60 dias

Fontes:1.CARVALHAES et al, 1998; 2.VIEIRA et al, 1998 3.4. KITOKO et al,2000; 5. MONTROONE ARANTES,2000; 6.VENANCIO et al, 2002; 7.BRASIL, 2001; 8. VENANCIO et al, 2006; 9.COTRIN et al, 2002; 10.PEREIRA et al, 2004;11.12.AUDI, CORREA, LATORRE, 2004; 2005; 13.FIGUEIREDO et al, 2004;14.HENTGES et al, 2003; 15.CAMILO et al, 2004;16.VIEIRA et al, 2004; 17.CLARO et al, 2004; 18.VANUCHI et al, 2005;19.MAIA et al, 2006.

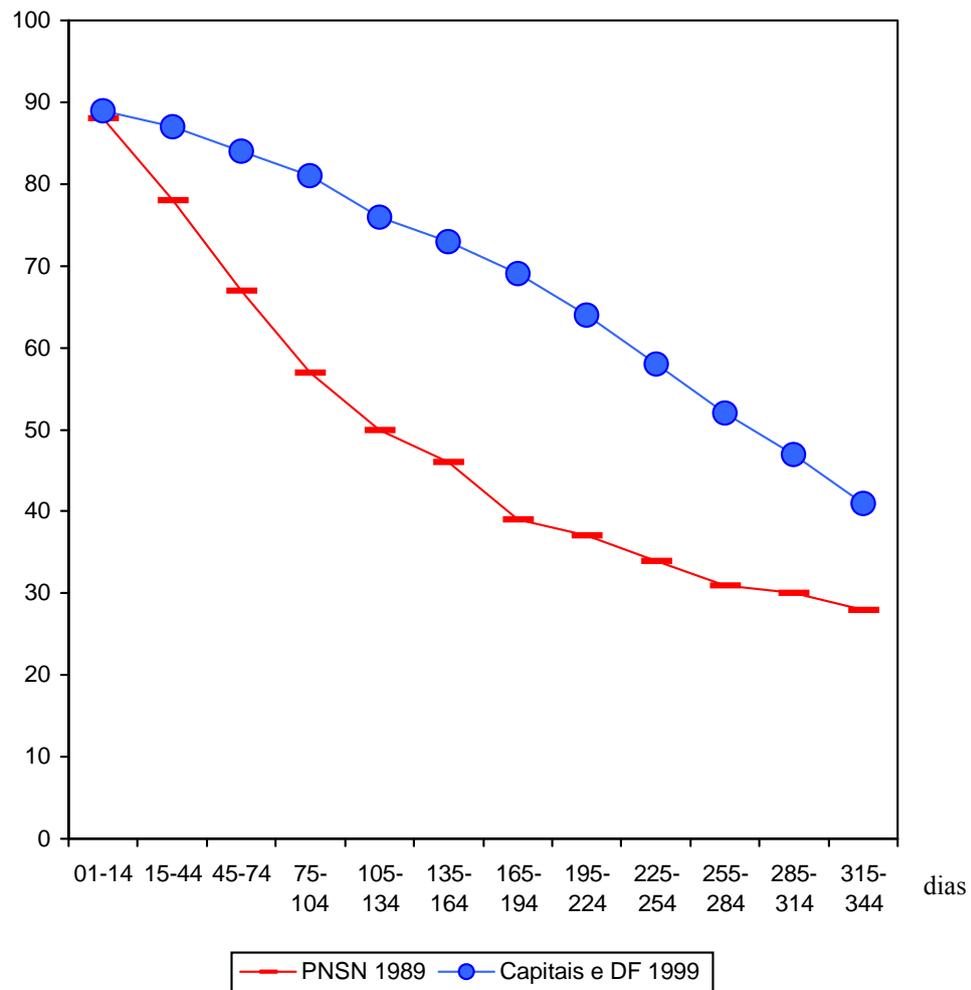
*estudos transversais, inquéritos recordatórios 24h, nos postos de vacinação, em Dia Nacional de Vacinação.

^t taxa calculada a partir de dados disponíveis - **Negrito:** estudos com metodologia AMAMUNIC

A pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 1999, “Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal”, em Dia Nacional de Vacinação, teve como finalidades comparar o padrão de aleitamento apresentado pela população e grupos sociais e verificar a tendência desta prática alimentar no país (48.845 entrevistas). Em relação ao estudo realizado pela Pesquisa Nacional em Saúde e Nutrição (P.N.S.N.), com 1.431 entrevistas, na década de 80, após adaptação das faixas etárias, a pesquisa de 1999 mostra considerável aumento no percentual de crianças amamentadas (Figura 4). Esse aumento não se deu de maneira uniforme para todos os intervalos etários. Foi de pequena amplitude nos lactentes com idade de um a 44 dias, como era esperado, pois, nesta faixa etária, a prevalência de amamentação já era elevada. Para as crianças maiores, as variações foram de grande monta, destacando-se o grupo de 165 a 254 dias com uma variação percentual de mais 70% (Tabela 4).

É importante ressaltar que os resultados de 1989 (PNSN) referem-se às crianças de zona urbana e rural, e os de 1999, somente às de zona urbana das capitais brasileiras e Distrito Federal. No entanto, àquela época da PNSN, a situação do AM mostrava-se melhor na área rural comparada à urbana, com medianas de 191 dias e 123 dias, respectivamente, sugerindo que, para o Brasil urbano, os aumentos percentuais entre os anos de 1989 a 1999 foram provavelmente maiores que os encontrados.

FIGURA 4 – Prevalência estimada de aleitamento materno em diferentes faixas etárias, conforme a PNSN* ,1989 e capitais brasileiras, DF, 1999 **.



Fontes: * MONTEIRO et al. Perfil estatístico das crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição das crianças no Brasil 1989. Rio de Janeiro:IBGE.DEIS, 1992, p11-8

** BRASIL.Ministério da Saúde.Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.Brasília:MS, 2001,p31.

TABELA 4 - Prevalência de aleitamento materno em diferentes faixas etárias conforme a PNSN (1989) e a pesquisa de Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal (1999).

IDADE (em dias)	PESQUISAS PNSN 1989 *	(%) CAPITAIS e DF 1999**	VARIÇÃO (%) 1989 / 1999
1-14	88	89	+1
15-44	78	87	+11
45-74	67	84	+25
75-104	57	81	+42
105-134	50	76	+52
135-164	46	73	+59
165-194	39	68	+77
195-224	37	64	+73
225-254	34	58	+71
255-284	31	52	+68
285-314	30	47	+57
315-344	28	41	+46

Fontes: * MONTEIRO et al, 1992; ** BRASIL, 2001

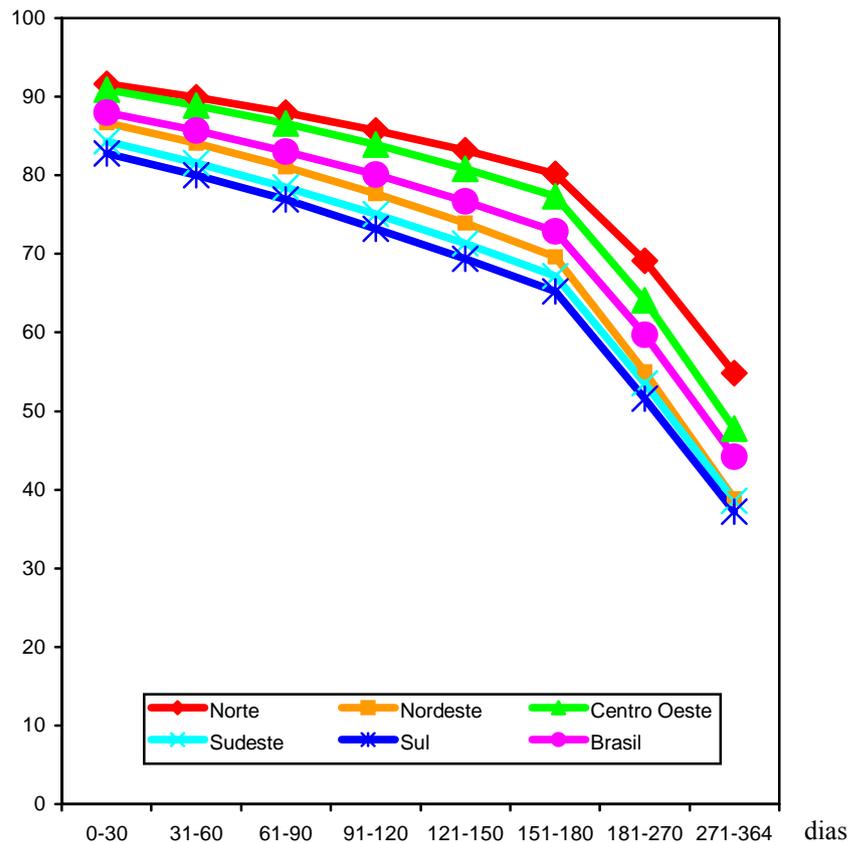
* dados referentes ao Brasil (urbano e rural)

** dados referentes à zona urbana das capitais e DF

Na figura 5, referente ao aleitamento materno nas diferentes regiões do Brasil (BRASIL, 2001), observa-se que a maioria das crianças é amamentada no primeiro mês de vida em todas as regiões, mas, à medida que a idade aumenta, as regiões mostram prevalências desiguais para o AM, indicando dinâmicas diferentes em relação à continuidade do mesmo. Como na década anterior, a região Norte destaca-se das demais, com as maiores prevalências de AM para todas as faixas etárias, provavelmente devido aos costumes e tradições indígenas. Verifica-se assim que a frequência de aleitamento materno varia de acordo com a região

estudada, dependendo não só da cultura local, como também de ações políticas de incentivo ao aleitamento materno.

FIGURA 5 - Prevalência estimada do aleitamento materno, conforme idade da criança. Brasil e regiões, 1999.



Fonte: BRASIL.Ministério da Saúde.Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.Brasília:MS, 2001,p29.

Em relação ao AME, o estudo de 1999, nas capitais e D.F. (Figura 6), mostra que, na área urbana do Brasil, 53,1% das crianças recebem leite materno exclusivo no primeiro mês de vida; 9,7% de 151 a 180 dias. Evidencia-se que a prática do AME é muito influenciada pela idade. Das regiões, a região Sul mostra melhor situação em relação ao AME e a Sudeste

um agravamento do quadro identificado para o Brasil, em especial para os primeiros quatro meses.

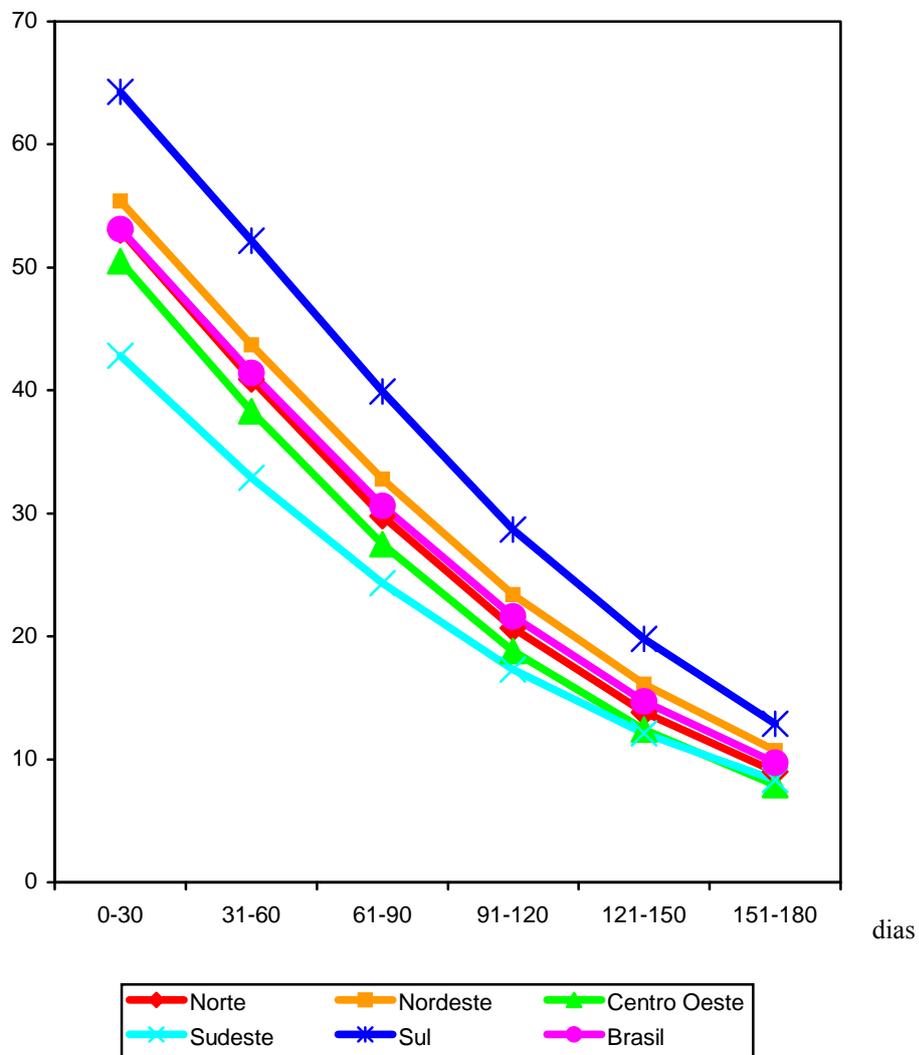
Comparando-se as duas figuras (Figuras 5 e 6), pode-se concluir que os valores das taxas de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo não são sempre diretamente proporcionais entre si nas diferentes regiões e capitais brasileiras (BRASIL, 2001). Por exemplo, em relação aos primeiros quatro meses de vida, pode-se verificar que as taxas brasileiras de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, neste período, são respectivamente de 86% e 35,6%; e esta relação pode variar como em Fortaleza, com taxa de AM de 92,5% e de AME de 57,1%, as maiores do Brasil, contrastando com Cuiabá, com taxas de AM de 89,1% e de AME de 17,7%, sendo esta última a menor dentre todas capitais do país (BRASIL, 2002).

Também neste último estudo, quando se analisa a duração mediana do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo, mais uma vez, evidenciam-se as variações apresentadas pelas capitais e regiões investigadas quanto à continuidade dessas formas de aleitamento à medida que o lactente cresce. Em Belém, cidade com melhor indicador, a mediana do aleitamento materno foi de 566,3 dias. Já Maceió encontra-se em situação oposta (172 dias), representando uma diferença de 394 dias. Com respeito ao aleitamento materno exclusivo, das 26 áreas urbanas estudadas aqui, 18 tiveram duração mediana menor que 30 dias, sete entre 30 e 60 e apenas em uma capital (Fortaleza) a mediana ficou em torno de 60 dias. Tais resultados mostram que as populações urbanas das capitais brasileiras e do Distrito Federal mantêm o padrão de associar precocemente ao aleitamento natural outros líquidos e alimentos, de modo que a duração do aleitamento materno exclusivo para o Brasil urbano ainda é bastante curta (23,4 dias).

Períodos de amamentação mais prolongados não implicam necessariamente maior duração do aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2001). Como exemplo, em Fortaleza, a duração

mediana do aleitamento materno foi de 224,7 dias e do exclusivo de 63,6 dias. Comparando-se estes resultados aos de Cuiabá, nota-se que o desempenho desta foi melhor em relação ao aleitamento materno (357,1 dias). No entanto, a mediana de duração do aleitamento materno exclusivo de apenas 5,1 dias foi menor, não só comparada à Fortaleza, mas também em relação às demais capitais brasileiras.

Figura 6 - Prevalência estimada de aleitamento materno exclusivo, conforme idade da criança. Regiões e Brasil, 1999.

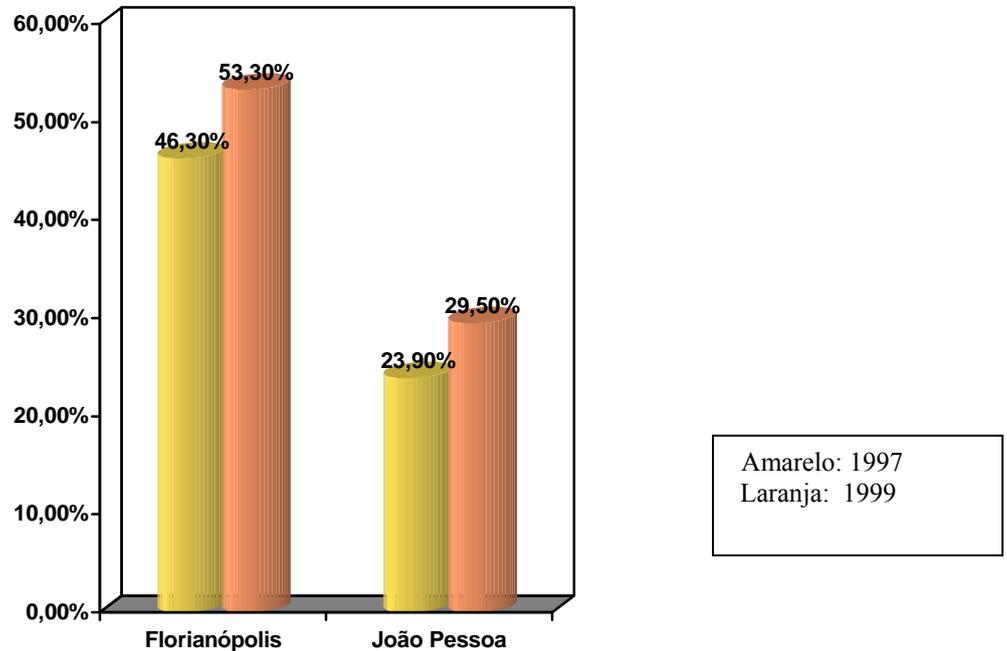


Fonte: BRASIL.Ministério da Saúde.Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.Brasília:MS, 2001,p32.

A pesquisa referida anteriormente, realizada nas capitais de João Pessoa e Florianópolis, em 1997, comparada aos dados da pesquisa realizada nas capitais e DF, em 1999 (Figura 7), mostra que, em relação ao aleitamento materno exclusivo em crianças até os quatro meses de idade, houve um aumento da prevalência desta modalidade de aleitamento, entre os dois estudos.

No ano de 1998, Venâncio et al realizaram estudo em 84 municípios do Estado de São Paulo para descrever a situação da amamentação e identificar fatores de risco para o desmame nestes municípios. Nesse estudo, o aleitamento materno exclusivo, nos primeiros meses de vida, raramente alcançou índices superiores a 30%. Como fatores de risco, foram identificados baixa escolaridade materna, ausência do Programa de Hospital Amigo da Criança, primiparidade e maternidade precoce. Em relação aos menores de um ano, a amamentação ficou em torno de 50%.

FIGURA 7 - Prevalência estimada do aleitamento materno exclusivo para menores de quatro meses. João Pessoa e Florianópolis, Brasil, 1997-1999.



Fontes: KITOKO et al. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v16, n4, p1115-16, 2000; BRASIL. Ministério da Saúde. Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: MS, 2001, p36.

No município de Juiz de Fora – MG, há um levantamento acerca da situação da amamentação local (MATTOS, FONSECA; apud FERREIRA, 1995), realizado pelo Banco de Leite Humano nos hospitais da cidade, com o seguinte resultado: em 280 mães multíparas pesquisadas, quanto à amamentação do filho tido anteriormente à gravidez atual, a frequência de aleitamento materno foi de 89%, tendo ocorrido desmame aos dois meses em 31,6% e aos seis meses em 64%.

Outro trabalho realizado em Juiz de Fora, no Instituto da Criança e Adolescente, atualmente chamado Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente, acerca da situação do aleitamento materno em 249 crianças desse ambulatório de puericultura, nos anos de 1997/1998, mostrou a duração média do aleitamento materno exclusivo (AME) de 2,82 (desvio padrão \pm 2,14 meses) e de alimentação complementar (AC) 7,66 (desvio padrão \pm

6,11 meses) (AFONSO et al, 1998). Continuando esse levantamento no ICA, em 296 crianças, de 1997 a 2000, mostrou média de AME de 2,94 (desvio padrão \pm 2,22 meses e de AC 7,07 (desvio padrão \pm 6,34 meses) (AFONSO et al, 2000). E, mais recentemente, um levantamento realizado em 205 crianças, nos anos de 2000/2001, evidenciou duração média de AME de 3,80 (desvio padrão \pm 1,84 mês) e de AC de 10,17 (desvio padrão \pm 7,37 meses) (AFONSO et al, 2002).

Apesar da importância dos estudos descritos acima, em Juiz de Fora, não havia, até o momento, um estudo da prevalência do aleitamento materno e avaliação dos hábitos alimentares de abrangência populacional, sendo este essencial para o planejamento ou redirecionamento de ações que visem melhorar os níveis dos indicadores de alimentação infantil como parte do processo de desenvolvimento. Com o diagnóstico da situação da alimentação natural, tornar-se-á possível contextualizar Juiz de Fora no cenário da Saúde Pública Nacional, comparando-a com as capitais brasileiras, cidades do Estado de São Paulo e outras cidades que empreguem metodologia semelhante. Assim, preocupou-se, no presente estudo, em ter-se uma medida confiável quanto à situação do aleitamento e, tendo em vista a existência de um modelo de inquérito que segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar os indicadores do Aleitamento Materno em dias nacionais de vacinação, já utilizado e testado em outros trabalhos (VIEIRA et al, 1998; VENÂNCIO et al, 1998), optou-se por adotá-lo.

As campanhas de vacinação têm sido utilizadas como local para a realização de estudos transversais sobre o grupo materno infantil. A concentração da população-alvo em locais predeterminados, no dia da campanha, a facilidade, a rapidez e o baixo custo na obtenção de informações são aspectos que justificam a utilização desta estratégia (BRASIL, 2001), além da possibilidade da replicabilidade dos estudos (GIUGLIANE, 1998). Para o emprego dessa metodologia, deve-se considerar a alta cobertura vacinal das campanhas (mais de 90%), o que

se tem verificado em Juiz de Fora, segundo dados da Vigilância Epidemiológica (JUIZ DE FORA, 2001; 2002).

2.2 Transição Epidemiológica, Nutricional e o Aleitamento Materno

O estado de saúde e doença do ser humano em sociedade tem sido historicamente ligado ao nível de seu desenvolvimento econômico e organização social. Com a industrialização, as maiores causas de doença e morte nas sociedades mais avançadas têm mudado de uma predominância de doenças nutricionais e infecciosas para doenças degenerativas (doenças cardiovasculares, diabetes e câncer). Esta mudança é chamada transição epidemiológica. Ao mesmo tempo, diferentes países no mundo ou mesmo regiões em um mesmo país, estão em estágios diferentes da transição epidemiológica (YUSUF, 2001).

De uma forma mais abrangente, a transição epidemiológica incorpora as mudanças dos padrões de saúde e doença, mortalidade, fecundidade e estrutura por idades, além dos determinantes socioeconômicos, ecológicos, de estilo de vida e de suas conseqüências para os grupos populacionais. Ela ocorre concomitante à transição demográfica, definida como os efeitos que as mudanças dos níveis de fecundidade (glossário), natalidade (glossário) e mortalidade (glossário) provocam sobre o ritmo de crescimento populacional e sobre a estrutura por idade e sexo (MONTEIRO, VERMELHO, 2004).

O conceito de transição epidemiológica surgiu a partir da teoria de Omran (OMRAN, 1996, apud MONTEIRO, VERMELHO, 2004), referindo-se a mudanças seculares dos padrões de saúde e doença, relacionando-os aos fatores sociais, econômicos e demográficos. Segundo o autor, à medida que os países se desenvolvem, as melhorias de condições socioeconômicas e de saúde causam a transição de um padrão de expectativa de vida baixa, com altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas em faixas de idade precoces, para um aumento em direção às idades mais avançadas e aumento das doenças não transmissíveis.

Segundo Omran (1996), levando-se em consideração mudanças na mortalidade, nos padrões de causas de morbidade e mortalidade e na fecundidade, distinguem-se quatro principais estágios de transição epidemiológica, com um quinto estágio potencial. Na seqüência clássica das sociedades ocidentais, durante os últimos 200 a 300 anos, os primeiros quatro estágios ocorreram quase seqüencialmente, com apenas pequenas superposições. Assim têm-se os seguintes estágios:

Estágio 1: período das pragas e da fome: com níveis de mortalidade e fecundidade elevados, predominância de doenças infecto-parasitárias, desnutrição, problemas de saúde reprodutiva, crescimento populacional lento, esperança de vida entre 20 e 40 anos, com taxas de mortalidade moderada ou alta.

Estágio 2: período do desaparecimento das pandemias, mortalidade em declínio, acompanhada de queda da fecundidade, com variações no espaço e no tempo.

Estágio 3: período de doenças degenerativas e provocadas pelo homem, mortalidade e fecundidade baixas.

Estágio 4: período de declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, envelhecimento populacional, modificações no estilo de vida, doenças emergentes e ressurgimento de doenças.

Estágio 5: período de longevidade paradoxal, emergência de doenças enigmáticas e capacitação tecnológica para a sobrevivência do inapto.

Já Reichenheim e Werneck (1994) identificam três perfis epidemiológicos contíguos e encadeados, que constituem uma classificação diferente da descrita anteriormente por Omran (1996). Aqui, foram amalgamados numa primeira categoria os períodos das “pestilências e da fome” e do “desaparecimento das pandemias”. A terceira categoria descrita por OMRAN foi subdividida em duas distintas (período das doenças degenerativas e das provocadas pelo homem). O perfil do primeiro período caracteriza-se pelo predomínio de doenças associadas à

pobreza, à ausência de saneamento ambiental adequado e desenvolvimento socioeconômico precário. Predominam aqui as doenças infecto-contagiosas. Com as progressivas conquistas sociais, identificadas mais diretamente com a melhoria das condições de vida - alimentação, nutrição, habitação, saneamento, vestuário, transporte - e os avanços técnico-científicos, registrou-se uma transição para um perfil epidemiológico caracterizado, predominantemente, pelas doenças crônico-degenerativas. Mais recentemente, surge um terceiro perfil marcadamente urbano, caracterizado por doenças relacionadas à contaminação e poluição ambientais, pelos traumas intencionais e não intencionais, pelas afecções psicoemocionais, pela droga adição etc.

Assim, em sociedades desenvolvidas, observou-se a elevação dos índices de morbimortalidade por doenças relacionadas à industrialização e urbanização, assim como à transição demográfica com o envelhecimento da população, associada à superação das doenças próprias do subdesenvolvimento.

Estes períodos não observaram necessariamente a cronologia descrita e nem se deram na mesma intensidade e estrutura em todos os espaços sociais.

Este modelo de transição também tem sido observado no Brasil, do ponto de vista agregado, embora de forma parcial e incompleta. Antes da década de 80, principalmente nos centros urbanos, observou-se uma tendência à diminuição das doenças infecto-contagiosas e parasitárias, enquanto as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças mentais e os traumas / violências cresceram aceleradamente. Na década de 80, solidifica-se a terceira fase da transição epidemiológica. Continua o declínio da mortalidade por doenças infecto-contagiosas, estabilidade da mortalidade por doenças cardiovasculares e aumento da mortalidade por causas externas e neoplasias.

O Brasil já é um país que vive majoritariamente em centros urbanos. O processo de urbanização brasileiro contribuiu para que uma parcela da população permanecesse acometida

por agravos do primeiro período epidemiológico em níveis superiores aos observados em países economicamente avançados. À luz do diferencial socioeconômico que se estabeleceu, é possível postular que o padrão de transição epidemiológica como ocorrido nos países centrais, caracteriza apenas uma parcela da população brasileira. Um outro expressivo contingente populacional vive não em transição, mas em superposição epidemiológica, na medida que os agravos dos outros períodos também se estabelecem (REICHENHEIM, WERNECK, 1994).

Omran (1996) considera que o Brasil, assim como outros países da América Latina, apresenta um modelo em princípio de transição, denominado contemporâneo ou retardado. Diferentemente dos países desenvolvidos, cuja transição epidemiológica foi determinada predominantemente por fatores ecobiológicos e socioeconômicos, o modelo brasileiro mostra uma transição influenciada pela introdução maciça da tecnologia e assistência médica.

Existe ainda um outro conceito, denominado transição de risco, que se refere às mudanças dos padrões de determinadas doenças que acompanham o desenvolvimento econômico. Ocorre uma mudança das exposições ambientais tradicionais e seu risco associado, por aqueles da modernização da agricultura e industrialização. Muitos países em desenvolvimento convivem, simultaneamente, com os antigos e modernos riscos (exemplo: água contaminada, pesticida, acidentes de trânsito com veículos a motor e todo tipo de violência urbana) (KJELSTROM, ROSENSTROCK, 1990; apud MONTEIRO, VERMELHO, 2004).

A transição nutricional em países desenvolvidos pode ser definida como um processo que envolve a coexistência de equilíbrio nutricional e condições de saúde ligadas com a sub e a sobre nutrição (em geral relacionada à vida sedentária). Este fenômeno tem implicações maiores para os sistemas de cuidados de saúde da América Latina e Caribe, onde a incidência de obesidade e de doenças crônicas relacionadas à obesidade – doenças cardíacas, diabetes tipo 2 - tem aumentado dramaticamente, ao mesmo tempo que doenças infecciosas em

pediatria (como pneumonia, diarreia) continuam sendo os maiores problemas de saúde pública, embora sua incidência tenha declinado nas últimas décadas (YUSUF et al, 2001).

Por numerosas razões, a epidemiologia do aleitamento materno é crucial para a nossa compreensão de resultados da saúde formados através da transição nutricional na América Latina e Região do Caribe. Isso por que o aleitamento materno está associado com a proteção, tanto das doenças infecciosas quanto das doenças degenerativas. Por exemplo, ao mesmo tempo que o aleitamento materno oferece proteção contra pneumonia e doenças infecciosas intestinais (VICTORA,1987), ele pode também proteger contra obesidade (DIETZ 2001). Da mesma maneira, o aleitamento protege a mulher contra hemorragia pós-parto e câncer de mama pré-menopausa (LABBOK, 1999).

O contínuo aumento detectado na duração do aleitamento materno na América Latina e Caribe, na década passada, é um dos poucos resultados positivos ligados à nutrição que pode ser reportado durante as transições nutricional, epidemiológica e demográfica, que estão ocorrendo em nossa região. De fato, os passos agressivos tomados para promover e proteger o aleitamento em um país devem ser tidos como modelo para aqueles que querem mudar as más condições associadas à transição nutricional como a epidemia de obesidade. Como Popkin et al (1991) mostraram em Honduras, esta melhoria pode ser explicada por programa e política de aleitamento materno maciços e bem planejados.

O aleitamento materno protege o indivíduo contra doenças infecciosas e crônicas. É sabido que o uso do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida maximiza os efeitos da amamentação. O aumento do percentual do aleitamento materno exclusivo contribui para a redução da mortalidade infantil na América Latina e Caribe (BETRAN, 2001). Assim, esforços devem ser feitos para promover o aleitamento exclusivo em nossa região. Este tipo de alimentação infantil é ainda raro, mas já se tem a sabedoria de como promovê-lo de uma maneira custo efetivo (MORROW et al, 1999).

2.3 Fatores Relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo e Desmame

Ao longo da história da amamentação no Brasil, é possível verificar a influência de fatores culturais ligados ao desmame em vários momentos e situações. Como a presente pesquisa tem como proposta estudar os fatores que podem interferir no aleitamento materno (AM), em especial em sua modalidade exclusivo, torna-se pertinente o conhecimento de dados históricos e características destes fatores mais influentes, pois, conhecendo-os melhor, é possível abordá-los com mais eficácia. Será também realizada uma abordagem acerca da posição da mamoplastia no aleitamento e das posições da tecnologia ao longo da história do aleitamento materno, ora contra, ora a favor do mesmo.

2.3.1 História dos fatores de desmame

A preocupação com o desmame precoce e seus efeitos maléficos, é relatada atualmente, em todas as agendas de saúde coletiva do Brasil. Em pesquisas desenvolvidas, o abandono da amamentação é relacionado a razões sociais, econômicas e culturais, como: desconhecimento materno; despreparo dos profissionais de saúde; *“marketing” dos leites industrializados*; emancipação da mulher no mercado de trabalho; *formulação de políticas estatais equivocadas*; desamparo familiar (mudança da estrutura familiar) e social, entre outros fatores (OMS/ UNICEF, 1989; ALMEIDA, 1999).

Como cita ALMEIDA (1999), a supervalorização de conceitos cientificistas em detrimento da natureza e dos valores tradicionais facilita o surgimento de comportamentos artificialmente induzidos, em defesa de interesses mercadológicos como a “suposta vanguarda científica, ofertada pelo *marketing* de alguns *fabricantes de leites modificados*”.

Várias alternativas foram sendo construídas para responder à demanda materna por ocasião do desmame, sendo que desde o papel da ama de leite até o uso dos leites em pó, a

alimentação do lactente foi alvo de interesse, muitas das vezes não direcionado à saúde infantil e sim, a situações de *lucratividade* “variada”.

Em meados do século XIX, são vistas as primeiras regras normalizadoras da arte de amamentar, importadas da Europa, principalmente das escolas médicas francesa e alemã. E, dentre os cuidados a serem seguidos pelas mães, vê-se a indicação formal do uso da *chupeta* como pacificador da criança (SILVA, 1990; apud ALMEIDA, 1999), sendo esta responsável por grandes problemas no transcorrer da amamentação infantil, desde infecções intestinais, anormalidades da arcada dentária até o próprio desmame (VICTORA et al,1995).

Em 1689, em um orfanato em Paris (GÜRSON, 1976; apud WOISKI, 1981), foi instituído o emprego do leite de vaca na alimentação infantil e desde então se procurou desenvolver o recipiente que se adaptasse a sucção - isto é - a mamadeira. Na sede da Academia Americana de Pediatria, em Evanston, pode-se apreciar vasta coleção desses recipientes, desde os primeiros feitos com chifres de animais.

As preocupações com as elevadas taxas de mortalidade infantil relacionadas com a alimentação artificial instituída, levaram os médicos do século XVIII, e com maior rigor e empenho, os profissionais do século passado, a estudar as bases da nutrição à procura da solução para a ocorrência de “escassez” do leite materno. O *desenvolvimento da bioquímica* veio revelar os elementos básicos da nutrição, sua importância quantitativa e qualitativa, as modificações que deverão sofrer para sua adaptação à alimentação infantil. Daí nasceram, no início empiricamente, *as modificações do leite de vaca, em geral de mais fácil obtenção, ou de outros animais como o leite de cabra* (WOISKI, 1981).

O aparecimento da *mamadeira* em nossa cultura, ocorreu com o surgimento da sociedade de consumo, em meio ao novo modelo urbano industrial no século XX. Esta aquisição da tecnologia moderna tornou-se um símbolo de modernidade e urbanismo, levando ao desmame precoce e a riscos de adoecimento e morte infantis. Seu uso também é hoje combatido

veementemente entre os citados “Dez passos para o sucesso da amamentação”, apoiado em vários relatos de mães e profissionais de saúde acerca da dificuldade de se conseguir que bebês peguem o peito depois que foram alimentados com mamadeira (OPS / OMS, 2001).

Junto com a mamadeira, *chegaram ao Brasil as primeiras remessas de leite condensado e de farinha Láctea*, importados da Suíça. A mistura destas duas tecnologias modernas possibilitou uma alternativa para a antiga impossibilidade clínica de amamentar, o “leite fraco”. Assim, sob a perspectiva do avanço científico e sob aprovação incondicional da medicina, construiu-se a “hipogalactia” (denominação de baixa produção de leite), uma nova patologia, que se configurou o mediador para a instituição do desmame precoce como prática sócio-cultural legitimada pela ciência (ALMEIDA, 1999).

Os alimentos industrializados para lactentes passam a ser apresentados como uma alternativa higienicamente segura, em lugar das amas de leite, sendo recomendado para a mulher urbana, recém convocada ao trabalho (GOLDEMBERG 1988; apud ALMEIDA, 1999).

No Brasil, a cultura dos *leites industrializados* tem três importantes marcos referenciais no início do século XX (Goldemberg 1988; apud Almeida, 1999). *O primeiro, já relatado, é registrado em 1912, refere-se à importação de leite condensado e farinha láctea da Suíça. O segundo diz respeito à ampliação do parque industrial brasileiro, em 1921 e o terceiro, no mesmo ano, delimita o começo da fabricação dos leites Ninho e Lactogeno no país* (FREDERICQ, 1982; apud ALMEIDA, 1999).

* As partes do texto grifadas em itálico referem-se à interface entre a tecnologia em saúde e aleitamento materno, que será comentada, no item 2.3.4, deste capítulo.

A aceitação dos leites em pó pelos médicos foi progressiva, passando da condenação do desmame ao estímulo do aleitamento artificial, não renunciando à superioridade do leite materno, mas estimulando de maneira subliminar a alimentação com mamadeira, como é visto até hoje.

Em 1944-45, Getúlio Vargas fundava o Departamento Nacional da Criança, que junto com outros órgãos possibilitou a implantação da assistência materno infantil, sob a égide do estado. Com a universalização da cobertura do parto hospitalar, ocorria a distribuição institucionalizada do *leite em pó nas maternidades* a qual completava, através dos centros de saúde, o circuito de promoção na população de baixa renda, coincidindo com a difusão da proposta de sua utilização como complemento ou substituto do leite materno nas revistas especializadas para a área de saúde (BRASIL, 1991).

A indústria lançou mão de campanhas promocionais para difusão das informações científicas sobre nutrição do lactente além de monopolizar o saber médico e se apropriar dele (GOLDEMBERG, 1988 apud ALMEIDA, 1999). *Propaganda enganosa dos sucedâneos de leite humano em revistas especializadas, profissionais de saúde na promoção de vendas e a promoção de eventos científicos constituíram, até há bem pouco tempo, fatores componentes da estratégia do “marketing” das empresas, e, como resultado, o médico absorveu completamente a idéia de que o leite materno precisava ser complementado e, junto com esta última, a necessidade de ser soberano nesta prescrição, ainda desconhecida do leigo.*

Nas décadas de 40 a 70, surge o paradigma do “*desmame comerciográfico*”, assim denominado o uso da alimentação artificial com leite em pó com conseqüente desmame e seus malefícios (JELLIFFE & JELLIFFE, 1979; apud ALMEIDA, 1999).

E, “*Acompanhando a emergência da nova ordem de produção, por volta dos anos 70, surge a televisão com todo seu potencial de manipulação de massas e com ela a propaganda do leite em pó*” (BRASIL, 1991, p.17).

O modelo do *desmame comerciogênico*, relatado anteriormente, contemplava todos os recém-nascidos como potenciais consumidores, até que com a publicação *The Baby Killer*, 1974, do jornalista inglês Mike Muller, tomou-se consciência do aumento da morbimortalidade infantil após o marketing das multinacionais na África, Ásia e América Central, em decorrência das conseqüências do desmame precoce como a diarréia e desnutrição infantis. No Brasil, naquela época, o desmame precoce representava um dos sérios agravos da saúde pública (o índice de mortalidade infantil no nordeste do país era de 124 crianças por mil habitantes, considerado muito alto), e a reversão desse quadro tornou-se uma das principais estratégias para redução dos índices de morbimortalidade infantil. Assim, na década de 80, verificou-se uma mobilização social em favor da amamentação com o desenvolvimento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM).

Como conseqüência, em relatório do PNIAM, não havia mais como superar as inigualáveis vantagens do aleitamento materno com o endosso da ciência. Assim, as novas necessidades do mercado levaram os fabricantes do leite em pó modificado a buscar um nicho novo a ser explorado, voltando-se, então, desde a década de 80, para as situações ímpares na alimentação dos recém-nascidos e lactentes. Entre 1980 e 1989, verificou-se uma redução de 65% no acesso dos lactentes brasileiros aos leites modificados. A indústria de leite em pó, que, até o final da década de 70, construía conceitos para demonstrar a falsa superioridade do leite em pó, perdeu o seu tradicional espaço e passou a se defrontar com um crescente estreitamento do mercado, o que a levou a modificar o seu antigo paradigma em função do novo mercado. Assim, as novas necessidades do mercado levaram os fabricantes do leite em pó modificado a buscar novo espaço a ser explorado por um novo modelo, voltado para as situações particulares na alimentação do recém-nascido e lactente, como a prematuridade, que constitui um terreno fértil para especulações científicas, tendo em vista as inúmeras

indagações que persistiam e ainda persistem acerca das peculiaridades fisiológicas do metabolismo destes recém-nascidos e lactentes especiais (ALMEIDA, 1999).

Nasce o novo modelo, o da “excepcionalidade”, orientado para clientela especial, com situações particulares como prematuridade, a princípio, e a seguir, intolerância e alergia alimentar, mas, já no início dos anos 90, ampliando seu raio de ação para a esfera dos lactentes que nasciam em condições normais. Assim, segundo Almeida (1999), na segunda metade dos anos 90, vê-se nova estratégia da indústria, com a reedição do paradigma do desmame comerciogênico, utilizando as situações de excepcionalidade *apenas como rótulo* para abrigar os novos conceitos da “vanguarda científica”, situação presente até a atualidade.

2.3.2 Avaliação dos fatores associados ao aleitamento materno e aleitamento exclusivo: contextualização na literatura.

Apesar de muitas crianças iniciarem o aleitamento, sua prevalência continua baixa no Brasil. É importante destacar algumas razões por que as mães não continuam amamentando na forma ideal. Segundo Carvalho e colaboradores (1996), os fatores determinantes mais importantes podem ser classificados em dois grupos gerais, identificados no quadro 1. Em geral, estes fatores contribuem para perda da cultura e tradição do aleitamento materno.

QUADRO 2

FATORES DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO (CARVALHO et al, 1996)	
<p>Fatores que influenciam a decisão pessoal da mãe (nível individual, familiar ou comunitário):</p> <ul style="list-style-type: none"> • informação incorreta ou ausência da mesma; • uso de mamadeira ou chupeta precoce; • introdução de outros líquidos e ou sólidos antes dos seis meses; • rotinas impróprias nos serviços de saúde; • conselhos inadequados sobre planejamento familiar; • apoio inadequado à lactante, tanto no hospital quanto nos estabelecimentos de saúde e a domicílio; • falta de proteção, ou inadequação desta, à mãe lactante trabalhadora; • incentivos para alimentação artificial; • gravidez precoce em adolescentes, o que faz com que as crianças venham a ser criadas por outros membros da família. 	GRUPO 1
<p>Fatores socioeconômicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • perda de tradições, crenças e valores; • desvalorização da prática do aleitamento materno; • não-reconhecimento do aleitamento como estratégia para alcançar a segurança alimentar; • atitudes médicas e culturais desfavoráveis ao aleitamento; • influências comerciais negativas; • falta de educação orientada para o aleitamento nos processos educativos; • falta de reconhecimento sobre o papel especial da mulher na sociedade; • isolamento social e perda das redes sociais de apoio. 	GRUPO 2

Propõe-se discorrer sobre os fatores encontrados em associação ao aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses em Juiz de Fora e contextualizá-los dentro da literatura revisada para facilitar a sua avaliação com vistas à análise e ao planejamento do aleitamento materno no município de Juiz de Fora.

Fatores apresentados:

- Faixa etária. Paridade
- Escolaridade materna
- Trabalho materno. Proteção legislativa à amamentação

- Ocorrência e frequência do pré-natal
- A assistência ao nascimento: rede pública e privada
- Tipo de parto
- Baixo peso ao nascimento
- A importância da alimentação adequada na infância. Uso de outros alimentos líquidos, que não o leite materno
 - Alimentação Complementar. Definições segundo a OMS.
 - Aleitamento Materno Exclusivo e sua duração ideal
 - Duração do Aleitamento Materno
 - Desvantagens de alimentação complementar precoce e tardia
- Uso de chupeta
- Uso de mamadeiras ou chucas

2.3.2.1.Faixa etária. Paridade

A idade na qual se inicia a vida reprodutiva, além de ter conseqüências demográficas importantes, afeta também a saúde da mãe e da criança. Em muitos países, o adiamento do primeiro filho, refletindo um aumento na idade ao se casar, tem contribuído significativamente para o declínio da fecundidade. A proporção de mulheres que se tornam mães antes dos 20 anos de idade é também uma medida da magnitude da gravidez na adolescência, a qual tem se constituído num problema importante no cenário internacional.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde PNDS (BRASIL,1997), a idade mediana na época de nascimento do primeiro filho, entre mulheres de 25 a 45 anos, foi de 22,4 anos, sendo que, entre mulheres de 20 a 24 anos, 16% tiveram seu primeiro filho antes de 17 anos; mulheres de zonas urbanas tiveram seu primeiro filho 1,2 ano mais tarde do que aquelas da zona rural.Entre as regiões, a diferença entre a idade mediana do primeiro filho

das mulheres residentes no Rio de Janeiro, onde as mulheres começam a vida reprodutiva mais tarde, e as residentes na Região Norte do país, onde as mulheres começam-na mais cedo, foi de 3,4 anos.

A gravidez precoce merece destaque por suas implicações, tanto nas questões relacionadas à saúde do binômio mãe-filho, pelo maior risco na gravidez, quanto em relação aos fatores sociais e econômicos, por interferir no processo intelectual e educacional, na qualificação e na inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2004). Cabe lembrar que todos estes fatores podem interferir diretamente na saúde do binômio através de prováveis dificuldades em relação ao aleitamento materno em mulheres mais jovens, conforme relata a literatura sobre este assunto (BARNES et al, 1997; CROST E KAMINSKI, 1998; RYAN et al, 2002; KITOKO et al, 2002; VICTORA et al, 1997; LIMA, OSORIO, 2003). Em 1996, segundo dados da PNDS, 18% das adolescentes já haviam iniciado a vida reprodutiva, sendo a proporção mais alta na Região Norte e a mais baixa, na Região Centro Leste, assim como mais alta na zona rural que na urbana. É citado que 51% das mulheres de 15 a 19 anos, sem escolaridade, já haviam se tornado mães.

Com base nos dados censitários, no período entre 1980 e 2000, constatou-se aumento do número de mães adolescentes entre 15 e 19 anos. Em 1980, a fecundidade das mulheres nesta faixa etária representava 9,1% da fecundidade total (Glossário) do país. Em 2000, este percentual aumentou para 19,4% (BRASIL, 2004).

Em pesquisa realizada por Sena et al (2002), acerca da prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, em 1994, encontrou-se frequência importante de adolescentes entre as mães pesquisadas: 17,2%. Em 2001, a pesquisa acerca da prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal revelou uma frequência de 21% de mães na faixa etária igual ou menor que 21 anos (BRASIL, 2001) . No mesmo ano, o SINASC apontou a ocorrência de 23,3% de filhos de mães adolescentes entre dez e 19 anos. Do total,

0,9% foi de crianças nascidas vivas de mães entre dez e 14 anos, sendo este percentual ainda maior na Região Norte (1,4%). Também na faixa etária de 35 anos se verificaram diferenças regionais: a região sul mostrou maior proporção de nascidos vivos de mães nesta faixa etária (11,3%), seguida da sudeste (9,8%) (BRASIL, 2004).

Em Juiz de Fora, os índices de gravidez na adolescência têm mostrado uma oscilação nos últimos anos, desde a implantação do SINASC em 1995, variando de 15,6% neste ano, a 16,3%, em 2005. Em 2001, 15,6% eram adolescentes, sendo 78% primíparas, ou seja, 22% dessas garotas menores de 20 anos, já tinham pelo menos um filho nascido vivo. No ano de 2004, 4,4% das adolescentes estavam na faixa etária de 10 a 14 anos, lembrando que este sistema capta apenas as adolescentes que tiveram filhos nascidos vivos, não computando aquelas que tiveram suas gestações terminadas em abortos ou natimortos.

Quanto à paridade, é considerada nulípara a mulher que nunca completou uma gestação além de 20 semanas (ela pode não ter estado grávida ou ter apresentado abortamento(s) anterior (es); primípara: a mulher com história de apenas um parto anterior com feto (s) nascido (s) vivo (s) ou morto (s) e com duração estimada de 20 semanas ou mais, e múltípara, a mulher que completou duas ou mais gestações de 20 semanas (CUNNINGHAM *et al*, 2005). Para a avaliação do SINASC (2005) , é considerada sempre a história da gravidez anterior e em relação ao número de filhos vivos e não ao número de gestações, diferente em relação ao conceito tradicional referido anteriormente. Assim sendo, de acordo com este último conceito, a situação das mulheres residentes em Juiz de Fora, que tiveram filhos nascidos vivos em 2005, de 10 a 45 anos ou mais, foi a seguinte: 37,6% (n=2081) eram nulíparas, 34,5% (n=1910) eram primíparas e 15,5% (n=862) secundíparas. Salienta-se que esta variável apresenta problemas no seu preenchimento, e, no último ano analisado, 1.180 (17,56%) declarações de nascidos vivos estavam com este campo em branco (SINASC, 2005).

Estudos nacionais e internacionais sobre a relação entre a frequência e duração do aleitamento materno com faixa etária materna e paridade são controversos, mas a maioria deles indica maiores taxas e duração de aleitamento exclusivo e total em mães mais velhas (BARNES et al, 1997; CROST, KAMINSKI, 1998; RYAN et al, 2002; KITOKO et al, 2002; VICTORA et al, 1997; LIMA, OSORIO, 2003) e não primíparas (MENDEZ, ROMERO, 2002; VENÂNCIO e colaboradores, 2002; VIEIRA et al , 2004).

A decisão acerca da amamentação é normalmente feita antes do nascimento. Estudo longitudinal acerca da gravidez e infância (BARNES et al, 1997), envolvendo 12.000 grávidas inglesas, foi realizado com a finalidade de avaliar, em análise univariada e regressão logística, quais fatores estariam envolvidos com a intenção de amamentar. Estiveram associadas positivamente com esta intenção a maior idade materna e a primiparidade, entre outros fatores analisados.

Enquete realizada na França, por Crost, Kaminski (1998), em 1995, com 12.179 mães após o parto, utilizando análise bivariada e múltipla regressão logística, verificou que o aleitamento materno ocorria em 52% das puérperas e que era mais freqüente em mulheres com maior idade, tanto francesas quanto nas estrangeiras. A maior freqüência do aleitamento materno no grupo de maior faixa etária também foi confirmado em pesquisas realizadas comparando os anos de 1996 e 2001, em Columbus, Ohio, EUA, quando foram questionadas 744.000 mulheres no primeiro estudo e 1,4 milhão no segundo. Encontrou-se que 69,5% das mulheres amamentavam seus filhos na maternidade e que a faixa etária de maior freqüência de aleitamento era a de mulheres mais velhas. Quanto ao aumento dos índices de aleitamento entre os dois períodos, 1991 e 2001, este foi maior nas mulheres mais jovens (RYAN et al, 2002). Estudo realizado na cidade de Havana, Cuba, por Mendez e Romero (2002), corroborou com os resultados descritos, indicando maior freqüência de amamentação entre 20 e 34 anos e também naquelas com pelo menos um filho de gravidez anterior (não primíparas).

Em estudo comparativo acerca da situação do aleitamento materno, realizado por Kitoko e colaboradores (2000), entre as capitais brasileiras João Pessoa, na Paraíba, e Florianópolis, em Santa Catarina, em 1997, verificou-se que todos os indicadores sobre o aleitamento materno foram melhores na cidade de Florianópolis em comparação com João Pessoa, sendo que, na primeira cidade, as mães são menos jovens, trabalham fora de casa e tem maior nível de escolaridade. Não foi citada avaliação de associação entre fatores maternos e situação alimentar infantil neste estudo. Já Victora et al (1997) verificaram associação entre o aleitamento materno e a faixa etária materna, com maior frequência de aleitamento em mulheres mais velhas que naquelas mais novas.

Venâncio e colaboradores (2002), em estudo realizado para verificar frequência e determinantes do aleitamento materno em 84 municípios do Estado de São Paulo, em 1998, observaram que as mulheres primíparas, com menos de 20 anos de idade, têm 1,2 vez a chance de abandonar o aleitamento materno exclusivo antes da criança completar quatro meses, em comparação com mães multíparas e das outras faixas etárias.

Pesquisa acerca de fatores associados ao aleitamento materno em crianças do Nordeste brasileiro, realizada por Lima e Osório (2003), segundo fonte de dados da PNDS (BRASIL, 1997), mostrou que a duração mediana do aleitamento materno foi maior nas mães acima de 30 anos (265,5 dias; $T=9,64$; $p=0,008$) do que naquelas entre 15 e 19 anos (159,3 dias) e de 20 a 29 anos (183 dias).

Vieira e colaboradores (2004) estudaram os hábitos alimentares de crianças menores de um ano, amamentadas e não amamentadas, em Feira de Santana, na Bahia, ano 2001, e verificaram que a maioria das mães (58,8%) encontrava-se na faixa etária de 20 a 29 anos, sendo 43,3% primíparas. Os autores revelaram que não houve associação significativa entre idade materna e a época de introdução de alimentos artificiais a crianças menores de quatro meses. Em pesquisa acerca dos fatores associados ao aleitamento materno nesta cidade, no

ano de 2004, esses autores revelaram que, quanto à associação entre características maternas pesquisadas e o aleitamento, apresentaram maior prevalência deste tipo de alimentação e maiores chances de serem aleitados ao peito filhos de mães multíparas ($p=0,03$; RP 1,06; IC 95%) e de mães que não trabalharam fora do lar ($p=0,01$; RP 1,12; IC 95%) em relação às demais. A idade materna não se associou de forma significativa ao aleitamento materno. Quanto ao aleitamento materno exclusivo, a multiparidade se associou a este tipo de aleitamento, com significância estatística em relação à primiparidade ($p=0,03$; RP: 1,26; IC: 95%), mas o mesmo não ocorreu com a faixa etária materna, a escolaridade e trabalho fora do lar.

Em pesquisa acerca de prevalência de aleitamento e introdução precoce de suplemento alimentar, realizada em Embu, São Paulo, Pedroso et al (2004) verificaram que, entre os fatores associados à introdução precoce de suplementos alimentares, exceto água e chás, em crianças menores de quatro meses de idade, encontrava-se a faixa etária materna de 30 anos ou mais (OR=1,7; IC 95%=1,01-2,86).

Outra pesquisa também no Estado de São Paulo, município de Itapira, acerca dos fatores associados à prática alimentar do recém-nascido após a alta hospitalar, em crianças até quatro meses, realizada por Audi e colaboradores (2005), evidenciou, após análise estatística pelo teste qui-quadrado e técnica de regressão logística, que o único fator associado com aleitamento materno exclusivo no primeiro dia em casa foi a mãe ser adolescente e primípara (OR=9,40; IC95%=1,24 -71,27). Esta associação continuou estatisticamente significativa, mesmo quando controlado o tipo de parto e hospital de nascimento. Outra pesquisa no Estado de São Paulo, envolvendo os municípios de Campinas e nove outros adjacentes, realizada para comparação acerca da amamentação e alimentação complementar ao longo do primeiro ano de vida, entre filhos de mães adolescentes e adultas, por Vieira et al (2003), entre 1999 e

2001, revelou não haver diferença com significância estatística entre as taxas de aleitamento materno entre mães dos dois grupos.

2.3.2.2 Escolaridade materna

O grau de escolaridade é elemento essencial a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo que algumas condições ligadas à saúde são influenciadas pelo nível de escolaridade dos responsáveis pela condução da família, em especial as condições de saúde das crianças. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde, além de afetar a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação do indivíduo em contextos sanitários coletivos (BRASIL, 2004).

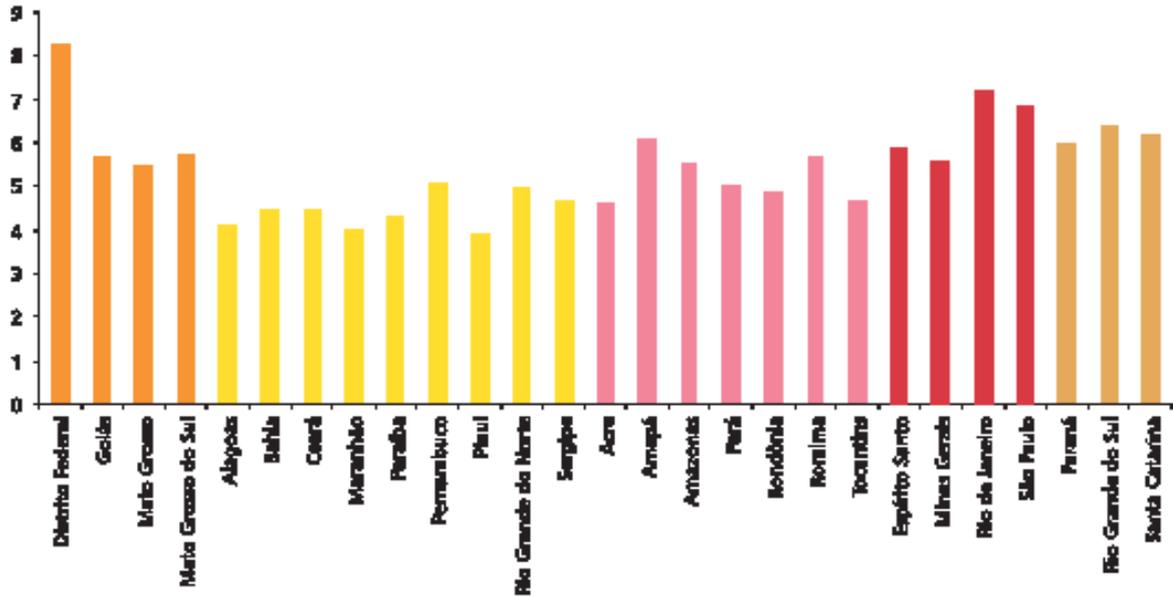
A educação para as mulheres é uma das vias mais importantes para fazer escolhas saudáveis e ter uma melhor condição social. Educar as mulheres é um investimento no desenvolvimento sustentável: as mulheres instruídas conseguem melhores empregos e salários, casam-se mais tarde e têm seu primeiro filho também mais tarde. Mais educação, melhores condições de saúde e mais oportunidades econômicas permitem que as mulheres tomem suas próprias decisões, por exemplo, quanto ao tamanho da família e ao espaçamento dos nascimentos, conduzindo a melhorias no que se refere à sobrevivência materna e infantil. A experiência mostra que os programas sobre população e desenvolvimento são particularmente eficazes quando conjugados com as medidas destinadas a melhorar a condição das mulheres (UNICEF, 1994), visto serem estas as principais provedoras da alimentação durante os períodos mais cruciais de desenvolvimento da criança, além de caber a elas as decisões essenciais para a saúde de sua família.

Assim, a capacitação da mulher é um fator de importância fundamental para a melhoria da nutrição, tanto da própria mãe quanto das suas crianças. Este aspecto implica esforços

legislativos e políticos para combater a exploração e discriminação da mulher e medidas para garantir-lhe acesso adequado a recursos e a cuidados em todos os níveis da sociedade. A melhoria da educação das meninas e adolescentes, ao lado das mulheres adultas, também é uma providencia essencial (UNICEF, 1998).

A análise da escolaridade no Brasil, de acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil – 2000, cujos dados foram obtidos dos censos demográficos de 1991 e 2000, realizados pelo IBGE e apurados pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) e pela Fundação João Pinheiro, com apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, mostra que a média de estudos das pessoas com 15 anos ou mais de idade apresenta uma disparidade de 4,3 anos de estudo entre a unidade federativa que possui a maior e menor média de anos de estudo, respectivamente, Distrito Federal e Piauí. A situação da região nordeste desperta atenção pela grande diferença em relação às demais regiões. Isso reflete a imensa desigualdade existente entre as regiões brasileiras no tocante ao acesso e permanência da população nas instituições de ensino (BRASIL, 2004) (Figura 8).

FIGURA 8- Média de anos de estudo das pessoas de 25 anos ou mais de idade, segundo os estados e as regiões. Brasil, 2000.



Fonte: IPEA/PNUD/IBGE Fundação João Pinheiro, Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000.

A avaliação dos níveis de escolaridade pelo Departamento de Análise da Situação da Saúde (BRASIL, 2004) foi realizada por meio de dois indicadores: o percentual de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas e o percentual de pessoas de 15 anos ou mais com menos de quatro anos de estudo. O primeiro indicador mede a dificuldade de acesso da população à instrução, mostrando uma situação de difícil reversibilidade para o futuro, frente ao baixo aproveitamento dos programas de alfabetização dos adultos e as condições gerais de vida e saúde da população referida. O segundo é considerado um “*proxy*” do analfabetismo funcional, embora o significado desse conceito seja mais amplo. Analfabetismo funcional é definido pela UNESCO (2000) como a condição em que o indivíduo é considerado incapaz de participar de atividades nas quais a alfabetização é requerida para atuação eficaz em seu grupo ou comunidade, assim como não possuir capacidade para fazer uso contínuo da leitura, da

escrita e da aritmética para desenvolvimento próprio e da comunidade (RIBEIRO, 2001). Juntos, estes indicadores são capazes de expressar o grau de influência da escolaridade como fator condicionante da situação socioeconômica da população (BRASIL, 2004).

O conceito de analfabetismo mudou muito nos últimos anos. Em 1958, a UNESCO definia como analfabeto um indivíduo que não conseguia ler ou escrever algo simples. Vinte anos depois, adotou o conceito de analfabeto funcional, referido acima (INAF, 2006).

Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil, 2004), nenhum estado brasileiro enquadra-se nos níveis ideais de instrução internacionalmente aceitáveis, ou seja, níveis de analfabetismo menores que 5% (UNESCO, 2000), estando mais próximos destes o Distrito Federal e alguns estados das regiões Sul e Sudeste. Nas regiões Norte ou Nordeste, todos os estados apresentam percentual de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas superior a 11,7%, enquanto nenhum estado das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste chega a atingir o mesmo percentual como nível máximo, mostrando o abismo educacional existente entre as grandes regiões do país (Tabela 5). A situação é ainda mais dramática ao se observar os percentuais de pessoas consideradas analfabetas funcionais, quando se nota que a maioria dos estados do Nordeste e alguns estados do Norte possuem quase metade da população de 15 anos ou mais classificada nesta condição.

Assim, o perfil nacional de escolaridade atual acentua as desigualdades regionais e afeta negativamente o Índice de Desenvolvimento Humano do país (IDH - ver glossário). Embora haja avanços notáveis desde a última década, ainda subsistem condições educacionais desfavoráveis à participação mais efetiva da comunidade na condução e na avaliação de políticas públicas de saúde e educação (BRASIL, 2004).

TABELA 5- Indicadores selecionados de nível de escolaridade segundo os estados. Brasil, 2000.

Estado	Percentual de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas	Percentual de pessoas de 15 anos ou mais com menos de 4 anos de estudo
Centro-Oeste		
Distrito Federal	5,39	13,99
Goiás	11,37	27,63
Mato Grosso	11,65	28,62
Mato Grosso do Sul	10,79	28,25
Nordeste		
Alagoas	31,91	49,55
Bahia	22,09	43,35
Ceará	24,97	42,96
Maranhão	27,14	47,50
Paraíba	28,25	46,89
Pernambuco	23,06	38,03
Piauí	29,17	48,78
Rio Grande do Norte	23,91	38,59
Sergipe	23,85	42,20
Norte		
Acre	23,72	41,49
Amapá	11,71	26,68
Amazonas	15,11	32,23
Pará	16,07	37,92
Rondônia	12,44	32,27
Roraima	12,68	27,16
Tocantins	17,86	37,95
Sudeste		
Espírito Santo	10,90	24,79
Minas Gerais	11,47	26,94
Rio de Janeiro	6,22	18,27
São Paulo	6,24	18,59
Sul		
Paraná	9,03	25,00
Rio Grande do Sul	6,28	18,29
Santa Catarina	5,88	18,76

Fonte: Ipea/PNUD/Fundação João Pinheiro, *Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil - 2000*.

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996 (1997), a mediana de anos de estudo do brasileiro, boa indicadora do grau de universalização do ensino no país, é de 4,5 anos entre os homens e 4,6 anos entre as mulheres. Em países desenvolvidos, e mesmo em desenvolvimento, como a Argentina, Cuba e Coréia, este índice supera a cifra dos dez anos.

Ressalta-se ainda, neste trabalho, a ocorrência de uma mudança no perfil educacional por sexo no país. Entre as gerações mais jovens, a mediana de número de anos estudados é maior para a mulher (mediana de 7,8 para o sexo feminino e 6,6 para o masculino, referentes à faixa etária de 20 a 24 anos), enquanto, na geração mais velha, registra-se o inverso (mediana de 4,0 para o sexo feminino e 4,2 para o masculino, referente à faixa etária de 50 a 54 anos). Este dado seria consequência de um ingresso mais precoce de jovens do sexo masculino no mercado de trabalho. Ainda, segundo este estudo, o percentual de pessoas com cinco anos ou mais de escolaridade é muito maior na área urbana comparada à rural (BRASIL, 1997).

Dados da UNICEF (2003) em relação à alfabetização de adultos por sexo, no Brasil, mostram em 1990, uma taxa de 82% para o sexo masculino e 81% para o feminino. Já no ano de 2000, estas taxas se igualaram em 85% para ambos os sexos.

Na pesquisa acerca da prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal realizada em 1999, para o total de regiões, 5% das mães nunca foram à escola e a maioria delas, 89%, informou ter de um a oito anos de estudo, e 6% cursaram ou estão cursando o ensino superior. Comparando-se as regiões, à medida que se avança do norte para o sul do país, eleva-se a proporção de mães com nível de escolaridade superior (BRASIL, 2001).

Em Juiz de Fora, segundo dados do SINASC, quanto à escolaridade materna (JUIZ DE FORA, 2001), foi observado que, no ano de 2000, 47,8% das mulheres pesquisadas tinham oito anos de estudo ou mais; 45,5% tinham de quatro a sete anos de estudo; 6% de um a três anos e 0,7%, ausência de escolaridade. Observando a tabela 6, pode-se verificar um aumento do percentual das mães com oito anos de estudo ou mais, de 47,8% em 2000 para 54,1 % em 2004 (JUIZ DE FORA, 2005) .

TABELA 6- Nascidos Vivos de mães residentes em Juiz de Fora, por escolaridade da mãe – 2000/2004

Escolaridade	ANOS									
	2000*		2001		2002		2003		2004	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	53	0,7	41	0,6	39	0,6	32	0,5	33	0,5
1 a 3 anos	453	6,0	403	5,7	322	4,7	275	4,1	322	4,8
4 a 7 anos	3.436	45,5	2.875	40,8	2.578	38,3	2.450	36,7	2.364	35,2
8 a 11 anos	3.610	47,8	2.326	33	2.345	34,7	2.557	38,3	2.663	39,7
12 e mais			1.021	14,5	1.014	15	1.024	15,3	967	14,4
Ignorada	-	-	381	5,4	450	6,7	343	5,1	361	5,4
Total	7.552	100%	7.047	100%	6.748	100%	6.681	100%	6.710	100%

Fonte: JUIZ DE FORA, 2004

* Para este ano, estão somadas as categorias oito a 11 e 12 e mais anos de estudo. Valores aproximados calculados a partir dos percentuais.

Venâncio e Monteiro (1998) realizaram estudo acerca da trajetória da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80, em relação a dois estudos nacionais - ENDEF, 1975; PNSN 1989- e verificaram uma expansão considerável na prática de amamentação no país. Esta tendência ocorreu em todos os estratos da população, porém o aumento da prática de amamentação foi mais acentuado na área urbana, na região centro Sul do país, e entre as mulheres de maior poder aquisitivo e escolaridade. Em relação à escolaridade, houve um aumento das percentagens de crianças amamentadas e da duração da amamentação no três grupos de escolaridade da mãe (analfabetas, um a quatro anos, e maior de 4 anos), porém este aumento foi mais pronunciado entre as mulheres de maior escolaridade. Neste grupo, a duração de amamentação, que era de 46 dias, passou para 159 dias. Já entre as analfabetas, o aumento foi mais discreto, de 115 para 159 dias. Desta forma, enquanto que, em 1975, a relação entre a duração do aleitamento e a escolaridade era linear inversa, em 1989, o comportamento das mulheres analfabetas e com mais de quatro anos de escolaridade é semelhante.

Em estudo de prevalência do aleitamento materno em crianças menores de seis meses no Distrito Federal, realizado em 1994, observou-se a seguinte situação em relação à escolaridade materna: 3,9% de mães analfabetas; 56%, com um a oito anos de estudo; 32,4%, com nove a 11 anos e 7,7% com mais de 12 anos. A prevalência de aleitamento materno nas crianças de zero a 15 dias foi de 96,8% (95,8-97,7) e, nas de 151 a 180 dias, foi de 70,9% (67,7 -73,9); a duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 39,4% (SENA et al, 2002). Em pesquisa acerca da situação da amamentação em crianças menores de um ano, em duas capitais brasileiras, João Pessoa e Florianópolis, realizada por KITOKO e colaboradores (2000), em 1997, observou-se o seguinte perfil da escolaridade das mães nas duas capitais: em João Pessoa: 7,3% de mães analfabetas; 58,5% , com um a oito anos de estudo; 24,9%, com nove a 11 anos e 9,3% com mais de 12 anos; e em Florianópolis: 2,8% de mães analfabetas; 46,9% , com um a oito anos de estudo, 36,9%, com nove a 11 anos e 13,4% com mais de 12 anos. No referido estudo, foram encontradas as seguintes prevalências de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses de idade: João Pessoa, de 23,9%, e Florianópolis, de 46,3%. As medianas de aleitamento materno exclusivo e amamentação foram, em João Pessoa, 16,5 e 195 dias, respectivamente; e, em Florianópolis, 53 e 238 dias respectivamente. Estes estudos não fazem referência à análise estatística da correlação entre nível de escolaridade e aleitamento.

A relação entre escolaridade materna e o tempo de amamentação é um tema complexo na literatura. Embora alguns estudos não tenham evidenciado associação entre estes fatores (MENENDEZ et al 1999; CALDEIRA, GOULART, 2000; VASCONCELOS et al, 2006) e outros revelarem relação inversa (VIEIRA, 2004), a maioria demonstra que há influência.

Em estudo prospectivo sobre o abandono da amamentação em 144 mulheres em consulta de seguimento de serviço de Neonatologia do Hospital Enrique Cabrera, Havana, Cuba,

Menendez e colaboradores verificaram não haver influência da escolaridade materna sobre a ocorrência do aleitamento materno neste grupo.

Caldeira e Goulart (2000), em pesquisa de avaliação da situação de aleitamento em Montes Claros, Minas Gerais, através de realização de entrevistas a 602 mães de crianças menores de dois anos, não encontraram associação com significância estatística, após análise multivariada, entre a escolaridade materna e o aleitamento, mas relataram que mulheres com mais de quatro anos de escolaridade têm menor chance de desmame. Também Vasconcelos et al (2006) verificaram em estudo transversal, em 852 crianças menores de dois anos de idade, no Estado de Pernambuco, que a alfabetização materna não mostrou associação significativa com o aleitamento materno.

Em pesquisa realizada por Vieira e colaboradores, em 2001, em Feira de Santana, Bahia (2004), sobre os hábitos alimentares de crianças menores de um ano, amamentadas e não amamentadas, foi verificado que 37,5% das mães tinham escolaridade maior que o ensino básico fundamental e que não houve associação com significância estatística, entre a escolaridade materna e a época de introdução de alimentos artificiais em crianças com quatro meses ou menos de idade ($p=0,19$). Acerca de fatores maternos associados ao aleitamento natural, foi observado que mães com apenas o ensino fundamental tendiam a amamentar em maior proporção que aquelas com maior escolaridade, apesar de não atingir nível de significância estatística ($p=0,08$); já em relação ao aleitamento materno exclusivo, não houve qualquer associação em relação à escolaridade ($p=0,68$).

No Brasil e no exterior, existem várias pesquisas que confirmam a relação entre o nível de escolaridade materna e a ocorrência do aleitamento materno (VASCONCELOS, LIRA, LIMA, 2006), assim como com o aleitamento exclusivo (GIUGLIANI, 2003; BEMFAM, 1997; REA, 1997; VENÂNCIO, 2002; VIEIRA, 2004; MENDEZ, ROMERO, 2002; LABRADA et al, 1999; CROST, M, KAMINSKI, 1998).

Escobar e colaboradores (2002) analisaram uma amostra de 599 crianças que consultaram em um Pronto-Socorro em São Paulo e concluíram que a maior escolaridade materna estava associada, com significância estatística, à duração do aleitamento materno ($p=0,016$), ou seja, quanto maior a escolaridade, maior o tempo de aleitamento materno. Xavier et al (1991) também verificaram associação positiva entre o nível de escolaridade materna e a duração do aleitamento materno, em 222 crianças de baixo peso, nascidas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

Kummer e colaboradores (2000) realizaram estudo para acompanhar a evolução da prática de aleitamento materno em clientela de uma maternidade de Porto Alegre, comparando duas coortes de crianças nascidas nos anos de 1987 e 1994. Estes autores encontraram um aumento da frequência de aleitamento materno exclusivo em filhos de mães com quatro anos ou mais de escolaridade no ano de 1994 em relação a 1987, o mesmo não tendo ocorrido com mães menos instruídas. Os autores levantam a hipótese de que as mulheres mais instruídas estão em fase de valorização do aleitamento materno exclusivo, enquanto as mulheres menos esclarecidas ainda não foram sensibilizadas. O aumento do aleitamento materno exclusivo encontrado entre as mulheres com maior escolaridade está em consonância com os dados coletados em 1996, no Brasil (BRASIL, 1997), onde foi registrada maior prevalência de aleitamento materno exclusivo entre as mulheres mais instruídas, sendo que a mediana da duração do aleitamento materno exclusivo em mulheres mais instruídas foi o dobro da mediana em mulheres com menor instrução (1,2 mês e 0,6 mês, respectivamente).

Rea e colaboradores, em 1994, realizaram pesquisa para avaliar as possibilidades e limitações do aleitamento materno em mulheres trabalhadoras formais de 13 indústrias do município de São Paulo e concluíram que as mulheres com mais de oito anos de escolaridade tendem a amamentar exclusivamente ao seio, três vezes mais do que as com menos de oito anos de escolaridade (duração média do aleitamento materno exclusivo, 32 dias e 11 dias,

respectivamente; $p=0,06$). Os autores observaram que a flexibilização de horário, uma estratégia utilizada pelas mulheres para prolongarem a amamentação, mostra-se mais possível de ocorrer entre as mulheres da administração das empresas - de melhor escolaridade - do que entre aquelas da linha de produção, muito embora estas sejam mais fáceis de serem substituídas.

Em 1998, Venâncio e colaboradores realizaram estudo de comparação entre 84 municípios do Estado de São Paulo e encontraram uma relação direta entre nível de escolaridade materna e aleitamento materno exclusivo. Segundo os autores, quanto maior o grau de escolaridade materna, maior a probabilidade de a criança estar em aleitamento materno exclusivo, sendo que mulheres com até quatro anos de escolaridade têm 2,2 vezes mais chances de introduzir outro alimento na dieta de seu filho, que não o leite materno, nos primeiros meses de vida, quando comparadas com as mulheres com 13 anos ou mais de escolaridade. Em 1999, Venâncio e Monteiro (2006) confirmaram esta assertiva, fazendo a comparação entre estudos transversais realizados em 111 municípios do mesmo estado, em crianças menores de seis meses de idade, quando verificaram uma maior chance de aleitamento exclusivo em mães com terceiro grau (OR=1,91; 95% IC; 1,75-2,06). Lamounier e col (2003), em pesquisa realizada com 261 adolescentes no período de pós-parto imediato, em Maternidade de Belo Horizonte, MG, verificaram que a proporção de mães em aleitamento materno foi 3,5 vezes maior naquelas alfabetizadas.

Em 2001, foi realizada enquete nacional americana, por Ryan e colaboradores, de avaliação da alimentação láctea do lactente até os seis meses de idade. Foram questionadas 1,4 milhão de mães. As taxas de início de aleitamento e aos seis meses de idade foram, respectivamente, 69,5% e 32,5%, sendo estas maiores que as taxas do ano de 1996, quando foi realizada pesquisa semelhante. Os acréscimos ocorreram em todos os grupos populacionais, mas foram maiores em grupos que historicamente aleitam com menor

freqüência, como as de escolaridade não mais que nível secundário, cor negra, jovens menores que 20 anos, primíparas, empregadas e participantes do programa de suplementação nutricional. Os grupos de maiores taxas, em 1996, foram mulheres brancas, mais velhas, nível escolar terciário e não participantes de programas nutricionais. As metas de saúde mundiais para o ano 2010, que seriam de 75% para início de aleitamento e de 50% de sua manutenção aos seis meses de vida, são evidenciadas como objetivos para a população americana.

Li e colaboradores (2004) verificaram, em estudo realizado em Perth, Austrália, que o nível de instrução materno estava associado positivamente ao início do aleitamento das mulheres australianas e à duração da alimentação natural tanto nas mães australianas quanto nas imigrantes chinesas.

Volpini e Moura (2005), em estudo realizado na Campanha de Vacinação em Campinas, em 385 crianças menores de dois anos, verificaram que o desmame precoce (parada do aleitamento antes de seis meses de idade) ocorreu em 63,6% das crianças e que esteve associado ao nível de instrução materna conforme teste T ($p=0,04$), isto é, quanto maior a escolaridade materna, maior a duração do aleitamento materno.

Foi verificada maior efetividade do aleitamento materno exclusivo em mães com nível de escolaridade secundário, em relação ao primário e terciário em pesquisa realizada por Mendez e Romero, em 113 lactentes de zona urbana de Rolando Monterey, Cuba (2002). Outro estudo cubano realizado por Labrada et al (1999), em 226 mães em Santo Suárez acerca do desmame do aleitamento exclusivo antes dos quatro meses: a maioria das mães abandonou a lactância exclusiva antes desta idade (52,5%) e o nível de escolaridade que se associou com maior freqüência a este fato foi o primário, em relação ao secundário e terciário.

Enquete perinatal acerca de aleitamento materno, realizada na França por Crost e Kaminski (1998), revelou que 52% das crianças tinham alta hospitalar em aleitamento materno, sendo o mesmo mais freqüente entre as mulheres com alto nível de escolaridade.

A associação do aleitamento materno exclusivo com o maior nível de escolaridade das mães pode ser explicada pela teoria da OMS (WHO, 1995), segundo a qual a prática do aleitamento segue o padrão de desenvolvimento da sociedade, sendo influenciada por subgrupos populacionais. Segundo a OMS, dentro de um mesmo país, a dinâmica do aleitamento materno comporta três fases básicas: a fase 1, caracterizada por altas taxas de amamentação; a fase 2, ou fase de declínio, e a fase 3, caracterizada por um retorno ao aleitamento materno. Diferentes subgrupos populacionais chegariam às três fases do aleitamento em momentos distintos. O primeiro grupo a mudar seria a elite urbana, com maior nível de escolaridade e rica. O seguinte seria o grupo urbano pobre, e o último, mais resistente às mudanças, o grupo rural. Segundo esta teoria, as mulheres de renda e escolaridade maiores são as primeiras a valorizar o aleitamento materno, retornando a esta prática. Esse comportamento das mulheres da elite acaba influenciando as mulheres de níveis socioeconômicos mais baixos. Nos estudos relatados, parece que as mulheres mais instruídas estão em fase de valorização do aleitamento materno exclusivo, sem que esta tendência tivesse atingido ainda as mulheres de estratos socioeconômicos inferiores.

O uso de chupetas é um hábito infantil bastante difundido em nosso meio, apesar de seus efeitos negativos sobre amamentação, dentição, entre outros. Estudos sugerem que o seu uso esteja associado ao desmame precoce (LAMOUNIER, 2003). Tomasi et al (1994) verificaram a associação entre o hábito de usar freqüentemente chupeta e a baixa escolaridade materna ($p=0,04$) em pesquisa transversal realizada em Pelotas, RS. Estudo de Giugliani e colaboradores (2003) confirmou a associação entre uso de chupeta e menor duração de aleitamento materno e exclusivo, sendo que também nesta pesquisa a associação entre baixa escolaridade materna (terço inferior) e uso de chupeta esteve muito próximo da significância ($p=0,059$).

Sabe-se de literatura que, apesar do alto nível de escolaridade, as mulheres podem não ter conhecimento de aspectos importantes da amamentação, como chama atenção Suárez e COSME, em estudo de intervenção em Baraguá, município Mella, em Cuba (2004). Segundo a escolaridade, 50% das mulheres que dominavam os temas tinham nível pré- universitário e, destas, 60% referiam não ter conhecimento de aspectos importantes da lactação. Ao final da intervenção, todas as mulheres, independente da escolaridade, se capacitaram para o aleitamento materno. Outro aspecto importante sobre a educação sanitária é em relação à sua importância para a adolescente grávida. Machado (2001), em estudo de intervenção com aplicação de educação sistemática em aleitamento materno para 56 adolescentes grávidas, verificou a efetividade desta orientação quando foi identificado aumento da frequência de aleitamento exclusivo em relação ao estudo realizado dois anos antes.

Susin e colaboradores, em estudo realizado em Porto Alegre (1998), utilizaram uma estratégia dirigida ao aumento do conhecimento das mães em amamentação, considerando-se este um fator importante nesta prática. Ao final dos seis meses do estudo, foi verificado um aumento na duração da amamentação exclusiva. A única variável que permaneceu significativamente associada a um maior conhecimento em aleitamento materno nos dois momentos da pesquisa (pré e pós-teste) foi a escolaridade. Estudos importantes têm demonstrado que a escolaridade materna é um dos fatores que mais exerce influência na saúde da criança. Apesar de a escolaridade exercer influência importante nos conhecimentos das mães em aleitamento materno, a intervenção conseguiu diminuir o seu efeito nesses conhecimentos (a chance de mulheres com mais de oito anos de escolaridade de apresentar um escore no teste igual ou acima da média passou de 4,29 para 2,61), mostrando que é possível, com orientação, minimizar a desvantagem das mulheres menos escolarizadas com relação aos conhecimentos em aleitamento materno.

2.3.2.3 Trabalho e a proteção legislativa à amamentação

A mulher, o trabalho e o aleitamento materno são assuntos que têm sido preteridos devido ao fato de serem muito controversos e de discutida solução, além de difícil comparabilidade (REA et al, 1997). As mulheres ficam divididas entre duas funções: a reprodução (gravidez e aleitamento) e a produção (trabalho remunerado ou não). Ambas as atividades são importantes para a vida feminina e as mulheres não gostariam de ter que escolher entre as duas; elas normalmente encontram um caminho para contornar as dificuldades com pequeno auxílio da sociedade. A proteção à maternidade para o trabalho, onde se inclui o aleitamento materno, é um dos vários suportes que a sociedade deve prover.

Como função biológica básica, é a mulher quem cuida dos filhos: ela engravida e dá à luz, tornando-se mãe. A lactação, o próximo e último degrau no processo do cuidado da criança pequena, é diferente da gravidez, pois é uma função que a mulher pode optar por amamentar ou não, usando leite artificial. A maioria das mulheres em todo mundo inicia o aleitamento, mas muitas não o fazem, preferindo os substitutos do leite materno, o que ocorre com freqüência, por causa do retorno ao trabalho (WABA a, 2006).

As mulheres, em todo o mundo, trabalham tanto dentro quanto fora de casa. A mulher é responsável por executar as atividades da casa, cuidar dos filhos, educá-los, além de ser o suporte físico e emocional de sua família. Estas atividades são então invisíveis, não reconhecidas ou desconhecidas para a economia. Acredita-se que, nas áreas urbanas, uma das razões para o desmame precoce é a separação da mãe de seu filho, devido à volta da mulher ao trabalho fora do lar, condição pior nas grandes cidades pela situação de transporte e distância casa – local de trabalho (REA et al, 1997).

Mas as mulheres também integram há séculos a força de trabalho visível e seus direitos são defendidos internacionalmente pela *International Labour Organization* (ILO), a que reconheceu em 1919, em sua primeira convenção, que a maternidade é responsabilidade

social do estado. A ILO refere que as leis nacionais têm como metas: a proteção da saúde da mulher e da criança e a proteção do trabalho materno, com garantia de sua manutenção após o parto e determinado período da lactação. A Convenção 183 da ILO, ano 2000, determina um período médio de licença maternidade de 14 semanas, sendo seis semanas compulsórias pós-parto e uma ou várias pausas diárias remuneradas para amamentação ou redução do tempo de trabalho. A recomendação 191, item 1, relata, em seu artigo 4º, o esforço dos membros da convenção em estender o período para 18 semanas; em caso de gemelares, orientam para providenciar extensão do período da licença. Mas não foram regularizados os direitos da mulher à creche, a locais para amamentar ou para ordenhar o leite materno durante o período de trabalho; o texto é muito aberto, deixando margens para interpretações dúbias (REA, 2002). A recomendação 191, ILO, orienta que, “onde for praticável, devem ser providenciados recursos para estabelecimento de facilidades para o aleitamento materno, em locais com boa higiene e próximos aos locais de trabalho” (WABA a, 2006).

Em 1998, quatro instituições não governamentais - IBFAN (*International Baby Food Action Network*), ILCA (*International Lactation Consultant Association*), LINKAGES, e WABA (*World Alliance for Breastfeeding Action*) juntaram seus esforços e criaram a *Maternity Protection Coalition* (MPCoalition) com suporte técnico de IMCH (*International Maternal e Child Health, Uppsala University, Sweden*) e do UNICEF (*United Nations Children's Fund*), em defesa dos direitos da mulher e da criança com criação de manuais de instrução, realização de encontros, entre outras atividades. Os focos da atenção do MPCoalition são os benefícios do aleitamento para a mulher e a criança.

Uma razão comum de não-amamentação é o retorno da mulher ao trabalho. Isso é verdadeiro em países industrializados, além de ter sua ocorrência aumentada nos demais países. Sempre que a mulher amamenta, o trabalho interfere na sua manutenção. Assim, para as mulheres trabalhadoras seguirem as recomendações da OMS (2002) de aleitamento

exclusivo até os seis meses e a manutenção da amamentação com complementação até dois anos, é essencial que haja apoio e proteção adequados.

A mulher vem exercendo atualmente, e cada vez mais, o papel de chefe da família, correspondendo a 46% da população brasileira economicamente ativa em 2002 (IPEA, 2006). A instabilidade do mercado de trabalho exige disponibilidade da mulher/mãe em seu emprego, competindo com os homens no mercado de trabalho masculino e necessitando de orientação quanto aos seus direitos de cidadania, quando exerce seu papel de mãe/nutriz (creche, disponibilidade de horário, local para coleta e conservação do leite materno), mesmo exercendo atividades fora do lar (ICHISATO, SHIMO, 2002).

As legislações existentes dão cobertura de proteção às mulheres que têm emprego formal, mas o ideal seria que atingissem todas, incluindo-se aquelas com emprego informal, maioria em muitos países. Existem evidências científicas acerca da interferência na amamentação como consequência do trabalho informal (REA et al, 1997), assim como ocorre com o desemprego, como demonstrou o estudo realizado em 84 municípios do Estado de São Paulo, por Venâncio et al (2002).

No Brasil, a constituição de 1988 trouxe mudanças na legislação, ampliando direitos da CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) no que diz respeito à trabalhadora formal: a licença-maternidade passou de 84 para 120 dias, criou-se a licença-paternidade (cinco dias), ampliou-se o direito a creche e estenderam-se os direitos a trabalhadoras domésticas e rurais. Entretanto, sabe-se que há direitos que nem sempre são recolocados nos dissídios trabalhistas anuais e, com isso, tornam-se, na prática, menos implementados, como o caso das creches, para o qual a lei é pobre e ambígua: quanto à sua regulamentação pela CLT, a criança usaria a creche até o sexto mês de vida, o que, com os quatro meses de licença em casa, a creche só seria usada por dois meses (REA et al, 1997).

Segundo a W.A.B.A. (2006), existem, de uma maneira geral, sete elementos-chave para proteção à maternidade: cobertura, licença, benefícios, proteção à saúde, proteção ao trabalho sem discriminação, pausa no trabalho para o aleitamento e facilidades na amamentação. Estes elementos são reforçados na citação abaixo:

É importante para a defesa do aleitamento, a compreensão e a promoção de todos estes passos, além de propor e defender forte legislação de proteção à maternidade. Ao mesmo tempo, é importante lembrar que o aleitamento é o último estágio do ciclo reprodutivo das mulheres e, como tal, não é uma opção, mas parte intrínseca da proteção da maternidade frente ao trabalho. Seu sucesso completo recebe influência dos acontecimentos com a mulher nos primeiros estágios da reprodução - gravidez e nascimento. Então, para a mulher, sua segurança econômica, seu nível de estresse, informação recebida no pré-natal, sua exposição a fatores de risco para a saúde, suporte familiar e da equipe de saúde poderão influenciar na capacidade de conduzir a saúde de seu filho, assim como o aleitamento ideal (WABA b, 2006, p. 8).

Rea e Kukier (1988) realizaram estudo de intervenção pró-amamentação para avaliação de razões de desmame em uma amostra de 875 mães de um bairro em São Paulo, com acompanhamento das mesmas, da maternidade até o quarto mês de vida das crianças, e verificaram que a causa mais freqüente alegada em múltiplas entrevistas pelas mães para a introdução de mamadeira com outro tipo de leite foi “trabalho materno” (20,5%), seguida de “nervosismo” (12,5%) e “conveniência” (11,0%).

Dez anos após, Venâncio e colaboradores realizaram estudo transversal para avaliação da freqüência e determinantes da amamentação em 84 municípios paulistas e verificaram que, na análise de regressão logística para avaliação dos fatores associados ao aleitamento materno em menores de um ano, o trabalho informal e o desemprego influenciaram no desmame precoce (OR=1,06; IC= 1-1,120), quando comparado ao trabalho formal e doméstico. Não foi evidenciada associação com significância estatística do trabalho materno ao aleitamento exclusivo neste trabalho.

Na pesquisa nacional realizada em 1999 (BRASIL, 2001), foi encontrado que as mães que não trabalhavam fora do lar, habitantes da região Sul do país, apresentaram uma chance

30% maior de amamentar exclusivamente, quando comparadas às que trabalhavam fora (OR: 1,30; IC: 1,08-1,57). Já nas demais regiões, evidências desta associação não foram encontradas (VENANCIO et al, 2002) (Tabela 7).

TABELA 7- Resultado da regressão logística da associação entre o trabalho fora do lar e o aleitamento materno exclusivo. Pesquisa prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e DF, 1999.

Região	Odds Ratio (I.C.)
Norte	1,10 (0,94-1,28)
Nordeste	0,92 (0,83-1,02)
Centro-oeste	0,97 (0,84-1,12)
Sudeste	1,05 (0,87-1,26)
Sul	1,30 (1,08-1,57)
Brasil	1,02 (0,95-1,08)

Fonte: BRASIL, 2001

Em pesquisa da prevalência do aleitamento realizada em 1999 em Maringá, Estado do Paraná, por Vituri e Brito (2003), em crianças até seis meses de idade, não foi encontrado associação com significância estatística entre o aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses de idade e o trabalho materno ($p=0,536$). Já o estudo realizado por Vannuchi e colaboradores (2005), no ano 2002, no município de Londrina, no mesmo estado, revelou que a mãe que trabalhava fora de casa, trabalho formal, apresentava uma chance 1,61 vez maior de interromper o aleitamento materno antes de um ano em relação à que não trabalhava.

Vieira e colaboradores (2004), em avaliação do aleitamento e desmame em Feira de Santana, Estado da Bahia, ano 2001, verificaram, através de análise de regressão logística, que as mães que não trabalhavam fora de casa tiveram uma chance significativamente maior para o aleitamento materno ($p=0,001$), o mesmo não acontecendo com a chance para o aleitamento exclusivo ($p=0,25$).

Mascarenhas et al (2006), em estudo da prevalência do aleitamento e seus determinantes nos primeiros três meses de vida no sul do Brasil, realizado em 2002, observaram associação estatisticamente significativa entre trabalho materno aos três meses de idade da criança e ausência de aleitamento materno exclusivo nessa idade. É muito provável que isso tenha ocorrido porque, nesse período, algumas mulheres retornam da licença-maternidade, o que as separa de seus bebês por cerca de oito horas diárias e demonstra não só a importância da licença maternidade, mas também da orientação para as mães ordenharem seu leite, a fim de manterem seus bebês em aleitamento materno em sua ausência.

Em 1998, Escobar e colaboradores, em avaliação dos fatores que levam ao desmame precoce em crianças de São Paulo, verificaram que as mães que trabalharam fora do lar amamentaram por maior período de tempo ($p=0,043$). Mas a análise estatística demonstrou que isso poderia ser explicado pelo fato de que as mães que trabalhavam fora de casa também apresentavam maior nível de escolaridade. Assim, esta variável não foi considerada relevante para o aleitamento neste estudo, resultado semelhante a outros trabalhos (FIGUEIREDO et al, 1995).

Estudo transversal realizado por Volpini e Moura (2005), com 385 crianças menores de dois anos, em Campinas, São Paulo, para investigar as características do desmame precoce num distrito da cidade, não encontrou associação entre o trabalho materno e o desmame, assim como não foi encontrada diferença quanto à idade de desmame da criança entre as trabalhadoras formais e informais, o que demonstra que o trabalho materno não é causa de desmame precoce nesta população, embora o desejo de trabalhar tenha se associado à interrupção do aleitamento natural. Esse achado vai contra outros estudos (REA e KUKIER, 1988) que apontaram o trabalho materno como causa de desmame. Todavia, estudos mais recentes apontam uma maior prevalência de amamentação entre as mulheres trabalhadoras. Os fatores de risco associados ao desmame precoce parecem estar muito mais relacionados à

falta de informação sobre o manejo da lactação durante a gestação, o parto e a puericultura do que ao trabalho materno, como apontam Carlon-Aviles et al (2000).

Labrada *et al* (1999) realizaram estudo retrospectivo em Santo Suarez, Cuba, com o objetivo de identificar fatores maternos associados ao abandono do aleitamento exclusivo antes dos quatro meses de idade, e encontraram que as mães estudantes tendem a abandonar precocemente a lactância materna exclusiva, enquanto as mulheres trabalhadoras, protegidas pela legislação trabalhista nos seis meses posteriores ao parto, não o fazem.

Em São Paulo, Rea e colaboradores observaram, em estudo exploratório realizado em 13 indústrias, no ano de 1994, a importância da licença-maternidade para a mulher e o quanto tem sido útil e usada pela maioria delas para amamentar. Quanto à presença de creche ou posto de coleta de leite humano, as mulheres que usufruíram o benefício (42%) no referido estudo, apresentaram a duração de aleitamento materno exclusivo de 31 dias, valor significativamente maior que naquelas empresas que não tinham nem creche nem posto de coleta (12 dias). Observou-se um tempo maior de amamentação nas mulheres de melhor nível socioeconômico, maior escolaridade – com mais de oito anos, amamentam três vezes mais que as de menos de oito anos de escolaridade - nas que não trabalhavam na linha de produção e nas que tinham possibilidade de maior flexibilidade de horário (REA *et al*, 1997).

Outros estudos também têm demonstrado que o emprego não é o principal determinante de desmame e que, apesar de a licença-maternidade ter sido utilizada pela maioria das mulheres trabalhadoras para amamentar, existem outros fatores que são fundamentais para a manutenção da lactação, como aqueles que permitem a proximidade mãe-criança e/ou retirada periódica do leite materno durante a jornada de trabalho. Hight-Laukaram, Peterson e Labbok (1996) utilizaram dados disponíveis da Pesquisa em Demografia e Saúde (DHS), de 15 países em desenvolvimento envolvidos, para calcular a percentagem de risco atribuível populacional do uso de substitutos do leite materno entre mulheres mães de filhos menores de seis meses,

cujos empregos as mantinham longe de seus filhos. Foi verificado que o emprego não é o principal determinante do uso de substitutos do leite materno nestas populações. A grande maioria das mulheres, ou não são empregadas, ou levam seus filhos menores de seis meses com elas ao trabalho. Concluem os autores que esforços para melhorar a amamentação podem seguramente ser direcionados à maioria das mulheres que não se encontra afastada de seu bebê; entretanto, é necessária apropriada atenção à minoria de mães jovens cujos empregos as mantêm longe de seus filhos.

Osis e colaboradores (2004) avaliaram a importância da existência de creches em locais de trabalho, em estudo qualitativo, quando compararam dois grupos de 15 mães trabalhadoras e frequentadoras da creche de uma empresa: um com mães amamentando exclusivamente ao peito e o outro com mães amamentando de forma mista (ou complementada). Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas em grupos focais. A existência de creche no local de trabalho aparece como elemento relevante para a manutenção do aleitamento após a licença-maternidade, especialmente o materno exclusivo.

Como foi visto anteriormente, apesar de não haver uma uniformização entre os estudos quanto à classificação do tipo do trabalho materno e quanto às condições maternas para amamentação, o que dificulta a comparação, a maioria dos estudos confirma a associação entre a ausência de trabalho materno e a maior ocorrência e duração de aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar (REA e KUKIER, 1988; BRASIL, 2001; VENÂNCIO *et al*, 2002; VIEIRA *et al*, 2004; VANNUCHI *et al*, 2005; MASCARENHAS *et al*, 2006). Mas há aqueles que reforçam a associação entre maior duração da amamentação em presença de trabalho materno (ESCOBAR *et al*, 2002; LABRADA *et al*, 1999) e outros ainda que não encontraram relação entre os dois fatores referidos (VENÂNCIO e colaboradores, 2002; VITURI e BRITO, 2003; VOLPINI e MOURA, 2005).

E, segundo Rea e colaboradores (1997), a licença-maternidade tem sido usada pela maioria das mulheres para amamentar (1997), mas só a sua presença não garante a amamentação. Há a necessidade de que a continuidade da amamentação seja assegurada com atividades educativas maternas no pré-parto e pós-parto e que seja apoiada pela presença de creches na empresa, além de locais para amamentação, ordenha e conservação do leite (REA *et al*, 1997; OSIS *et al*, 2004).

2.3.2.4. A assistência pré-natal

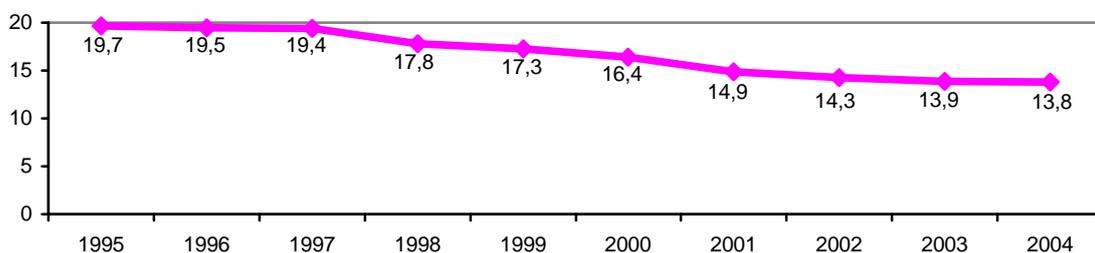
No Brasil, as questões referentes à saúde reprodutiva têm despertado interesse dos pesquisadores, gestores e da sociedade por se tratar de um tema relevante para o delineamento de políticas populacionais e para o desenvolvimento socioeconômico. Em 2001, 50,8% da população brasileira era composta por mulheres e, destas, um total de 43.113.841 estavam em idade reprodutiva (entre 15 e 45 anos) (BRASIL, 2004).

A Taxa de Fecundidade Total (Glossário) brasileira sofreu considerável queda, com redução de 57% entre os anos de 1970 a 2000, ou seja, em 1970, a média de filhos por mulher em idade fértil era de 5,8 e, em 2000, de 2,3 filhos, resultando numa redução de 3,5 filhos por mulher. Os principais motivos intervenientes foram as mudanças no comportamento reprodutivo feminino, a crescente participação no mercado de trabalho e uma maior utilização de métodos contraceptivos, causando cada vez mais a diminuição de filhos. Esta redução foi mais acentuada na região Norte, que passou de 8,2 filhos por mulher, em 1970, para 3,2 em 2000 (BRASIL, 2004). As taxas específicas de fecundidade, por grupo etário de mulheres em idade reprodutiva, diminuíram acentuadamente, em especial após os 30 anos, e o único grupo que teve aumento da taxa referida foi o grupo de 15 a 19 anos de idade, com variação percentual de 14% nestes 30 anos (BRASIL, 2004).

A Taxa de Natalidade no Brasil (Glossário) vem diminuindo, mas isso aconteceu especialmente em famílias de renda mais alta, e, a partir da década de 80, ocorreu um declínio também nos grupos sociais de baixa renda. No Brasil, a taxa de natalidade de 1999 foi de 21 crianças por mil habitantes. Esta taxa é mais alta na região Norte, 29,5 por mil, e mais baixa nas regiões Sul e Sudeste, 18,8 por mil, evidenciando que, em regiões de maior nível de desenvolvimento econômico, a taxa de natalidade é menor (DATASUS, 2001).

Em Juiz de Fora, refletindo o comportamento nacional, a taxa de natalidade vem apresentando redução, registrando no período de 1995 a 2004, uma queda de 29,9%. Tal declínio foi mais acentuado no período de 1997 a 2001, enfraquecendo-se posteriormente com tendência nos últimos anos a uma estabilização (JUIZ DE FORA, 2004) (Figura 9).

FIGURA 9 - Taxa de natalidade (p.mil) no período de 1995 a 2004, em Juiz de Fora, MG



Fonte: JUIZ DE FORA. Gerencia de Promoção de Vida. DE. Relatório SINASC 2004. Juiz de Fora, 2005, p1

Um dos principais objetivos da assistência médica pré-natal é monitorar a mulher durante o período gestacional, reduzindo os riscos que contribuem para a morbimortalidade materna e infantil e para a incidência de prematuridade e de mortalidade perinatal. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, de 1996, muitas das mortes que ocorrem durante o primeiro mês de vida da criança podem ser evitadas caso a mãe tenha um acompanhamento médico durante o pré-natal. Filhos de mulheres que nunca fizeram pré-natal têm probabilidade de vir a morrer dez vezes maior do que filhos de mulheres que fizeram

pré-natal e tiveram atendimento médico (BRASIL, 1997). A importância dessa variável foi ressaltada por Simões e Leite (1991; apud UNICEF, 1998) em estudo realizado para a região Nordeste (BEMFAM, 1992) com base nas informações do *Demographic and Health Survey-DHS/91*.

Nesse estudo, verificou-se que crianças de mães que realizaram mais de quatro consultas de pré-natal teriam 60% mais chances de sobreviver do que aquelas cujas mães não fizeram nenhuma consulta ou fizeram menos de três. Esses dados reforçam as recomendações do Programa de Assistência à Saúde Integral da Mulher – PAISM, do Ministério da Saúde, segundo o qual uma mulher é considerada assistida no pré-natal quando comparece a seis consultas no decorrer da gravidez. Além do número de consultas pré-natal, mínimo de seis consultas, também é importante a época em que a primeira consulta é realizada, que deve ser logo no início da gestação (ALENCAR, 2001), assim como a qualidade da assistência realizada (COUTINHO, 2002).

Os dados referentes ao número de consultas de pré-natal e tipo de parto no Brasil e seus estados foram retirados do Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos (SINASC), anos de 1997 a 2001. Existem dois tipos de formulários utilizados para coleta de dados pelo SINASC acerca da assistência pré-natal. Um formulário foi utilizado até o ano 2000, com a seguinte agregação de consultas: nenhuma consulta, uma a seis e sete ou mais consultas. O outro tipo de formulário, atual, contém uma maior desagregação de consultas (nenhuma, uma a três, quatro a seis e mais de sete). Como o uso do novo formulário está sendo incorporado aos municípios mais recentemente, para a exposição dos dados nacionais, foi considerada a agregação do formulário antigo. Para a pesquisa de Juiz de Fora, considerou-se o formulário mais novo.

Observando-se os dados do SINASC para o Brasil, no período de 1997 a 2001, verifica-se que a proporção de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, para o

período gestacional, aumentou de 41,6% para 45,6% no período. Deve-se destacar que esse indicador esconde importantes diferenças na distribuição regional e, mesmo nas regiões desenvolvidas, as proporções estão pouco acima de 50%. Em relação à proporção de recém-nascidos vivos cujas mães não realizaram nenhuma consulta pré-natal, apresentou redução importante no mesmo período, apesar de ainda se manterem em níveis elevados de nascidos vivos cujas mães não realizaram nenhuma consulta de pré-natal (BRASIL, 2004).

Em pesquisa realizada no país acerca do aleitamento materno nas capitais e Distrito Federal, 1999, foi verificado, na amostra estudada, que fração pequena de mulheres não fez o pré-natal (4%). Os níveis de assistência ao pré-natal foram elevados: 73% das entrevistadas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e 43% realizaram sete ou mais consultas, sendo que a diversidade regional evidencia-se nos extremos do país, com a região sul apresentando a maior proporção de mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal (63%) e a região norte a menor (36%). A mediana do número de consultas realizadas foi sete e a mediana do mês de gestação da primeira consulta foi dois.

Para Juiz de Fora, os dados do SINASC (JUIZ DE FORA, 2005) indicam que a cobertura de pré-natal no município é boa, em especial se comparada com dados nacionais já relatados. Em 2005, apenas 1% das parturientes não realizou nenhuma consulta, e 4% dessas mulheres fizeram até três consultas, totalizando este grupo, 5% do total. Realizaram de quatro a seis, e sete e mais consultas, respectivamente, 18% e 77% das gestantes captadas por tal sistema. Por estes resultados, constata-se que a cobertura de pré-natal no município é superior à média nacional e a da região Sudeste.

Apesar de um número expressivo de mulheres do município buscarem os serviços de pré-natal no período de 2000 a 2004 (Tabela 8) e 2005, para uma avaliação qualitativa do período gestacional, é importante considerar outros elementos não disponíveis neste Sistema de Informação, como a distribuição das consultas ao longo do período gestacional, o acesso a

exames básicos e medicamentos necessários neste período para tratamento das intercorrências, o preenchimento adequado do cartão da gestante, a orientação acerca da importância do aleitamento materno e seu manejo e outros. Sabe-se que bons indicadores da saúde materno-infantil, como, por exemplo, baixos índices de Baixo Peso ao Nascer, de Mortalidade Fetal, de Neonatal Precoce e de Mortalidade Materna dependem da frequência e, sobretudo, da qualidade do pré-natal e da assistência ao parto (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2001).

TABELA 8- Nascidos Vivos de mães residentes em Juiz de Fora, por quantidade de consultas de pré-natal – 2000/2004

CONSULTAS	ANOS									
	2000*		2001		2002		2003		2004	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	83	1,1	67	0,9	53	0,8	60	1,0	66	1,0
1 a 3	453	6,0	353	5,1	275	4,1	302	4,5	266	4,0
4 a 6	1.390	18,4	1.577	22,3	1.764	26,1	1.337	20,0	1.153	17,2
7 e mais	5.626	74,5	4.756	67,5	4.230	62,7	4.786	71,6	5.060	75,4
Ignorada	-	-	293	4,2	426	6,3	196	2,9	165	2,4
Total	7.552	100	7.047	100	6.748	100	6.681	100	6.710	100

* Valores aproximados, calculados a partir dos percentuais

Fonte: JUIZ DE FORA, 2004

Apesar da queda das taxas de fecundidade e natalidade e do aumento da cobertura do pré-natal em Juiz de Fora, assim como em todo o país, conforme relatado anteriormente, não houve melhora da qualidade do atendimento à gestante no pré-natal no município de Juiz de Fora, essencial para o estímulo ao Aleitamento Materno. Coutinho (2002), em pesquisa realizada em Juiz de Fora, revelou baixa adequação do processo da assistência pré-natal (1,1%) no município, apesar da alta cobertura da assistência à gestação local (99%). Ressalta-se, porém, que, na avaliação referida da adequação do pré-natal, não estava incluído na metodologia utilizada o exame das mamas com orientação ao aleitamento, procedimento este desejável para um pré-natal de qualidade.

Durante a gestação, a mulher encontra-se numa situação diferente da habitual, com suas dúvidas, insegurança e medo. Isso a torna mais sensível e suscetível às pressões de familiares, profissionais de saúde e amigos quanto à sua capacidade de amamentar. Nesse contexto, a mulher pode facilmente perder sua autoconfiança e auto-estima e estar mais propensa à alimentação artificial para seu filho (BUENO, TERUYA, 2004).

Já a futura mãe com auto-estima assegurada, e embasada em conhecimentos adquiridos acerca da importância do aleitamento para a sua saúde e de seu filho, é capaz de resistir a pressões contra esta prática. A decisão de amamentar raramente é feita antes do nascimento da criança (VASCONCELOS et al, 2006). Assim, o período da gestação constitui um momento importante para educação acerca do aleitamento materno, sua importância e seu manejo prático.

Assim, o senso comum sugere que deve ser importante falar com todas as mulheres grávidas sobre alimentação infantil e prepará-las para este aspecto da maternidade. Elas devem receber toda informação que precisam para tomar uma decisão esclarecida e consciente. No entanto, existem poucos estudos sobre a efetividade desse método. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e manejo do aleitamento materno é o passo número três dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (OMS, 2001), o qual é frequentemente difícil de ser implementado, particularmente nos países em desenvolvimento, onde as ações educativas dos pré-natais não são comuns.

Barnes et al (1977) observaram, em estudo realizado através de aplicação de questionário a 12.000 mulheres grávidas que, após análise univariada e regressão logística, os fatores relacionados à intenção de praticar o aleitamento materno - idade maior, primiparidade, maior nível educacional e não ser fumante – estavam associados, ao conhecimento em aleitamento durante a gravidez.

Labrada et al (1999) realizaram estudo retrospectivo em 236 mães de 17 consultórios de Santo Suárez, Cuba, entre janeiro de 1995 e junho de 1996, e verificaram que a maioria das mães abandonou o aleitamento materno exclusivo antes de a criança completar os quatro meses de idade (52,5%), apesar de terem recebido informação e assessoramento sobre aleitamento materno durante a gravidez e puerpério (100%) e aprenderem, antes da gravidez, que o aleitamento seria a melhor alimentação para a saúde de seu filho (54,3%). Isso provavelmente deveu-se às necessidades da vida moderna, que conduz a mulher a se reintegrar às atividades sociais precocemente, como trabalho e estudo, desvalorizando o aleitamento materno em favor da alimentação artificial, como método mais prático e compatível com suas atividades físicas diárias modernas, sem considerar os riscos deste último tipo de alimentação.

Um pequeno estudo quase-experimental, EUA, (WILES, 1984), avaliou o efeito de uma sessão educativa sobre aleitamento materno durante o pré-natal, oferecida a 20 mulheres primíparas dentre as 40 gestantes que estavam recebendo educação para o parto. O grupo intervenção (n=20) relatou uma frequência de aleitamento materno com um mês de idade significativamente mais alta (90%) que o grupo controle (30%), mostrando a eficácia das ações educativas (p=0,01).

Kistin *et al* (1990) pesquisaram os efeitos da educação pré-natal sobre os índices de amamentação entre mulheres negras de baixa renda que freqüentavam uma clínica de pré-natal dirigida por parteiras, nos EUA. Os grupos foram alocados randomicamente quanto à participação em sessões educacionais (sobre alimentação infantil com ênfase no aleitamento materno) em grupos ou individuais; o grupo controle não participou de sessões educativas. A proporção de mães que iniciou a amamentação foi significativamente maior em ambos os grupos de intervenção (45% e 50%) em relação ao grupo controle (22%). Entre as mães que, no pré-natal, planejavam amamentar, 13% daquelas que participaram das reuniões em grupo e

1% do grupo controle amamentou pelo menos 12 semanas ($p < 0,05$). Para avaliação da ocorrência do aleitamento materno no hospital após o nascimento, foi realizada análise multivariada, controlando a idade, intenção de amamentar durante o pré-natal, experiência prévia de amamentação, percepção de apoio para amamentar, educação, paridade e planos de trabalho. A chance de a mulher amamentar durante a internação hospitalar foi 4,26 vezes mais alta entre aquelas que receberam qualquer uma das intervenções em comparação ao grupo controle ($p < 0,05$).

Pesquisa nacional francesa, realizada em 12.179 recém-nascidos nos primeiros sete dias de vida, por Crost e Kaminski (1995), revelou que 52% dos recém-nascidos amamentavam no momento da alta hospitalar e o aleitamento foi mais comum nas mulheres que realizaram pré-natal, independente de serem estrangeiras ou francesas.

Um outro estudo quase-experimental feito em Santiago, Chile (PUGIN *et al*, 1996) avaliou o efeito do programa de promoção de aleitamento materno de um hospital, com e sem educação pré-natal específica. O grupo que recebeu orientação pré-natal extra alcançou uma taxa mais alta de aleitamento materno total com seis meses do que o grupo que não recebeu a orientação (80% versus 65% respectivamente; $p < 0,002$). Quando mulheres de paridades diferentes eram consideradas separadamente, as diferenças continuavam significativas apenas para as mulheres primíparas (94% versus 57%, $p < 0,005$).

A orientação pré-natal deve ser formulada de acordo com as características do grupo-alvo, conforme estudos de Fishman *et al* (1988), que descobriram que um programa de incentivo de amamentação na Califórnia era inadequado para um grupo de mulheres da Indochina. Discussões em grupos focais revelaram a falsa crença de que a fórmula infantil era melhor do que leite materno por uma série de motivos, alguns relativos ao equilíbrio dos humores na medicina asiática e outros relativos a preocupações em manter o peso e a energia após o parto. As mensagens do programa divulgando que “amamentar é saudável”, poupa

tempo, promove perda de peso e ajuda as mães a criar vínculos mais fortes com os filhos” eram baseadas na percepção americana e não estimulavam mulheres na Indochina.

Susin et al (1998) realizaram ensaio clínico, cuja intervenção constou de aplicação de educação em aleitamento materno a parturientes de um hospital de Porto Alegre, divididas em dois grupos, com e sem intervenção. Constataram que mães com mais de oito anos de escolaridade e que participaram da educação no pré-natal tiveram uma maior chance de obter um maior escore nos testes de conhecimento, com uma chance 8,2 vezes maior de amamentação ao final de sexto mês de vida da criança, conforme avaliado em acompanhamento domiciliar até esta idade.

Oliveira et al (2001) realizaram uma revisão de literatura acerca da efetividade das estratégias e procedimentos usados para aumentar a duração do aleitamento materno. Foram incluídas intervenções no pré-natal e no atendimento à criança. As intervenções mais efetivas foram as que combinaram informação assessora e suporte e aquelas que foram mais duradouras e intensas. As intervenções que não mostraram efetividade se caracterizaram por ausência de interação interpessoal, mensagens contraditórias ou intervenções infreqüentes.

Suárez e Cosme (2003) realizaram estudo de intervenção em Baraguá, Mella e Santiago - Cuba, com 12 mulheres grávidas, no ano de 2003, e concluíram que os conhecimentos e a prática do aleitamento materno em mulheres que se submeteram a uma educação sistemática, independente de idade, escolaridade e meio socioeconômico, influi favoravelmente para a prática do aleitamento materno. É citada uma prevalência de aleitamento materno exclusivo nas cidades de 86% até os quatro meses de idade.

Scott *et al* (1997) afirmam que a preferência paterna por aleitamento materno é o principal fator que influencia a mãe a amamentar, conclusão que é reforçada por estes autores em conjunto com outros pesquisadores (LI *et al*, 2004) em avaliação dos fatores associados ao início e duração do aleitamento materno em mães chinesas habitantes de Perth, Austrália.

Dye et al (1997) constataram em pesquisa realizada na região central de Nova York, em 33.735 mulheres que se tornaram mães, entre janeiro de 1995 e julho de 1996, acerca de suas intenções quanto à gravidez e seu planejamento para o aleitamento, que as mulheres que tinham gravidez indesejada estavam mais propensas a não amamentarem seus filhos e apontaram a importância e necessidade de se promover o aleitamento entre as mesmas, durante o pré-natal, aumentando assim as chances de amamentação.

Conforme relatam Ineichen *et al* (1997), em pesquisa realizada com 55 adolescentes grávidas ou puérperas, a resistência para o aleitamento é grande nesta população. É necessário um forte esforço para promover o aleitamento entre as futuras mães adolescentes. Lamouinier *et al* (2003), em pesquisa realizada com mães adolescentes, de 13 a 19 anos, de maternidade pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, revelaram que 85,4% realizaram acompanhamento pré-natal e 66,7% tinham conhecimento acerca dos benefícios da amamentação. E, apesar de a ocorrência do pré-natal ser uma das principais fontes de informação acerca de aleitamento para esta população (49,7%), a sua realização não mostrou associação significativa com amamentação para estas mães mineiras.

Kummer *et al* (2000) compararam duas coortes de crianças nascidas em 1987 e 1994, em hospital de Porto Alegre, quanto às prevalências de aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida e quanto às taxas de interrupção precoce da amamentação, considerada como a parada da amamentação antes dos quatro meses de idade da criança. Verificaram manutenção de baixas prevalências de aleitamento materno aos seis meses (48,5% e 48,2% respectivamente), assim como das altas taxas de desmame precoce (36% e 39% respectivamente) nos dois grupos. A análise multivariada mostrou que o risco para interrupção precoce do aleitamento materno nos dois grupos é semelhante, independente da renda per capita, escolaridade materna, estado civil, cor da mãe e assistência pré-natal. Isso pode ser explicado, pelo menos em parte, segundo os autores, pela ausência nesse período, de

políticas mais incisivas em relação ao estímulo do aleitamento materno no Município de Porto Alegre, e, em especial, no hospital de estudo. Após a realização deste estudo, foi formado um grupo multidisciplinar de incentivo ao aleitamento materno no referido hospital, e a atuação do grupo culminou com a concessão do título de Hospital Amigo da Criança, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e pelo Ministério da Saúde.

Caldeira e Goulart (2000), em pesquisa acerca da amamentação em Montes Claros, Minas Gerais, ano 1996, observaram a falta de associação entre o padrão de amamentação estudado e variáveis classicamente consideradas como facilitadoras da amamentação: incentivo ao aleitamento no pré-natal, permanência em alojamento conjunto e incentivo na maternidade. Levantaram duas hipóteses para justificar tal situação: presença de Banco de Leite Humano e de Hospital Amigo da Criança como prováveis homogeneizadores da população, ou atuação insatisfatória dos serviços maternos infantis.

Bicalho-Mancini, Velásquez-Meléndez (2004), em estudo retrospectivo realizado sobre os fatores de risco para o aleitamento materno exclusivo em 485 recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em Belo Horizonte, Minas Gerais, 1998 a 2000, antes e depois da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, observaram que, apesar de as taxas de aleitamento materno exclusivo no momento da alta aumentarem de 36% (antes da implantação) para 54,7% (após a implantação), esses números mostram ainda a necessidade de outras intervenções para aumentar a prática da amamentação entre essas crianças. Esta pesquisa mostrou associação significativa entre o número reduzido de consultas pré-natais (menos de seis consultas) e a ausência de aleitamento materno exclusivo por ocasião da alta hospitalar ($OR=2,21$).

Vasconcelos et al (2006), em pesquisa realizada em Recife, Pernambuco, com 852 mães de crianças menores de 24 meses, referem que a duração mediana do aleitamento

materno total foi significativamente mais prolongada entre as crianças cujas mães haviam freqüentado seis ou mais consultas de pré-natal (Teste de *Wilcoxon*: $W=14,54$; $p<0,001$).

Mascarenhas *et al* (2006) realizaram estudo de coorte prospectivo, envolvendo 940 recém-nascidos entre setembro de 2002 e maio de 2003, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, para determinar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e fatores determinantes nos primeiros três meses de vida. Após análise de regressão logística, não houve associação com significância estatística entre freqüência do pré-natal e a interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos três primeiros meses de vida neste estudo.

Sabe-se que, de uma maneira geral, a maioria das mulheres encontra-se mais vulnerável durante a gestação, estando mais exposta às opiniões e comentários de familiares e de conhecidos acerca da sua capacidade de amamentar e à aquisição de conceitos errôneos sobre o aleitamento. Assim, orientação materna durante o pré-natal é essencial para a prática do aleitamento materno ideal, como foi verificado pela maioria dos trabalhos apresentados, em concordância com as palavras de Pugin *et al* (1996)

[...] a educação pré-natal em grupos para desenvolver habilidades do aleitamento materno é um componente suplementar, significativo e importante do apoio à amamentação, principalmente para as mulheres que não possuem experiência de amamentação prévia (PUGIN *et al*, 1996, p. 15).

2.3.2.5 A assistência ao nascimento: rede pública e privada

A assistência ao nascimento em Juiz de Fora é prestada por estabelecimentos públicos, privados e público-privados. Consideram-se maternidades e hospitais públicos aqueles que atendem somente aos pacientes do Sistema Único de Saúde, incluindo-se aqui uma Casa de Parto. Já estabelecimentos de assistência privados são considerados aqueles que atendem aos pacientes particulares e provenientes da rede conveniada; e público-privados, os que prestam assistência aos pacientes dos sistemas tanto públicos quanto particulares e conveniados.

Os estabelecimentos de assistência ao parto, tanto hospitais como maternidades e casas de parto, são importantes condutores de ações maternas em relação à alimentação infantil. Orientações e condutas equivocadas sobre este assunto, freqüentemente praticadas em serviços de saúde, são consideradas importantes fatores para erosão do aleitamento materno (TOMA, MONTEIRO, 2001).

Análise comparativa das taxas de aleitamento materno em nove países da América Latina mostrou que, quanto maior a proporção de partos ocorridos em serviços de saúde bem equipados, menor a duração da amamentação (PEREZ-ESCAMILLA, 1993). Por isso, em 1989, a OMS e o UNICEF emitiram declaração conjunta para definir o que as maternidades deveriam fazer para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno: os dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Como estratégia para implementar os dez passos, desenvolveu-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Alguns estudos controlados mostram a eficiência deste tipo de intervenção e seu impacto positivo nas taxas de aleitamento materno e na redução dos gastos hospitalares (LUTHER, *et al*, 1997). Bicalho-Mancini e Velásquez-Meléndez (2004) realizaram pesquisa no berçário de alto risco da Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais, comparando as taxas de aleitamento materno antes de a instituição receber o título de Hospital Amigo da Criança e após recebê-lo. A taxa de aleitamento materno exclusivo na alta passou de 36%, no

período anterior, para 54,6% no período posterior à implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Os fatores de risco independentes, associados à ausência de aleitamento exclusivo foram: uso de dieta por sonda (OR=3,01), número de consultas pré-natais menor que seis (OR=2,21), uso de translactação (glossário) (OR=2,66), peso ao nascer menor que 2.500g (OR=2,64) internação em período anterior ao recebimento do título de Hospital Amigo da Criança pela maternidade (OR=2,75). Estes achados mostram que fatores biológicos e maternos, além da prestação de serviços orientada para a promoção do aleitamento materno, podem ser importantes para o sucesso do aleitamento materno em recém-nascidos com risco de sobrevivência.

Segundo Carvalho (1996), entre as ações de saúde materno-infantil a nível local, segundo as metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância, situa-se a existência de pelo menos um Hospital Amigo da Criança que cumpra os dez passos em prol do aleitamento materno no município. Isso é confirmado por Venâncio e colaboradores, em avaliação da situação do aleitamento materno em 84 municípios do Estado de São Paulo (2002), quando verificaram que a ausência de Hospital Amigo da Criança no município constitui fator de risco para a ocorrência do aleitamento materno exclusivo.

O Brasil conta, em 2006, com 335 Hospitais Amigos da Criança, sendo 72 no Sudeste (UNICEF, 2006). Juiz de Fora, até o momento, não contém nenhum estabelecimento com este título, mas tem um hospital, Santa Casa de Misericórdia, como candidato ao título de Hospital Amigo da Criança, estando o mesmo em avaliação.

Atualmente existem outros programas do Ministério de Saúde também importantes para a promoção, proteção e incentivo à amamentação nas instituições de atendimento ao binômio mãe-filho como a “Maternidade Segura” e o “Método Mãe Canguru”.

2.3.2.6 Tipo de parto

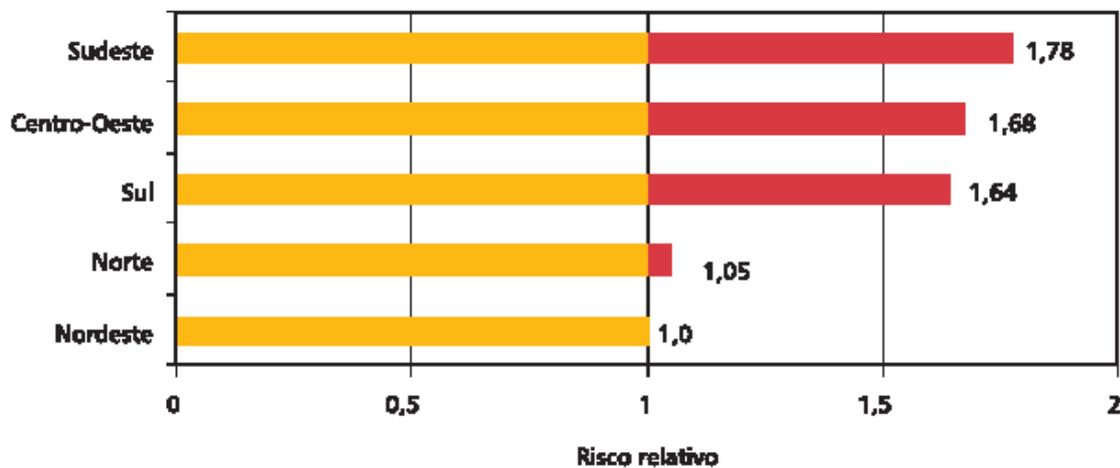
Os índices de parto cesareano têm crescido na Europa, onde tradicionalmente sempre foram baixos. Entretanto, apesar da preocupação nos países europeus com esse aumento, tais valores estão em torno de 20%. Na Inglaterra, o índice de parto cirúrgico era de 4% em 1970; em 1999, ultrapassou o máximo recomendado pela OMS e, em 2002, alcançou 22%, de acordo com o Departamento Nacional de Estatísticas. No sistema público inglês, são as parteiras que assistem aos partos normais nos hospitais, sem a presença do médico obstetra ou pediatra. Estes profissionais só são chamados quando há indicação médica para os partos ou há necessidade de fórceps. Na Holanda, os índices de cesáreas ocorrem em 8% a 10% dos nascimentos e parteiras e médicos assistem aos partos na mesma proporção. A taxa de partos feitos em casa é de 35% (KANAREK; *apud* SINASC, 2003). Em 2003, os EUA registraram recorde de 27,6% de cesariana, sendo esta 6% maior que em 2002, tendo havido indicação primária em 19,1% dos casos (INTERNATIONAL CESAREAN AWARENESS NETWORK, 2005). No Canadá, o aumento foi semelhante. Neste país, na década de 70, a taxa de cesariana era de 6%.

No Brasil, em 1997, segundo dados do SINASC (2003), os partos cesarianos equivaliam a 39,9% do total de partos, com forte associação ao nível de instrução da mulher, aumentando progressivamente com o número de anos de estudo, e é interessante notar que, nesta pesquisa (PNDS, 1997), entre os nascidos vivos cujo parto foi feito através de cesariana, somente 10% tiveram um parto prolongado, podendo indicar um grande número de cesarianas programadas com antecedência e provavelmente desnecessárias.

Em 2001, do total de 3.106.525 nascidos vivos declarados no Brasil, 38,1% nasceram por parto cesário. A região Sudeste registrou a maior proporção de partos cesarios do país - 46,9% - seguida da região Centro-Oeste e Sul - com os estados do Rio de Janeiro e São Paulo atingindo aproximadamente 50%. A chance de nascer uma criança de parto cesárea na região

Sudeste em 2001 era 1,78 vez maior que na região Nordeste (Figura 10). Estes resultados são três vezes o valor da taxa máxima de ocorrência de cesarianas tolerada pela OMS (BRASIL, 2004).

FIGURA 10 – Excesso relativo da chance de um nascimento por parto cesáreo nas regiões brasileiras em comparação à região Nordeste, 2001



Fonte: BRASIL.MS.Saúde Brasil 2004.Uma análise da situação de saúde.Brasília:MS,2004,p79.

O reconhecimento dos benefícios do aleitamento materno tem levado à busca das causas de seu insucesso freqüente e interrupção precoce. A eficiência de medidas de intervenção para promover o aleitamento depende, principalmente, da identificação de mães com risco aumentado de não iniciar ou interromper precocemente a lactação. Esse risco tem sido associado, entre outros fatores, com o tipo de parto, particularmente com cesarianas (SAMUELS *et al*, 1985).

Estudos em animais indicam que vários tipos de estresse podem deprimir a lactação, mas há poucas informações nos seres humanos. Estudos experimentais em mulheres em lactação mostraram que situações de estresse físico e mental podem impedir o reflexo de

ejeção do leite materno através da redução da descida da ocitocina durante a amamentação. Se isso ocorrer repetidamente, poderá reduzir a produção de leite materno. Estudos prospectivos observacionais indicam que tanto o estresse fetal quanto materno durante o trabalho de parto e o parto, como em cesarianas de urgência e partos prolongados, estão associados a retardo no início da lactação (DEWEY, 2001; WAMBACH *et al*, 2005).

A pesquisa nacional acerca da prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal (1999) revelou que a ocorrência de parto domiciliar foi inexpressiva para o Brasil e regiões. Referente ao parto cesáreo, manteve-se o padrão observado em 1996 pelo PNDS, com proporções menores de mulheres submetidas a parto cirúrgico no norte e nordeste; contudo, entre os dois estudos, os valores aumentaram de 20% para 30%, e de 25% para 35%, nos dois locais, respectivamente. Essas diferenças são esperadas em função do conhecimento atual sobre o tema, configurando uma associação positiva entre estas taxas e os indicadores econômicos (WAGNER, 2000).

Confirma-se assim que o índice de cesariana no Brasil é um dos mais altos do mundo. Altos índices de partos operatórios indicam que muitos destes procedimentos são desnecessários, bem como são considerados determinantes para o aumento da morbimortalidade materna e perinatal (VICTORA, 2001; MCA, 2004). Pesquisa feita por Tanaka e Mitsuiki (1999) mostrou que, para os 15 municípios brasileiros estudados, a razão de mortalidade materna por cesariana foi 3,7 vezes maior do que no parto normal. Apesar de a maior razão de mortes maternas por cesárea poder ser decorrente de piores condições de saúde das mulheres que são submetidas a tais procedimentos, dificultando assim que se relacionem estes óbitos exclusivamente a cesarianas, hoje é quase consenso que o risco de complicações e mortes por esta via é, se realizado em condições equivalentes, maior que do parto normal (TANAKA, 2001; MCA, 2004). Wagner (2000) refere que as altas taxas de cesariana revelam uma desumanização do parto.

Ceccatti *et al* referem que:

A falsa associação de causa-efeito entre o aumento da taxa de cesárea e a diminuição da mortalidade perinatal foi responsável por um respaldo pseudocientífico para o aumento indiscriminado da prática de cesarianas em todo o mundo ocidental e, particularmente, no Brasil (CECATTI *et al*; apud REDESAUDE, 2001, p. 37).

Cabe salientar que a OMS considera como aceitável taxa máxima de parto cesariana de 15%, sendo o padrão reconhecido como normal de 90% dos partos por via vaginal (BRASIL, 1997; BRASIL, 2004), lembrando que os partos por cesariana são justificáveis nos casos em que há risco de vida para a mãe, para o feto ou para os dois. Sabe-se que, quando indicada por razões não médicas, a cesariana aumenta a morbimortalidade materna e infantil, se comparada com o parto vaginal. Estudos internacionais mostram um risco de morte materna cinco a sete vezes maior no parto operatório eletivo quando comparado ao parto vaginal, ou seja, sem indicação médica e, quanto ao recém-nascido, em mesma situação, um risco cinco vezes maior de ser admitido em cuidados intensivos ou semi-intensivos (MCA, 2004).

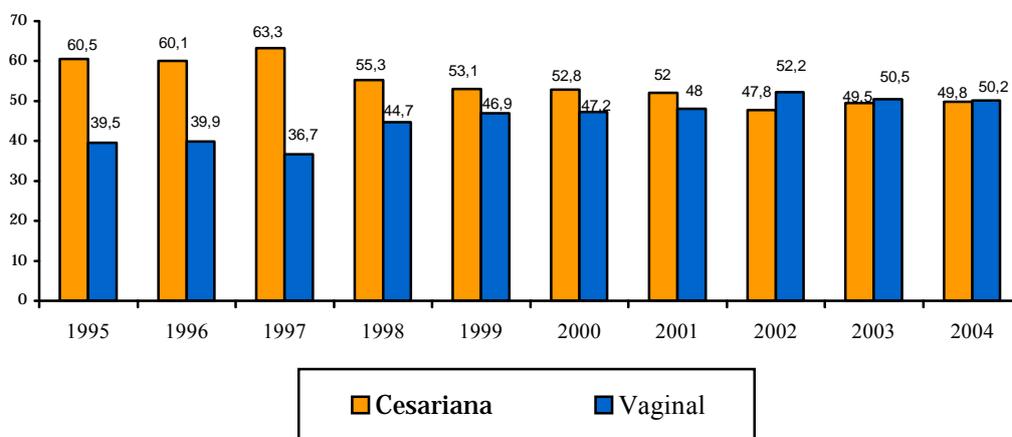
A questão da indicação de cesariana é complexa, pois níveis muito baixos de indicação podem revelar que parturientes com indicação de cesariana não foram submetidas a elas e que seus recém-nascidos foram expostos a risco de traumatismo obstétrico, hipóxia e anóxia cerebral, podendo aumentar a mortalidade materno e infantil. Em contrapartida, altos índices de cesariana colocam em dúvida sua correta indicação (VICTORA, 2001).

Em 2005, o percentual médio de cesariana em Juiz de Fora foi de 51,6% (n=3454). (SINASC, 2005). A proporção de partos operatórios, no entanto, é bem superior se consideradas apenas aquelas instituições que não têm convênio com o SUS, atingindo, nesse caso, 94,02%, o que é compatível com diversos estudos nacionais que têm demonstrado uma

associação positiva entre o uso da cesárea, a escolaridade e situação socioeconômica da gestante (BRASIL, 2004). Esta realidade sugere que razões não médicas têm sido determinantes na decisão pela via do parto. Na última década, houve pequena oscilação deste índice no município, apresentando pequena tendência à queda a partir de 1998, e passando a aumentar a partir de 2003 (Figura 11).

A redução das taxas de cesariana em Juiz de Fora foi reflexo de algumas portarias decretadas pelo Ministério da Saúde, que estabelecem limites de partos cirúrgicos realizados pelo SUS, como a de nº 2.816 de 29/05/1998, a de nº 865 de 03/06/1999 e a de nº 466 de 14/06/2000. Preocupado com os altos índices de cesariana no país, o Ministério da Saúde decretou ainda outras portarias, com o intuito de provocar algumas mudanças no modelo de assistência ao parto hegemônico do país, como a de nº 144 (20/11/97), que inclui a laqueadura tubária e vasectomia na tabela do SIH/SUS, a de nº 2.815 (29/05/1998), que insere também nesta tabela o parto normal realizado pela enfermeira obstetra e a de nº 985 (05/08/1999), que incentiva a criação de Centros de Parto Normal (JUIZ DE FORA, 2004).

FIGURA 11- Distribuição proporcional dos nascimentos por tipo de parto , no período de 1995 a 2004, Juiz de Fora, M.G.



Fonte: JUIZ DE FORA. Gerencia de Promoção de Vida. DE. Relatório SINASC 2004. Juiz de Fora, 2005, p6

Mas tais portarias, como podemos constatar em Juiz de Fora, têm se mostrado limitadas e insuficientes para dar conta da complexidade do fenômeno da “epidemia de cesáreas” no Brasil e têm sofrido muitas críticas por parte de diretores e responsáveis pelos serviços de obstetrícia dos hospitais (CEBRAPE, 2001).

No município de Juiz de Fora, como no restante do país, as taxas de parto cirúrgico são menores em mulheres de menor grau de instrução do que naquelas que têm maior escolaridade, revelando uma relação diretamente proporcional entre o nível de instrução das parturientes e o percentual de parto operatório. Tal relação reitera a discussão de que indicações não clínicas têm influenciado na escolha do tipo de parto, “tendo o operatório se tornado no país um bem de consumo, estreitamente vinculado ao poder aquisitivo e de consumo da população” (BRASIL, 1997; 2004). No ano de 2005, a exemplo dos outros anos, as taxas de partos cirúrgicos em Juiz de Fora variaram de 15,8%, entre as mulheres analfabetas, a 81%, entre aquelas com 12 anos e mais de estudo (JUIZ DE FORA, 2005).

Destaca-se ainda que, em Juiz de Fora, também entre as primíparas, a cesariana é procedimento altamente utilizado, atingindo praticamente 50% destas mulheres em 2002 e 51,7% em 2003 (JUIZ DE FORA, 2003; JUIZ DE FORA, 2004). Este dado é preocupante, uma vez que ainda é freqüente o discurso, entre muitos profissionais na área da saúde, de que “uma vez cesárea sempre cesárea”, influenciando assim, de forma determinante, nos tipos de parto subseqüentes dessas mulheres. Ressalta-se que:

[...] a tentativa de se conseguir um parto vaginal após uma cesárea prévia parece ser uma boa alternativa bastante adotada pelos países desenvolvidos em suas políticas de contenção dos índices de partos operatórios. É provável, contudo, que esta alternativa só consiga se difundir mais genericamente no país na medida em que intervenções sejam firmemente dirigidas no sentido de controlar, de maneira séria e tecnicamente correta, a realização da cesariana sem justificativa médica (MS, FEBRASGO, ABENFO, 2001; apud SINASC, 2003, p.8).

O parto vaginal pós-cesariana (“vaginal birth after cesarean - VBAC”) tem aumentado bastante nos Estados Unidos e Canadá, a exemplo do que sempre ocorreu na Europa, fazendo parte da atual rotina obstétrica destes países (MS, 2001; MCA, 2004).

O impacto do parto cesariana no aleitamento materno tem sido estudado extensivamente. Entretanto, os resultados são conflitantes. Alguns autores sugerem uma associação reversa entre estas duas variáveis (TAMMINEM *et al*, 1983; SAMUELS *et al*, 1985; PEREZ-ESCAMILLA *et al*, 1996; LEUNG, 2002), mas outros não conseguiram estabelecer esta ligação (KEARNEY *et al*, 1990; SCOTT, BINSS, 1999).

Muitos estudos não distinguem entre início ou duração de aleitamento. Trabalhos anteriores enfatizaram a importância desta distinção para maior compreensão dos conceitos e melhor preditor das possibilidades (SCOTT, BINSS, 1999), pois os fatores associados com a decisão de amamentar podem não ser necessariamente os mesmos que afetam a duração da amamentação. Também há evidências que sugerem que os benefícios da amamentação estão ligados ao tempo de sua duração (AAP, 1997). Não se sabe, pela literatura atual, se a ligação potencial entre o aleitamento e a cesárea se estenderia ao parto com fórceps, o que poderia interessar à Saúde Pública, por ser o uso de fórceps uma alternativa para reduzir as taxas de cesariana (LEUNG, 2002).

Sena et al (2002), em trabalho acerca da prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, realizado em 1994, revelaram que, em 812 mães pesquisadas, a taxa de cesariana foi de 33,9%, sendo esta mais freqüente nas regiões mais desenvolvidas da cidade (50,5%). Em inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Sartorelli e colaboradores (2000) revelaram que os partos cesarianos representaram 65,8% dos nascimentos da amostra estudada e que as crianças nascidas desta maneira apresentaram maior risco de desmame (OR 1,53; IC95%; 1,12-2,09), mesmo após controle dos fatores de confusão como escolaridade materna, peso ao nascer, idade

gestacional, início do aleitamento materno ao nascimento (OR 1,51; 1,09-2,09). A duração mediana do aleitamento materno, segundo o tipo de parto, foi maior para o parto normal ou fórceps (227,38 dias; IC95%:195, 19-271, 16 dias) em relação ao parto cesareano (192,84; IC95%:128, 23-273, 34 dias). Já os estudos de Vasconcelos et al (2006) revelaram que a duração do aleitamento materno total, na população de 852 mães de crianças até 24 meses na cidade de Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, não foi influenciado significativamente pelo tipo de parto - teste de Wilcoxon ($W=0,00$; $p=0,99$).

Widerpass e colaboradores (1998), em estudo longitudinal acerca da incidência e duração do aleitamento materno conforme o tipo de parto, em Pelotas, Rio Grande do Sul, realizado no ano de 1993, revelaram que os partos cesarianos representaram 28% do total de nascimentos e, destes, a maioria, 20%, foi de caráter emergencial (Glossário). Os resultados mostraram que não houve diferenças nas incidências de amamentação conforme o tipo de parto, cesariana ou normal. A prevalência de crianças com amamentação predominante aos 30 e 90 dias de vida também não diferiu conforme o tipo de parto, sendo preocupantemente baixa em todos os grupos, se comparada com o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (GIUGLIANI, 1994). O autor refere que o fato de a incidência e duração da lactação terem sido similares entre os nascidos por partos vaginais e cesarianas emergenciais não deve ser razão de aceitação das elevadas taxas de cesarianas no Brasil. Na análise da prevalência de amamentação, foi observado que as crianças nascidas por cesariana eletiva (Glossário) apresentaram três vezes mais chances de haverem interrompido completamente a lactação aos 30 dias de vida (OR3,1; IC 95%: 1,3-7,2) em relação à cesariana de urgência (Glossário) e parto vaginal. Este achado evidenciou-se apenas na análise multivariada, quando controlados os fatores de confusão.

Em outro trabalho, Victora *et al* (1997) observaram que o tipo de parto poderia modificar a associação entre o uso de chupeta e a duração do aleitamento materno. Estes autores

mostraram que o uso de chupeta só esteve associado com a duração do aleitamento materno entre as mulheres brancas e que esta associação foi muito mais forte entre as mulheres submetidas a cesariana (*Hazard Ratios*=9,1) quando comparadas com as mulheres que tiveram partos por via vaginal (*Hazard Ratios* =3,1). Este estudo também mostrou uma associação mais intensa entre o uso de chupeta e desmame precoce (definido aqui como a interrupção do aleitamento materno antes dos seis meses de idade) nas crianças nascidas de parto cesariano, mas sem significância estatística. Soares e colaboradores (2003), em estudo de coorte longitudinal, realizado com 250 crianças nascidas em um Hospital Amigo da Criança de Porto Alegre, também verificaram esta associação, mas sem significância estatística ($p=0,166$). Já Caldeira e Goulart (2000), em estudo acerca da situação do aleitamento em Montes Claros, MG, verificaram não haver associação entre o desmame precoce (aqui definido como interrupção do aleitamento materno antes de quatro meses) e o tipo de parto ($p=0,32$).

Crost e Kaminski (1998), em enquete perinatal francesa, relata que este país possui um dos mais baixos índices em aleitamento materno entre os países ocidentais, e que, nesta pesquisa realizada em 12.179 recém-nascidos no momento da alta hospitalar, foi verificado que, entre as mulheres estrangeiras, os mais baixos índices de amamentação ocorreram entre as mulheres solteiras, em partos por indução, cesarianas e em hospitais privados.

Em 1999, Audi *et al.* realizaram estudo transversal em Dia Nacional de Vacinação, sobre alimentação infantil, em Itapira, São Paulo, e verificaram a frequência de 51,3% de partos cirúrgicos, sendo que a ocorrência deste tipo de parto constituiu fator associado à interrupção de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida nesta população (OR: 1,78; IC95%:1,09-2,91).

A comparação dos estudos que relataram um risco aumentado de problemas na lactação entre mães submetidas a cesarianas com os que não mostraram estes resultados é dificultada

pelas diferentes metodologias empregadas, por vezes inadequadas, ou insuficientemente descritas. Os principais problemas detectados por Weiderpass (1998) foram: falta de controle de fatores de confusão, imprecisão de indicadores utilizados, tamanho de amostra insuficiente para detectar a associação, altas proporções de perdas, populações em estudo submetidas a programas específicos para promoção do aleitamento materno, resultados insuficientemente descritos e limitação de amostras a um único hospital ou clínica. Se a amamentação ótima (exclusiva até seis meses e complementada até o final do segundo ano de vida) for dificultada pelas cesarianas, este tipo de parto pode ter conseqüências negativas sobre a saúde e sobrevivência infantis (GIUGLIANI, 1994).

2.3.2.7 Baixo peso ao nascimento. Método Mãe Canguru.

O peso ao nascer já marca uma diferença, no início da vida, entre crianças nascidas em países desenvolvidos e aquelas nascidas em países não desenvolvidos, havendo uma relação direta entre a Taxa de Mortalidade em Menores de cinco anos e a percentagem de crianças com Baixo Peso ao Nascimento (MONTEIRO, 1992).

O Baixo Peso ao Nascer é um dos mais importantes, senão o maior problema de saúde pública em crianças de todo o mundo, contribuindo substancialmente para a morbimortalidade infantil e suas repercussões no desenvolvimento neurológico e intelectual da criança (PANETH, 1995). O peso ao nascer é também o indicador que melhor retrata o que ocorre durante a fase fetal.

Em sentido amplo, segundo definição da OMS, Recém-Nascido de Baixo Peso é aquele que apresenta, ao nascer, peso menor que 2.500g (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2002), podendo ser decorrente de prematuridade e/ou déficit de crescimento intra-uterino. Assim, recém-nascidos com menos de 2.500g são classificados genericamente como Baixo Peso ao Nascer, não sendo levada em conta a idade gestacional, incluindo nesse conceito tanto

prematturos quanto recém-nascidos de termo com retardo de crescimento intra-uterino. Vários fatores podem influir negativamente no crescimento intra-uterino, sendo que, no nosso meio, os mais importantes são: o fumo, o álcool e outras drogas, a hipertensão arterial, as doenças infecciosas crônicas, as doenças sexualmente transmissíveis, o estado nutricional da gestante, o curto intervalo interpartal (menor que dois anos), a elevada paridade, a idade materna (menor que 19 e maior que 35 anos), a gestação múltipla e as anomalias congênitas. Por esta razão, são chamados fatores de risco para baixo peso ao nascer, sendo que muitos desses fatores têm causas socioeconômicas e podem ser prevenidos com uma boa cobertura por parte dos serviços de saúde e controle do pré-natal (BITTAR, ZUGAIB, 2002).

As crianças de baixo peso não constituem, portanto, um grupo homogêneo, pois estão incluídas aquelas que nasceram prematuras e as que nasceram desnutridas - baixo peso para a idade gestacional e retardo de crescimento intra-uterino (RCIU) e, ainda, um terceiro tipo de crianças, que constitui uma combinação dos dois grupos anteriores, ou seja, RCIU e prematuridade (ALVES FILHO, CORREA, 1995). Os recém-nascidos de baixo peso podem ser apenas recém-nascidos prematturos, assim classificados porque não completaram seu tempo normal de gestação, e, portanto, de seu crescimento intra-uterino, podendo ser chamados de recém-nascidos com peso Adequado para a Idade Gestacional (AIG), se seu peso estiver dentro dos percentis dez e 90 para sua idade gestacional, ou Pequeno para Idade Gestacional, se estiver abaixo, ou Grande para Idade Gestacional se acima dos referidos percentis. No entanto, podem também ser crianças a termo (maior ou igual 37 semanas, segundo a OMS) (SBP, 1990), que não tiveram um bom crescimento no útero, ou seja, apresentando um retardo de crescimento, sendo chamados de Pequenos para Idade a Gestacional (PIG).

Crianças pequenas para a idade gestacional, pré-termos ou nascidas a termo tendem a permanecer pequenas para a idade ou mesmo desnutridas, requerendo atenção especial dos serviços de atenção à criança.

O principal determinante do Baixo Peso ao Nascer é o nascimento pré-termo, sendo fator responsável mais importante para a alta taxa de mortalidade infantil (Glossário) (PANETH, 1995), em especial seu componente neonatal. Segundo Victora *et al.* (1989), a mortalidade em crianças prematuras é 2,5 vezes superior à de criança com baixo peso para a idade gestacional, sugerindo que a prematuridade representa risco maior de não sobrevivência do que a desnutrição intra-uterina. Sabe-se, entretanto, que a prevalência dos componentes para o baixo peso é variável de país para país e de região para região, mas que existe uma tendência ao aumento do Retardo de Crescimento Intra-uterino com o aumento do Baixo Peso ao Nascimento. Em países não desenvolvidos existe uma maior proporção de crianças com Baixo Peso ao Nascimento (VICTORA *et al.*; apud UCHIMURA, 2001).

A mortalidade infantil representa problema de saúde pública prioritário para o Governo brasileiro, sendo importante indicador das condições de saúde, ambientais e também de nível socioeconômico de uma população. Vários estudos apontam a redução da mortalidade infantil desde as primeiras décadas do século XX, principalmente por causa da melhoria do saneamento básico, da assistência pré-natal, da cobertura da vacinação, da terapia de hidratação oral e do aleitamento materno. Esta redução deveu-se principalmente ao componente pós-neonatal da mortalidade infantil (crianças de 28 dias a um ano de idade), enquanto ocorreu um aumento do componente neonatal precoce (crianças de até sete dias de vida). A mortalidade por causas perinatais representa atualmente o principal contingente das mortes no primeiro ano de vida, sendo que seus fatores estão intimamente ligados às condições maternas, assim como à qualidade de assistência prestada durante o período pré-natal, parto e nascimento (BRASIL, 2004).

As taxas de mortalidade infantis foram, em 2001, para o Brasil, de 27,4/ 1.000, para o Sudeste de 18,2/1.000, para Minas Gerais, 21,4/1.000, e, para Juiz de Fora, foi de 24,7/ 1.000 nascidos vivos. Em 2002, em Juiz de Fora, a Taxa de Mortalidade Infantil foi de 20,1/1.000 nascidos vivos, sendo que 14,2/1.000 corresponderam à Mortalidade Neonatal e, desta, 9,3 à Mortalidade Neonatal Precoce. Em 2003, a Taxa de Mortalidade Infantil brasileira foi de 24,11/1.000 (DATASUS/IDB, 2005). Em 2004, a Taxa de Mortalidade Infantil de Juiz de Fora foi de 21/1.000 nascidos vivos (componente neonatal de 15,5/ 1.000 e pós-neonatal de 5,5/1.000) caindo para 16,7/1.000 nascidos vivos em 2005 (neonatal de 12,8/1.000 nascidos vivos), sendo aqui considerada como baixa (menor que 20/1.000) (JUIZ DE FORA, 2006).

O peso ao nascer é um excelente indicador do estado de saúde de uma população, sendo considerado pela OMS o mais importante determinante isolado das chances de sobrevivência da criança, uma vez que, quanto menor o peso de nascimento, maior é a probabilidade de morte precoce, além de ser um indicador do estado nutricional nos primeiros anos de vida. Compete ao pré-natal minimizar os riscos de incidência deste evento; e à puericultura, dar atendimento especial a essa criança de forma a recuperá-la, colocando-a em condições de igualdade com crianças nascidas de peso adequado e a termo (UCHIMURA *et al*, 2003). Inclui-se entre as ações de saúde para a recuperação nutricional e imunológica do recém-nascido pré-termo, diante do hiato imunológico e déficit pondero- estatural a que está sujeito, a utilização do aleitamento materno, em especial o leite de sua própria mãe, mais rico em nutrientes e elementos de defesa que o leite da mãe de recém- nascido a termo ou de outra mãe (MARTINEZ, CAMELO JUNIOR, 2001; NASCIMENTO, ISSLER, 2004). Estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, evidenciou que crianças com peso inferior a 2.500g estavam expostas a um risco 12 vezes maior de morrer no primeiro ano de vida (MENEZES e colaboradores, 1996) do que criança com peso adequado, e cinco vezes maior de apresentarem déficit ponderal no quinto ano de vida (BRASIL, 1997; *apud* BRASIL, 2002).

Crianças pré-termo teriam duas vezes mais risco de óbito no primeiro ano de vida que crianças com retardo de crescimento intra-uterino.

Proporções elevadas de Recém-Nato de Baixo Peso estão, em geral, associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência infantil. O Brasil apresenta variações regionais importantes como reflexo da distribuição desigual de renda e educação materna. Nos países desenvolvidos, são encontrados valores em torno de 5% a 6%, e convenções internacionais estabelecem que esta proporção não deve ultrapassar os 10% sendo que a mesma constitui um dos indicadores das Ações Pactuadas no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A associação entre a Taxa de Mortalidade Infantil e Baixo Peso ao Nascimento se observa em todo o mundo (PANETH, 1995). Nos países industrializados, esses percentuais são mais reduzidos, se comparados aos países em desenvolvimento, devido à situação socioeconômica e ambiental que influencia a condição de saúde da população e, conseqüentemente, o nascimento. Em nosso meio, segundo dados do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), de 63% dos óbitos ocorridos em crianças menores de sete dias, no ano de 1997, com peso declarado no atestado de óbito, 71% tinham peso menor que 2.500g. Nos óbitos de crianças menores de um ano, nesse mesmo ano, o peso só foi declarado em 47,18%; desta percentagem (de óbitos com peso declarado), o baixo peso ao nascer esteve presente em 63% dos óbitos infantis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A prevalência de Baixo Peso ao Nascer, no Brasil, veio diminuindo na última década - em 1989, pela PNSN, 10,1%; em 1996, pelo PNDS, 8,1%; em 2000, 7,7% e, a seguir, tornou a se elevar para 7,95%, em 2001, 8,13% em 2002 e 8,27% em 2003 (DATASUS, 2005), evidenciando ainda estar bastante elevada quando comparada aos índices de países desenvolvidos como Espanha, Finlândia, Irlanda e Noruega (4%) (UNICEF, 1998). A região Sudeste foi a que apresentou maior percentual de crianças com baixo peso nesse período:

8,5% para 2000 e 9,27% em 2003, seguida pela região Sul (7,7% em 1996; 8,1% em 2000 e 8,86% em 2003). Assim, nas regiões Sul e Sudeste, foram observadas as maiores proporções de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, o que é indicador da qualidade da assistência à saúde da mulher, pois seus fatores causais são passíveis de controle na presença da atenção adequada à mulher em idade fértil. Entretanto, acredita-se que estes resultados, em vez de indicar menor qualidade de pré-natal, reflitam melhor qualidade das informações nessas regiões em comparação com as demais, pelo melhor funcionamento do SINASC nestes dois estados. Isso foi confirmado pela razão entre os nascidos vivos notificados pelo SINASC e os estimados pelo IBGE (BRASIL, 2004).

Deve ser lembrado que os valores referidos para o Brasil estão provavelmente subestimados: os de 1989, por só haver registro do nascimento das crianças sobreviventes e os de 1996, pelo alto índice de desconhecimento do peso de nascimento em algumas regiões do país (ex: zona rural 26%; nordeste 21%; norte 15%).

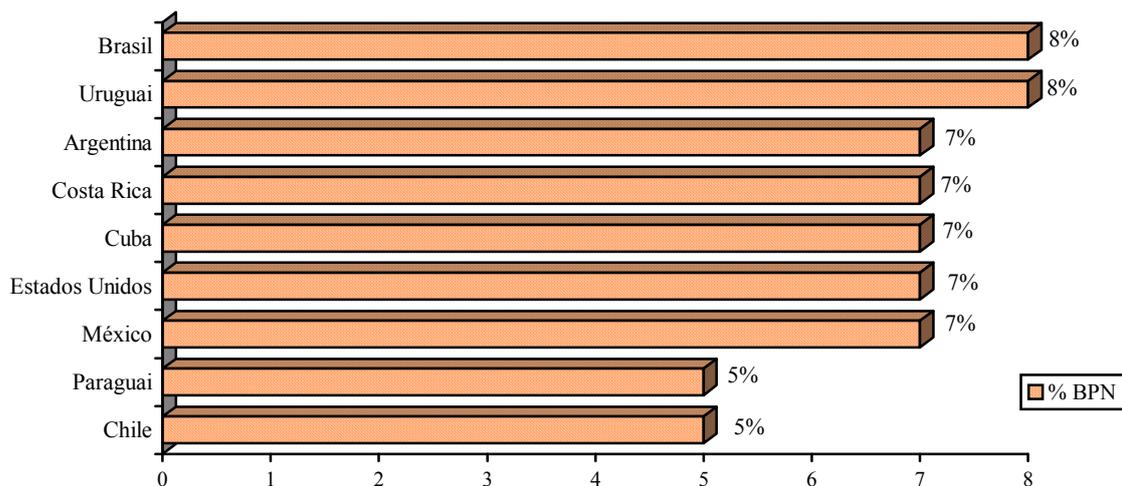
Assim como a desnutrição, o Baixo Peso ao Nascimento está associado com o grau de escolaridade da mãe e a renda familiar. Quando a mãe tem oito anos de escolaridade ou a renda familiar é superior a dez salários mínimos, a prevalência de Baixo Peso ao Nascimento é semelhante a muitos países desenvolvidos (HORTA *et al*, 1996; BRASIL, 2002).

É possível que a manutenção das altas taxas de baixo peso de nascimento, mesmo nas regiões mais desenvolvidas do país, não mais tenham como determinante principal a desnutrição materna. Outros fatores de risco, como tabagismo, gravidez na adolescência e encurtamento do intervalo interpartal, associado às altas taxas de cesariana, podem ter contribuído para este quadro (MONTEIRO, 1997; *apud* BRASIL, 2002).

Cabe destacar a maior prática de cesariana nas regiões mais desenvolvidas do país, Sudeste e Sul, além da região Centro-Oeste, justamente os locais relatados como de maior frequência de baixo peso ao nascer (BRASIL, 2004), enfatizando a possibilidade de ser o

baixo peso ao nascer um problema relacionado à indicação de cesariana, indução de parto ou infecções que desencadeassem o trabalho de parto (HORTA *et al*, 1996).

FIGURA 12 - Percentual de Baixo Peso ao Nascer (2500g) em alguns países das Américas, 2000



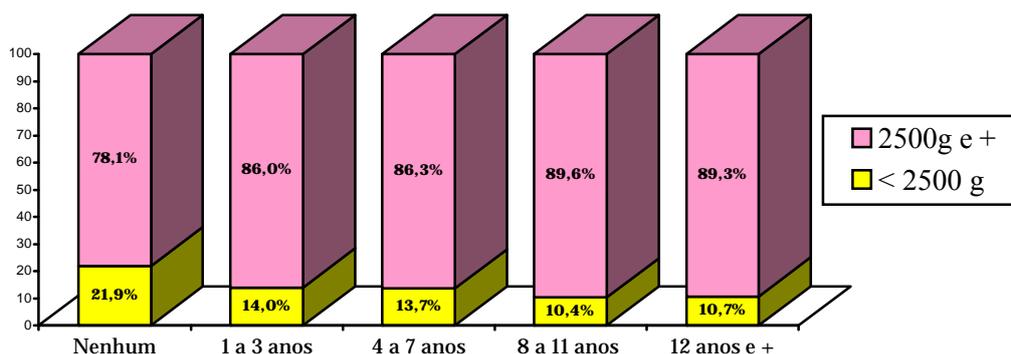
Fonte: FESCINA, 2000 in BRASIL.MS.SPS.ATS.FEBRASGO.ABENFO. Parto, aborto e pPuerpério. Assistência humanizada à mulher. Brasília:MS, 2001, p34.

Em Juiz de Fora, os percentuais de Baixo Peso ao Nascimento vêm se mantendo altos nos últimos anos, se comparados aos índices disponíveis para o Brasil e outros países da América Latina (Figura 12). Em 2001, o índice de Baixo Peso ao Nascimento observado foi de 11,7%, sendo 49,8% de pré-termo e 50,2% de pequeno para idade gestacional. O índice nacional estimado para este ano foi de 8,5%. Em 2002, este índice em Juiz de Fora foi de 11,6%; se excluídos os gemelares, o índice cai para 10,3% (pré-termo, 51,7% e PIG, 48,3%); em 2003, foi de 12,7%; em 2004, 12,2% e em 2005 de 11,7%.

Nos países desenvolvidos, existe uma relação direta entre a duração da gestação e o Baixo Peso ao Nascimento, enquanto que, em geral, nos subdesenvolvidos, tal relação se comporta de forma distinta, encontrando-se entre estes um número expressivo de crianças a termo. Em Juiz de Fora, na última década, o índice de crianças pequenas para idade

gestacional se manteve quase inalterado, apresentando em todos os anos valores próximos a 50% (JUIZ DE FORA, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005).

FIGURA 13 – Distribuição dos percentuais de peso ao nascer por anos de estudo das parturientes, 2004, Juiz de Fora, M.G.



Fonte: Fonte: JUIZ DE FORA.Gerencia de Promoção de Vida.DE.Relatório SINASC 2004.Juiz de

Ainda quanto ao Baixo Peso ao Nascimento, ressalta-se que, em Juiz de Fora, há variações importantes deste indicador se relacionado ao número de anos de estudo das parturientes. Em 2004, por exemplo, este variou de 21,9% nos filhos de mães sem nenhuma escolaridade a 10,4% entre as crianças nascidas de mulheres com oito a 11 anos de estudo (Figura 13). Salienta-se que o valor encontrado para os filhos de mulheres com 12 anos de estudo, de 10,7%, ainda é elevado. Tal fato pode estar relacionado ao alto percentual de partos cirúrgicos nessa população, correspondente, no ano analisado, a 77,5%. No Brasil, estudos mostram grande risco da prematuridade iatrogênica e, assim, em função do maior índice de cesáreas nas classes sociais mais altas, há maior chance de uma criança nascer de baixo peso neste grupo social (DINIZ *et al*, 2004; apud JUIZ DE FORA, 2005).

Em termos de saúde pública, recomenda-se a intervenção com o objetivo de se trabalhar na prevenção do baixo peso ao nascer, investindo numa boa cobertura e atenção pré-natal. Para isso, é essencial assegurar às gestantes acesso a um pré-natal precoce, de boa qualidade.

Durante esse acompanhamento da gestante, fatores específicos de risco na gestação podem ser identificados e, assim, tratamentos adequados podem ser oferecidos, impactando positivamente na redução do indicador (ALEXANDER, KORENBROT, 1995).

Em Gâmbia, na África, intervenções bem-direcionadas, com o objetivo de melhorar as condições de nutrição de mulheres grávidas, estão conseguindo modificar as taxas de baixo peso ao nascer dos recém-nascidos e, ao mesmo tempo, reduzir drasticamente o risco de morte durante ou logo após o parto. Um amplo estudo controlado, realizado na região rural de West Kiang, com o oferecimento às gestantes, de uma porção diária de biscoitos altamente energéticos, preparados na região, determinou uma redução de 40% na taxa de RNBP, e de cerca de 50% na taxa de mortalidade perinatal e incidência de natimortos. Esses resultados reforçam o argumento de que o fornecimento de suplementação alimentar às gestantes reduz as taxas de baixo peso ao nascer (UNICEF, 1998), constituindo uma estratégia essencial para redução da morbimortalidade infantil.

Segundo Guinsburg *et al* (1992, p. 6):

[...] a vigilância da saúde das mães teria como principal objetivo a redução do baixo peso ao nascer e, a partir daí, a redução da mortalidade perinatal e da mortalidade neonatal em geral, minimizando os fatores de fragilização dos recém-nascidos. A identificação das mulheres grávidas de risco pode antecipar até 70% a 80% dos nascimentos susceptíveis de causar problema às crianças, garantindo o transporte do bebê “intra-útero” até os serviços especializados. Mulheres grávidas apontadas por critérios de risco receberiam, dependendo do caso, intervenções de ajuda material, visita em domicílio ou suplemento alimentar e não só a rotina de pré-natal.

Nas pesquisas sobre o aleitamento materno, muitos autores têm se preocupado com os recém-nascidos que apresentam boas condições ao nascer, peso adequado e que compreendem as crianças que são capazes de sugar diretamente a mama desde o nascimento. Já o aleitamento materno para os recém-nascidos de baixo peso (RNBP) apresenta dificuldades peculiares para a mãe, família, recém-nascido, assim como para o pessoal de saúde, quando da assistência ao parto, período de internação e acompanhamento da puericultura. Fatores

reconhecidos como significativos ao incentivo ao aleitamento de recém-nascidos a termo, como o contato precoce mãe-filho, amamentação precoce, assistência em alojamento conjunto (OPS/OMS, 2001) e permanência da mãe no período de internação da criança (BRASIL, 1990), apresentam dificuldades para sua implementação neste grupo ponderal. Além disso, pode-se acrescentar a estas dificuldades o fato de frequentemente os recém-nascidos de baixo peso, e principalmente os prematuros, apresentarem condições clínicas críticas.

No Brasil, investigações epidemiológicas quanto à incidência e prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso vêm sendo realizadas com maior frequência, respeitando suas peculiaridades, sendo que a maioria dos trabalhos realizados e avaliados no presente estudo não diferencia o recém-nascido com baixo peso em relação à idade gestacional. Isso seria desejável porque a idade gestacional influencia diretamente na maturidade neurológica do recém-nascido: quanto mais baixa a idade gestacional, maior a imaturidade do sistema nervoso e motor e, conseqüentemente, maior a dificuldade de o recém-nascido se alimentar diretamente do seio materno.

Xavier *et al* (1991) realizaram, de outubro de 1985 a setembro de 1986, estudo longitudinal e prospectivo acerca da duração do aleitamento materno em 222 crianças nascidas com baixo peso no Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. A incidência de aleitamento materno encontrada foi de 86,5% e as prevalências foram: de 62,5% aos três meses, 38,5% aos seis meses, 28,7% aos nove meses e 25% aos 12 meses de idade. A mediana da duração do aleitamento foi de quatro meses e o peso ao nascer mostrou associação positiva com sua incidência e duração ($p < 0,05\%$): quanto maior o peso de nascimento, maior o percentual de aleitamento materno e maior sua duração.

Em outro estudo prospectivo acerca da amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, anos 1982 e 1993, realizado por Horta *et al* (1998), foi verificado que crianças de baixo peso ao nascer

apresentaram duração mais curta da amamentação em relação às crianças com peso normal ao nascimento, nas populações das duas coortes. Houve um aumento na duração mediana da amamentação de 3,1 meses, em 1982, para quatro meses, em 1993, sendo que ocorreu maior acréscimo na duração da amamentação das meninas que dos meninos (duração para as meninas variou de 3,2 para 4,3 meses e, para os meninos, de 3,0 para 3,8 meses; $p < 0,001$). Tanto no estudo de Xavier *et al* (1991) quanto no de Victora (1998), foi verificado que a probabilidade de desmame nos recém-nascidos de baixo peso decai no decorrer dos primeiros 12 meses de vida, sendo maior até os seis meses de idade.

Caldeira e Goulart (2000), em pesquisa acerca da amamentação em Montes Claros, Minas Gerais, realizada no ano de 1996, mostraram que os fatores associados ao desmame precoce, este aqui entendido como a introdução da alimentação complementar com interrupção do aleitamento materno exclusivo e predominante antes dos quatro meses, foram: baixo peso ao nascimento ($OR=2,65$; $IC95\%:1,10-6,40$); dificuldade inicial para amamentar ($OR=1,86$; $IC95\%:1,21-2,85$) e falta de incentivo ao aleitamento nas consultas médicas de puericultura ($OR=1,75$; $IC95\%:1,15-2,66$).

Em pesquisa realizada por Vieira *et al* (2004), acerca de hábitos alimentares de crianças menores de um ano, amamentadas e não amamentadas, em Feira de Santana, Bahia, ano 2001, foi observada uma frequência de 7,3% de crianças de Baixo Peso ao nascimento, sendo do total, 49,9% do sexo masculino. Outra pesquisa realizada neste município por estes autores, acerca de fatores associados ao aleitamento materno e desmame, revelou, na análise da associação entre o aleitamento materno e características das crianças, que, o fato de ter nascido com peso maior que 2.500g esteve associado de maneira significativa ao aleitamento materno, com maiores chances de serem amamentadas no primeiro ano de vida crianças nascidas com peso normal ($p=0,04$; $RP=1,12$; $IC95\%:1,01-1,27$) em relação às crianças de Baixo Peso ao Nascimento. Não houve associação com significância estatística do peso do

nascimento com o aleitamento exclusivo ($p=0,91$). Victora *et al* (1997) tiveram resultados semelhantes, quando visitaram domicílios, em cidade de porte médio do Rio Grande do Sul, 650 crianças, logo após o nascimento e com um, três e seis meses e verificaram que o aleitamento materno foi mais freqüente, em crianças com peso de nascimento maior ou igual a 2.500g.

Entretanto, existem estudos que não evidenciaram associação com significância estatística entre o aleitamento materno – início, duração - e o baixo peso ao nascimento. Vasconcelos *et al* (2006), em pesquisa acerca dos fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses no Estado de Pernambuco, ano 1997, observaram não haver associação com significância estatística entre o baixo peso ao nascimento e a duração do aleitamento materno total, sendo que o maior tempo de amamentação foi evidenciado nas crianças de baixo peso ao nascimento – 123 dias ($W= 0,63$; $p=0,7$) em relação àquelas com peso maior que 2.500g. Pedroso *et al* (2004), em avaliação do aleitamento materno em Embu, São Paulo, também verificaram não haver associação com significância estatística entre o início do aleitamento materno e o peso de nascimento da criança ($OR=0,69$; $IC95\%:0,22-2,24$); já entre a introdução de alimentos artificiais antes dos quatro meses de idade e o aleitamento materno foi verificada associação ($OR=1,40$; $IC 95\%: 0,52 - 3,79$) com introdução mais precoce de alimentos artificiais em crianças de baixo peso ao nascer.

Também Audi *et al* (2005), em avaliação acerca de fatores associados à prática alimentar em recém-nascidos após a alta hospitalar, em Itapira, São Paulo, ano 1999, não encontraram associação entre aleitamento materno exclusivo no primeiro dia em casa, após a alta hospitalar, e o baixo peso de nascimento ($p=0,51$; $IC95\%: 0,24-8,96$). O mesmo ocorreu com Lima e Osório (2003), em estudo de fatores associados ao aleitamento materno na região Nordeste brasileira, quando não encontraram associação com significância estatística entre a duração da amamentação e o baixo peso do nascimento (Teste de *Wilcoxon*=2,17; $p=0,16$),

apesar de a duração ter sido maior em crianças com mais de 3.000g (209,1 dias) em comparação com crianças com baixo peso ao nascimento (166 dias) e peso entre 2.500g e 2.999g (169,8dias).

Mascarenhas *et al* (2006) realizaram estudo de coorte prospectivo, envolvendo 940 recém-nascidos entre setembro de 2002 e maio de 2003, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, para determinar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e fatores determinantes nos primeiros três meses de vida. A taxa de Aleitamento Materno Exclusivo até os três meses foi baixa, 39% e, após análise de regressão logística, não houve associação significativa entre o tempo de gestação e baixo peso ao nascer e iniciação ou duração do aleitamento materno exclusivo.

Pode-se supor que resultados de estudos controversos em relação ao Baixo Peso ao Nascimento e a frequência e duração do aleitamento materno possam ocorrer em função da variação de vários fatores, como época e local do estudo, população estudada, existência de política e programas de estímulo ao aleitamento, assim como a cultura popular de alimentação infantil. Barros e colaboradores (1996) reforçam que é muito possível que campanhas de promoção do aleitamento materno que ocorreram durante a década de 90, assim como a delimitação de propagandas de leite em pó, tenham colaborado para mudar a conduta das mães em relação a esta prática. Eles orientam também que se faça a avaliação do tipo da evolução da amamentação em diferentes locais do Brasil.

Método Mãe Canguru

O Método Mãe Canguru, também conhecido como Cuidado Mãe Canguru e Contato Pele a Pele, teve início na Colômbia, América Latina, pelos médicos Rey e Mertinez, em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, quando as mães colocavam seus filhos de muito baixo peso ao nascer entre suas mamas, onde permaneciam continuamente em posição verticalizada;

assim as crianças eram cuidadas e alimentadas por suas mães, inicialmente no hospital e, a seguir, em suas casas, semelhante aos marsupiais, daí o seu nome. Era destinado a dar alta precoce aos recém-nascidos de baixo peso frente a uma situação crítica de falta de recursos, incubadoras, infecções cruzadas, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e abandono materno. Tem sido proposto, e é utilizado em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento, como alternativa nos cuidados convencionais aos recém-nascidos de baixo peso, com apoio do UNICEF (VENÂNCIO, DE ALMEIDA, 2004).

O Método Mãe Canguru no Brasil, ou Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, fundamenta-se no processo de desenvolvimento contínuo do bebê e introduz algumas possibilidades de entendimento da assistência neonatal em um contexto mais amplo, propondo o resgate dos conhecimentos fisiológicos, psicológicos e neurológicos do ser humano e levando em consideração o indivíduo por completo. Segue a linha de pensamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, visando ao aprimoramento na conduta técnica e na mudança de postura do profissional, tornando-o cada vez mais preocupado com a abordagem holística do seu paciente (BRASIL, 2002). Não se pode perder de vista o fato de que o Método Mãe Canguru foi aqui proposto com o objetivo de humanizar a atenção ao Recém-Nascido de Baixo Peso, semelhante ao que ocorre nos países desenvolvidos, e não com o propósito de substituir a tecnologia das unidades neonatais (VENÂNCIO, ALMEIDA, 2004).

No Brasil, os primeiros serviços que empregaram o Método Mãe Canguru foram o Hospital Guilherme Álvaro, Santos, São Paulo, em 1992, e o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), Recife, em 1993. Em 1997, o modelo utilizado pelo IMIP foi reconhecido pela Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, na premiação Gestão Pública e Cidadania e também premiado pelo Banco de Desenvolvimento Econômico e Social como “*Best Practice*”. A partir de então, houve uma considerável expansão do Método Mãe Canguru no país, o que contribuiu para sua definição como política pública, assim como

ocorre em outros países como Colômbia, Indonésia, Moçambique e Peru. No ano 2000, o Ministério da Saúde aprovou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), recomendando-a e definindo suas diretrizes para sua implantação nas unidades médico-assistenciais integrantes do SUS.

Silva (2003), analisando as normas e rotinas do Ministério da Saúde, identificou cinco pilares na proposta brasileira, sendo o quinto pilar o aleitamento materno, favorecendo vínculo materno e prevenção de doenças no primeiro ano de vida.

Apesar de as evidências apontarem para os inúmeros benefícios do aleitamento materno para o recém-nascido prematuro (AAP, 1997), a prevalência de aleitamento materno neste grupo ainda é muito baixa. Bicalho-Mancini, Velásquez, Meléndez, (2004), em estudo realizado sobre os fatores de risco para o aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em Belo Horizonte, Minas Gerais (4/5 destas crianças nasceram com Baixo peso), antes e depois da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, observaram que, apesar de as taxas de aleitamento materno exclusivo no momento da alta subirem de 36% (antes da implantação) para 54,7% (após a implantação), esses números mostram ainda a necessidade de outras intervenções para aumentar a prática da amamentação entre essas crianças. O Baixo Peso ao Nascer constituiu fator de risco associado com a ausência de amamentação exclusiva ($OR=2,75$).

Boo e Goh (1999), Malásia, com o intuito de verificar a taxa de amamentação em crianças nascidas abaixo de 1.500g e internadas numa unidade neonatal de risco, observaram também que, apesar das práticas de incentivo à amamentação existentes no hospital, segundo os conceitos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, somente 40,2% dessas crianças estavam sendo amamentados na alta hospitalar.

Em contrapartida, estudos realizados em serviços que praticam o Método Mãe Canguru mostram maior frequência e duração do aleitamento materno quando comparadas com grupo

controle. Ramanathan et al (2001), em Nova Deli, Índia, encontraram em um estudo com 28 bebês prematuros, frequência de aleitamento, na sexta semana de vida, de 85,7% para os bebês submetidos ao Método Mãe Canguru contra 42,8% para os bebês do grupo controle.

Silva (2003), em estudo realizado no Brasil com Recém-Nascidos de Baixo Peso atendidos pelo Método Mãe Canguru, evidenciou que 87% dos recém-nascidos prematuros no momento da alta hospitalar e 60,3% aos seis meses de idade estavam em aleitamento materno.

Conde-Agudelo *et al* (2006) concluíram, recentemente, a partir da análise de três experimentos randomizados, que o Método Mãe Canguru foi fator de proteção para a amamentação exclusiva no momento da alta hospitalar (Risco Relativo 0,41; IC95% 0,25-0,68). Mas concluem também que, em relação ao Método Mãe Canguru, apesar de o método parecer reduzir a mortalidade neonatal sem nenhum risco para o recém-nascido, ainda não se conta com suficientes evidências para recomendar seu uso de rotina, sendo necessários mais estudos clínicos controlados, aleatórios e desenhados corretamente para este fim.

Trabalhos nacionais publicados recentemente, como o de Vannuchi *et al* (2004), acerca do impacto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre a prática do aleitamento materno durante a internação de recém-nascidos em unidade de neonatologia de um hospital de ensino, em Londrina, Paraná, e durante os seis meses de vida, também indicam contribuição desta prática para aumentar os índices de aleitamento materno exclusivo em crianças internadas em unidades neonatais, nas quais existe predomínio de crianças de baixo peso ao nascer (70% em 1994, e 60% em 1998, na unidade neonatal do referido estudo). Este estudo comparou duas etapas: de 1994, anterior à implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e de 1998, posterior à mesma, e evidenciou que houve aumento expressivo das crianças em aleitamento materno exclusivo (de 1,9% em 1994 para 41,7% em 1998), com anulação dos percentuais das crianças que usavam fórmula exclusivamente (de 17,9% em 1994 para nulo em 1998), durante o período de internação. E, quanto ao aleitamento nos primeiros seis meses de vida,

houve aumento no tempo mediano do aleitamento materno exclusivo, que passou de 12 para 45 dias.

2.3.2.8. A importância da alimentação adequada na infância. O uso de outros alimentos líquidos, que não o leite materno

O leite materno é capaz de nutrir adequadamente as crianças nos primeiros seis meses de vida; porém, a partir deste período, deve ser complementado. A adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso (ACC/SCN, 2000). Os primeiros anos de vida do ser humano são da maior importância para o seu crescimento e desenvolvimento, devido à alta velocidade, ritmo, intensidade e vulnerabilidade desse processo, em especial o período até os dois anos de idade, no qual o crescimento do sistema nervoso é muito intenso, sendo por isso, mais sujeito aos agravos que em qualquer época da vida (MARCONDES *et al*, 2002). Estudos mostram que o déficit de crescimento linear adquirido até os dois anos é passível de recuperação total, enquanto que, acima desta idade, a reversibilidade deste quadro torna-se bem mais difícil.

A desnutrição na infância é um problema crônico da Saúde Pública, podendo levar a sérias e irreversíveis conseqüências para as crianças. As carências protéica e calórica são capazes de, conforme a gravidade, determinar variados graus de atrofia cerebral, cortical e/ou subcortical, com retardo mental irreversível (MS, 2002). Muito embora os estudos nacionais apontem uma tendência à redução na prevalência da desnutrição energético-protéica no país, seus resultados indicam que a desnutrição vem se concentrando entre crianças de seis a 18 meses de idade, faixa etária muito vulnerável devido à alta velocidade de crescimento e desenvolvimento, evidenciando a importância da alimentação adequada para saúde e para o estado nutricional das crianças (BRASIL, 2001; 2002).

A avaliação do estado nutricional das crianças de zero a sete anos de idade do município de Juiz de Fora, realizada pelo Comitê Municipal de Combate à Desnutrição, em 2005,

revelou situação preocupante com índice de 17% de crianças de baixo peso (resultado parcial, não publicado), sendo este índice maior que o revelado em 2001, de 16%.

Pó outro lado, o sobrepeso na infância pode ocasionar doenças para o adulto, como hipertensão, diabetes melitus, lesões ortopédicas, doenças cardiovasculares e respiratórias, problemas emocionais e a própria obesidade. Segundo Martinelli Júnior (2000), quando a obesidade se desenvolve no período da infância e adolescência, o excesso de gordura geralmente continua na vida adulta, e a obesidade do adulto com início na infância é freqüentemente mais severa. Serdula *et al* (1993) encontraram um risco de, no mínimo, duas vezes mais obesidade na vida adulta para as crianças obesas em relação às não obesas. Cerca de 1/3 dos pré-escolares e metade dos escolares obesos se tornam adultos obesos.

Assim, atingir uma ótima alimentação para a maioria das crianças pequenas deve ser um componente essencial da estratégia global de segurança alimentar de uma população. A promoção desta estratégia deve ser realizada pelos profissionais de saúde e sua execução pelas mães. Mas o sucesso final da ação depende também da definição de políticas governamentais adequadas e da participação e apoio de toda sociedade (SILVA, CAMARGO, 2001).

Segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), baseadas em amplo levantamento dos dados existentes no país, complementadas com a realização de estudos qualitativos, com a finalidade de identificação dos problemas de alimentação infantis existentes e elaboração do Guia Alimentar para crianças menores de dois anos (2002, p. 83), a situação nacional é a seguinte:

[..].O padrão de alimentação complementar das crianças brasileiras é desfavorável: a alimentação é introduzida precocemente; a alimentação é monótona; o uso de mamadeira é muito freqüente, mesmo em crianças amamentadas; os alimentos complementares não suprem as necessidades de ferro e, para as famílias de baixa renda (inferior a dois salários mínimos), não suprem também as necessidades de vitamina A. Os dados disponíveis não permitem afirmar, com segurança, sobre a adequação da dieta da criança com relação à densidade e ao conteúdo energético e à freqüência de refeições. Existem muitas crenças e tabus relacionados à alimentação da criança pequena que contribuem para o uso pouco freqüente de alimentos que são importantes fontes de vitaminas e minerais e que, muitas vezes, estão disponíveis e são consumidos pela família [...]

Quanto à higiene de alimentos complementares em nível domiciliar, foram identificados como problemas principais: lavagem inadequada das mãos para o preparo dos alimentos; utensílios de preparo e oferta dos alimentos (na maioria das vezes, a mamadeira) com higiene incorreta; água nem sempre de boa qualidade; conservação dos alimentos também de forma inadequada.

2.3.2.8.1 Alimentação complementar - Definições segundo a OMS

Alimentação complementar é definida como a alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno. E é chamada **alimentação complementar oportuna** quando a criança de seis a nove meses de idade recebe o leite materno acrescido de alimentos complementares (OMS,1991).

Alimento complementar é qualquer alimento oferecido durante a alimentação complementar e que não seja leite materno (WHO/UNICEF, 1998). Os alimentos complementares são chamados de transicionais quando são preparados especialmente para a criança até ela receber alimentos consumidos pela família. Os alimentos complementares podem ser alimentos da dieta familiar, não recebendo nome específico neste caso. Os termos “alimentos de desmame” e alimentação suplementar, amplamente utilizados por longo tempo, não devem ser utilizados, pois pode dar a falsa impressão de que eles são usados para provocar o desmame e não para complementar o leite materno (BRASIL, 2002). O uso do termo “desmame” é desaconselhável. Era anteriormente usado para indicar o período de transição entre a amamentação exclusiva e a interrupção do aleitamento materno. Atualmente, utiliza-se o termo “desmame total” para a parada total da amamentação (WHO/UNICEF, 1998).

Características da alimentação complementar adequada

Uma alimentação complementar adequada compreende alimentos ricos em energia e micronutrientes (particularmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos) sem

contaminação (isento de germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais), sem muito sal ou condimentos, de fácil consumo e boa aceitação pela criança, em quantidade apropriada, de fácil preparo a partir dos alimentos da família e com custo aceitável para a maioria das pessoas. Deve ser oferecido através de colher e copo, de maneira gradual, não utilizando mamadeiras. Mamadeiras devem ser evitadas, porque, além de serem uma fonte de contaminação para a criança, prejudicam a dinâmica oral e são desnecessárias ao longo do desenvolvimento da criança (WHO, 2000).

Programa brasileiro de alimentação para criança menor de dois anos

O desenvolvimento de pesquisas sobre o perfil de consumo alimentar e nutricional da população infantil deve ser parte integrante das estratégias de políticas governamentais, trazendo informações e suporte para orientação nutricional aos diferentes grupos populacionais.

No Brasil, no período de 1998 a 2002, por iniciativa do Ministério da Saúde e apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, foram elaboradas as recomendações alimentares para crianças menores de dois anos, embasadas em diagnóstico prévio da situação alimentar e nutricional das crianças nesta faixa etária e nos resultados de um estudo nacional, qualitativo, sobre as práticas alimentares maternas de menores de dois anos. O conjunto de recomendações foi denominado de “Os dez passos para a alimentação saudável da criança menor de dois anos” (Anexo 1) e está sendo implementado em todo o país através do “Guia alimentar para crianças menores de dois anos” (BRASIL, 2002). A representação gráfica do Guia Alimentar Infantil é em forma de Pirâmide Alimentar (Anexo2) para facilitar a transmissão e a memorização das mensagens contidas nele. A Pirâmide é composta de oito grupos de alimentos, distribuídos em quatro níveis, apresentados da base para o topo, considerando a sua participação na dieta em quantidades respectivamente maiores ou menores de porções.

Em relação às recomendações internacionais (WHO, 2000), as brasileiras diferem apenas quanto à frequência das refeições, que foi embasada nas recomendações anteriores da OMS (WHO, 1998). Em relação à nova recomendação sobre alimentação responsiva - encorajar a criança a comer a quantidade de alimentos complementares ofertados definidos pela aceitação da criança –, ela já está sendo implementada (PAHO/WHO, 2003).

O sucesso da promoção da alimentação complementar adequada depende diretamente da realização prática pelas mães e cuidadoras, embora haja recomendações científicas tão bem elaboradas. Para que isso ocorra, são necessárias a definição de mensagens educacionais efetivas para atingir a adoção de práticas mais positivas (OMS/OPAS, 1993) e a execução pelas mães destas práticas, com apoio dos profissionais de saúde, mesmo quando em meio desfavorável.

O desenvolvimento de pesquisas sobre o perfil de consumo alimentar e nutricional da população infantil deve ser parte integrante das estratégias de políticas governamentais, trazendo informações e suporte para orientação nutricional aos diferentes grupos populacionais.

A promoção da alimentação complementar tem tido menos progresso do que a promoção da amamentação nos últimos anos. Novos conhecimentos sobre alimentação infantil, adquiridos nos últimos 20 anos, tornaram ultrapassados muitos conceitos básicos anteriores, mas, apesar disso, uma parcela da população, incluindo profissionais de saúde, desconhece os avanços científicos nesta área (WHO/UNICEF, 1998).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Desenvolvimento e Saúde (1997), no primeiro mês de vida, 52,9% das crianças não amamentadas e 6,2% das amamentadas já consumiam cereal ou grão de aveia. Vieira e colaboradores (1998) realizaram pesquisa acerca dos indicadores do aleitamento materno em Feira de Santana, na Bahia, 1996, e verificaram uso de alimentos como leite artificial, papinhas e comidas em 39,3% das crianças menores de

quatro meses e em 48,5% das menores de seis meses. Alimentação Complementar Oportuna ocorreu em 43,7% das crianças.

Em 1997, Kitoko e colaboradores (2002) avaliaram a situação do aleitamento materno em crianças menores de um ano em duas capitais brasileiras, João Pessoa e Florianópolis, e encontraram uso de leite artificial na cidade de Florianópolis, em 62,6% das crianças e em João Pessoa, em 77,1%; uso de fórmula infantil em 12,6% em João Pessoa e o dobro em Florianópolis. A diferença encontrada para o consumo do tipo de leite, artificial não modificado ou fórmula, pode estar associada às condições econômicas experimentadas pelas famílias. Sabe-se que o padrão de desmame das crianças, além de influir no estado nutricional destas, pode espelhar as condições econômicas vividas pela população. Quanto à alimentação complementar oportuna, apenas 32,2% das crianças amamentadas em Florianópolis e 24,8% em João Pessoa receberam alimentação sólida ou semi-sólida numa faixa etária em que a alimentação complementar é considerada adequada (WHO, 1998). Observou-se que, das crianças em alimentação complementar oportuna, comeram carne e feijão 83,5% em Florianópolis e 40,5% em João Pessoa. O menor nível de consumo destes alimentos não só pode estar associado à anemia ferropriva na comunidade como pode expressar menor nível socioeconômico desta.

Montrone e Arantes (2000), em estudo da prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, Estado de São Paulo, 1998, encontraram 31,7% de crianças menores de quatro meses em uso de alimentos sólidos ou semi-sólidos. Figueiredo e colaboradores (2000), em avaliação rápida das práticas alimentares infantis em São José do Rio Preto, 1999, verificaram idade mediana de 120 dias para introdução destes tipos de alimentos.

Em pesquisa sobre hábitos alimentares de crianças menores de um ano de idade, amamentadas e não amamentadas, realizada em 2001, por Vieira e colaboradores (2004), em Feira de Santana, Bahia, verificou-se que alimentos artificiais sólidos e semi-sólidos, como

papa de frutas, refeição da família e papa de legumes, já eram consumidos desde o primeiro mês de vida pelos lactentes, sendo mais freqüentes em crianças não amamentadas (10%, 10% e 20% respectivamente) do que nas amamentadas (0,7%, 0,7% e 2% respectivamente). Na idade de quatro meses, lactentes não amamentados continuaram apresentando chances significativamente maiores em relação ao consumo de papas de frutas (14,4%, 1,4% respectivamente), legumes (21%, 3,1% respectivamente) e refeições da família (9,3% e 1,1% respectivamente) em relação às crianças amamentadas. Nader e colaboradores (2003) verificaram em pesquisa acerca de indicadores de aleitamento materno no Posto de Saúde de Vila União, Canoas, Rio Grande do Sul, em 2001, uma freqüência de alimentação complementar oportuna de 89,3%.

2.3.2.8.2 Aleitamento Materno Exclusivo e sua duração ideal

As dúvidas e controvérsias sobre a duração apropriada da amamentação exclusiva, surgidas no final dos anos 70 e expressa no chamado “dilema do desmame” (ROWLAND, 1978; apud GIUGLIANE, MONTE, 2004), persistiram até o ano de 2001, quando, após a 54^a Assembléia Mundial de Saúde, a Organização Mundial de Saúde recomendou a introdução de alimentos complementares em torno dos seis meses (WHO, 2002) em substituição à recomendação anterior que era de quatro a seis meses e integrou esta mudança para a saúde pública do mundo inteiro (WHAR, 2001). O consenso mundial de que não há nenhum benefício que possa ultrapassar os riscos e desvantagens da introdução precoce de alimentos complementares antes de seis meses de idade foi atingido em 2002 (WHO, 2001; PAHO/WHO, 2003). Foi constatado, no âmbito populacional, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, que crianças amamentadas exclusivamente até os seis meses não apresentam déficit de crescimento e adoecem menos de diarreia (WHO/UNICEF, 1998), otite

(SCARIAT *et al*, 1997), apresentam menor freqüência de infecção urinária (PISACANE, 1992) e respiratória, além de menor risco para obesidade futura, diabetes melitus insulina dependente e doenças atópicas (MARCONDES *et al*, 2002). No Brasil, desde 1980, está sendo recomendada a amamentação exclusiva até os seis meses (REA,2003).

Os sistemas digestivo e renal da criança nos primeiros meses de vida são imaturos, o que limita a sua habilidade em manejar alguns componentes de alimentos diferentes do leite humano. Devido à alta permeabilidade do tubo digestivo, a criança pequena pode apresentar reações de hipersensibilidade a proteínas estranhas à espécie humana (WEHBA, 1991; DEPARTMENT OF HEALTH, 2004). O rim imaturo, por sua vez, não tem a necessária capacidade de concentrar a urina para eliminar altas concentrações de solutos provenientes de alguns alimentos. De quatro a seis meses, a criança encontra-se num estágio de maturidade fisiológica que a torna capaz de lidar com alimentos diferentes do leite materno (BRASIL, 2002; DIVISION OF HEALTH PROMOTION AND PROTECTION, 2003).

As deficiências humorais e celulares conferem aos recém nascidos a termo uma “janela imunológica” que parece adequar-se à necessária transferência da maturidade dos componentes imunes e imunomoduladores do colostro e leite materno no início da vida pós-natal. Suplementos alimentares oferecidos às crianças nos primeiros dias interferem neste mecanismo protetor (TONELLI, FREIRE, 2000, p. 94).

A proteção do leite materno é mais evidente nos primeiros seis meses de vida (VICTORA *et al*, 1987), embora ela possa perdurar além deste período (HOWIE *et al*, 1990). A introdução de qualquer outro alimento pode reduzir esta proteção, principalmente em países pobres, onde a contaminação da água e dos alimentos é mais comum (VICTORA *et al*, 1987).

Ao se avaliar o crescimento de crianças em aleitamento materno exclusivo, dois aspectos devem ser considerados. O primeiro deve-se à utilização da curva de crescimento do “National Center Health Statistics” (NCHS), recomendada pela OMS e adotada pelo Ministério da Saúde como referência. Esta curva foi considerada inadequada para crianças em

aleitamento materno exclusivo por ter sido construída com crianças cuja alimentação não era exclusivamente leite materno (VICTORA, 1998). Em resposta a esta constatação, a OMS está coordenando a elaboração de novos padrões de referência de crescimento, construídos a partir de crianças alimentadas com leite materno exclusivo até, pelo menos, os quatro meses e complementado até, pelo menos, o final do primeiro ano (VICTORA, ONIS, 2004).

A partir dos seis meses de idade as necessidades nutricionais dos lactentes não podem ser supridas apenas pelo leite materno. E também, a partir desta idade, a maioria das crianças atinge um estágio de crescimento geral e desenvolvimento neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) propícios a receber outros alimentos que não o leite materno (WHO/UNICEF, 1998).

Assim sendo, com os conhecimentos disponíveis, recomenda-se iniciar a alimentação complementar aos seis meses de idade, em crianças que mamam exclusivamente ao peito. Casos especiais poderão requerer a introdução de alimentos complementares antes do sexto mês, devendo cada caso ser analisado individualmente pelo profissional de saúde. Nesta avaliação e orientação, devem ser esgotadas todas as possibilidades de recondução ao aleitamento materno exclusivo, antes de se sugerir a introdução de alimentos complementares (BRASIL, 2002).

Apesar de os conhecimentos atuais confirmarem a superioridade do aleitamento materno exclusivo para as crianças até os seis meses, a introdução precoce de líquidos artificiais e alimentos em crianças amamentadas continua sendo freqüente em nosso meio (REA et al, 1997; CARVALHAES et al, 1998; MONTRONE, ARANTES, 2000; FIGUEIREDO e al, 2000; VENANCIO et al, 2002; VIEIRA et al, 2004; GONÇALVES et al, 2005).

Rea e colaboradores (1997), em estudo acerca da amamentação em mulheres trabalhadoras formais, em 13 indústrias da cidade de São Paulo, 1994, avaliaram que, ao final do primeiro mês de vida, 86% das crianças filhas das trabalhadoras em foco recebiam chá;

50% água; 42% mamadeiras com leite artificial e, destas, 57% preferiram fórmula infantil, 27% leite em pó integral. Já com 5,5 meses, 47% das mães preferiram leite em pó, seguido de fórmula infantil (20%), com gasto de 1/5 do salário mínimo mensal, à época do estudo, para aquisição da fórmula infantil.

Carvalhoes e colaboradores (1998), em pesquisa acerca do diagnóstico da amamentação na cidade do Botucatu, Estado de São Paulo, em 1995, verificaram que, apesar da alta frequência da amamentação aos 30 dias (91,8%), ocorria introdução precoce de líquidos (40%) e complementos lácteos (22,8%), prática inadequada por elevar riscos de morbimortalidade.

Em avaliação da amamentação em 84 municípios do Estado de São Paulo, no ano de 1998, Venâncio e colaboradores (2002) verificaram que apenas 27 municípios apresentaram taxa de aleitamento materno exclusivo superior a 20%, enquanto a prevalência de aleitamento materno predominante foi superior a 20%, em 72 dos 84 municípios estudados.

A alta prevalência das taxas de aleitamento materno predominante em São Paulo, assim como no Brasil (BRASIL, 2002), sugere um alerta às autoridades de saúde para que subsidiem ações educativas às mães sobre os efeitos nocivos da introdução precoce de líquidos não nutritivos nos primeiros meses de vida da criança. O elevado índice de uso de chás no primeiro mês de vida deve-se, provavelmente, a uma crença popular em uma esperada ação terapêutica, culturalmente aceita, para atenuar cólicas, flatulência e sede da criança. Água e suco também são introduzidos de forma precoce, refletindo hábitos culturais e falta de orientação das mães, que acreditam serem estes líquidos necessários nos primeiros meses (VIEIRA et al, 2004; GONÇALVES et al, 2005). Segundo Vieira et al (2004), o consumo de água e suco em uma criança amamentada interfere menos que o chá nos indicadores de aleitamento materno.

Em avaliação da prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, Estado de São Paulo, 1998, Montrone e Arantes (2000) encontraram que 26,7% das crianças amamentadas menores de dois meses já usavam água, chás ou sucos.

Figueiredo e colaboradores (2000), em avaliação das práticas de alimentação infantis, em crianças menores de um ano, na cidade de São José do Rio Preto, verificaram uma introdução muito precoce de água e chás, pois, com 60 dias de vida, a maioria das crianças amamentadas já utilizava estes líquidos (taxa de aleitamento materno predominante de 30,26% e de aleitamento materno exclusivo de 23,68%).

Vieira e colaboradores, em pesquisa realizada em Feira de Santana, Bahia, no ano de 2001, acerca dos hábitos alimentares de crianças menores de um ano amamentadas ou não, verificaram que, no primeiro mês de vida, as crianças não amamentadas consumiam mais líquidos como água, chás e sucos (30%,50% e 30% respectivamente) que as amamentadas (7,3%, 23,2% e 2,7%, respectivamente). Observou-se o alto consumo de chás no primeiro grupo. Esta proporção se manteve nas crianças aos quatro meses de vida.

Em Moema, Minas Gerais, em 2003, Gonçalves e colaboradores (2005) avaliaram a situação alimentar em crianças menores de 24 meses no município e concluíram que houve um alto consumo de chás pelas crianças desde o primeiro mês de vida (33,6%), aumentando no segundo mês (46,2%) e atingindo 80,8% no quinto mês. O uso de suco foi também precoce: no primeiro mês, já era usado por 3,1% das crianças e, no quinto mês, em 75,2% delas.

2.3.2.8.3 Duração do aleitamento materno

O período natural da amamentação (sem a influência da cultura), segundo diversas teorias, seria de dois e meio a sete anos. Antes do uso disseminado dos leites não humanos para crianças, estudos etnográficos sugerem que elas tradicionalmente eram amamentadas por

três a quatro anos, época em que as crianças deixam de amamentar quando lhes é permitido alimentar-se de acordo com sua vontade (DETTWYLER, 1995; apud Brasil, 2002).

Atualmente a OMS, assim como o Ministério da Saúde, recomendam o aleitamento até dois anos ou mais (WHO, 2004) e a Academia Americana de Pediatria, até um ano (REA, 1998).

O leite materno pode ser uma importante fonte de nutrientes após o primeiro ano de vida da criança. Em algumas populações, ele contribui com um a dois terços da energia ingerida no final do primeiro ano e continua sendo uma fonte importante de vitamina A, gordura, cálcio e riboflavina no segundo ano de vida (PRENTICE, PAUL, 1990; apud Brasil, 2002). Se uma criança amamentada não estiver crescendo adequadamente no segundo ano de vida, não se deve interromper o aleitamento, mas sim melhorar a qualidade nutricional e a quantidade dos alimentos complementares. Esta sugestão é reforçada com o estudo feito em Bangladesh, onde as crianças desnutridas não amamentadas além do primeiro ano tiveram risco seis vezes maior de morrer, quando comparadas com as amamentadas (BRIEND, BARI, 1989, apud Brasil, 2002).

Portanto, até que surjam argumentos contrários à recomendação da OMS quanto à duração do aleitamento materno, continua prevalecendo a recomendação de que as crianças sejam amamentadas preferencialmente por dois anos ou mais (BRASIL, 2002).

Sena e colaboradores (2002) realizaram pesquisa acerca da prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, em 3.104 crianças menores de seis meses, no ano de 1994, e verificaram que 96,8% das crianças menores de 15 dias amamentavam ao seio, sendo 62% exclusivamente; de 91 dias a 120 dias, 85,3% amamentavam e 26,8%, de forma exclusiva; de 151 a 180 dias, 70,9% amamentavam e somente 12,8% de maneira exclusiva. A duração mediana da amamentação exclusiva foi de 39,4 dias.

Rea e colaboradores (1997) realizaram, em 1994, pesquisa sobre aleitamento materno em mulheres trabalhadoras formais de 13 indústrias da capital paulista e verificaram que 97% delas iniciaram o aleitamento, 60% amamentavam no quarto mês e 40% no sexto mês de vida da criança. A duração mediana do aleitamento exclusivo foi de dez dias e da amamentação de 150 dias. No segundo mês de vida, somente 17% das crianças estavam em aleitamento exclusivo.

Carvalhoes e colaboradores (1998), em pesquisa de avaliação do aleitamento materno em Botucatu, São Paulo, ano de 1995, em 1.550 crianças menores de um ano, encontrou a prevalência de amamentação com um mês de idade de 91,8% e de 12 meses 26,3%; de aleitamento exclusivo com um mês, 29%, com quatro meses, 4,6%, com seis meses 2,2%; e de aleitamento materno completo (uso de leite materno com ou sem outros líquidos não lácteos) , com um mês, 69%, quatro meses, 48,5%, e com seis meses, 23,3%.

Em 1996, Vieira e colaboradores (1998) realizaram pesquisa acerca dos indicadores do aleitamento materno em Feira de Santana, na Bahia, e verificaram que, no primeiro mês, 95,1% das crianças mamavam ao seio materno, sendo 75,8% de forma exclusiva. As taxas de aleitamento materno em geral e exclusivo, até os quatro meses de vida, foram, respectivamente, de 87,9% e 45,6%; as mesmas taxas, aos seis meses, foram de 82,2% e 36,9% respectivamente. As taxas de aleitamento materno predominante, nas idades de quatro e seis meses, foram 15,1% e 14,6% respectivamente. A duração média da amamentação foi de nove meses (média móvel de três meses).

Em 1996, Caldeira e Goulart (2000) verificaram a situação da amamentação em Montes Claros, Minas Gerais, e encontraram que, apesar de a maioria das crianças iniciar o aleitamento logo após o nascimento (98%), a duração mediana do aleitamento materno foi de apenas 8,7 meses e do aleitamento exclusivo foi de 27 dias.

Passos e colaboradores (2000), também em 1996 e em Minas Gerais, avaliando as práticas de aleitamento no município de Ouro Preto, verificaram que a maioria das crianças iniciou a amamentação (93,4%), mas apenas 58,2% de forma exclusiva. Aos três meses, 32,2% das crianças já estavam desmamadas; aos seis meses, 48,5% e, aos 12 meses, 65,1% também o estavam. A maior velocidade de queda deste tipo de aleitamento foi entre o primeiro e o segundo mês de vida (19,4%), tendo sido bastante intenso este decréscimo nos três primeiros meses (41,6%).

Em 1997, Kitoko e colaboradores (2002) avaliaram a situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras, João Pessoa e Florianópolis, e encontraram taxa de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses de 23,9% (17,4-30,2; IC 95%) e 46,3% (37,8-54,8; IC 95%), para cada cidade, respectivamente; taxas de aleitamento materno exclusivo e predominante de 41,1% (34,8-47,3; IC 95%) e 64,5% (58,1-70,7; IC 95%) respectivamente. A relação da duração mediana de aleitamento materno exclusivo entre as duas cidades mostra um valor 3,2 vezes maior em Florianópolis que em João Pessoa (53,3 dias e 16,5 dias). Já em relação à amamentação geral, esta relação é menor, 1,2 vez (238,4 dias em Florianópolis e 194,8 dias em João Pessoa).

Em 1998, Venâncio e colaboradores (2002) avaliaram a frequência e determinantes da amamentação em 84 municípios do Estado de São Paulo e verificaram que a taxa de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses raramente alcançou 30% nestas cidades e a taxa de aleitamento materno geral alcançou 50% na maioria das cidades. Foram fatores de risco para o desmame precoce: baixas escolaridade e idade maternas; ocorrência de primiparidade; nascimento em município sem maternidade com título de Hospital Amigo da Criança.

Montrone e Arantes (2000) realizaram pesquisa para determinação da prevalência do aleitamento materno em 3.326 crianças menores de dois anos na cidade de São Carlos, São

Paulo, em 1998, e verificaram as seguintes taxas de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo para crianças menores de um mês: 90,3% e 52,4% respectivamente; menores de quatro meses: 73,3% e 37,8% respectivamente; para menores de seis meses: 63,8% e 27,7% respectivamente. As taxas de Aleitamento Materno Predominante foram em menores de um mês: 17,3% e em menores de quatro meses, 13,3%. A duração média do aleitamento materno foi de cinco meses (média móvel de três meses é 50%). Observou-se um aumento acentuado desmame entre um e dois meses e de três a quatro meses, quando a percentagem de parada de amamentação passou de 15,3% para 45%; a partir de 4º mês, este percentual continuou crescendo, mas de forma menos acentuada.

Figueiredo e colaboradores (2000) realizaram estudo das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, ano de 1999, e verificaram taxas de aleitamento em crianças menores de um ano de 56,7%, e de amamentação exclusiva, entre zero e 167 dias, de 8,9%. A duração mediana do aleitamento exclusivo foi de 18,64 dias (7,48-58,15) e da amamentação parcial foi de 233,13 dias. A prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses foi de 21,1%. A maioria das mães amamentou seu filho logo após o nascimento (98,2%).

Em pesquisa realizada em 2001, em Centro de Saúde Escola de Campinas, Estado de São Paulo, acerca da avaliação do aleitamento materno em crianças menores de dois anos, por Camilo e colaboradores (2005), encontrou-se mediana de aleitamento exclusivo de 68 dias e de amamentação parcial de 6,4 meses. As taxas de aleitamento materno exclusivo foram, no primeiro mês, de 69,2% e, no primeiro semestre, de 38,1% (sendo 38% no quarto mês e 8% no sexto mês). Taxa de aleitamento no primeiro mês foi de 92,3% e, ao final do 12º mês, de 33,3%. A prevalência de aleitamento materno, durante o primeiro ano de vida, foi de 54,9%.

No ano de 2001, Hentges e colaboradores (2005), em pesquisa sobre a situação do aleitamento materno no Posto de Saúde União, da cidade de Canoas, Rio Grande do Sul,

verificaram que, no primeiro mês de vida, 91,3% das crianças amamentavam, sendo 52,2% de forma exclusiva. Das crianças menores de quatro meses, 77,8% amamentavam; 34,4% de maneira exclusiva e 17,7% predominante. Em crianças menores de seis meses, 71,6% amamentavam, sendo 26,8% de maneira exclusiva e 14,9%, predominante. A duração média da amamentação foi de cinco meses (média móvel menor ou igual a 50% de três meses).

Em estudo realizado por Vieira e colaboradores (2004) acerca dos fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, na Bahia, em 2001, verificaram-se prevalências de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses de 48,3% e, em menores de seis meses, de 38,5%, sendo 62,1% no primeiro mês e 17,7% no sexto mês. A prevalência de aleitamento materno em menores de um ano foi de 69,2%. Também foi verificado que esteve associado à maior chance de amamentação e de amamentação exclusiva o fato de a criança ter sido amamentada no primeiro dia em casa ($p < 0,001$ - RP= 0,85- IC 95%; e $p = 0,002$ - RP= 0,72 – IC 95% respectivamente).

Em Moema, Minas Gerais, em 2003, foi realizada pesquisa acerca da situação do aleitamento por Gonçalves e al (2005). A pesquisa teve os seguintes resultados: duração mediana da amamentação de 195 dias e de aleitamento materno exclusivo de 75 dias; taxas de amamentação geral de 88,2% no primeiro mês, 50% no sexto mês e 22 % no 12º mês; taxas de amamentação exclusiva no primeiro mês, 78,2%, e, no sexto mês, de 8,2%.

Em resumo, todos os estudos nacionais avaliados aqui confirmam que a maioria das crianças é amamentada logo após o nascimento e primeiros dias de vida e que esta frequência não se mantém com o aumento da idade, o que coloca a situação nacional distante das metas da OMS para o aleitamento materno.

2.3.2.8.4 Desvantagens da alimentação complementar precoce ou tardia

[...] A alimentação complementar adequada da criança amamentada é crítica para o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança e, portanto, torna-se um componente essencial para a segurança alimentar e nutricional populacional e para o desenvolvimento da nação. As seguranças alimentar e nutricional implicam garantia do direito ao acesso permanente aos alimentos, alimentação adequada em quantidade e qualidade, práticas alimentares saudáveis e respeito às características culturais de cada povo. Como se trata de um direito das crianças e de suas mães, cabe ao Estado garanti-lo, em articulação com a sociedade civil. Aos profissionais infantis cabe repassar os conhecimentos atuais sobre alimentação infantil adequada, visando promover o crescimento e desenvolvimento ótimos da criança (MONTE, GIUGLIANE, 2004; p. 132).

A introdução precoce de qualquer alimento não só pode ser causa de desmame precoce, como pode representar, na verdade, uma manifestação de modismos que mais atendem à vaidade e autopromoção profissionais e que nada têm a ver com as reais necessidades nutritivas da criança, esquecendo-se, muitas das vezes, de levar em consideração a digestibilidade, a aceitação e a tolerância da criança ao novo alimento, bem como as condições socioeconômicas da família (CRISPIN, 1992).

Estudos realizados em países em desenvolvimento e em países industrializados demonstram que tanto a introdução precoce de alimentos (antes dos seis meses de idade), quanto a tardia (após esta idade) são prejudiciais para a criança (PHO,1998; DEWEY et al, 1999; WHO, 2003). O desmame precoce, com a introdução de leite artificial ou alimentos sólidos ou semi-sólidos, pode levar a situações de risco para o lactente em nível renal, neurológico e infeccioso (FISBERG, 1991).

A introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão de fatores de proteção existentes no leite materno, além da possibilidade de ocorrência de contaminação e diluição dos alimentos complementares (COHEN, 1994). Em populações carentes em nosso meio, é comum a prática da diluição do leite de vaca com água, nem sempre potável, por fatores econômicos, levando à

desnutrição e suas conseqüências (CTENAS, VITOLO, 1999). Uma duração menor do aleitamento materno exclusivo protege menos o crescimento da criança que a amamentação exclusiva por seis meses (WHO/UNICEF, 1998).

Sabe-se que a introdução precoce dos alimentos complementares diminui a produção do leite materno, conseqüente ao menor estímulo desencadeado pela sucção, leva a menor duração do aleitamento, interfere na absorção de nutrientes como o ferro e o zinco (GIUGLIANE, 2000), reduz a eficácia da lactação como método anticoncepcional (MARCONDES et al, 2002; OMS/OPAS/UNICEF, 1993), interfere no comportamento alimentar da criança, aumenta o risco de alergia alimentar e aumenta a ocorrência de doenças crônico-degenerativas na vida adulta (RAMOS, STEIN, 2000). Mesmo em crianças não amamentadas, a recomendação da introdução de alimentos sólidos é a partir dos quatro meses de idade, para aquelas que fazem uso de leite de vaca não modificado (BRASIL, 2002) ou a partir dos seis meses para aquelas que utilizam o leite de vaca modificado, alimentação também chamada de fórmula infantil (WEFFORT, 2006; OLIVEIRA, 2006).

Verificou-se, recentemente, que a introdução precoce de alimentação complementar tem-se associado ao desenvolvimento de doenças atópicas. Já o Aleitamento Materno Exclusivo reduz o risco da asma, sendo que este efeito protetor parece persistir durante a primeira década de vida (VAN ODJIK, 2003; PRESCOT, 2004). Também há relato de que a exposição precoce ao leite de vaca (antes de quatro meses) pode ser um determinante para a Diabetes Melitus, podendo aumentar seu risco de aparecimento em 1,5 vez (GERSTEIN, 1994). O Aleitamento Materno Exclusivo parece proteger contra o aparecimento desta doença, sendo estimado que 30% dos casos poderiam ter sido evitados se 90% das crianças menores de três meses não recebessem leite de vaca (TONELLI, FREIRE, 2000).

Uma criança em Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de idade, que não esteja crescendo satisfatoriamente e não tenha qualquer patologia, deve ter, em primeiro

lugar pesquisada a técnica de sua amamentação, antes de se recomendar a introdução de alimentos complementares. Sabe-se que a má técnica de aleitamento leva a um esvaziamento inadequado das mamas e à conseqüente diminuição de produção de leite, além de menor ingestão do leite posterior, rico em gorduras e com conseqüente maior concentração energética. Nesses casos, a melhor conduta é orientar e apoiar a mãe para que a criança aumente a ingestão do leite e não introduzir a alimentação complementar desnecessariamente (BUENO, TERUYA, 2004). Para se chegar a este diagnóstico, basta observar o binômio mãe-filho durante a amamentação e verificar a técnica, fazendo as correções necessárias, segundo a orientação do “Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento”, do Ministério da Saúde (LEITE et al, 2004).

Em resumo, a introdução de alimentação precoce de desmame pode ser veículo de contaminação ambiental e predispor a doenças, como diarreia, hipertensão, alergia alimentar, obesidade, desnutrição, anemia, além de diminuir a possível proteção contra morte súbita, Doença de Chron, diabetes melitus, colite ulcerativa, linfoma para a criança e câncer de mama e ovário para a mulher nutriz, interferindo nas vantagens do aleitamento materno (AAP, 1997).

Introduzir alimentos complementares tardiamente também é desfavorável, porque o crescimento da criança pára ou se torna lento e o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes aumenta (WHO/UNICEF, 1998; BRUNKEN et al, 2006). Além disso, para a adequada mastigação e conseqüentemente bom início do processo digestivo, a criança depende de um esquema complexo de aprendizado e reflexos que raramente são bem-sucedidos antes dos três meses. No entanto, crianças que recebem alimentos complementares tardiamente, após o sétimo ou oitavo mês, apresentam maiores dificuldades no processo de transição para alimentação adulta. Ou seja, a introdução tardia de alimentos complementares pode levar a um baixo ganho ponderal e estatural, dificuldades adaptativas à vida adulta,

anemia e constipação intestinal (FISBERG, 1991). Também é verificado, em experiência clínica pessoal, compartilhada com vários profissionais médicos, que estas crianças tornam-se mais dependentes da mãe, com dificuldade de adaptação social.

Brunken e colaboradores (2006), em estudo realizado em Cuiabá (Mato Grosso), mostraram que somente 60% das crianças de oito meses de idade recebiam alimento da família ou sopa, indicando a importância em se reforçar a participação da criança na alimentação da família para se evitarem os malefícios já relatados da sua introdução tardia, especialmente no caso de mães adultas, com menos do terceiro grau de escolaridade e primíparas, conforme resultados do referido estudo.

O desmame adequado, em relação à época e qualidade de alimentação, permite estabelecer a seqüência natural para a criança do aleitamento materno para uma alimentação semi-sólida seguida da dieta do adulto, com hábitos e peculiaridades regionais. Entretanto, a nutrição de uma população não depende só do acesso desta a uma alimentação adequada, mas, sobretudo, da educação e cultura da população. A educação alimentar inicia-se muito precocemente, nos primeiros meses de vida, quando são construídos os alicerces dos hábitos alimentares (GIUGLIANE, 2000).

2.3.2.9 Uso de chupeta.

Um dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno, segundo a Declaração de Innocenti, Itália, 1990 (OPAS.OMS, 2001), é o não-uso de chupetas e bicos artificiais por crianças amamentadas ao seio. Chupetas são freqüentemente usadas por crianças dos países menos desenvolvidos (TOMASI et al, 1994), constituindo importante hábito cultural em nosso meio, sendo usadas para acalmar a criança e, como não fornecem alimentação, seu uso pode levar a menor freqüência do ato de amamentar e conseqüente déficit nutricional. Com

isso, a estimulação da produção do leite materno e sua retirada podem ficar diminuídas, levando a menor produção e conseqüente desmame (VICTORA, 1997).

As mamadeiras, com os bicos artificiais, são costumeiramente consideradas como único método alternativo de alimentação quando a criança pequena não pode ser alimentada diretamente ao seio, embora o uso de copo seja o mais indicado para se evitar o desmame. No entanto, tanto as chupetas quanto os bicos podem ser nocivos por transmitirem infecções, por reduzirem o tempo gasto na sucção ao seio, interferindo, assim, na amamentação sob livre demanda (OMS, 2001). Podem também prejudicar a função motora oral, exercendo papel importante na síndrome do respirador bucal, além de levar a problemas ortodônticos provocados pela sucção do bico, que não estimula adequadamente a musculatura da boca (OMS, 2001) (Quadros 3 e 4).

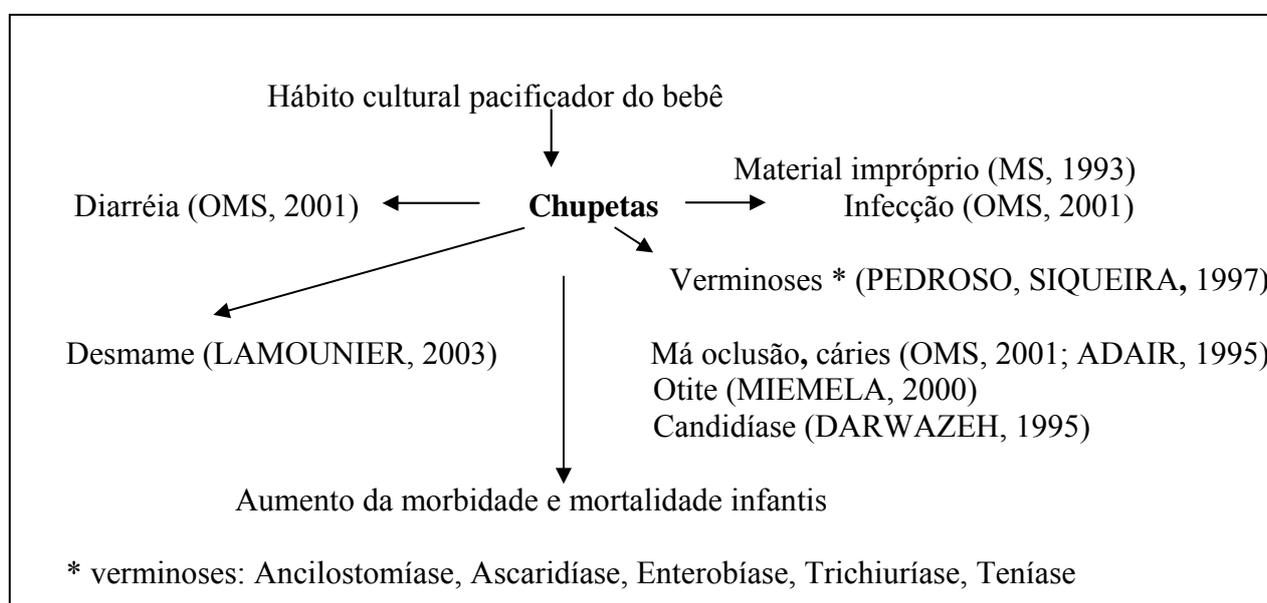
Os bicos com as mamadeiras e as chupetas, são usados por diferentes motivos e até certo ponto, operam de maneira diversa, por isso foram considerados em separado. A mamadeira em nosso meio pode ser utilizada contendo leite materno da própria mãe ou do Banco de Leite Humano, para alimentar a criança na ausência materna ou de seu leite, ocorrendo assim seu uso em alguns casos e, apesar de não recomendado, na criança em aleitamento materno exclusivo. A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para o Lactente inclui estes dois hábitos da alimentação infantil entre os produtos cuja comercialização é regulamentada por ela, com o objetivo de restringir sua promoção ao público (BRASIL, 1993).

Depois da divulgação dos dez passos para o sucesso da amamentação (OMS, 2001), muito vem se discutindo acerca da participação da chupeta entre os determinantes do desmame precoce (Quadro 3). Grande parte de profissionais de saúde, assim como leigos e mães, acreditam que as chupetas são inofensivas e até mesmo necessárias e benéficas para o desenvolvimento da criança, tendo atitude indiferente ou permissiva (LAMOUNIER, 2003;

VICTORA et al, 1997), permitindo e até contribuindo para o seu uso sem qualquer questionamento.

A curta duração do aleitamento materno pode levar a um aumento da morbidade e da mortalidade infantis causadas por doenças infecciosas. Portanto, é importante estabelecer a influência das chupetas no aleitamento materno para o planejamento de políticas de saúde acerca da alimentação infantil.

QUADRO 3 - Perigos do uso de chupeta



O uso de chupetas é muito difundido entre as mães brasileiras e a pesquisa nas capitais e Distrito Federal mostrou uma prevalência de 60,3% deste hábito em crianças menores de um ano (BRASIL, 2001). No Brasil, com o objetivo de restringir a promoção do uso de chupetas e bicos ao público, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) decidiu incluir, na embalagem do produto, a inscrição: “O Ministério da Saúde adverte: a criança que mama ao peito não necessita de bico, chupeta ou mamadeira. O uso de mamadeira, bico ou chupeta prejudica a amamentação e seu uso prolongado prejudica a dentição e a fala da criança”. Essa

medida tem como finalidade desencorajar a mãe a trocar o aleitamento natural pelo artificial (LAMOUNIER, 2003).

Segundo Lamounier (2003), diversos estudos mostram associação significativa, estatisticamente, entre o uso da chupeta e menor duração do aleitamento materno. Os estudos que analisaram a associação entre o uso de chupeta e a duração do aleitamento são consistentes, sendo que, em alguns, há evidências de uma relação dose-resposta (BARROS, et al, 1995; VICTORA et al, 1997). No entanto, não ficou bem estabelecida a relação causal. A chupeta poderia ser introduzida já como conseqüência de problemas de amamentação, porém o seu uso poderia também diminuir a freqüência das mamadas e, como conseqüência, levar a menor produção de leite materno (RIGHARD, 1998). Autores destacam então a importância do aspecto cultural envolvido nesta prática e enfatizam que o uso de chupeta pode ser um indicador de problemas com a amamentação, e que o uso precoce do bico pode interferir no estabelecimento de uma boa técnica de aleitamento (VICTORA et al, 1997; KRAMER, 2000).

Righard e Alade (1993), em estudo prospectivo, realizado em 1987, na Suécia, com 82 recém-nascidos a termo, sobre técnica de sucção e uso de chupetas, e acompanhados até os quatro meses de idade, concluíram que: problemas de amamentação foram mais comuns entre as mães que ofereciam chupetas a seus filhos por mais de duas horas ao dia (83%), do que entre as que as ofereciam ocasionalmente ou nunca (53%, $p < 0,05$); crianças que não usavam chupetas estavam mais propensas a ser amamentadas aos quatro meses, do que aquelas que as usavam (91% e 44% respectivamente; $p = 0,03$); crianças usuárias de chupeta que tiveram alta hospitalar com técnica incorreta de sucção tiveram menos probabilidade de ser amamentadas aos quatro meses do que aquelas que tiveram a técnica correta de sucção (7% e 59% respectivamente). Os autores reanalisaram este estudo (RIGHARD, 1998) e confirmaram que

o uso da chupeta aumenta a ocorrência de problema na sucção da criança ao seio materno, que poderia ter sido superado na ausência do referido hábito.

Em outro estudo longitudinal, também realizado na Suécia, com 506 crianças nascidas em Hospital Universitário, foi determinada a associação entre uso de chupeta e duração da amamentação (AARST et al, 1999). O uso de chupeta mostrou associação com significância estatística em relação ao aleitamento materno, comparado ao não-uso de chupeta, ocorrendo menor frequência de sucção ao seio, menor duração da amamentação exclusiva ($p=0,009$) e da amamentação em geral ($p=0,02$), indiferentemente da motivação da mãe em amamentar, nas crianças com este hábito. Após ajuste das variáveis, o risco foi de 1,62 (IC95%:1,28-2,07) no caso das que faziam uso intermitente. Para as que faziam uso contínuo, o risco foi de 1,2 (IC 95%: 1,53-3,09) em relação às que nunca a usaram. No entanto, a associação não mostrou significância estatística naquelas que usaram por menos de dois meses e nas que a usaram apenas ocasionalmente.

Nos Estados Unidos, Howard et al (1999) estudaram prospectivamente 265 crianças no Estado de Nova York. Entrevistas maternas foram conduzidas após o parto, com duas, seis, 12 e 24 semanas de vida. O estudo mostrou que 181 mães (68%) introduziram a chupeta antes de seis semanas de vida e que esta introdução foi associada com a duração do aleitamento materno exclusivo (OR=1,53; IC95%: 1,5 a 2,05). No entanto, o uso de chupeta não mostrou associação com significância estatística com a menor duração da amamentação antes dos três meses de idade. Os autores observaram também que as mães que introduziram o uso da chupeta tinham tendência a amamentar com menor frequência diária, além de apresentar maior queixa acerca do aleitamento e insuficiência de leite do que as que não tinham o referido hábito.

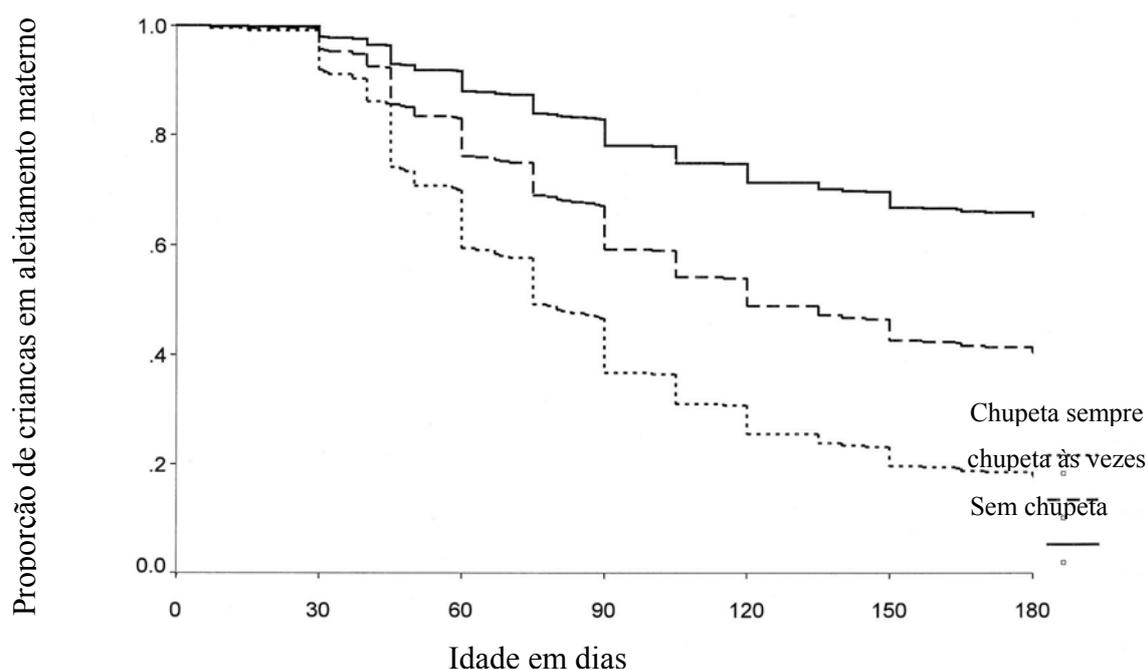
No Brasil, destacam-se inicialmente três estudos sobre o uso de chupetas (VICTORA et al, 1993; BARROS et al, 1995; VICTORA et al, 1997). Em 1993, Victora et al constataram

que, no seguimento de 354 mães, aquelas cujos filhos usavam chupeta tinham três vezes mais chance de desmamarem precocemente; e que, de 249 crianças que ainda mamavam com um mês de idade, 72% das que usavam chupeta em tempo integral e 59% das que a usavam em tempo parcial interromperam a amamentação com seis meses, comparadas com apenas 24% que não usavam chupeta de maneira alguma ($p < 0,001$). Isso sugere dose resposta, sendo que as diferenças permaneceram significativas após o controle de fatores de confusão. Os autores questionaram se a menor estimulação da amamentação pelo maior uso da chupeta levaria a menor produção de leite; se a chupeta seria um marcador de dificuldade com amamentação ou se a mãe usaria a chupeta para iniciar o desmame, e recomendaram a realização de outras pesquisas para o esclarecimento do papel da chupeta no desmame.

Barros et al (1995) acompanharam 605 crianças do nascimento aos seis meses, com o objetivo de verificar a relação entre o uso de chupeta com um mês de idade e a duração do aleitamento materno até os seis meses. Com um mês de idade, 23% eram usuárias frequentes (uso da chupeta durante o dia e à noite) e 32% eram usuárias em tempo parcial. Aos quatro meses de idade, 42% de crianças não usuárias amamentavam exclusivamente ao seio, ao passo que somente 17% das usuárias frequentes e 26% das parciais o faziam ($p < 0,001$). As usuárias tiveram quatro vezes maior probabilidade de interromper a amamentação, entre um e seis meses de idade, do que as não usuárias (Risco Relativo: 3,84, IC95%:2,68-5,50; $p < 0,001$). Mesmo após o ajuste de potenciais fatores de confusão, tais como percepção de leite insuficiente, recusa do bebê ao peito, introdução de outros alimentos, o Risco Ajustado para desmame entre um e seis meses permaneceu alto (Razão de Chance= 2,87, IC95%:1,97 a 4,19) e com significância estatística ($p < 0,001$). Os autores concluíram que a chupeta é altamente relacionada com o desmame precoce, podendo ser também um marcador de outras causas indeterminadas e, até que novos estudos definam esta situação, seu uso não deve ser recomendado para crianças amamentadas.

Posteriormente, numa combinação de estudos epidemiológico e etnográfico, Victora et al (1997) visitaram em domicílio 650 crianças logo após o nascimento e com um, três e seis meses e uma subamostra (n=80) foi visitada três a dez vezes (média 4,5 vezes) para conduzir entrevistas em profundidade, além de fazer observações diretas. O uso de chupeta foi mais freqüente em mães mais jovens, em bebês com baixo peso ao nascimento, meninos, naqueles não amamentados na maternidade e amamentados com horário programado. Mudanças no padrão do uso de chupetas (o não-uso, o uso total e o uso parcial) entre um e três meses de idade foram comuns. Das crianças não usuárias com um mês, 36,5% tornaram-se usuárias aos três meses. Das crianças usuárias de chupeta em tempo parcial, somente 6,4% deixaram o hábito aos três meses e 11,5% tornaram-se usuárias em tempo total. Das usuárias em tempo total, nenhuma abandonou o hábito, mas 5% tornaram-se usuárias parciais.

FIGURA 14 -Proporção de lactentes amamentados até os seis meses, segundo a freqüência do uso de chupetas por mês de idade, 1997, Pelotas, R.G.S.



Quase metade das mães levava chupeta para o hospital e, com um mês, 85% das crianças as estavam usando. As 450 crianças que estavam sendo amamentados com um mês, e cujas mães não relataram problemas com a amamentação, foram analisadas separadamente. O padrão de uso da chupeta com um mês de idade foi fortemente associado com a duração do aleitamento materno: não usuárias tiveram quatro vezes mais probabilidade de continuar a amamentação com seis meses do que as usuárias de chupeta em tempo integral ($p < 0,001$) (Figura 14). Pela análise multivariada, o Risco Bruto (RB) de interromper a amamentação entre um e seis meses foi alto com o uso de leite não humano (RB=4,32; IC95%:3,31-5,64) ou o uso em tempo integral de chupeta (RB=4,02; IC95%: 2,46-6,56) com um mês. Mesmo após o controle para potenciais fatores de confusão (incluindo opinião materna sobre influência das chupetas na amamentação), o Risco permaneceu alto quando se usou o leite artificial (R=4,14; 3,09-5,54) ou se usou chupeta em tempo integral (R=2,37; 1,40-4,01), e os efeitos foram independentes.

Segundo os autores, importantes observações foram possíveis pelo estudo etnográfico que mostrou que o uso de chupeta é visto como um comportamento normal e desejável. Mães que davam chupetas a seus filhos mais intensamente eram também as que exerciam um controle maior no comportamento de amamentação da criança, tinham expectativas maiores sobre aspectos objetivos do crescimento e desenvolvimento deles e tinham ansiedade relacionada ao choro da criança. Análises posteriores mostraram que estas mães apresentavam preocupação com o seu meio social e com sua crítica, sugerindo falta de autoconfiança. Os autores concluíram que as chupetas podem, com frequência, ser usadas para diminuir e espaçar as mamadas, em especial por mães inseguras ou com dificuldades na amamentação. O uso de chupetas parece afetar em menor intensidade as mães seguras em relação à amamentação. Os resultados também sugerem que as chupetas podem interferir na fisiologia da lactação, mas o seu uso pode ser um marcador do desejo de interromper mais cedo o aleitamento, em vez de

causa de descontinuidade. Assim sendo, as mães podem precisar de um apoio e aconselhamento adicional para ajudá-las a continuar a amamentação e, sem isso, as campanhas educacionais, visando diminuir o uso de chupeta, estão propensas a falhar.

Em estudo prospectivo realizado em Fortaleza, nos anos de 1996 e 1997, por Cunha *et al* (2005), foi avaliada a relação entre uso de chupetas e a duração do aleitamento materno exclusivo em crianças de menor poder aquisitivo e com peso de nascimento menor que 3kg: aproximadamente 60% de um total de 500 crianças avaliadas usaram chupeta durante o primeiro mês de vida; crianças usuárias de chupeta tinham 1,9 vez maior probabilidade de interromper o Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de vida que as não-usuárias, após controle dos fatores de confusão. Os autores concluíram que a chupeta é um possível causador de desmame precoce e seu uso identifica as mães que necessitam aconselhamento e apoio para a amamentação.

Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno enfatizam a não-utilização de bicos e chupetas em hospitais e maternidades, base para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. No entanto, mesmo nas condições em que as mães são bem-informadas sobre as vantagens da amamentação, o uso de chupetas e bicos pode ocorrer. O estudo de coorte longitudinal, realizado por Soares e colaboradores (2003), envolvendo mães de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, credenciado pelo UNICEF/OMS como Hospital Amigo da Criança, demonstrou a relação entre o uso de chupetas e desmame precoce em 237 crianças amamentadas ao seio no primeiro mês de vida acompanhadas até o sexto mês. Com um mês, o uso de chupeta foi observado em 61,6% das crianças, sendo mais freqüente em meninos, entre mães de baixa escolaridade e nas crianças que não estavam em Aleitamento Materno Exclusivo. A incidência de desmame no sexto mês de vida foi de 50,8% em crianças que usavam chupetas e 22,4% para não-usuárias, diferença com significância estatística ($p < 0,001$). Quase 2/3 das usuárias de chupeta deixaram de amamentar

exclusivamente ao seio até o final do segundo mês; entre as não-usuárias, o índice foi de 45% ($p < 0,001$). Mais uma vez são reforçados os achados descritos na literatura e, mesmo numa população bem-orientada, confirma-se a associação entre o hábito de usar chupeta e o desmame precoce.

Em 1996, Vieira e colaboradores avaliaram os indicadores de aleitamento materno em Feira de Santana, Bahia, e encontraram que 55,4% das crianças menores de seis meses usavam chupeta. Quando analisado o uso de chupeta nas crianças menores de quatro meses em aleitamento materno exclusivo, os autores revelaram que a criança que não usava chupeta tinha 1,87 vez (1,6-2,19) mais possibilidade de estar em aleitamento materno exclusivo (VIEIRA *et al*, 1998).

Estudo realizado em Itapira, São Paulo, em 1999, por Audi e colaboradores, acerca de fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida, verificou que o uso de chupeta esteve associado à interrupção do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses e ao desmame em crianças menores de um ano, em relação às que não utilizaram chupeta (OR 4,41; IC95%:2,57-7,59 e OR5,58;IC95%:3,94-7,89, respectivamente) (AUDI *et al*, 2003).

Figueiredo e colaboradores (2000), em inquérito de avaliação das práticas de alimentação infantil em menores de um ano, em São José do Rio Preto, São Paulo, 1999, evidenciaram uso freqüente de chupeta, 61,6%, e proporção menor de aleitamento materno nas crianças que a usavam (41,5%) em relação àquelas que não o faziam (81,2%) ($p=0,000$).

Em estudo de coorte, longitudinal, envolvendo 250 bebês sadios nascidos em Hospital de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, anos de 1999 e 2000, acompanhados do nascimento até o sexto mês de vida, foi verificado que: ao longo do primeiro mês de vida, ocorreu uso ou tentativa de uso de chupeta, em 87,8%, sendo, na maioria das vezes, oferecida pelas mães; o uso de chupeta foi mais freqüente nas crianças do sexo masculino e entre as que não estavam

sendo amamentadas exclusivamente ao seio no primeiro mês; a associação entre a baixa escolaridade materna e o uso de chupeta esteve muito próximo da significância estatística ($p=0,059$). Também foi avaliado que o padrão de aleitamento materno com um mês de idade associou-se com significância estatística ao risco de desmame entre um e seis meses. As crianças em aleitamento materno parcial (uso de leite materno e outro tipo de leite ou alimento) e predominante, com um mês de idade, tiveram risco 4,5 vezes maior (IC95%;2,7-7.7) e 1,6 vez maior (IC95%; 0,9-2,9) de desmame até o sexto mês, respectivamente, quando comparadas com as crianças em aleitamento materno exclusivo. As frequências de aleitamento materno e sua forma “exclusivo”, entre crianças que não faziam uso de chupeta no primeiro mês de vida, foram maiores do que daquelas que a usavam ($p<0,001$). O risco de desmame precoce entre um e seis meses, entre crianças amamentadas com um mês, manteve-se significativamente maior entre crianças que usavam chupeta (após controle dos fatores de confusão através da regressão de Cox), confirmando a associação entre uso de chupeta e menor duração do aleitamento. As crianças ainda amamentadas com um mês, que usavam chupeta, tiveram uma chance 2,8 vezes maior de ser desmamadas até o sexto mês (SOARES et al, 2003).

Cotrin et al (2002) realizaram estudo acerca do uso de chupeta e amamentação em 22.188 crianças menores de quatro meses, em 111 municípios do Estado de São Paulo, no ano de 1999, e observaram alta frequência do hábito de usar chupeta (61,3%), sua introdução precoce (53,9% antes de um mês) e associação entre este hábito e interrupção do aleitamento materno exclusivo e da amamentação por completo ($p<0,05$). Entre as crianças que usam chupeta, há mais chance de interrupção do aleitamento exclusivo e da amamentação por completo, quando comparadas àquelas que não usam chupeta (OR=3,26;OR=5,99 respectivamente). Verificaram também uma maior prevalência do uso de mamadeira entre as crianças que usam chupeta

(64,2%), quando comparadas com aquelas que não a usam (39,8%), com significância estatística ($p < 0,05$; $OR = 2,71$).

Vieira e colaboradores (2004), em estudo acerca dos hábitos alimentares em crianças menores de um ano, amamentadas e não amamentadas, em Feira de Santana, Bahia, ano 2001, compararam o uso de chupeta em crianças menores de quatro meses nos dois grupos e encontraram maior prevalência de uso de chupeta entre as crianças não amamentadas (83% das crianças não amamentadas e 53,9% das crianças amamentadas), evidenciando associação com significância estatística entre o uso de chupetas em crianças menores de quatro meses e o desmame precoce ($RP = 1,52$; $IC\ 95\%: 1,36 - 1,71$).

Em pesquisa acerca dos fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de um ano, também no município de Feira de Santana, Vieira e colaboradores, 2001, verificaram que o hábito de não usar chupeta esteve associado ao aleitamento materno com maiores chances de amamentação e de amamentação exclusiva ($p < 0,001$; $RP = 1,59$; $IC95\%: 1,51-1,68$; $p < 0,001$; $RP = 1,6$, $IC95\%: 1,39-1,84$, respectivamente).

Hentges e colaboradores (2005), em avaliação do aleitamento materno em Posto de Saúde de Vila União, Canoas, Rio Grande do Sul, 2001, verificaram o uso de chupeta em 61,4% menores de seis meses e em 67,3% menores de 24 meses. Em relação ao hábito de utilização de chupeta em crianças menores de quatro meses em aleitamento materno exclusivo, concluiu-se que a criança que não tinha este hábito mostrava uma tendência 1,38 vez maior de estar em aleitamento materno exclusivo em comparação com as que tinham o hábito, porém este dado não teve significância estatística ($p = 0,229$).

Em 2002, Vannuchi e colaboradores avaliaram o perfil do aleitamento materno em menores de um ano, em Londrina, Paraná, e encontraram frequência do uso de chupeta, nas últimas 24 horas, de 48,1%. Verificaram que o hábito de usar chupeta constituiu um fator de risco para interrupção da amamentação e do aleitamento exclusivo: as crianças que não

usavam a chupeta possuíam chance 2,23 vezes maior de aleitamento materno exclusivo e 7,59 vezes de aleitamento materno do que aquelas que a usavam (VANNUCHI et al, 2005).

Estudo de coorte, prospectivo, sobre a prevalência de aleitamento materno exclusivo e seus determinantes nos três primeiros meses de vida em Pelotas, Rio Grande do Sul, anos de 2002 e 2003, realizado por Mascarenhas e colaboradores (2006), evidenciou, após análise de regressão logística, que o uso de chupeta mostrou associação significativa com a interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos três meses de idade (OR ajustada 4,27;3,19-5,72;IC 95%).

Os efeitos do hábito do uso de chupetas e bicos parecem estar bem estabelecidos em relação a sua associação com o desmame precoce, embora a relação causal necessite ser mais estudada e explicada. Estes hábitos são ainda bastante difundidos e culturalmente arraigados no Brasil e em outros países. Apesar de não haver mais dúvidas quanto à associação entre desmame e uso de chupeta, resta esclarecer se as chupetas levam ao desmame ou se a vontade de desmamar ou dificuldades de amamentação levam ao uso de chupetas. É provável que os dois mecanismos estejam envolvidos, levando a um ciclo vicioso que culmina com o desmame (GIUGLIANI, 1998).

A Academia Americana de Pediatria recomenda que a chupeta deve ser evitada no início da amamentação e que somente pode ser usada quando o aleitamento já estiver bem estabelecido (HOWARD, 1999). Esta recomendação não contra indica o uso de chupetas para sucção nutritiva e treinamento oral de crianças prematuras e outras crianças que necessitem cuidados especiais (AAP, 2005).

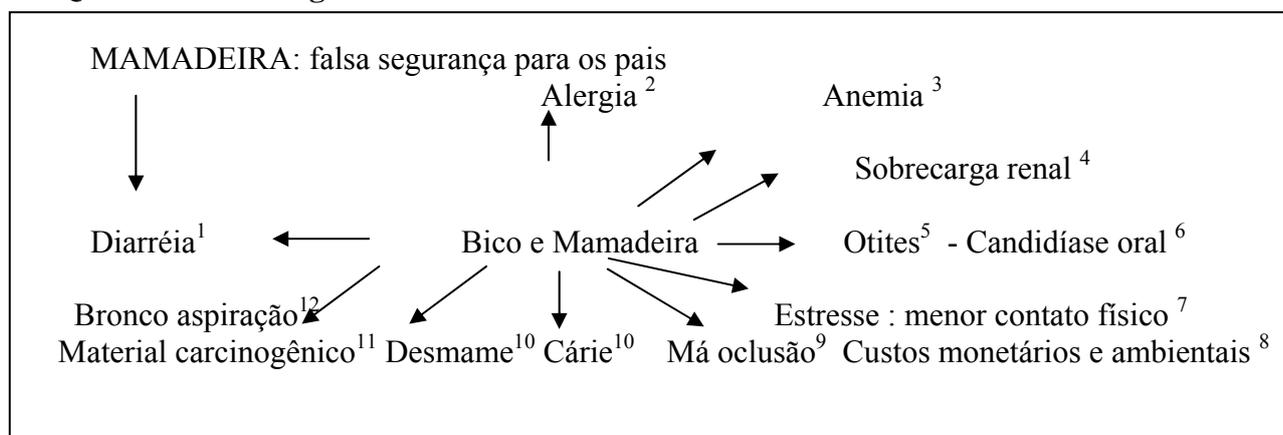
Portanto, é necessário mais esclarecimento às mães e população em geral, bem como aos profissionais de saúde, acerca dos efeitos prejudiciais deste hábito sobre a amamentação e a saúde da criança. As mães precisam receber informações sobre as possíveis conseqüências a partir da introdução do hábito de oferecer bicos e chupetas às crianças, porém levando em

consideração que esta introdução, às vezes, pode estar camuflando ansiedade e insegurança da mãe frente ao processo de alimentar a criança. Assim, o uso de chupetas deve ser visto pelo pediatra como um marcador de dificuldades no aleitamento materno. Nesse caso, o mais importante talvez não seja a simples retirada da chupeta, e sim a tentativa de elucidar e solucionar esses problemas (LAMOUNIER, 2003).

2.3.2.10 Uso de bicos artificiais: mamadeiras ou chucas

As mamadeiras causam a morte de 1,5 milhão de bebês por ano (UNICEF, 1990; UNICEF,1991; apud REDFORD, 1992). Há muitos relatos de mães e profissionais de saúde sobre a dificuldade de conseguir que bebês peguem o peito depois que foram alimentados por mamadeiras (MUSOKE, 1990). Têm sido descritas muitas diferenças, tanto mecânicas quanto dinâmicas, entre sugar o peito e sugar o bico artificial (NOWAK et al, 1994) destacando-se que o leite é retirado do peito por manobras de compressão dos seios lactíferos, e não só por sucção, como nos bicos artificiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993) o que pode levar à chamada “confusão de bicos” pelo bebê, desmame e suas conseqüências.

QUADRO 4 - Perigos do uso das mamadeiras



Fontes das informações

1. OPAS. OMS, 2001; VICTORA, 1989; 1996
2. MARCONDES et al, 2002; PALMA, 2003; GIUGLIANE, VICTORA, 2005)
3. PALMA, 2003

4. PALMA, 2003
5. WILLIANSON, DUNLEAVEY, ROBINSON, 1994; apud OPAS. OMS, 2001
6. SIO et al, 1987; apud OPAS. OMS, 2001
7. MEIER, 1988; apud OPAS.OMS, 2001
8. RADFORD, 1002; ARAUJO, PIMENTEL, 2004
9. OPAS.OMS, 2001; LABBOK, HANDERSHOT, 1987
10. MARCONDES et al, 2002; CRESPI, 1992
11. CPSC,1998;MS, 1993.
12. OPAS.OMS, 2001

Perigos do uso das mamadeiras são descritos e confirmados por vários pesquisadores (Quadro 4). Por isso, em muitos países, administram-se suplementos líquidos às crianças sem que isso implique o uso da mamadeira, segundo dados do *Demographic and Health Survey*. Mais de 13.000 Hospitais Amigos da Criança de todo o mundo nos demonstram a possibilidade de oferecer serviços modernos de atenção à saúde, fazendo pouco uso da mamadeira e, em muitos destes hospitais, as mamadeiras foram completamente eliminadas, mesmo no caso em que o recém-nascido não pode amamentar. Os recipientes recomendáveis são os que não têm bicos nem tampas, que, por serem abertos, podem ser limpos com facilidade. Como exemplo, no nosso meio, o uso de utensílios como a xícara, o copo ou a colher; na Índia “*paladai* ou *bondla*”, objeto tradicional em forma de bule e usado, há muito tempo, nesse país e recomendado por manual nacional de cuidado infantil (ARMSTRONG, 1998).

Assim o método alternativo indicado pela OMS (2001) de alimentação para recém-nascidos e lactentes que não podem ser amamentados diretamente ao seio é o uso de copo pequeno. Esta recomendação é particularmente importante quando se espera que a criança possa ser amamentada posteriormente e em situações em que a higiene de mamadeiras e de bicos é difícil. Musoke, Quênia (1990), utilizou, pela primeira vez, a alimentação no copinho com técnica correta – de forma que a criança controle a ingestão e o leite não seja derramado em sua boca - e concluiu que era mais fácil estabelecer a amamentação em bebês prematuros quando as mamadeiras não eram mais usadas.

Hughes (1996) refere que na Austrália, existe um axioma comum e empregado até os dias de hoje que diz: “Leite materno é o melhor, e mamadeira é uma boa segunda opção”. Este axioma dificulta o entendimento acerca dos riscos do leite artificial, entre eles, o de infecção. Assim, este autor, em campanha de aleitamento materno na zona rural desse país, adotou um novo axioma: “Leite materno é o melhor, e a mamadeira é o último recurso”.

Diversos estudos têm sido publicados a respeito de amamentação, nos quais são avaliadas as razões que alegam as mães a desmamar ou a introduzir as mamadeiras, mantendo a prática do aleitamento misto. Esses trabalhos, entretanto, de maneira geral, não foram desenhados com a finalidade principal de estudar tais razões, mas sim são resultados da análise de algumas variáveis aduzidas àquelas que cobrem o objetivo fundamental para o qual o estudo foi delineado. Rea e Cukier (1988) realizaram um trabalho para avaliar as razões de desmame e introdução de mamadeira em uma amostra de 875 mães de crianças nascidas em maternidade pública de um bairro da cidade de São Paulo e acompanhadas até os quatro meses de pós-parto. Concluíram que as razões mais alegadas pelas mães para introduzir a mamadeira, após várias entrevistas, foram: trabalho fora do lar (20,5%), nervosismo (12,5%) e conveniência das mães (11%). Entretanto, as razões mostradas por estas mães na primeira entrevista foram um pouco diferentes: choro do bebê (23%), tabus sobre aleitamento (12,5%) e trabalho fora do lar (12,5%). Verificaram que, ao permitir que a mãe revisse seu discurso em várias entrevistas, em vez de uma única, permitiu que ela passasse a responsabilizar mais a si própria do que ao bebê e seu próprio corpo. Já quanto às razões alegadas para o desmame, apontadas por elas, foram semelhantes, caso fosse uma, ou mais entrevistas: recusa do peito pelo bebê; “secagem” do leite materno; ocorrência de trabalho fora do lar e conveniência da mãe.

Foram localizados poucos estudos experimentais sobre uso de bicos artificiais. Cronenwett et al (1992) acompanharam 121 crianças alocadas randomicamente em um grupo

de aleitamento materno total (menos de duas mamadeiras por semana) e outro grupo de uso planejado de mamadeira (uma mamadeira de leite materno ou fórmula infantil por dia). Com 12 semanas após o parto, 93% do primeiro grupo e 83% do segundo ainda estavam amamentando. Com seis meses, 69% e 59%, respectivamente aos dois grupos, continuavam amamentando. A tendência mostrada poderia ter significância estatística, caso a amostra fosse maior. Houve uma sugestão de dose resposta, com a amamentação sendo mais propensa quanto menos mamadeiras fossem dadas. Também foram oferecidas mamadeiras no hospital para 76% dos recém-nascidos sem alocação a nenhum grupo. A análise de regressão logística revelou que 30% de todas as mães cujos filhos receberam mamadeiras no hospital tiveram graves problemas com a amamentação comparados com apenas 14% daquelas cujos recém-nascidos não receberam mamadeira ($p=0,05$).

Schubiger et al (1997), em um estudo na Suíça, randomizaram 602 binômios mães-filhos em sua estada no hospital, alocados em dois grupos: um de intervenção, para o qual os suplementos de maltose-dextrino eram oferecidos quando indicados clinicamente e com colher ou copinho, com proibição de bicos artificiais; o outro grupo controle, com oferecimento de chupetas e mamadeiras a todos bebês, sem restrição. Aos seis meses de idade, nenhuma diferença na prevalência de amamentação foi encontrada entre os dois grupos (57% versus 55%, respectivamente). Mas várias limitações metodológicas reduzem a validade interna do estudo. Por exemplo, grande proporção no grupo de intervenção não obedeceu à orientação recebida (46%) e os binômios mães-filhos não estavam em quartos diferentes, tornando a contaminação provável.

Lang et al (1994), Inglaterra, estudaram bebês de 28 a 36 semanas, em hospital, que se encontravam impossibilitados de ser amamentados. Foram divididos em dois grupos: o primeiro grupo recebeu alimento em copo (85 bebês) e o segundo grupo recebeu o alimento em mamadeira. Ambos os grupos apresentavam características demográficas,

socioeconômicas e pós-natais similares, sendo que todas as mães mostravam desejo de amamentar seus filhos quando possível. No momento da alta hospitalar, 81% dos bebês alimentados com copinho e 63% dos não alimentados com copinho, eram exclusivamente amamentados, enquanto 5% dos alimentados com copinho e 17% daqueles não alimentados com copinhos eram alimentados somente com mamadeiras. Segundo os autores, o estudo não pode propor uma relação causa-efeito, mas sugere que uma alimentação com copinho pode ajudar o estabelecimento da amamentação.

A mamadeira constitui um hábito cultural para alimentação de crianças, muito enraizado em nosso meio e um dos responsáveis pelos altos índices de desmame, sendo que muitos trabalhos nacionais confirmam esta assertiva. Em 1996, Vieira e colaboradores avaliaram os indicadores de aleitamento materno em Feira de Santana, Bahia, e encontraram que 48,8% das crianças menores de seis meses usavam mamadeira. Kitoko e colaboradores (2002), em 1997, compararam a situação do aleitamento materno em crianças menores de um ano em duas capitais brasileiras, Florianópolis e João Pessoa, e observaram que o uso de mamadeiras em João Pessoa, 77,6%, e em Florianópolis, 61,4%, corresponde praticamente às frequências de consumo de leite artificial, 77,1% para João Pessoa e 62,6% em Florianópolis, o que sugere que a mamadeira tem sido usada para oferecer leite artificial para as crianças.

Cotrin e colaboradores (2002), em avaliação do uso de chupetas em crianças menores de quatro meses no Estado de São Paulo, em 1999, verificaram maior prevalência do uso de mamadeiras entre as crianças que usavam chupetas (64,2%) quando comparadas com as crianças que não a usavam (39,8%), sendo constatada significância estatística desta associação no teste do qui-quadrado ($p < 0,05$) e no *odds ratio* de 2,7.

Em estudo realizado por Audi e colaboradores, 1999, com 679 lactentes menores de 12 meses no município de Itapira, São Paulo, acerca de fatores associados ao aleitamento

materno, foi observado, na análise bivariada, associação significativa entre o desmame aos 12 meses e o uso de mamadeira (OR 4,27;IC95%:3,03-6,04).

Figueiredo e colaboradores (2004), em inquérito de avaliação das práticas de alimentação infantil em menores de um ano, em São José do Rio Preto, São Paulo, em 2000, verificaram que o uso de mamadeira foi muito freqüente neste município (71,3%). Observaram também que a proporção de crianças amamentadas foi menor em crianças que referiram usar mamadeira (40,2%) quando comparadas com as que não a usavam (98,1%) (p=0,00).

Nader e colaboradores (2005), em avaliação do aleitamento materno em Posto de Saúde de Vila União, Canoas, Rio Grande do Sul, 2001, verificaram que o uso de mamadeira em crianças menores de seis meses teve uma freqüência de 53,5% e, em menores de dois anos, de 70,5%, indicando uma relação direta entre a idade e a maior freqüência do uso de mamadeira nos lactentes.

Como foi visto, existe evidência crescente de que o uso de bicos artificiais de mamadeiras e chupetas está associado ao término precoce do aleitamento materno, bem como a outros problemas. O uso de bicos com mamadeiras e chupetas nas maternidades pode deixar a impressão de que os profissionais de saúde os consideram seguros, tornando os pais mais propensos a continuar ou iniciar o seu uso. Essa prática deve ser minimizada ou abolida, se possível, para evitar que sejam transmitidas mensagens conflituosas às famílias (OPAS.OMS, 2001). O uso de copinhos deve ser a regra nas maternidades, caso seja necessário complementação alimentar ou impossibilidade temporária de aleitamento.

2.3.3 O mito da mamoplastia

A cirurgia plástica das mamas, ou mamoplastia, realizada para correção do volume ou de ptose, parece estar associada, na maioria das vezes, à vaidade feminina. Existe o mito de que a mulher que é submetida à mamoplastia ficaria impossibilitada de amamentar ou teria dificuldades para o aleitamento materno no futuro. É um assunto polêmico, pois é difícil

discernir entre a dificuldade em amamentar e o desejo em fazê-lo devido à vaidade feminina, ou mesmo ao medo de ter algum problema na forma mamária decorrente da amamentação após realização da mamoplastia. Diante do momento de realizações rápidas e precoces em que vivemos, a idade em que estas mulheres estão sendo submetidas à mamoplastia é cada vez menor, antes mesmo de ter passado pela experiência da amamentação, ou, o que é mais freqüente, sem saber da importância da amamentação para o binômio mãe-filho (CORREA, 2006).

A mamoplastia redutora, segundo Marshal e colaboradores (1994), Giugliane e colaboradores (2003) e Correa (2006), quando realizada pela técnica de transposição, utiliza um retalho de rotação dermocutânea (complexo aréolo mamilar), conservando a ligação entre o complexo areolar e a glândula mamária através do pedículo. Assim, é possível manter a ligação anatômica e fisiológica entre mamilo e alvéolos mamários através dessa técnica, sendo opinião de consenso que, teoricamente, a lactação é preservada com esta cirurgia. Entretanto, em experiência clínica, a amamentação pode acontecer, em geral, com ajuda de complemento alimentar, mas pode também não ocorrer a despeito da motivação e esforços maternos (GIUGLIANE et al, 2003). De fato, existem vários relatos na literatura que mostram que a lactação com freqüência fica comprometida após cirurgia redutora das mamas (MARSCHAL et al, 1994).

Estudo de coorte realizado em 1999, no Brasil (GIUGLIANE, 2003), mostrou que a mamoplastia redutora prévia tem um importante impacto negativo nas taxas de aleitamento materno, em especial nas taxas de aleitamento exclusivo. Segundo este estudo, ao comparar mulheres com e sem mamoplastia prévia, técnica de transposição, constatou-se que a prevalência de aleitamento materno exclusivo, com um e quatro meses, foi de 21% e 4 % respectivamente para mulheres com cirurgia, e 70% e 22%, respectivamente, para os controles. A prevalência de aleitamento materno com um, seis e 12 meses foi de,

respectivamente, 58%, 16% e 10%, para mulheres com mamoplastia, e 94%, 58% e 42%, para os casos controles. A duração de aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno foi de, respectivamente, cinco dias e dois meses entre as mulheres com cirurgia plástica de mama e três e seis meses para os controles. Problemas na época do estabelecimento da amamentação foram mais freqüentes (91,8%) entre as mulheres com cirurgia redutora de mama anterior, contra 54,2% no grupo controle.

Assim sendo, mulheres com história de mamoplastia anterior podem amamentar plenamente, porém muitas não conseguem produzir a quantidade de leite suficiente para suprir as necessidades de seu filho. Essas mulheres e seus filhos devem ter um acompanhamento rigoroso, pois é difícil predizer quais são as mulheres que terão problemas na lactação em conseqüência à cirurgia de redução de mamas.

Cabe ao cirurgião plástico orientar as candidatas à mamoplastia sobre as dificuldades que poderão enfrentar e prepará-las para resolvê-las.

Pode-se citar, para ilustrar a influência dos vários fatores psíquicos, emocionais e sociais que envolvem esta questão, o caso de uma profissional de saúde de um hospital de Juiz de Fora com mamoplastia prévia de três anos, que amamentou, de forma complementar, seu filho, portador de Síndrome de Down, até os nove meses de idade, não tendo sido o retorno ao trabalho impedimento para a amamentação.

2.3.4 Tecnologia: contra ou a favor do aleitamento materno?

Inicialmente, essa questão pode levar a uma resposta precipitada, de que a tecnologia sempre se apresentou contra a alimentação natural e a favor do desmame, em especial ao se deter no concorrente histórico número “um” do leite materno, o leite de vaca e suas variadas apresentações. Mas, ao longo da história dos fatores de desmame (Capítulo 2.3.1) e do Banco de Leite Humano no Brasil (Capítulo 2.4.2.2), pode-se verificar que os avanços tecnológicos se colocaram, ora a favor da prática do AM, ora contra. Mas, o que predominou afinal?

Segue abaixo quadro demonstrativo destes avanços (a maioria já citada anteriormente) e sua posição em relação ao aleitamento materno, segundo a interpretação da autora (Quadro 4).

QUADRO 5 - Relação entre a tecnologia e o Aleitamento Materno (AM)

TECNOLOGIA	
A FAVOR	CONTRA
Conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia mamária; composição do leite materno e suas propriedades bioquímicas, imunológicas, afetivas*.	Conhecimentos acerca da indústria do leite em pó modificado (MARGE, 1991; apud OMS, 2001)
Acesso ao Pré-natal de qualidade (O.M.S., 2001)	Uso de chupeta (BRASIL, 1993; VICTORA et al, 1995; 1997)
Realização de exames laboratoriais e radiológicos para controle das mães doadoras de LM (ALMEIDA, 1999).	Consumo de alimentos pré-lácteos: glicose, chá (BRASIL, 1993; OMS, 2001).
Avaliação do estado nutricional da criança e da mãe (balanças, réguas) (BRASIL, 1993)	Uso de mamadeira (desmame; higiene) (BRASIL, 1993; OMS, 2001)
Uso de medicamentos que aumentam a produção do LM; que tratam doenças maternas e infantis, favorecendo e permitindo o AM*.	Uso de cremes para o seio, protetores de mamilos, sutiãs, conchas (OMS, 2001).
Ação dos Bancos de LH: esterilização do material para coleta do LM; conservação do LM em geladeiras e congeladores; pasteurização do LM; análise bacteriológica; controle físico químico do LM (teor gordura e proteína); liofilização do LM (conservação por mais tempo); uso de ordenhadeira manual e elétrica; proteção com gorros e máscaras para a ordenha e manipulação do LH. (BRASIL, 1994)	Uso de medicamentos que interferem negativamente na lactação, como diuréticos, ou que passam para o leite com efeitos colaterais, como benzodiazepínicos (OMS, 2001), medicamentos para cólicas usados na chupeta: Funchicória® (BRASIL, 1993), medicalização do parto (OMS, 2001), pílula anticoncepcional (LAMOUNIER, CHAVES 2004).
Acesso ao Alojamento Conjunto após o nascimento em internação da criança ou mãe (BRASIL, 1993).	Acesso ao berçário: separação do binômio mãe filho (BRASIL, 1993).
Uso de fortificantes do LM: uso em adição ao leite materno para o RN prematuro*.	Realização de cesariana sem indicação médica (WEDERPASS et al, 1998).
Uso de obturador do palato para RN e lactentes com fenda palatina; sondas, seringas, conta gotas, copos que permitam a reactivação (LANG, 1994; apud OPS 2001).	Uso de anestesia em especial a geral, que deixa a mãe menos participativa e interfere na produção do LM (OMS, 2001).

QUADRO 5 (cont.) - Relação entre a tecnologia e o Aleitamento Materno (AM)

TECNOLOGIA	
A FAVOR	CONTRA
Proteção da legislação a favor do AM: licença maternidade, direito à creche, licença paternidade etc (BRASIL, 1991), Norma brasileira para comercialização de alimentos para o lactente e criança menor de 3 anos, chupetas, bicos e mamadeiras (CNS, 1988).	Não realização da fiscalização na aplicação da legislação em defesa do AM*
Informações sobre o AM <i>em sites</i> de aleitamento na internet, publicações diversas (Curso para manejo do AM (M.S., 1993); Guia alimentar para crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2002) etc.	Uso de relógio para fixação de horários para as mamadas (BRASIL, 1993; OMS, 2001).
Sensibilização para o AM em Rádio, Televisão, CDs, DVDs *	Permissão de propagandas de alimentação artificial para lactentes em rádio, televisão *.
Acesso às consultas de puericultura com estímulo ao AM (O.P.S., O.M.S., 2001)	Uso inadequado de bombas de tirar leite levando a fissuras mamilares *
Exames laboratoriais para controle da saúde das crianças (ALMEIDA, 2001).	

* Sugestões da autora

É interessante verificar, na análise do quadro acima, que, ao contrário do que poder-se ia ter concluído precipitadamente, os prós e contras da tecnologia em relação ao aleitamento materno se equilibram ao longo da história. E que, se for mantida a política atual na orientação do aleitamento materno, esta poderá dirigir a adoção de tecnologias e suas futuras inovações favorecedoras à continuação desta prática alimentar essencial à saúde plena do recém nascido e lactente.

Finalizando, apresenta-se a citação de Gesteira, escrita há mais de 30 anos:

A amamentação ao seio constitui a melhor garantia da saúde atual e futura da criança. Representa o modo ideal de alimentar o recém-nato humano. Não obstante haver sofrido, em épocas recentes, certa restrição quanto ao seu uso, com suposta base nos progressos técnicos do aleitamento artificial, presentemente são enviados esforços no sentido de intensificar seu emprego, cujos resultados são superiores a todos os métodos propostos: é insofismável a superioridade do aleitamento ao seio e, no estado atual do conhecimento humano, ainda nenhuma outra forma de alimentação a suplanta de modo irrefutável ou duradouro. (1974, p.195).

2.4 O Apoio ao Aleitamento Materno

2.4.1 Dispositivos legais acerca do aleitamento materno: apoio e promoção

Diante dos objetivos deste trabalho em identificar e analisar os fatores que podem interferir na situação do aleitamento materno exclusivo e hábitos alimentares em crianças menores de quatro meses, residentes em Juiz de Fora no ano de 2002, e fornecer informações básicas para planejamento de política de apoio e proteção ao aleitamento materno, bem como de promoção do mesmo no município, tornam-se indispensáveis noções acerca da história da política de AM no país, como base de raciocínio da discussão da situação local diante dos resultados verificados pela pesquisa.

A necessidade de leis que facilitem a amamentação às mães que trabalham fora do lar, e que favoreçam sua prática na sociedade deve ser considerada quando se analisa a situação do aleitamento materno.

A legislação mais remota existente no Brasil, objetivando a criação de condições para a prática do aleitamento materno, é vista na Constituição de 1934, que faz referência à proteção à maternidade e à infância. O “Estatuto da Mulher”, de 1936, amplia o período de licença na época do parto, e na CLT, em 1943, é aberto espaço na jornada de trabalho para amamentação, além de conter artigos sobre a criação de creches e salas de aleitamento. Já o

Decreto de Lei nº 52.820 de 1966 estabelece 12 semanas para licença-maternidade (SANTANA, 2000).

Nas décadas de 60 e 70, os pediatras dos países em desenvolvimento alertavam sobre os efeitos deletérios da alimentação artificial em detrimento da natural, em especial quando associada a condições sanitárias inadequadas, e sua relação com os altos índices de desnutrição e mortalidade infantil. Esta preocupação com as variáveis que influenciam o desmame precoce antecede a reunião conjunta sobre “Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância da OMS/UNICEF, de 1979, em Genebra. Exemplo disso é que já, em 1974, o então Secretário da Saúde do Estado de Pernambuco, Dr. Fernando Figueira, tomou a atitude de proibir a distribuição de leite em pó e mamadeira nas Unidades de Saúde do Estado. E, segundo relatório do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), de 1989, “tal atitude antecedeu, sem dúvida, a certeza de que a amamentação passa pelo estabelecimento de políticas que protejam esta prática” (ADESSE, 1994, p.19).

A preocupação com o desmame precoce culminou com a Declaração da OMS/ UNICEF, resultante do referido encontro acerca da “Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância”, em 1979, em reunião histórica com 150 participantes (Genebra –Suíça), com destaque para valorização do aleitamento natural, preocupação com o desmame precoce, saúde e posição das mulheres em relação à alimentação infantil e orientação sobre a comercialização, promoção e distribuição de substitutos do leite humano.

Adotando as recomendações oriundas da reunião de Genebra, o Ministério da Saúde (MS), com apoio do UNICEF, lançou, em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM, no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (ALMEIDA, 1999; INAN, 1991) com o Grupo Técnico Executivo de Incentivo ao Aleitamento Materno (GTNIAM), composto por representantes dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, de Educação e Cultura, do Interior, do Trabalho, das

Sociedades como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), UNICEF, OPS / OMS. Esta visão multi e interdisciplinar deveu-se à constatação de que as causas do desmame se encontravam, em sua maioria, fora do setor saúde (PNIAM, 1991). Com a criação do PNIAM, ficou definida a política estatal em favor da amamentação.

As questões básicas do PNIAM eram voltadas para organização da rede de Bancos de Leite Humano; atenção alimentar e nutricional, incluindo apoio alimentar à gestante; informação e apoio à comunidade; educação e saúde.

Como estratégias de sensibilização, o Ministério da Saúde empreendeu campanhas nacionais de incentivo ao aleitamento materno, incentivou formação de grupos interministeriais e interdisciplinares sobre o tema, apoiou pesquisas e a veiculação de literatura científica. No tocante às ações específicas em prol do aleitamento materno, consta, no PNIAM, a capacitação de recursos humanos, com número expressivo de profissionais habilitados; revisão de rotinas de saúde; campanhas com material educativo; incentivo aos grupos comunitários de apoio ao AM; apoio ao BLH; promoção de eventos para profissionais de saúde e afins; divulgação e apoio às leis de proteção da mulher trabalhadora no aleitamento materno e Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes; apoio à pesquisa; articulação com órgãos das três esferas de Governo, municipal, estadual e federal; apoio aos Hospitais Universitários e Organizações Não Governamentais; implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Pretendendo resgatar a prática do aleitamento materno através de técnica diferente de assistência nas unidades do INANPS, foi estabelecido, através da Resolução nº 18 INANPS / MS de 1983, o Alojamento Conjunto obrigatório (BRASIL, 1993). Em 1987, uma Portaria do Ministério da Educação e Cultura torna o Alojamento Conjunto obrigatório em Hospitais Universitários.

Em 1988, foram fixadas disposições acerca da implantação e funcionamento de Banco de Leite Humano e, nesse mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), de acordo com o compromisso assumido na 34ª Assembléia Mundial de Saúde, em sua Resolução nº 05, aprova a “Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes” (de acordo com adaptação do Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno). Em 1992, o CNS aprovou novo texto para a referida norma, que inclui bicos e mamadeiras. Cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) a divulgação, implementação e vigilância destas normas, o qual, quando necessário, poderá acionar outros órgãos federais, assim como o Departamento de Defesa do Consumidor (PROCON). A rede IBFAN (“International Baby Food Action Network”), órgão internacional de voluntários, sem fins lucrativos, com representação no Brasil, também auxilia na divulgação e cumprimento destas normas, assim como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Esta última, em ação de vigilância ao cumprimento das normas da NBCAL, contou recentemente com a contribuição de 18 universidades federais, entre estas, a Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, quando foi constatado que, em 1.310 ações de marketing de bicos, chupetas, leites e alimentos infantis analisados em todos os países, 64% estão em desacordo com a lei. Em Juiz de Fora, foram monitoradas 680 promoções comerciais, sendo que 84% não seguem a NBCAL (UFJF, 2007).

A NBCAL é um instrumento importante para o controle da publicidade indiscriminada dos alimentos e produtos de puericultura que concorrem com a amamentação. Baseada no Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi revista novamente em 2001/2002, com ampliação de sua abrangência de ação para três anos de idade (primeira infância).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) trata, no capítulo II – Dos Direitos Sociais: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, entre outros”;

na Seção III do Capítulo da Seguridade Social, é garantida a proteção à maternidade, especialmente à gestante; na Seção IV, é enfocada a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; no Capítulo “Da família, da criança, do adolescente e do idoso”, no art. 227, diz: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação ...”

Enfatiza o Capítulo II, “Dos Direitos Sociais”, item XVIII – “licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias”, item XIX - licença-paternidade com duração de cinco dias, item XX – proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei. O item L do Capítulo I assegura o direito das presidiárias de permanecerem com seu filho no período da amamentação. E, de acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)(Título III, capítulo III, seção IV, artigo 389, 1º p), “os estabelecimentos nos quais trabalham pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade terão de ter um lugar apropriado onde seja permitido às empregadas assistir a seus filhos no período da amamentação. O 2º parágrafo do artigo 389 da CLT diz que “a exigência do parágrafo 1º poderá ser suprida por meio de creches distritais montadas por convênios, outras entidades públicas ou privadas ou pelas próprias empresas...”. E, ainda na CLT (Título III, capítulo III, seção V, artigo 400): “...os locais destinados à guarda dos filhos das operárias durante o período da amamentação deverão possuir, no mínimo, um berçário, saleta para amamentação, cozinha dietética, instalação sanitária”.

Em julho de 1990, é promulgado o “Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 1990), que, no seu artigo 8º, assegura à gestante atendimento pelo Sistema Único de Saúde, no período pré e perinatal; o artigo 9º apresenta que o “ Poder Público , as instituições e os empregados propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive às mães submetidas a medidas de privação da liberdade” e o artigo 10, item V, trata da obrigatoriedade do Alojamento Conjunto.

A Lei nº 8.078 de setembro de 1990 sanciona o Código de Defesa do Consumidor, que, em seu bojo, respalda vários artigos das normas. Nesse mesmo ano, o novo “*modus operandi*” do PNIAM é instituído através da Portaria nº 780 do Ministro da Saúde.

Em março de 1992, o Brasil iniciou a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC, através do Ministério da Saúde e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com apoio da UNICEF e da OMS/OPS. O compromisso para esta implementação fora assumido pelo Brasil junto a outros 11 países por ocasião do encontro internacional em *Spedale degli Innocenti*, em 1990, e consta na “*Declaração de Innocenti*”, elaborada durante o encontro. A IHAC tem como objetivos promover, proteger e apoiar o aleitamento materno em todas as partes do mundo, através da mobilização dos profissionais dos estabelecimentos de saúde para que promovam um ajuste de rotinas e práticas, como também de atitudes e comportamentos, a fim de garantir a adoção dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, sendo que estes devem ser seguidos em todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétricos e cuidados a recém-nascidos (OMS,1993). Como estímulo para a implantação da IHAC, foi determinado, em 1992, que HACs vinculados ao SUS receberiam 10% a mais na assistência aos partos e atendimento pré-natal, sendo citado também um acréscimo de 30% aos honorários de consultas do pré-natal. Os dez passos mencionados são:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se virem a ser separadas de seus filhos.

6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Praticar o Alojamento Conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sobre livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Audi et al (2004) referem a necessidade de um décimo-primeiro passo para assistência às mães e suas crianças para prover suporte psicoemocional durante trabalho de parto, nascimentos de crianças prematuros e outras situações de risco.

A meta estipulada em reunião da Cúpula Mundial em favor da Infância era de que 50% dos hospitais que atendessem 1.000 partos por ano deveriam ser credenciados até o ano de 1995. O credenciamento de 149 hospitais, no ano de 2000, corresponde a 29% da meta estabelecida. Dados do Ministério da Saúde, em 2002, indicam a ampliação da IHAC para 199 unidades hospitalares no Brasil, sendo a maioria dos hospitais de origem pública e localizada no Nordeste. Em 1992, segundo dados do PNIAM, eram 50 unidades para um total de 8.000 maternidades credenciadas. Já em 2006, totalizam 327 HACs no Brasil, sendo 148 no Nordeste e 68 no Sudeste.

No ano de 1992, a UNICEF e a OMS determinaram a proibição do fornecimento de leites artificiais gratuitos ou a baixo custo em maternidades e hospitais. Esta ação já havia sido antecipada por Dr. Fernando Figueira, em Pernambuco, em 1974, como relatado anteriormente.

A normatização e a implantação do Método Mãe Canguru para atendimento ao recém-nascido de baixo peso (aprovado em 36 países) deram-se em 1999. Até 2003, a rede brasileira

de hospitais contava com mais de 300 maternidades e 3.789 profissionais treinados neste método (Método Mãe Canguru, 2007).

Em dezembro de 1999, o Ministro da Saúde instituiu, no INAN, a Comissão Central de Banco de Leite Humano, com objetivo de fiscalizar e assessorar a implantação e implementação dessas unidades (BRASIL, 1994).

A ação de aleitamento materno, hoje inserida na Área de Saúde da Criança da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, vem descentralizando suas ações, ampliando cada vez mais suas parcerias, principalmente com Secretarias Estaduais de Saúde e entidades de classes como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), através de seu Departamento de Aleitamento Materno, que vem atuando de uma forma, até então, nunca vivenciada em sua história.

A elaboração de material instrucional e de divulgação, a promoção de encontros, seminários e outros eventos técnico-científicos, como Cursos de Monitorização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e crianças na primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras, Cursos para Avaliadores, Gestores e de Capacitação de equipes Multidisciplinares para a IHAC, Cursos de Aconselhamento em Amamentação e de Capacitação e Habilitação em Bancos de Leite Humano, entre outros, como Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança (IUBAAM), vêm sendo devidamente considerados pelo Ministério da Saúde.

O desenvolvimento de projetos em parceria com outros órgãos, como o de “Carteiro Amigo do Peito” e “Bombeiro Amigo do Peito”, também tem sido organizado pelo MS. A ampliação do “Projeto Carteiro Amigo do Peito”, em parceria com a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos para todo o país, possibilitou a capacitação, com apoio do MS, das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, assim como dos Bancos de Leite, de cerca de 17 mil carteiros que passam informações e entregam materiais educativos para as famílias sobre

amamentação, beneficiando mais de dois milhões de crianças menores de um ano e gestantes. O projeto em parceria com o Corpo de Bombeiros, além da orientação domiciliar acerca de amamentação, proporciona coleta do leite humano ordenado e, em certas cidades, como em Brasília, participa da equipe de plantão do próprio Banco de Leite Humano. Os carteiros, assim como os bombeiros, tornaram-se, dessa forma, agentes de cidadania, divulgando informações sobre a importância do aleitamento materno. O Projeto Carteiro Amigo do Peito surgiu em Fortaleza, Ceará, e tornou-se tema de um documentário da BBC, a rede britânica de TV (BRASIL, 2002). Em 2002, o projeto carteiro Amigo do Peito se expandiu para todo o Brasil, com treinamento de 23.400 pessoas neste ano.

No campo das regulamentações, diferentes atos administrativos, como portarias, normas e resoluções, foram editados e são monitorados pelo MS, visando à proteção e apoio ao Aleitamento Materno, bem como à proteção dele. A Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde (MS) nº 97/95 regulamenta as questões relativas à amamentação e AIDS.

A rede de Bancos de Leite Humano foi reformulada (ano de 1998) e é considerada a maior rede do mundo. É constituída pela Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (representação do Departamento Científico de Aleitamento Materno da SBP), Comissões Estaduais de BLH, Centro de Referência Nacional – Instituto Fernandes Figueira e pelos Centros de Referência Estaduais. Com a ampliação da rede de BLH, hoje são 175 unidades espalhadas em 26 estados, beneficiando milhares de crianças prematuras e de baixo peso em todo o país. Cerca de cem mil litros de leite humano são coletados por estes BLHs (BRASIL, 2002).

Em 1999, foi lançada, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, de forma pioneira, a IUBAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança – com os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento, tendo como modelo a IHAC. Surgiu como uma demanda do Grupo Técnico Interdisciplinar de Incentivo ao Aleitamento Materno. A partir de 2001, o M.S

passou a contribuir para o estabelecimento desta iniciativa, iniciando a capacitação de multiplicadores, tendo como modelo a IHAC, em vários estados. E, no Rio de Janeiro, o município de Pirai recebeu o título de “Amigo da Amamentação”.

O projeto de combate à fome do atual Governo, de Luiz Inácio Lula da Silva (2001), Projeto Fome Zero (versão 3), mostra, entre as suas propostas específicas frente ao combate à desnutrição infantil, a realização dos

[...] programas de incentivo e orientação ao aleitamento materno, como direito das crianças e das mulheres. É relatado que estes programas devem envolver empresas, famílias e serviços públicos, considerando não o dever da mulher, mas o direito de amamentar os filhos. Para tal, é preciso fiscalizar o cumprimento da legislação por parte das empresas para disponibilizar creches, bem como os horários das trabalhadoras para a amamentação. A formação de Bancos de Leite Materno deve ser incentivada, assim como a doação de sangue. É preciso ainda, para o imenso contingente de mulheres que trabalha no setor informal e que não possui acesso a creches em seus locais de trabalho, incentivar investimento na constituição de creches próximas aos locais de residência, o que pode contribuir, adicionalmente, para geração de trabalho e renda para mulheres desempregadas. (SILVA & CAMARGO, 2001, p. 90).

O Programa de Agentes Comunitários da Saúde e o Programa de Saúde da Família, este último em plena implantação em todo o país desde 1994, elegeram como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população. A partir desses princípios, a visita domiciliar no puerpério, realizada pelo agente comunitário de saúde, promove o apoio à amamentação, garantindo atendimento precoce ao recém-nascido, além de monitorizar, através dos indicadores de saúde, entre eles o aleitamento materno exclusivo até os quatro meses, o estado de saúde da população assistida (BRASIL, 1997).

Em 2005, Nair Guedes, vereadora e professora da UFJF, propôs um projeto de lei para o município de Juiz de Fora, já aprovado pela Câmara de Vereadores do município, baseado nas atividades da Casa de Parto da UFJF, com a finalidade de incluir a presença de um acompanhante para toda gestante e puérpera do SUS, no período de pré-parto ao puerpério imediato. O mesmo projeto foi aprovado como Lei Federal e, segundo a professora, já está em

vigor em muitos municípios. Este direito já havia sido adquirido pelas adolescentes gestantes, usuárias dos SUS (UFJF, 2005).

Em agosto de 2006, a senadora Patricia Saboya Gomes propôs projeto de lei para ampliação do período de licença-maternidade de quatro meses para seis meses, tendo sido esta proposta inicialmente elaborada pela Sociedade Brasileira de Pediatria e endossada pela Ordem de Advogados do Brasil e pela Frente Parlamentar em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, sendo encaminhada como campanha pela SBP para todo o Brasil, para divulgação e solidificação. A proposta da senadora é dirigida à iniciativa privada, sendo opcional para as empresas e para as empregadas das mesmas, com direito a descontos em tributos federais (SBP, 2006; 2007). O ponto crucial para a defesa desse ponto de vista é garantir o vínculo mãe-filho, que propiciaria o aumento do tempo do aleitamento materno (Anexo 3). Já são seis estados e 49 municípios brasileiros envolvidos nessa campanha. Em 39 municípios e três estados, a proposta já virou lei e beneficia funcionárias públicas, fruto da campanha “seis meses é melhor”. Depois do Estado do Amapá, as mais recentes adesões foram de Rondônia e da Paraíba.

Recentemente o projeto de lei acima ganhou apoio do procurador geral da república , Dr Antônio Fernando Souza, do Ministro da Saúde, Dr José Gomes Temporão que proferiu as seguintes palavras para a rádio do ministério:

“Sou radical, entusiasmado defensor. Acho que é uma medida de promoção de saúde de grande alcance, não só para a saúde do bebê , mas também da mãe.Essa relação mãe bebê no primeiro ano de vida é fundamental para que possamos criar cidadãos saudáveis do ponto de vista físico mas também equilibrados emocionalmente. A questão do núcleo familiar, da relação mãe bebê qualificada, do prolongamento do prazo do aleitamento materno, tudo isso é fundamental e se insere na política que defendo de promoção de saúde.” (SBP, 2007, p.8)

2.4.2 Banco de Leite Humano

Diante da importância da rede de Banco de Leite Humano para o aleitamento materno no país, na situação atual de vanguarda em relação à proteção, promoção e manejo do aleitamento materno e frente à indicação do município de Juiz de Fora para Centro de Referência Nacional será avaliada a história da implantação deste sistema no Brasil, com o objetivo de, entendendo melhor este sistema, ser possível auxiliar no planejamento das políticas locais favoráveis ao aleitamento materno.

2.4.2.1 Conceito

Banco de Leite Humano (BLH): centro especializado, responsável pela promoção e incentivo ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta, processamento e controle de qualidade do colostro, leite de transição e maduro, para posterior distribuição, sob prescrição de médicos e nutricionistas, sendo este obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e/ou infantil. É uma instituição sem fins lucrativos, sendo vedada a comercialização dos produtos por ela distribuídos (ALMEIDA, 1999).

2.4.2.2 História no país

Os Bancos de Leite Humano têm sido um dos mais importantes elementos estratégicos da *política estatal* em prol do aleitamento materno no Brasil, nas últimas duas décadas. Sua história, no Brasil, pode ser dividida em duas fases:

- > 1943 a 1985, com ruptura do paradigma original, e,
- > após 1985, com novo modelo, vigente até os dias atuais.

- Bancos de Leite Humano no período de 1943 a 1985

O primeiro Banco de Leite Humano (BLH), no Brasil, foi implantado em 1943, no então Instituto Nacional de Puericultura, atualmente Instituto Fernandes Figueira da Fundação

Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com objetivo de coletar e distribuir Leite Humano, com finalidades especiais e de emergência, como prematuridade. Em 2002, o Brasil contava com uma rede de 175 unidades de BLH, espalhada em 26 estados (NOVAK et al, 2002) sendo considerada pela *Human Milk Bank Association of North América* (1998) como o mais completo sistema de BLH do mundo.

O primeiro BLH surgiu numa época de franco declínio da amamentação no Brasil, com o “*desmame comerciogênico*” imposto pelo marketing dos leites em pó modificados, como relatado anteriormente, com suposto respaldo científico que levou ao questionamento pela pediatria da época acerca dos valores do leite humano, *influenciada pelo marketing dos leites em pó*. A alimentação artificial era sempre a primeira alternativa, conforme descrito por Barata (1960):

“O alimento artificial pode resolver hoje quase todos os casos; o leite humano que se consegue obter é sempre em pequena quantidade, e finalmente é um alimento que alcança preço muito elevado, equiparando-se aos medicamentos mais caros. Tudo isto aconselha a sua parcimoniosa indicação”. (apud ALMEIDA, 1999,p. 92).

Segundo reforça Gesteira (1974), os BLH surgiram como alternativa moderna e segura para a secular “ama de leite”, que foi introduzida no país pelos colonizadores portugueses, cujas mulheres não amamentavam passando esta tarefa às amas mercenárias, substituídas no Novo Mundo pela índia cunhã, e, a seguir pela ama de leite escrava, africana. Almeida (1999), relata que a idéia de que a amamentação seria imprópria para uma dama foi introjetada na cultura brasileira na época.

Assim, a valorização crescente dos elementos culturais relacionados aos leites industrializados, a apologia do desmame precoce pelos serviços de saúde, a cruzada higiênica contra as amas de leite, tornaram o leite humano um produto raro e caro (35 dólares o litro).

No século XIX, com o movimento higienista, a mulher passou a ser chamada a amamentar, de maneira universal, exceto quando havia impedimento à amamentação, com a chamada “síndrome do leite fraco”, sendo que para estas, a alternativa era a ama de leite.

Já no século XX, a causa da mulher não amamentar era a hipogalactia, tendo como “solução” *o emprego dos leites em pó modificados com o auxílio da mamadeira, sendo esta última um símbolo de modernidade na alimentação do lactente*. Desde então, a amamentação não foi mais objeto central de preocupação na medicina, passando para *os leites em pó modificados o papel mais adequado para a alimentação do lactente*. Surge o “desmame comerciogênico”, conforme comentado anteriormente. O “marketing” dos leites modificados já vence o leite materno, ficando para as amas de leite as situações de falhas na alimentação artificial.

Na década de 40, *a alimentação artificial com leite em pó modificado era modelo no Brasil*, tendo sido utilizada, cada vez mais precocemente, para o lactente, levando ao desmame precoce. Surgem, então, os BLH para cobrir as falhas do paradigma do desmame comerciogênico. Lembra Almeida (1999: 94), que o “*desmame em prol da utilização de produtos industrializados, respeitando a vanguarda científica vinculada aos leites modificados, passou a consistir em regra, e a amamentação, a exceção*”. Restava aos BLH ficarem na retaguarda, constituindo uma alternativa para as falhas e complicações da alimentação artificial, e vindo também substituir as amas de leite, transformando-as em doadoras (ou melhor, vendedoras, na época) de LH. Como ressalta Barata, 1960:

“O Banco de Leite vê sua estrela empalidecer. O progresso da alimentação artificial, os maiores recursos com que contam hoje pediatras e puericultores, abalaram seus alicerces.....É evidente que a grande maioria dos casos necessitados antes do concurso do leite humano, quando ocorria a falta do leite materno, pode ser resolvida, hoje, satisfatoriamente, com o alimento artificial em suas diversas modalidades. Mas, há e haverá por muito tempo, os casos mais difíceis, em que o LH se apresenta como um recurso oportuno, de grande valia.” (GESTEIRA, 1960;apud ALMEIDA,1999,p.95).

Mas o leite humano distribuído não era visto como um concorrente dos produtos industrializados; ao contrário, era uma alternativa segura para as falhas da alimentação artificial.

No século XX, os Bancos de Leite Humano funcionavam como negócio lucrativo, e, de 1943 a 1985, funcionavam como grandes leiterias, com único propósito de obtenção de LH. A doação do LH passou a ser profissional nos BLH, com relação comercial de compra e venda agenciada pelos BLH, responsáveis pela intermediação dos lucros auferidos nas transações (Almeida, 1999). A remuneração era de acordo com o volume produzido e atrativos adicionais (extremamente questionáveis) eram lançados para as clientes, como assistência médica diferenciada e *distribuição de leites industrializados*, como afirma Gesteira (1960):

“(...) tem amparado os filhos das doadoras, que aí encontram consultórios de puericultura e pediatria à sua disposição. Tem igualmente fornecido alimento aos filhos das doadoras: cerca de 3000 latas de leite em pó foram distribuídas neste período (...)”. (apud ALMEIDA, 1999,p. 97).

Deve-se ressaltar que estas latas de leite em pó eram gentilmente *ofertadas pelos fabricantes (estratégia de “marketing” com amplo alcance, mas com conseqüências negativas para a criança, como desmame, desnutrição, etc)*, mediante solicitação dos profissionais do BLH e das maternidades.

Para garantia *de LH de qualidade* para o BLH, as doadoras deveriam ser saudáveis e limpas, e eram submetidas a *exames laboratoriais (Lues e radiografia de tórax)* e seus filhos eram acompanhados (com especial vigilância para sífilis congênita), como instrumento de aferição da saúde materna. Quanto aos cuidados dispensados ao leite humano, é citada a *asepsia desde a ordenha e coleta até o consumo*, (ALMEIDA, 1999).. Os utensílios utilizados para a coleta do LM eram *previamente esterilizados*.

A retirada do LM da doadora era realizada por *ordenha manual ou mecânica* (GESTEIRA,1974), sendo a última já considerada na época, superior à primeira, por menor risco de contaminação e maior rendimento (ALMEIDA, 1999).

O leite era distribuído cru, e *quando em maior volume*, era submetido a um *tratamento térmico*, que o conservava por até uma semana em geladeira.

Em resumo, o BLH, que havia sido criado com o propósito ideal de proteção social à doadora e seu filho, sem lucro, e encorajamento para o aleitamento mediante uma recompensa à doadora, não conseguia seguir este modelo, pois as doadoras eram, na sua maioria, carentes, sendo norteadas pela gratificação (com estímulo à paridade), e, além disto os BLH não conseguiam intervir a favor do AM, eram meros fornecedores de LH. As mulheres doadoras, de baixa renda na maioria, eram levadas a vender o próprio leite em detrimento da saúde do seu filho, muitas das vezes. E o que é mais importante é que tudo isto acontecia com o patrocínio de um serviço de proteção à saúde materno infantil, com incentivo e promoção de seus profissionais, médicos e enfermeiros. E, segundo Almeida (1999, p.102), “as mulheres eram orientadas a assumir práticas comuns à pecuária leiteira”.

- Banco de Leite Humano após 1985 (IFF/ FIOCRUZ)

Até essa época, os BLH, no Brasil, funcionavam irregularmente, o que levou o Ministério da Saúde, na coordenação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, a mobilizar esforços para mudança neste perfil. Assim o BLH do IFF foi escolhido como modelo piloto para buscar alternativas para melhorar a qualidade do funcionamento e do produto dos BLH brasileiros. A partir de 1985, os trabalhos foram iniciados no IFF, tendo como prioridade a melhoria do leite humano ordenhado (LHO), seu processamento e controle de qualidade. Novos procedimentos foram adotados, desde a *coleta até a distribuição dos produtos, incluindo-se a pasteurização LTLT como tratamento térmico obrigatório, além do*

controle de qualidade do Leite Humano Ordenhado (LHO) (NOVAK, 1994; apud ALMEIDA, 1999). Com estas medidas, o BLHIFF passou a distribuir *leite humano de qualidade certificada*.

O Banco de Leite Humano passa a ser uma unidade a serviço da amamentação, rompendo com o paradigma de 1943, com uma nova perspectiva, conforme mostrado no conceito atual de BLH, em direção à promoção do AM, incluindo coleta, processamento e controle de qualidade do LH, para posterior distribuição, com vinculação a serviço hospitalar e sem fins lucrativos ou de comércio. O perfil das doadoras foi se modificando passando a contar com nutrizas voluntárias, tendo a solidariedade como característica comum. A nutriz passa a ser o principal alvo assistencial do BLH.

A partir de 1986, o BLH do IFF/ FIOCRUZ passa a ser o Centro de Referência Nacional para BLH no país, através do convênio entre o INAM e a FIOCRUZ, com o compromisso de desenvolver *pesquisas, capacitar recursos humanos e prestar apoio técnico aos demais BLH do Brasil*. A atuação do Centro de Referência tornou-se tão importante que hoje constitui um modelo de unidade em prol da amamentação, criando oportunidades, *gerando tecnologias alternativas*, apoiando iniciativas, sendo hoje o elemento central da maior rede de Bancos de Leite do mundo, com 175 unidades no país e duas no exterior.

Na primeira metade da década de 80, a situação dos BLH, no Brasil, ainda era motivo de preocupação, com grande desestímulo na sua atuação. Dois acontecimentos vieram reverter este quadro: a experiência desenvolvida no BLH IFF, de 1985 a 1986, e os Bancos de Leite de Empresa.

A Icotron, empresa fabricante de componente eletrônico, em Gravataí, na grande Porto Alegre, contribuiu muito com sua experiência para que se repensasse a questão do BLH no país (ALMEIDA, 1999). Uma das características da Icotron era apresentar um grande número de mulheres em idade fértil e uma baixa prevalência de amamentação entre as mesmas. As

mulheres preferiam manter seus filhos próximos a seus domicílios, devido a baixas temperaturas, o que levava ao desmame precoce. Para reverter este quadro, a Icotron e seus profissionais de saúde implantaram um *BLH dentro da empresa*. A mãe retirava seu leite três vezes ao dia, sendo o mesmo resfriado e acondicionado em embalagens isotérmicas, as quais ao final do dia eram devolvidas às mães. A funcionária levava o *seu leite ordenhado e resfriado* para a creche para ser oferecido, no dia seguinte, para o seu filho; e em casa amamentava seu filho sob a forma de livre demanda. E assim se fazia a cada dia de trabalho, e o resultado foi tão positivo que houve um excesso de produção de leite, que foi doado ao Hospital da Criança Santo Antônio de Porto Alegre. Esta experiência foi relatada no I Congresso Pan-americano de Aleitamento Materno, em maio de 1985, em Porto Alegre.

A partir da segunda metade da década de 80, o Brasil mostrou um grande avanço na história dos BLH, sob a coordenação do Comitê Nacional de Bancos de Leite Humano (antigo Grupo Técnico de BLH/ INAN), através da *publicação da primeira legislação regulamentadora da implantação e funcionamento dos BLH no Brasil; implantação de centros de referência nacionais; programas de capacitação de recursos humanos; material instrucional próprio; realização de congressos* e apoio à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, em âmbito nacional, no início dos anos 90. Já, em 1996, o país contava com seis Centros de Referência Nacionais em Aleitamento Materno (VENÂNCIO et al, 1998). Hoje, Juiz de Fora tornou-se um dos oito Centros de Referência Nacional existentes no país.

Em 1992, foi criada a Comissão Central de Bancos de Leite Humano, como iniciativa do Ministério da Saúde, em lugar do Comitê anteriormente citado, devido à reestruturação do PNIAM. Suas ações foram voltadas, com prioridade, para a implantação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Os investimentos em pesquisa permitiram que o Centro de Referência Nacional da FIOCRUZ desenvolvesse metodologias práticas, de controle de qualidade, adaptadas à

realidade do nosso país: *houve redução do custo da análise por amostra e das técnicas de processamento, com manutenção da qualidade e segurança. Esta nova realidade operacional possibilitou, segundo Almeida (1999), enfrentar, com tranquilidade técnica, os agravos e riscos decorrentes do advento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana), permitindo a continuação da expansão da rede de BLH brasileira, enquanto, no resto do mundo, assistiu-se ao fechamento de várias unidades por questões de risco biológico e insegurança (VINAGRE et al, 2001). Outra prática inovadora foi a determinação da acidez e do valor calórico do LH, o que permite oferecer leite materno com valores calóricos de mais de 90 cal/100ml, mais apropriados às necessidades dos pequenos prematuros.*

Diante da importância da rede de BLH no cenário da saúde pública brasileira, a FIOCRUZ / IFF, em ação integrada com a Secretaria de Políticas de Saúde / Coordenação de Aleitamento Materno, elaborou, segundo Almeida (1999), um projeto que visa nortear a formulação, a implementação e o acompanhamento da política estatal, no âmbito de atuação dos Bancos de Leite Humano em todo território nacional. O foco principal desta iniciativa é a consolidação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (RNBLH), mediante o cumprimento de metas traçadas com base nos seguintes objetivos:

1. Objetivos Gerais:

- ✓ Promover a extensão da cobertura da RNBLH, com ênfase em municípios de risco, segundo projeto para redução da mortalidade infantil do MS.
- ✓ Implantar o Sistema Nacional de Informações e Vigilância em Bancos de Leite Humano.

2. Objetivos Específicos: dentre esses, citam-se alguns:

- ✓ Operar como instância do MS responsável pela implementação de ações políticas deliberadas para este setor pela Secretaria de Políticas de Saúde.

- ✓ Operar como instância de assessoramento técnico à Secretaria de Políticas Públicas em relação à implantação e funcionamento dos BLH.
- ✓ Promover condições que assegurem a implementação do controle de qualidade em todos BLH.
- ✓ Implantar o sistema nacional de monitoramento, retroalimentação técnica e difusão de informação em todos os BLH nacionais.
- ✓ Orientar, treinar, capacitar, habilitar recursos humanos para BLH em diferentes graus de complexidade.
- ✓ Propiciar cooperação técnica entre unidades da federação e segmentos da sociedade organizada para implementação de ações de interface.

- Perspectivas para o novo milênio

A grande perspectiva, segundo o presidente da Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano do Ministério da Saúde e atual (2007) diretor da Rede Latino –Americana de Bancos de Leite Humano, Dr. João Aprígio Guerra de Almeida, é gerar uma nova forma de pensar as questões relativas à amamentação, e três níveis de investimento podem ser propostos:

- Facilitação do acesso para o profissional aos *novos saberes constituídos* sobre o leite humano.
- Definição de caminhos que *levem ao desenvolvimento de base científica, capaz de se contrapor à vanguarda científica instituída pelo “marketing” dos leites modificados.*
- Substituição do discurso ideológico da amamentação por posições cientificamente fundamentadas nos diferentes campos do saber.

A busca de qualidade por meio da educação e da informação certamente configurará o objeto de trabalho do novo milênio, devendo ser a base da nova Política Estatal em lugar da

ótica exclusivista e limitada da distribuição de recursos para instalação de novas unidades. Assim, deve-se priorizar a difusão de informação na dinâmica da introjeção de novos valores culturais para a humanidade. E, entre as alternativas a serem construídas, dever-se-ão possibilitar o *fluxo fácil e eficaz à informação, a exemplo do caminho trilhado pela indústria em relação aos sucedâneos do leite humano que são lançados com tanto sucesso no mercado!*

O Brasil tem hoje a maior rede de Banco de Leite Humano do mundo. As 175 unidades espalhadas por 26 estados e Distrito Federal beneficiaram, só no ano 2000, mais de 80.000 crianças prematuras e de baixo peso, tendo sido coletados 90.000 litros de leite humano, com aproximadamente 60.000 doadoras cadastradas no território nacional (MS, 2000; apud NOVAK, 2002). Este trabalho é reconhecido internacionalmente, tendo sido merecedor do Prêmio Susakawa - OMS, em 2001 (GIUGLIANE, 2002).

2.4.3 Promoção e apoio ao aleitamento materno em Juiz de Fora

A rede de atenção à saúde que envolve a mulher e a criança na região urbana do município de Juiz de Fora é formada por:

- Quarenta e duas unidades de saúde - doze Unidades Básicas de Saúde – UBS tradicionais - e trinta Postos de Saúde da Família – PSF.
- Uma Maternidade e uma Casa de Parto que assistem exclusivamente ao Sistema Único de Saúde.
- Um Hospital Universitário.
- Um Hospital Militar com Maternidade.
- Um Hospital Municipal e 1 Hospital Estadual.
- Um Pronto Socorro Infantil.
- Um Departamento de Saúde da Criança e Adolescente - Serviço de Urgência, Serviço de Atenção a Saúde do Adolescente, Serviço Especial de Puericultura, Serviço de

Atenção ao Desnutrido, Serviço de Atenção à Criança com Baixa Visão e à criança com Dificuldade Escolar, Serviço de Vacinação, Teste do Pezinho e Teste da Orelhinha.

- Um Departamento de Saúde da Mulher com Serviço de Pré Natal de Alto Risco.
- Dois Unidades Regionais com atendimento de urgência e emergência HPS.
- Dois Hospitais e Maternidades que atendem ao SUS e Saúde Privada.
- Dois Hospitais com Maternidade que atendem exclusivamente Saúde Privada.
- Um Banco de Leite Humano.
- Três Postos de Coleta de Leite Materno.
- Ambulatórios da Rede Conveniada, Saúde do Trabalhador (UFJF,SUS), consultórios privados.

O município não conta até o momento com Hospital Amigo da Criança, sendo que somente um dos hospitais está atualmente como candidato ao título, em período de avaliação por equipe especializada da Secretaria Estadual de Saúde. Os dois hospitais da rede privada passaram por cursos de treinamento em aleitamento materno para sua equipe, mas não podem concorrer ao título da IHAC pelas altas taxas de cesariana das referidas instituições - pré requisito para ser candidato a HAC é ter baixa taxa de parto cirúrgico.

Dos referidos estabelecimentos, destacam-se os seguintes no incentivo, manejo e apoio ao aleitamento materno em Juiz de Fora:

1. Banco de Leite Humano

Fundado em 1991 pela Prefeitura Municipal no âmbito da Associação Municipal de Apoio Comunitário – AMAC – é a instituição que historicamente mais promove, incentiva e apóia o aleitamento no município, sendo desde 2001, um dos 8 Centros de Referência Nacionais em Aleitamento Materno, trabalhando dentro das normas de qualidade ISO 9000 além de recebedor de grande consideração, inclusive apoio financeiro para reforma, por parte

do Dr João Aprígio de Almeida Guerra, Coordenador dos BLH do Brasil e da América Latina devido à sua ação de destaque no município. Atualmente exerce as seguintes ações em prol da amamentação:

- Atendimento interno às mães com intercorrência de amamentação- desde a alta hospitalar - com atividades de retirada de leite, orientação e estímulo ao aleitamento.
- Serviços internos de coleta, processamento e liberação do leite humano doado, com distribuição para recém natos prematuros, doentes, a critério médico.
- Disque amamentação: serviço informativo e de orientação à população.
- Campanha permanente de doação de vidros para coleta de leite humano.
- Bombeiro Amigo do Peito: serviço de coleta externa com orientação sobre manejo do aleitamento.
- Curso Manejo do Aleitamento Materno – UNICEF-OMS: para treinamento de toda equipe de saúde de hospitais e ambulatórios do SUS além de bombeiros e outras pessoas da comunidade.
- Congressos e cursos periódicos de atualização em aleitamento materno.
- Comemorações: dia Municipal do Aleitamento Materno (20 de setembro) , Dia Nacional do Direito de Amamentar e de Ser Amamentado, Semana Mundial do Aleitamento Materno, eventos comunitários, encontro anual de mães doadoras e receptoras do BLHJF.
- Curso casal grávido do BLH e apoio a cursos de gestante dos bairros.
- Visitas às maternidades: diárias, levando apoio social e orientação sobre manejo do aleitamento às puérperas.
- “Brincando com a amamentação”: trabalho lúdico realizado nas escolas, creches municipais e em ações comunitárias como campanhas de vacinação para despertar nas

crianças o interesse pela amamentação : concursos de frases e desenhos; teatro de fantoches com cartilha ilustrativa.

- Incentivo ao Cantinho da Amamentação : local reservado nas creches para mães amamentarem, além de desenvolvimento de ações divulgadoras e orientadoras em aleitamento.
- Anjos do Peito: projeto com treinamento em aleitamento materno para voluntários que se tornam multiplicadores na sociedade deste tema.
- Parcerias:
 - o SASAD: palestras para Serviço de Assistência as Adolescentes.
 - o Departamento de Saúde da Mulher no projeto “Da Barriga aos primeiros passos”.
 - o Faculdade de Medicina da UFJF: estágio de quatro horas diário para estagiários de Medicina e Médicos Residentes de Pediatria do Hospital Universitário; participação em projetos de extensão com a UFJF e Departamento de Saúde da Criança e Adolescente acerca de incentivo e orientação ao Aleitamento Materno por ocasião da realização do Teste do Pezinho e consulta de puericultura.
- Lançamento de livro “Mãe Leoa” e teatro de mesmo nome (2004).

2. Departamento de Saúde da Mulher- SUS

- Acompanhamento pré-natal às gestantes de risco.
- Projeto “Da barriga aos primeiros passos”: parceria com BLH, Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente com criação do Cartão da Amamentação a ser utilizado em todas unidades de saúde municipais.

3. Serviço de Assistência ao Adolescente – SASAD

- Grupos de Gestante.

- Acompanhamento pré-natal.
- Curso de Gestante.
- Puericultura.
- Teatro.

4. Departamento de Saúde da Criança e Adolescente – SUS

- Projetos de extensão com a UFJF: “Pré-natal com o pediatra”; “Atendimento pediátrico e estímulo ao aleitamento em Serviço Especial de Puericultura”.
- Captação do recém-nascido de baixo peso nas maternidades da cidade, por pediatra do SUS, com encaminhamento para puericultura e incentivo ao aleitamento materno.
- Acompanhamento de Puericultura a crianças de zero a dois anos de idade.
- Programa de salas de espera com orientação em prol do aleitamento realizado por acadêmicos de medicina da UFJF e residentes de pediatria do Hospital Universitário da UFJF (projeto de extensão) com entrega de material explicativo.
- Projeto de extensão da UFJF em parceria com o Banco de Leite Humano para aconselhamento ao aleitamento no dia de coleta de sangue para realização do Teste do Pezinho.

5. Programa de Saúde da Família

- Pré-natal.
- Cursos para gestantes, grupos educativos.
- Visita domiciliar no puerpério com aconselhamento de amamentação e cuidados com o bebê.
- Acompanhamento de Puericultura.
- Avaliação dos Indicadores Básicos de Saúde, dentre eles o aleitamento materno exclusivo.

6. Unidades Básicas de Saúde

- Pré-natal.
- Cursos de Gestante.
- Acompanhamento de Puericultura.

7. Casa de Parto – Faculdade de Enfermagem - UFJF

- Pré-natal - pela equipe de enfermagem.
- Parto: todo bebê é levado ao seio materno até uma hora de vida com apoio ao manejo do aleitamento pela equipe de enfermagem.
- Puerpério: consulta de retorno para avaliação da amamentação e do recém-nascido por equipe de enfermagem.
- Atendimento às puérperas do município para orientação do manejo do aleitamento materno.

8. Santa Casa de Misericórdia

- Adoção dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento materno.
- Candidata ao título de Hospital Amigo da Criança tendo realizado treinamento no Curso de Manejo do Aleitamento Materno de toda equipe do Hospital.
- Cursos de gestante.
- Posto de Coleta de Leite Humano para atendimento interno e externo.

9. Maternidade Teresinha de Jesus

- Realização de pré-natal e cursos de gestante.
- Posto de Coleta de Leite Humano.
- Incentivo ao aleitamento materno em cursos de gestante.
- Visita da equipe do Banco de Leite Humano.

10. Hospitais Privados da Cidade : Hospital Albert Sabin e Hospital Monte Sinai

- Cursos de gestante e realização de pré-natal.

- Incentivo ao aleitamento em sala de parto.
- Incentivo e orientação ao aleitamento materno evitando o uso de mamadeiras, a não ser com prescrição médica: uso de copinhos para complemento quando necessário.
- Projeto Mãe Canguru: incentivo e implantação.

11. Hospital Público Privado: HTO

- Incentivo ao aleitamento materno em cursos de gestante.
- Visita diária da equipe do Banco de Leite Humano.

12. UFJF e Hospital Universitário

- Cursos de Gestante.
- Projeto Florescer: atendimento à criança prematura e de baixo peso com incentivo ao aleitamento materno.

13. UNIMED Juiz de Fora

- Curso para gestante com entrega de cartilha sobre cuidados do bebê.
- Tele aleitamento 24 horas.
- Atendimento domiciliar ao manejo do aleitamento por equipe de enfermagem previamente treinada.
- Fototerapia domiciliar.
- Apoio aos projetos de extensão da UFJF em prol da saúde da criança.

3.OBJETIVOS

Geral

- Produzir informações e indicadores de prevalência do aleitamento materno para planejamento e política de saúde materno-infantil, contribuindo com sugestões para a promoção ao aleitamento materno, bem como apoio e proteção ao mesmo.

Específicos

- Montar um Banco de Dados em Aleitamento Materno no Centro de Computação do NATES/ UFJF, para produzir informações e dar continuidade às pesquisas pelo corpo docente e discente.
- Identificar e avaliar, dentre as variáveis pesquisadas, quais fatores estão significativamente associados ao aleitamento materno exclusivo e contribuem para sua baixa prevalência do nascimento ao quarto mês de vida, no município de Juiz de Fora.
- Comparar os resultados da pesquisa acerca da prevalência do aleitamento materno exclusivo em Juiz de Fora aos de outras cidades brasileiras com estudos semelhantes.
- Contribuir com o planejamento e a política de aleitamento materno no município de Juiz de Fora, para melhorar o nível de Aleitamento Materno Exclusivo.

4.MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia empregada é baseada no projeto conjunto do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP) e do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (NISMIC/SESSP), denominado “Avaliação das práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação” (Carvalhaes et al, 1998). Esta metodologia segue a orientação da OMS (1991).

A coleta de dados para a presente pesquisa foi realizada pelo autor, em agosto de 2002, por ocasião da realização da dissertação de mestrado intitulada “Prevalência do Aleitamento Materno em Juiz de Fora, MG” - área de Política, Administração e Planejamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social – UERJ.

4.1 Questionário de entrevista

Foi adotado para a pesquisa realizada por ocasião do mestrado, o questionário (Anexo 4) adaptado de Carvalhaes e colaboradores (1998), com o acréscimo de duas questões: uma acerca do pré-natal e outra acerca da ocorrência da plástica de mama. A adição destas questões deveu-se ao fato destes fatores poderem estar associados à ocorrência de aleitamento materno; o primeiro, por ser obrigatória a assistência pré-natal a toda grávida, na qual deve ser incluída exame das mamas e orientação para o aleitamento; e o segundo, por ser descrito em literatura, além de ter sido vivenciado na prática clínica da autora, como um possível obstáculo ao aleitamento. Também foi adicionado, ao final do questionário o nome completo da mãe, com garantia de anonimato pelos entrevistadores, para posterior conferência com o SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), se necessário. Este formulário já havia sido previamente testado, nos anos anteriores a esta pesquisa no estado de São Paulo e, no presente projeto, foi aplicado pela equipe por ocasião do treinamento.

O referido questionário está dividido em 06 blocos: local da pesquisa; identificação da criança; alimentação da criança nas últimas 24 horas; informações sobre nascimento, parto e atendimento médico; alimentação após a alta da maternidade e características das mães. Consta de 51 questões, sendo que cada questão tem de um a quatro itens. A linguagem é simples podendo ser aplicado por pessoal não especializado, após treinamento adequado. O tempo gasto para cada formulário é de 2 a 4 minutos. Não foram utilizadas perguntas recordatórias que ultrapassassem às 24 horas anteriores à data da aplicação do formulário e nem questões de comparação ou de preferências. As questões referentes às condições maternas foram respondidas somente pelas mães acompanhantes.

Dois manuais foram utilizados como material de instrução no treinamento dos supervisores e entrevistadores, servindo como referencial de consulta durante a pesquisa (Anexos 5 e 6).

4.2 Coleta de Dados

A coordenação da pesquisa foi realizada pela autora do projeto a qual contou com o auxílio dos professores Maria Teresa Bustamante Teixeira e Márcio José Martins Alves, da área de saúde da UFJF. Os coordenadores fizeram o recrutamento e treinamento dos entrevistadores para o Dia Nacional de Vacinação e para o restante do período da campanha de vacinação do município.

Participaram 228 entrevistadores em todo período da campanha (Anexo 14). Para o dia nacional de vacinação os entrevistadores que atuaram no campo foram em número de 65 estudantes, voluntários, da área de saúde da UFJF (enfermagem, farmácia e bioquímica, medicina), sendo 14 do sexo masculino e 51 do feminino. Para o restante do período da pesquisa foram 163 pessoas voluntárias, 16 do sexo masculino e 147 do feminino, de acordo com a situação de cada uma das Unidades de Saúde: agentes comunitários de saúde, auxiliares

de enfermagem, enfermeiras, médicos, estagiários de enfermagem e medicina, voluntários de grupo de jovens, pessoas da pastoral da criança e do enfermo. Os entrevistadores não foram remunerados.

4.3 Operacionalização da Coleta de Dados

O presente trabalho se iniciou após reunião da coordenadora do projeto com o Coordenador Nacional de Bancos de Leite Humano e Consultor do Banco de Leite Humano de Juiz de Fora, Dr. João Aprígio de Almeida Guerra seguida da avaliação do Dr. Ruben Araújo de Mattos (UERJ) e da aprovação pelas orientadoras deste estudo por ocasião do mestrado, Dra. Sulamis Dain (UERJ) e Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira (UFJF).

A orientação inicial acerca dos procedimentos para o trabalho de campo foi recebida inicialmente em entrevista com o Dr. Ruben Araújo de Mattos (UERJ) seguida de treinamento do projeto AMAMUNIC para as cidades do estado de São Paulo e outros estados interessados (primeiro ano com participação de outros estados). Esse curso foi ministrado pela equipe da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em SP, capital, no dia 19 de junho de 2002, sob direção da responsável pelo projeto, Dra. Sônia Y. Venâncio.

A operacionalização do trabalho foi iniciada pela autora através de contatos com a Vigilância Epidemiológica, diretoria do Departamento de Saúde da Criança e Adolescente (DSCA), Coordenação da Zona Rural da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, Hospital Albert Sabin e UNIMED Juiz de Fora quando se apresentou a proposta do inquérito durante a segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação de 2002. Para garantir o bom andamento do projeto, programou-se, com antecedência, o cronograma, contando com recursos próprios e com os apoios referidos acima, com participação ativa da autora em todas as seguintes etapas:

1. levantamento de dados dos mapas das duas fases da campanha vacinal de 2001;
2. envio de cartas explicativas aos diretores das referidas instituições;

3. participação na divulgação da campanha de vacinação junto à comunidade e classe médica;
4. realização de visitas às unidades participantes, antes da campanha;
5. recrutamento e treinamento dos entrevistadores;
6. manutenção de contato constante com a Vigilância Epidemiológica para informação acerca do andamento da campanha;
7. programação do fluxo da fila de vacinação para aplicação dos questionários, de acordo com orientação de cada unidade de saúde;
8. manutenção da supervisão às unidades de saúde durante todo período da Campanha de Vacinação;
9. programação do recolhimento dos questionários preenchidos junto aos relatórios de campo dos entrevistadores.

A consulta aos dados da Vigilância Epidemiológica na campanha vacinal do ano anterior teve como objetivo fornecer a base para realização do processo de amostragem.

Foram realizados contatos pessoais, com encaminhamento de cartas aos responsáveis pela realização da Campanha Vacinal, com finalidades de autorização e divulgação da referida campanha; informação acerca do projeto e pedido de colaboração às gerências dos 24 Postos de Vacinação e Escolas Públicas sorteados para a pesquisa.

Para garantir-se a cobertura vacinal desejada, a autora coordenadora responsável pela pesquisa no município participou da divulgação da campanha vacinal com:

- cartas da vigilância epidemiológica e da coordenação do DSCA às Unidades Básicas de Saúde, acerca da importância da campanha vacinal (anexo 7);
- cartas aos pediatras locais, para conscientização acerca da importância da vacina antipoliomielite (anexo 8);
- 8 faixas de divulgação da campanha nacional, em locais estratégicos da cidade.

As visitas da supervisão do projeto às Unidades de Saúde participantes, antes do início da Campanha Vacinal, tiveram por finalidades: reconhecimento do local; contato com a equipe; entrega de material informativo acerca da importância da campanha de vacinação e da pesquisa e cartazes informativos acerca do Dia Nacional de Vacinação (DNV); recrutamento e treinamento de entrevistadores para atuarem antes e depois do DNV, com entrega do material da pesquisa (pasta, prancheta, manual explicativo, questionários, crachá). Ver detalhes nos anexos 9 e 10. Os 65 entrevistadores voluntários da Universidade Federal de Juiz de Fora participaram do treinamento de 6 horas teórico práticas com os supervisores - Prof. Maria Teresa Bustamante Teixeira, prof. Márcio José Martins Alves e a autora (Anexo 9), no início do mês de agosto, para atuarem no DNV. Durante o treinamento, foram recebidas informações quanto: aos objetivos da pesquisa; preenchimento dos formulários a serem utilizados na coleta de dados; ao procedimento e conduta como entrevistador no sentido de postura, forma de abordagem e de não-indução de respostas; local e data onde atuariam em duplas (por sorteio); benefícios que receberiam - lanche, vale-transporte (Prefeitura de Juiz de Fora) e certificados pelo NATES/ UFJF. Receberam, ainda, pastas com manual explicativo (Anexo 10), crachás, adesivos para identificação das crianças sorteadas e formulário (Anexo 4). Foi orientado o uso de jaleco branco com o crachá de identificação (sem qualquer menção ao aleitamento materno) e não o uso de camisa especial, para não sugerir qualquer idéia às pessoas entrevistadas. Para evitar-se perda de crianças cujos acompanhantes seriam entrevistados, programou-se a presença de um entrevistador para cada 50 crianças menores de um ano a serem vacinadas, sendo que um dos entrevistadores faria o sorteio na fila da vacinação e o outro entrevistaria as mães ou acompanhantes (com troca dos papéis, para evitar cansaço). Até mesmo nos postos onde a previsão apontasse menos de 50 crianças menores de um ano, programou-se a presença de dois entrevistadores.

O transporte dos entrevistadores aos Postos de Vacinação de zona urbana, no DNV e no dia estipulado para zona rural, foi realizado pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com a equipe de vacinação, o que permitiu um maior entrosamento entre entrevistadores e a referida equipe. O trabalho de campo no DNV contou com o apoio de toda equipe de supervisores.

Para atuarem no período que antecede e procede ao DNV, foram treinadas pela autora, 163 pessoas voluntárias nas 16 unidades que funcionariam neste período. Participaram os agentes comunitários, auxiliares de saúde, enfermeiras, assistentes sociais, médicos de família, pediatras, pastoral da criança e do enfermo, grupo de jovens e pessoas afins (total de 19 treinamentos). Os procedimentos foram os mesmos descritos para o treinamento dos estudantes da UFJF.

Os treinamentos foram realizados entre três dias a uma semana antes do início da campanha de vacinação, tempo considerado adequado para a memorização dos conhecimentos adquiridos.

Para a aplicação do formulário (Anexo 4), foi orientado aos entrevistadores para informarem, previamente à mãe sobre a realização de um projeto acerca de alimentação infantil, sem citar o aleitamento materno, solicitando a sua participação.

Coube à supervisão, no período da campanha, ida semanal e durante todo o dia nacional de vacinação a todos os postos para:

- avaliação do correto preenchimento do questionário;
- averiguação de que não se tenha deixado de entrevistar nenhuma mãe das crianças selecionadas;
- distribuição e recepção dos questionários;
- manutenção de plantão telefônico para esclarecimento de dúvidas e envio de material;
- verificação da presença do entrevistador nos postos de vacinação.

Encerrada a coleta dos dados, os formulários, devidamente identificados, foram recolhidos, sendo, posteriormente, revisados com o preenchimento dos campos reservados ao supervisor, numerados em ordem cronológica e alfabética por Posto de Vacinação, para posterior digitação.

4.4 Processo de Amostragem

O processo de amostragem foi realizado segundo orientação da equipe do projeto AMAMUNIC, que sugeriu que os municípios com a população de menores de 1 ano acima de 4000 crianças, como Juiz de Fora, realizassem o levantamento por meio de uma amostra por conglomerados, com tamanho fixo de 2000 crianças (n). Com essa amostra de menores de 1 ano, esperava-se obter, pelo menos, 600 crianças menores de quatro meses (SILVA, 2001) o que foi prontamente alcançado no estudo, pois o número de crianças menores de quatro meses obtido foi de 625.

A estimativa da população-alvo foi baseada na listagem fornecida pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora sobre o número de postos de vacinação e de crianças menores de um ano vacinadas por posto, durante a segunda etapa de vacinação de 2001. De acordo com o relatório dessa campanha, a cobertura vacinal da segunda etapa do ano de 2001 foi de 95,4 % (JUIZ DE FORA, 2001).

Considerando que os postos de vacinação apresentaram diferentes tamanhos (número de crianças), adotou-se o sorteio em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados, mantendo-se assim a autoponderação da amostra. No primeiro estágio, procedeu-se ao sorteio sistemático dos postos de vacinação e, num segundo estágio, das crianças de cada posto sorteado.

Fixou-se inicialmente o número ótimo b de crianças a serem sorteadas dentro de cada posto, baseado no número total de postos do município (A) e no número estimado de crianças

para vacinar por posto (B). Levou-se em conta também o número de entrevistadores, necessários para a realização da tarefa, e o custo operacional embutido nisto. O número de crianças por posto a participarem da pesquisa (b) variou, entre os municípios, de 80 a 100.

Definidos o tamanho da amostra ($n = 2000$) e o b ótimo para o município, calculou-se o número de postos a serem sorteados através da expressão:

$a = n / b$, onde

a = número de postos

b = número de crianças por posto

n = tamanho da amostra

4.4.1 O Sorteio dos postos

O sorteio dos postos (primeiro estágio) foi sistemático. Arrolaram-se todos os postos do município, segundo a ordem do mapa de vacinação de 2001. O tamanho de cada posto (número de crianças vacinadas segundo o mapa de vacinação) foi organizado em intervalos de números acumulados até o número total de elementos. Seguiu-se o sorteio sistemático de N / a (número de crianças por número de postos desejados = $7491 / 25$), identificando-se os números sorteados e os respectivos postos.

O primeiro posto sorteado de cada município era conhecido através de um sorteio aleatório das crianças do primeiro intervalo de N/a . No Município de Juiz de Fora, devido ao grande número de postos de vacinação (118) com número pequeno de crianças para vacinar, determinou-se o $b = 80$ (número de crianças por posto) e o $a = 25$ (número de postos).

Sorteou-se dentro do intervalo $7491 / 25$ (N / a), o número 35, pertencente ao quarto posto de vacinação da lista (US Retiro). Em seguida, o sorteio foi sistemático, somando-se 299 a 35 (334) – Unidade Regional Norte Policlínica e assim por diante.

4.4.2 O Sorteio das crianças nos postos

O segundo estágio do sorteio foi sistemático e foi desenvolvido na própria fila de vacinação. Definiu-se o intervalo através da razão entre o número de crianças atendidas no posto em 2001 e o número de crianças desejadas para a amostra por posto (b ótimo = 80). O sorteio da primeira criança foi realizado pela equipe de entrevistadores no próprio local. O quadro 6 mostra os postos de vacinação sorteados, o número de crianças esperadas (baseado em dados de 2001) e a fração de sorteio para cada posto.

QUADRO 6 -Postos de Vacinação sorteados para a Campanha Vacinal em Juiz de Fora.

	Posto	Nº crianças Esperadas	Fração de Sorteio*	Quem Entrevistar
1	EE Fernando Lobo S. Mateus	64	Todas	Todas
2	EM Arlete B. Magalhães	88	Todas	Todas
3	EM Cecília Meireles	89	Todas	Todas
4	EM Quilombo Palmares	54	Todas	Todas
5	E. União Betânia-Granja Betânia	103	Todas	Todas
6	ICA	727	1/3	1 sim 2 não
7	PS Dias Tavares	9	Todas	Todas
8	PS Torreões	10	Todas	Todas
9	Regional Leste	67	Todas	Todas
10	UBS Bairro Industrial	126	Todas	Todas
11	UBS Borboleta	88	Todas	Todas
12	UBS D. Pedro 1 S. Amélia	52	Todas	Todas
13	UBS Filgueiras	51	Todas	Todas
14	UBS Furtado de Menezes	136	Todas	Todas
15	UBS Ipiranga	242	½	1 sim 1 não
16	UBS Jôquei Club	103	Todas	Todas
17	UBS Santa Cruz	130	Todas	Todas
18	UBS Santa Luzia	226	½	1 sim 1 não
19	UBS São Pedro	189	½	1 sim 1 não
20	Unidade R Norte Policlínica	209	½	1 sim 1 não
21	UBS N.S. Graças	137	Todas	Todas
22	UBS Retiro	88	Todas	Todas
23	UBS Vale dos Bandeirantes	98	Todas	Todas
24	UBS Milho Branco	97	Todas	Todas

* proporção de crianças a serem entrevistadas em cada posto sorteado

*** 1 / 2 = 1 criança foi entrevistada e a seguinte não

**** todas = todas as crianças menores de 1 ano daquele posto foram entrevistadas

O Posto ICA foi sorteado 4 vezes por causa do grande número de crianças. Alguns postos foram incluídos na amostra para completar o número de crianças de outros postos que não alcançaram o mínimo necessário.

4.4.3 Autoponderação da amostra

Em um processo de amostragem probabilística, todos os elementos de uma população têm a mesma chance de sorteio. A probabilidade de um elemento pertencer a uma amostra é dada por n / N , que é a proporção dos elementos da população que será observada, representada por f (fração amostral).

O presente estudo adotou a modalidade de sorteio em dois estágios. A fração amostral f decomposta manteve-se constante a partir da expressão:

$$f = f_1 \cdot f_2$$

onde: f_1 corresponde à fração amostral do primeiro sorteio (postos de vacinação) e

f_2 corresponde à fração amostral do segundo sorteio (crianças do posto).

A amostra desenvolvida é considerada equiprobabilística ou autoponderada, já que todas as crianças tiveram a mesma probabilidade (n / N) de pertencer à amostra sorteada f . Os postos maiores tiveram maior probabilidade de serem sorteados no primeiro estágio (f_1) e as crianças dos postos menores tiveram maior probabilidade de sorteio em segundo estágio (f_2) (Quadro 7).

QUADRO 7- Exemplificação do processo de amostragem probabilística

Posto	1+4	2	3	5
(B) N°	98	88	89	103
Consultas				
(b) Consultas sorteadas	80	80	80	80
$f_1 = 25 \cdot B / 7491$	$\frac{25 \cdot 98}{7491}$	$\frac{25 \cdot 88}{7491}$	$\frac{25 \cdot 89}{7491}$	$\frac{25 \cdot 103}{7491}$
$f_2 = 100 / B$	$\frac{100}{98}$	$\frac{100}{88}$	$\frac{100}{89}$	$\frac{100}{103}$
$f = f_1 \cdot f_2$	$\frac{2000}{7491}$	$\frac{2000}{7491}$	$\frac{2000}{7491}$	$\frac{2000}{7491}$
E assim por diante em todos os postos sorteados				

4.5 Área , população estudada e período de realização da pesquisa

A área abrangida pela pesquisa foi todo o município de Juiz de Fora, localizado na zona da mata, estado de Minas Gerais, e apresentando população de 456.796 habitantes, sendo 6679 menores de 1 ano de idade (IBGE, 2000). Nesse mesmo ano, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 23,3 por 1.000 nascidos vivos e vem diminuindo progressivamente, atingindo 20,1 por mil nascidos vivos em 2002. Setenta e um por cento deste número corresponde à mortalidade neonatal (JUIZ DE FORA, 2003).

Foi avaliada a população da área urbana e rural do município de Juiz de Fora, totalizando 1913 pessoas, entre mães e responsáveis de crianças menores de um ano, as quais foram entrevistadas durante o período da Campanha de Vacinação local.

A pesquisa foi realizada no período de 10 de agosto a 13 de setembro de 2002, época da campanha de vacinação na cidade, em 24 postos de vacinação, sorteados de um total de 118 postos existentes no município, referentes à zona urbana e rural. Dos 24 postos de vacinação

sorteados, 16 participaram de todo o período da campanha de vacinação e 8 participaram somente no Dia Nacional de Vacinação (24 de agosto de 2002). Destes 24 postos, 19 são Unidades Básicas de Saúde (sendo que dessas unidades, 9 postos são de Saúde da Família) e 5 são de vacinação temporários (escolas públicas); 22 localizam-se em zona urbana e 2 em zona rural. A cobertura vacinal da campanha de agosto de 2002, na população menor de um ano foi de 90%, apropriada, portanto, ao estudo realizado (JUIZ DE FORA, 2002).

Do total de 1859 crianças estudadas, 12 foram referentes a postos de saúde de zona rural e 1846 a postos de saúde de zona urbana, o que equivale a 0,6% das crianças de postos de saúde de zona rural e 99,4% de postos de zona urbana. Esta proporção é aproximadamente a verificada na cidade de Juiz de Fora, onde 99,17% da população localiza-se em área urbana e 0,83%, em área rural (IBGE, 2000).

4.6 Classificação do Estudo

Para estimar a prevalência de aleitamento materno em Juiz de Fora foi adotada a técnica de estudo transversal, com aplicação de um questionário previamente testado.

Trata-se tanto de um estudo descritivo, uma vez que estimou a prevalência do aleitamento materno nesta população, como de um estudo analítico, que permitiu avaliar evidências de associação das variáveis investigadas com as modalidades de aleitamento materno. Especificamente, neste estudo, foi avaliada a associação de diversos fatores com o aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses.

4.7 Variáveis Pesquisadas, Definição de Termos e Indicadores

4.7.1 Variáveis pesquisadas

As variáveis estudadas em **relação às crianças menores de um ano** se referem a:
Identificação (nome, sexo, peso e data de nascimento);
condições de parto (data do nascimento, tipo de parto, local, serviço público ou privado);

condições de atendimento médico (local da vacinação, serviço privado ou público, tipo de serviço público, ocorrência e frequência de internação);

alimentação e hábitos nas últimas 24 horas (tipos de líquidos e alimentos; uso de chupeta, de mamadeira).

Para **crianças menores de 4 meses** foram ainda inquiridas, a oferta de alimentação natural e de líquidos no primeiro dia em casa, e tempo de alta hospitalar.

Em relação à mãe, foram coletadas as seguintes informações:

- idade e escolaridade em anos;
- paridade;
- ocorrência e tipo de trabalho fora do lar, na gravidez, e no momento da pesquisa;
- ocorrência e frequência de pré-natal;
- licença maternidade,
- ocorrência de plástica de mama.

Conforme já mencionado anteriormente, este trabalho tem por foco principal analisar os fatores maternos associados ao aleitamento exclusivo até os quatro meses de idade. Dentre as variáveis consideradas, cabe mencionar mais detalhadamente aquela que considera a disponibilidade da mãe para amamentar a criança. Esta variável foi construída a partir de duas questões incluídas no questionário: se a mãe tinha alguma atividade econômica durante o período de amamentação e se teve licença à maternidade. Se a mãe exercia alguma atividade, mas não teve licença, conseqüentemente ela não tinha “disponibilidade” para amamentar seu filho. Se a mãe exercia atividade econômica e teve licença ou se não exercia atividade, considerou-se que ela tinha “disponibilidade” para amamentar.

As demais variáveis, algumas re-codificadas, com suas respectivas categorias, cuja associação com o aleitamento exclusivo foi avaliada, estão listadas a seguir.

- a) Características da mãe: escolaridade (até o ensino fundamental e ensino médio ou mais), e idade da mãe (menos de 20 anos ou mais de 20 anos) e primiparidade (sim ou não);
- b) Características do pré-natal, do parto e puerpério: se realizou exame pré-natal (sim ou não), o número de consultas (inicialmente de acordo com o SINASC 2000: 0; 1 a 3; 4 a 6; e mais de 7 consultas; re-codificado para análise como até 3 consultas ou pelo menos 4), o tipo de parto (normal/fôrceps ou cesariana) e o local de nascimento da criança (se hospital/ maternidade da rede particular exclusiva, se da pública ou público-privada), atendimento à criança durante o seu primeiro ano de vida (se da saúde particular ou da pública – PSF ou UBS);
- c) Características da criança: baixo peso ao nascer (sim ou não);
- d) Características relacionadas com o hábito materno de alimentação/ cuidado da criança: se a criança tomou leite materno no primeiro dia em casa (sim ou não), se tomou outro leite no primeiro dia em casa (sim ou não), se tomou água no primeiro dia em casa (sim ou não), se tomou chá no primeiro dia em casa (sim ou não); se a criança faz uso de chupeta (sim ou não) e se a criança faz uso de mamadeira com leite materno (sim ou não).

Foram estudados e descritos em capítulo separado, os seguintes fatores pesquisados quanto à associação com o aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses:

- Faixa etária. Paridade.
- Escolaridade materna.
- Trabalho materno e licença maternidade.
- Assistência pré-natal.
- Assistência ao nascimento: rede pública e privada.
- Tipo de parto.

- Baixo peso ao nascimento.Método Mãe Canguru.
- Uso inoportuno de outros alimentos líquidos, que não o leite materno, ingeridos no primeiro dia em casa.
- Uso de chupeta.
- Uso de mamadeira.

Estes fatores são descritos em capítulo próprio, e contextualizados dentro da literatura revisada, para facilitar a sua avaliação com vistas à análise e ao planejamento do aleitamento materno no município de Juiz de Fora.

4.7.2 Termos e definições do aleitamento materno (WHO, 1991)

ALEITAMENTO MATERNO: a criança recebe leite materno (diretamente do peito ou ordenhado).

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: a criança recebe apenas leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite materno ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

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

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO e ALEITAMENTO MATERNO PREDOMINANTE: juntos constituem o **ALEITAMENTO MATERNO COMPLETO.**

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR: a criança recebe leite materno e alimentos sólidos (ou semi-sólidos).

ALIMENTAÇÃO COM MAMADEIRA: a criança recebe líquidos (incluindo leite materno) ou alimentos semi-sólidos em mamadeira.

4.7.3 Recomendações da OMS para o estudo da alimentação infantil (WHO,1991)

São propostos quatro períodos de igual duração (quatro meses) para o cálculo dos indicadores, levando-se em consideração as recomendações sobre alimentação infantil segundo grupos etários. Estes períodos correspondem aos intervalos de 0 a 4 meses; 6 a 9 meses; 12 aos 15 meses e 20 aos 23 meses, sendo que:

- aos 4 meses de idade, 100% das crianças deverão ter AME;
- dos 4 aos 6 meses, há um período de transição;
- aos 6 meses quase todos os lactentes deverão estar recebendo alimentação complementar;
- no primeiro ano de vida, todos os lactentes deverão receber leite materno, e, até os dois anos, é preferível que todos o recebam.

4.7.4 Indicadores para avaliação das práticas de amamentação

A OMS propôs, em 1991, um conjunto de indicadores para avaliar as práticas de alimentação infantil, com o objetivo de padronizar a forma de coleta e análise destes dados e permitir a comparação entre diferentes estudos nacionais e internacionais. Esta metodologia se baseia na idade atual e nas informações alimentares nas 24 horas imediatamente anteriores à coleta de dados (*current status*), de todas as crianças vivas com menos de 12 meses. Os indicadores propostos são simples, relativamente fáceis de medir e interpretar. A seguir, são descritos os indicadores para o aleitamento materno.

Taxa de aleitamento materno exclusivo (AME)

Crianças < 4 meses (<120 dias) que estavam em AME nas últimas 24h /

Crianças menores de 4 meses (120 dias) de idade

e

Crianças < 6 meses (<180 dias) que estavam em AME nas últimas 24h /

Crianças menores de 6 meses (180 dias) de idade

Taxa de aleitamento materno predominante (AMP)

Crianças < 4 meses (<120 dias) que estavam em AMP nas últimas 24h /

Crianças menores de 4 meses (120 dias) de idade

Taxa de alimentação complementar oportuna

Crianças de 6-9 meses (180-299 dias) que receberam alimentos complementares mais leite materno nas últimas 24h / Crianças 6-9 meses (180-299 dias) de idade

Taxa de aleitamento materno continuado (1 ano)

Crianças de 12-15 meses de idade que receberam LM nas últimas 24h /

Crianças 12-15 meses de idade

Taxa de aleitamento materno continuado (2 anos)

Crianças de 20-23 meses de idade que receberam LM nas últimas 24h /

Crianças 20-23 meses de idade

Taxa de alimentação com mamadeira

Crianças <12 meses que receberam alimentos em mamadeira nas últimas 24 h /

Crianças < 12 meses de idade

Observação: neste trabalho foram utilizados os indicadores referentes aos quatro primeiros meses de vida, incluindo o uso de chupetas e mamadeira.

4.8 Aspectos Éticos

Trata-se de um estudo amostral, observacional, que não evidenciou riscos de natureza moral, espiritual, cultural, física, psíquica ou social para a população estudada. A participação nas entrevistas foi solicitada por todos entrevistadores, com informação voluntária acerca da natureza do trabalho. O protocolo de investigação foi elaborado de acordo com a Resolução

196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

4.9 Análise dos Dados

Uma vez recebido, o material coletado em campo foi conferido pelos supervisores. Um exame de consistência foi previamente realizado e os questionários contendo alguma inconsistência que não pôde ser selecionada e com faixa etária incorreta (um ano ou mais) foram excluídos do estudo. Para detecção de questionários duplicados, foi realizada a comparação do banco de dados com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Os questionários preenchidos e inspecionados foram ordenados por posto de vacinação e a digitação efetuada em programa desenvolvido pelo projeto AMAMUNIC (base *access*) e EPI INFO 6.0 (DEAN, 1990).

Após a verificação cuidadosa de consistência e correção do banco de dados, foram calculadas as taxas de prevalência para os diferentes períodos etários das crianças menores de um ano. Conforme orientação da OMS (WHO,1991), a frequência de amamentação exclusiva e predominante foi estimada para crianças entre 0 e 4 meses de idade. A frequência da amamentação complementada foi estimada para crianças entre 6 meses e 9 meses incompletos de idade e a de amamentação e de uso de mamadeira e chupeta , em crianças entre 0 e 12 meses.

A análise dos dados foi processada utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) e os resultados foram descritos utilizando-se o teste do qui-quadrado para verificar a significância da associação dos diversos fatores independentes com o fator dependente AME, sendo considerado p valor igual ou menor que 5%.

Para estudar possíveis fatores de confusão, foi aplicada a técnica de análise de regressão logística, incluindo-se nos modelos como fatores de controle todas variáveis que apresentaram “p” valor menor e próximo a 10% quando da aplicação do teste qui-quadrado.

Especificamente, a técnica de regressão logística foi utilizada para verificar se a associação entre variável “disponibilidade para amamentar” se mantém a partir do momento que são introduzidas separadamente no modelo, ou seja, uma a uma, as outras variáveis selecionadas, conforme critério citado anteriormente.

A regressão logística é um tipo de análise multivariada, sendo indicada no presente estudo, por que sua variável de desfecho é dicotômica (JEKEL,1999), ou seja, variável resposta é qualitativa com dois resultados possíveis. Este modelo faz parte da classe dos modelos lineares generalizados, ou seja, daqueles que se tornam lineares por meio da aplicação de algum tipo de transformação (RIBEIRO, 2003).

O propósito usual da análise multivariável, na qual se inclui a regressão logística, é compreender quão importante são as variáveis independentes, tanto individual quanto conjuntamente, para explicar a variação na variável dependente. Além disto o método de regressão logística produz coeficiente, “*odds ratio*” (ou razão de chance), que permite estimar a força de associação entre as variáveis independentes e a dependente; dessa forma, a estimativa fator de desfecho obtida é mais válida que a dos modelos bivariados, uma vez que foi obtida levando-se em conta a variação das demais variáveis (JEKEL,1999).

Utilizando-se esta metodologia tem se a intenção de descrever com mais exatidão a variável resposta, procurando-se considerar os problemas de confusão e de interação (MEDRONHO *et al*, 2004) .

Análise exploratória

O estudo contemplou 1859 crianças menores de um ano de idade, após verificação de consistência e correção do Banco de Dados. Entretanto, para se atingir os objetivos propostos neste trabalho foram consideradas apenas as crianças menores de 4 meses, que totalizam 625 casos. Cabe ressaltar que na análise das variáveis de interesse, para o cálculo das percentagens válidas, consideraram-se apenas os casos cujos entrevistados responderam afirmativa ou negativamente, descartando aqueles cujas respostas mostravam-se duvidosas (“não sabe”). Assim, o número total de casos variou de uma questão para outra.

A escolha da faixa etária de menores de quatro meses como alvo deste estudo sobre aleitamento materno exclusivo deveu-se aos seguintes fatores, já citados anteriormente:

- Ser esta uma das faixas etárias indicadas pela OMS (1991) para estudo da alimentação infantil.
- Estar dentro da faixa etária em que é indicado o aleitamento materno exclusivo (WHO, 2002), quando este tipo de alimentação é o mais importante (WHO/UNICEF, 1998; VICTORA et al, 1987).
- Ser indicada como a idade ideal para a taxa de aleitamento materno exclusivo no estudo da alimentação infantil de países em desenvolvimento (REA, 1998).
- Ser a faixa etária mais vulnerável da infância (MARCONDES, 2002; TONELLI,FREIRE, 2000).
- Ser a faixa etária da criança, correspondente ao período da licença maternidade brasileira (BRASIL, 1999).
- E também, ser a faixa etária na qual foi verificado o maior declínio das taxas de aleitamento materno em geral, e exclusivo, no presente estudo (AFONSO, 2003).

5. RESULTADOS

5.1 Descrição da Amostra

Neste capítulo são descritas informações acerca das características sócio-demográficas das crianças e de suas mães e também sobre a utilização de serviços de saúde por elas.

5.1.1 Amostra estudada

Na pesquisa da prevalência do aleitamento materno em Juiz de Fora (2002), dos 1913 questionários respondidos, foram utilizados 1859 para análise inicial, por ocasião do mestrado. As perdas (2%) foram decorrentes de formulários de crianças fora da faixa etária (13 questionários) e formulários duplicados (41 registros). A repetição dos formulários foi apurada quando foi realizada a comparação dos mesmos com as respectivas Declarações de Nascidos Vivos (D.N.V.), sendo que esta avaliação foi realizada em 1500 formulários, nos quais havia referência do nome da mãe da criança.

É reconhecido que as perdas referentes à amostra da população em estudo devam ser consideradas desde a fase de coletas até a consolidação dos dados. Não há unanimidade sobre os valores máximos permitidos: a faixa referida na literatura varia de 10% (BARROS,FC, VICTORA,CG, 1994) a 30% (BRASIL, 2001).

A validação do Banco de Dados, através do arquivo eletrônico do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC / SMSJF, 2002), foi utilizada em virtude da extensão do período da campanha vacinal em Juiz de Fora (10 de agosto a 13 de setembro de 2002), época de realização da pesquisa, quando poderia ocorrer a procura por mais de um posto de saúde pela mãe ou acompanhante da mesma criança.

As informações referentes às características sócio-demográficas das 1859 crianças menores de um ano e suas mães, e utilização dos serviços de saúde, assim como as prevalências estimadas acerca do aleitamento materno, podem ser encontradas no adendo 1

Segue-se a explanação acerca destas características referente às 625 crianças menores de 4 meses, faixa etária alvo do estudo atual, e suas mães.

5.1.2 Características sócio-demográficas das crianças , suas mães e hábitos alimentares infantis

A maioria dos questionários (561 questionários, correspondente a 89,8%) foi respondida pelas mães de crianças menores de quatro meses de idade, conferindo maior confiabilidade aos dados. Cabe ressaltar que, algumas variáveis deveriam ser respondidas apenas pelas mães, motivo pelo qual, na análise dos mesmos, o total de respostas pode ser menor.

Sabe-se que a ocorrência do aleitamento materno é bastante influenciada pela idade da criança (BRASIL, 2001). Na presente pesquisa, houve representação significativa na amostra de cada intervalo etário mensal referente aos quatro primeiros meses de vida da criança, com pequena variação percentual entre as faixas etárias (Tabela 9).

Das 625 crianças da pesquisa, 96,7% nasceram em Juiz de Fora. Houve leve predomínio do sexo masculino (53%) e 78,2% das crianças amamentaram, sendo 20,8% de maneira exclusiva. E, do total das crianças pesquisadas, 65% usaram mamadeira, e, 63% chupeta.

A Organização Mundial da Saúde considera o peso ao nascer o mais importante determinante isolado das chances de sobrevivência de uma criança, além de indicador do estado nutricional nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2002). Este índice é de 5 a 6% em países desenvolvidos sendo aceitável na faixa de até 10% de acordo com convenções internacionais e nacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Na população estudada, verificou-se que 10,7% das crianças apresentavam peso menor de 2.500 g.; 86,7%, entre 2.500 e 4000g e 2,4%, maior de 4.000g; peso médio de 3076g, mínimo de 650 g e máximo de 4910g (P25 de 2780g e P75 de 3411g, ou seja, 25% das crianças tinham peso menor que 2780g e 25% acima de 3411g).

TABELA 9 - Características gerais e hábitos alimentares das crianças menores de 4 meses. Juiz de Fora, MG, 2002.

VARIÁVEL	TOTAL	AMOSTRA	%
Faixa etária da criança	625		100
0I- 1 mês		161	25,8
1I- 2 meses		143	22,9
2I- 3 meses		155	24,8
3I- 4 meses		166	26,5
Sexo	625		
Feminino		294	47,0
Masculino		331	53,0
Baixo peso	625		
Sim		67	10,7
Não		558	89,3
Mamadeira ou chucha	611		
Sim		397	65,0
Não		214	35,0
Chupeta	622		
Sim		395	63,5
Não		227	36,5
Leite materno	625		
Sim		489	78,2
Não		136	21,8
Leite materno exclusivo	625		
Sim		130	20,8
Não		495	79,2

Quanto às variáveis sócio-demográficas maternas investigadas (Tabela 10), observa-se em relação à faixa etária, uma frequência de 16,7% das mães com menos de 20 anos (0,4% menor de 14 anos), 71,1% de 20 a 35 anos e 12,2% com mais de 35 anos, verificando-se predomínio da faixa etária de 20 a 35 anos. Acerca da escolaridade, considerando-se a realização de ensino fundamental, 59,6% tinham só este ensino e o restante o ensino médio ou mais. A frequência verificada de mães alfabetizadas (saber ler e/ou escrever) é de 97,6%, mas 41% do total são consideradas analfabetas funcionais (Glossário).

De 559 mães, 46,1% trabalhavam fora de casa durante a gravidez e 16,1% na época da pesquisa; quanto ao tipo de trabalho na época da pesquisa, de 455 mulheres pesquisadas, 2,9% estavam desempregadas, 62,9% eram donas de casa, 14,5% tinham trabalho formal e 19,8% informal, notando-se predomínio considerável de donas de casa. Tiveram direito à licença

maternidade 22,4% das mães, sendo que 77,7% mostraram “disponibilidade para amamentar” (definição no capítulo 4).

Considerando-se a ocorrência de assistência pré-natal, observou-se uma frequência de 91%, sendo 72,3% com mais de 7 consultas. Segundo as recomendações do Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), do Ministério da Saúde, uma mulher é considerada assistida no pré-natal quando comparece a pelo menos seis consultas de pré-natal, devendo estas serem iniciadas no princípio da gestação (UNICEF, 1998). Segundo informações do SIAB de Juiz de Fora (Sistema de Informação de Atenção Básica), a assistência à gestante, durante o pré-natal nas Unidades de Saúde da Família de Juiz de Fora no ano de 2001, foi prestada a 92% das usuárias Sistema Único de Saúde atendidas nestas unidades.

Foi verificada taxa de 55,1 % de parto normal ou fórceps. Foram primíparas, 57,1% das mães, e, 60,2% permaneceram até dois dias na maternidade. Observa-se aqui uma taxa excessiva de parto cirúrgico (44,9%) , lembrando que a orientação da O.M.S. é taxativa em 6 a 16% de ocorrência deste tipo de parto (BRASIL,1997).

TABELA 10 - Distribuição das variáveis sócio- demográficas das mães das crianças menores de 4 meses. Juiz de Fora, MG, 2002.

VARIÁVEL	TOTAL	AMOSTRA	%
Faixa etária materna (anos)	558		
Menos de 20		93	16,7
Mais de 20		465	83,3
Escolaridade materna	542		
Ensino fundamental		323	59,6
Ensino médio ou mais		219	40,4
Saber ler e escrever			
Sim	559	542	97,0
Não		17	3,0
Analfabetismo funcional	553		
Sim		229	40,9
Não		324	59,1
Estudo atual	560		
Sim		50	8,9
Não		510	91,1
Trabalho na gravidez	559		
Sim		258	46,1
Não		301	53,0
Trabalho atual	558		
Sim		92	16,5
Não		466	83,5
Licença maternidade na gravidez	545		
Sim		154	28,3
Não		90	16,5
Não se aplica		301	55,2
Licença maternidade atual	545		
Sim		122	22,4
Não		32	5,9
Não se aplica não trabalhava		301	55,2
Não se aplica não teve licença		90	16,5
Ocorrência de pré-natal	625		
Sim		569	91,0
Não		56	9,0
Frequência de pré-natal SINASC 2000	532		
1 a 3 consultas		20	3,8
4 a 6 consultas		127	23,9
Mais de 7 consultas		385	72,3
Tipo de parto	622		
Normal e fórceps		343	55,1
Cesárea		279	44,9
Primiparidade	560		
Sim		344	57,1
Não		227	42,9
Dias de alta da maternidade	571		
0 a 2 dias		344	60,2
3 ou mais		227	39,8

5.1.3 Utilização dos Serviços de Saúde

A atenção e cuidados no pré-natal, o parto em ambiente seguro, assistência médica a situações de risco, a vigilância de carência nutricional durante a gravidez são ações determinantes das condições de vida tanto da mãe quanto da criança.

Quanto aos locais de assistência médica ao nascimento foi verificada maior frequência deste evento em hospitais públicos-privados. No que tange aos locais de assistência à saúde das crianças, foi verificado que 29,5% frequentam Unidades de Saúde da Família (USF); 39,1%, Unidades Básicas de Saúde (UBS); 31,4%, Serviços Conveniados ou Particulares.

Em relação à ocorrência de internação hospitalar, observou-se que 90,4% das crianças menores de quatro meses nunca foram internadas.

TABELA 11 - Distribuição das variáveis relacionadas à assistência materno infantil em Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, 2002.

VARIÁVEL	TOTAL	AMOSTRA	%
Local de nascimento	602		
1.Público e Público privado		533	88,5
2.Privado		69	11,5
S. assistencial médico infantil particular / privado	608		
Particular		191	31,4
Público		417	69,6
S. assistencial médico infantil específico	608		
Particular / Convênio		191	31,4
Unidade Básica Saúde		238	39,1
Unidade Saúde Família		179	29,5
Internação da criança	625		
Sim		60	9,6
Não		565	90,4

5.2 Análise dos Resultados

O estudo contemplou, após verificação de consistência e correção do Banco de Dados, 1859 crianças menores de um ano de idade, sendo 625 menores de quatro meses. Contudo, conforme indicado anteriormente (capítulo 4) na análise das variáveis de interesse, o cálculo das percentagens válidas levou em consideração apenas as questões cujos entrevistados responderam afirmativa ou negativamente, descartando aquelas cujas respostas mostravam-se duvidosas (“não sabe”). Assim, o número total (N), variou de uma questão para outra.

5.2.1 Análise bivariada

A prevalência de amamentação em crianças de zero a 30 dias, foi de 90,7%, sendo apenas 33,8% em aleitamento materno exclusivo. Do 3º ao 4º mês de idade, 63,9% amamentavam e somente 14,3% estavam em amamentação exclusiva, confirmando a queda progressiva e rápida deste tipo de alimentação (Tabela 1, pág.6). A taxa de AME em menores de 4 meses em Juiz de Fora foi de 20,8%.

Com **relação à associação entre as características maternas pesquisadas e a presença do aleitamento materno exclusivo nas crianças menores de quatro meses de idade** (Tabela 12) apresentaram significância estatística: a ocorrência de pré-natal ($p=0,051$), a disponibilidade para amamentar ($p=0,008$) e a primiparidade ($p=0,010$).

As mães que freqüentaram as consultas de pré-natal amamentaram seus filhos exclusivamente ao seio em maior proporção que aquelas que não freqüentaram (21,8% e 10,7%, respectivamente). A freqüência às consultas do pré-natal em mais de 4 ocasiões associou-se à maior ocorrência de aleitamento materno exclusivo, mas sem significância estatística ($p= 0,159$).

Mães com disponibilidade para amamentar mostraram maior proporção de aleitamento exclusivo (23,4%) em relação às que não a tiveram (12,5%) ($p=0,008$), e, os filhos de mães

múltiparas apresentaram maior prevalência de aleitamento materno exclusivo (26%) que os de mães primíparas (17%), sendo altamente significante estatisticamente ($p=0,010$).

Já a escolaridade materna não atingiu nível de significância estatística ($p=0,12$), apesar de apresentar certa tendência de associação, em que mães com ensino médio ou mais, tenderiam a apresentar maior chance de aleitamento exclusivo que as de menor escolaridade.

Também apresentaram maior proporção de aleitamento exclusivo as mães que não trabalhavam fora do lar durante a gravidez (23,9%), mas sem significância estatística ($p=0,195$). O mesmo foi visto em donas de casa (23,8%), e nas mulheres com tipo de trabalho atual formal (25,8%), mas sem significância estatística ($p=0,13$).

O tipo de parto cesareano mostrou também tendência de associação com aleitamento materno exclusivo (23,7%) em relação ao parto normal e fórceps (18,4%), mas sem significância estatística ($p=0,106$). O tempo de permanência hospitalar após o parto de 0 a 2 dias, mostrou proporção maior de aleitamento exclusivo (23%) em relação aos que ficaram mais de 3 dias nesta condição, mas também sem significância estatística ($p=0,257$).

A faixa etária predominante em associação com o aleitamento materno exclusivo foi a de mais de 20 anos (22,8%) e a de menor proporção desta associação foi a de menos de 20 anos (17,2%), mas sem significância estatística ($p=0,234$).

Também não apresentaram significância estatística: ler e escrever ($p=0,672$), analfabetismo funcional ($p=0,817$), estudo atual ($p=0,299$), trabalho atual fora de casa ($p=0,771$) e ocorrência de plástica de mama ($p=0,83$). A ocorrência de plástica de mama foi pouco freqüente, o que prejudica a comparação.

TABELA 12 - Associação entre aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses e variáveis maternas pesquisadas - Teste qui-quadrado

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo				Total n	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Faixa etária						0,234
Menos de 20	16	17,2	77	82,9		
Mais de 20	106	22,8	359	77,2		
Total	122	21,9	436	78,1		
Ler ou escrever uma carta						0,672
Sim	119	22	423	78	542	
Não	3	17,6	14	82,4	17	
Total	122	21,8	437	78,2	559	
Analfabetismo Funcional (< 4 anos escolaridade)						0,817
Sim	49	21,4	180	78,6	229	
Não	72	22,2	252	77,8	324	
Total	121	21,9	432	78,1	553	
Estudo atual						0,299
Sim	8	16	42	84		
Não	114	22,4	396	77,6		
Total	122	21,8	438	78,2		
Escolaridade						0,12
Ensino fundamental	63	19,5	260	80,5	323	
Médio ou mais	55	25,1	164	74,9	219	
Total	118	21,8	424	78,2	542	
Trabalho na gravidez						0,195
Sim	50	19,4	208	80,6	258	
Não	72	23,9	229	76,1	301	
Total	122	21,8	437	78,2	559	
Trabalho atual fora de casa						0,771
Sim	21	22,8	71	77,2	92	
Não	100	21,5	366	78,5	466	
Total	121	21,7	437	78,3	558	
Tipo trabalho atual						0,13
Desempregada	1	7,7	12	92,3	13	
Dona de casa	68	23,8	218	76,2	286	
Formal	17	25,8	49	74,2	66	
Informal	13	14,4	77	85,6	90	
Total	99	21,8	356	78,2	455	

TABELA 12 (cont.) - Associação entre aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses e variáveis maternas pesquisadas – Teste qui-quadrado

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo					p
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%		
Disponibilidade amamentar						0,008
Sim	99	23,4	324	76,6	423	
Não	15	12,5	105	87,7	122	
Total	114	20,9	431	79,1	545	
Ocorrência de pré-natal						0,051
Sim	124	21,8	445	78,2	569	
Não	6	10,7	50	89,3	56	
Total	130	20,8	495	79,2	625	
Frequência ao pré-natal						0,159
Menos de 4	18	15,9	95	84,1	113	
Pelo menos 4	112	21,9	400	78,1	512	
Total	130	20,8	495	79,2	625	
Tipo de parto						0,106
Normal e Fórceps	63	18,4	280	81,6	343	
Cesárea	66	23,7	213	76,3	279	
Total	129	20,7	493	79,3	622	
Primiparidade						0,010
Sim	45	17,0	219	83,0	264	
Não	77	26,0	219	74,0	296	
Total	122	21,8	438	78,2	560	
Dias de alta da maternidade						0,251
O a 2 dias	79	23,0	265	77,0	344	
3 ou mais	43	18,9	184	81,1	227	
Total	122	21,4	449	78,6	571	

Quanto à associação entre as condições de assistência materno-infantis e a presença do aleitamento materno exclusivo (Tabela 13) nas crianças menores de quatro meses de idade, somente mostrou significância estatística o local de nascimento ($p=0,02$). Os locais privados revelaram maior proporção de AME (31,9%) que os demais locais – públicos ou públicos privados (19,7%). Dentre os tipos de atendimento médico de puericultura e pediatria, o particular mostrou maior proporção de AME em relação aos demais, mas sem significância estatística ($p=0,190$). Também não mostraram associação com significância estatística, o município de nascimento ($p=0,171$) e a internação da criança ($p=0,872$).

TABELA 13 - Associação entre aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses e condições de assistência materno-infantil.– Teste qui-quadrado

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo					p
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	
Local – hospital de nascimento						0,020
Publico e público-privado	105	19,7	428	80,3	533	
Apenas privado	22	31,9	47	68,1	69	
Total	127	21,1	475	78,9	602	
Atendimento médico à criança						0,190
Particular	46	24,1	145	75,9	191	
Público	87	19,4	336	80,6	417	
Total	127	20,9	481	79,1	608	
Atendimento médico à criança - específico						0,311
Particular	46	24,1	145	75,9	191	
UBS	43	18,1	195	81,9	238	
PSF	38	21,2	141	78,8	179	
Total	127	20,9	481	79,1	608	
Internação da criança						0,872
Sim	12	20,0	48	80,0	60	
Não	118	20,9	447	79,1	565	
Total	130	20,8	495	79,2	625	

Na análise da associação entre as **características e hábitos infantis com a presença do aleitamento materno exclusivo nas crianças menores de quatro meses de idade** (Tabela 14) mostraram alta significância estatística a faixa etária ($p=0,002$), o uso de mamadeira ($p=0,000$) ou chupeta ($p=0,000$), o não uso de água pura ($p=0,03$) no primeiro dia em casa assim como o não uso de chá ($p=0,00$) ou outro leite ($p=0,00$) na mesma ocasião. O não uso de mamadeira mostra uma proporção muito maior de crianças aleitadas exclusivamente ao seio (53,7%) que as que usavam mamadeira (3%) assim como o não uso de chupeta associou-se ao AME em 32,5% das crianças pesquisadas em contraposição a 13,9% das que a usaram, associações estas altamente significantes.

É interessante lembrar que do total das crianças menores de quatro meses, 63,5% usavam chupeta e 65% mamadeira. E destas crianças, em relação àquelas que estavam em AME, 42,6% usavam chupeta e 9,4% mamadeira (com leite materno).

Quanto aos hábitos no primeiro dia em casa, as crianças que não usaram água pura (23,2%), chá (24,8%) e leite artificial (24,7%) nesta época mostraram maior proporção de aleitamento materno exclusivo aos 4 meses de idade em relação às proporções das que tiveram estes hábitos (5,7%, 5,7% e 4,4% respectivamente), corroborando para o conceito acerca da importância do uso destes líquidos como indutores do desmame precoce. O número de casos de crianças que usaram água pura, chá e outro leite no primeiro dia em casa, e que estavam em AME na época da pesquisa, é muito pequeno, e sua análise deve ser criteriosa.

A amamentação no primeiro dia em casa mostrou tendência de associação com a presença de AME atual, embora sem significância estatística ($p= 0,104$). Foi verificado que 22,2% das crianças usaram leite materno no primeiro dia em casa, e estão em AME atual, versus 11,6% que não o utilizaram, estando na mesma condição alimentar referida anteriormente.

Não mostraram associação significativa com o AME: o sexo ($p=0,867$); o baixo peso ($p=0,116$) e o uso de água com açúcar no primeiro dia em casa ($p=0,365$). As crianças de sexo feminino obtiveram proporção de AME de 21,1%, e, as do sexo masculino, de 20,5%, em relação às que não estavam em AME. Quanto ao aspecto ponderal, as crianças com menos de 2500 g mostraram proporção de AME de 13,4%, e, as de mais de 2500g, evidenciaram 21,7% , em relação às que não estavam em AME. O uso de água com açúcar mostrou ser pouco freqüente no primeiro dia em casa, sendo que todas as crianças que o utilizaram (3 crianças) não tiveram AME aos quatro meses de idade.

TABELA 14- Associação entre aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses e variáveis relativas às suas características gerais e seus hábitos alimentares. Teste qui-quadrado.

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo				Total n	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Sexo						0,867
Feminino	62	21,1	232	78,9	294	
Masculino	68	20,5	263	79,5	331	
Total	130	20,8	495	79,2	625	
Faixa etária						0,002
0 a 1 mês	49	30,4	112	69,6	161	
1 a 2 meses	25	17,5	118	82,5	143	
2 a 3 meses	33	21,3	122	78,7	155	
3 a 4 meses	23	13,9	143	86,1	166	
Total	130	20,8	495	79,2	625	
Baixo Peso						0,116
Sim	9	13,4	58	86,6	67	
Não	121	21,7	437	78,3	558	
Total	130	20,8	495	79,2	625	
Mamadeira ou chucha						0,000
Sim	12	3	385	97	397	
Não	115	53,7	99	46,3	214	
Total	127	20,8	484	79,2	611	
Chupeta						0,000
Sim	55	13,9	340	86,1	395	
Não	74	32,6	153	67,4	227	
Total	129	20,7	493	79,3	622	
Água no 1º dia em casa						0,03
Sim	3	5,7	50	94,3	53	
Não	124	23,2	411	76,8	535	
Total	127	21,6	461	78,4	588	
Chá no 1º dia em casa						0,00
Sim	6	5,7	99	94,3	105	
Não	120	24,8	363	75,2	483	
Total	126	21,4	462	78,6	588	
Leite materno 1º dia casa						0,104
Sim	123	22,2	431	77,8	554	
Não	5	11,6	38	88,4	43	
Total	128	21,4	469	78,6	597	
Outro leite 1º dia em casa						0,00
Sim	5	4,4	108	95,6	113	
Não	116	24,7	354	75,3	470	
Total	121	20,8	462	79,2	583	

A tabela 15 mostra um resumo acerca das variáveis pesquisadas associadas ao AME em crianças menores de quatro meses, com significância estatística (análise bivariada e p-valores menores ou próximos a 10% referentes ao teste qui-quadrado) e que serão utilizadas nos modelos de regressão logística para análise. Assim, foram excluídas das análises as variáveis “idade da mãe ao ter o filho”, “número de consultas no pré-natal” , “dias de alta da maternidade” “sexo da criança”, “atendimento médico à criança” e “internação da criança”. Para facilitar a interpretação fez-se destaque, na referida tabela, àqueles fatores de proteção do AME (* e em negrito).

Dentre as variáveis pesquisadas, é pertinente recordar aquela que considera a “disponibilidade” da mãe para amamentar a criança. Esta foi construída a partir de duas questões incluídas no questionário: atividade econômica durante o período da amamentação e licença maternidade. Se a mãe exercia alguma atividade, mas não teve licença, conseqüentemente, ela não tinha “disponibilidade para amamentar” seu filho. Se a mãe exercia atividade econômica e teve licença, ou, se não exercia atividade, considerou-se que ela tinha “disponibilidade para amamentar”.

Assim, mostraram significância estatística: ter feito exame pré-natal, ter tido o filho em maternidades privadas, ter disponibilidade para amamentar, ser multípara, não ter ingerido leite não materno, água ou chá no primeiro dia em casa; e não ter usado chupeta ou mamadeira na época da pesquisa.

Se a mãe cursou o ensino médio ou mais, se fez pré-natal, se o parto foi cesariana, se a criança não nasceu com baixo peso e se tomou leite materno no primeiro dia em casa são fatores que contribuem para o aleitamento exclusivo, mas apresentaram uma significância superior a 5%.

TABELA 15- Variáveis pesquisadas associadas ao AME em crianças menores de 4 meses com significância estatística – Análise bivariada e p-valores referentes ao teste qui-quadrado (< / \cong 10%)

Variáveis	p-valor
Escolaridade da mãe (até fundamental / pelo menos ensino médio*)	0,120
Pré-natal (sim* ou não)	0,051
Tipo de parto (normal e fórceps ou cesariana*)	0,106
Local de nascimento (público e conveniado ou privado*)	0,020
Primiparidade (sim ou não*)	0,010
Disponibilidade para amamentar (sim* ou não)	0,008
Baixo peso ao nascer (sim ou não*)	0,116
Leite materno no primeiro dia em casa (sim* ou não)	0,104
Outro leite no primeiro dia em casa (sim ou não*)	0,000
Água no primeiro dia em casa (sim ou não*)	0,003
Chá no primeiro dia em casa (sim ou não*)	0,000
Uso atual de chupeta (sim ou não*)	0,000
Uso atual de mamadeira (sim ou não*)	0,000

* fatores de proteção ao AME

5.2.2 Análise multivariada

Conforme mencionado anteriormente, foram incluídas nos modelos de regressão logística as variáveis que apresentaram p-valor menor ou próximo a 10% quando da aplicação do teste qui-quadrado, e aquelas consideradas relevantes segundo bibliografia pesquisada, como a escolaridade, o tipo de parto e baixo peso ao nascimento.

Como há especial interesse em verificar a associação entre “disponibilidade para amamentar” e aleitamento materno exclusivo, optou-se pela estratégia de entrar com as variáveis uma a uma nos modelos, iniciando-se pela “disponibilidade para amamentar”.

Nos modelos onde foram incluídas as variáveis referentes à escolaridade da mãe, tipo de parto, baixo peso ao nascer e uso de leite materno no primeiro dia em casa, estes fatores não mostraram associação significativa com o aleitamento exclusivo até o quarto mês de vida. Por esse motivo, tais variáveis não foram incluídas nos modelos seguintes.

Nos modelos onde foram incluídas as variáveis referentes ao uso de água, chá e leite não materno no primeiro dia em casa, apesar destes fatores apresentarem alta significância estatística com o aleitamento exclusivo, mostraram uma razão de chance alta. Ao remeter-se à análise bi variada entre estas variáveis e o aleitamento materno exclusivo até o quarto mês de vida (Tabela 14), verificou-se que a frequência de casos de uso de água, chá ou leite não materno no primeiro dia em casa, em relação à associação ao AME até o quarto mês de vida, é muito pequena se comparada ao não uso destes líquidos no primeiro dia em casa e em AME até o quarto mês de vida, indicando pouca consistência, sendo estas variáveis não incluídas nos modelos.

As tabelas 16 a 19 apresentam os parâmetros, p-valor e razão de chance associados aos fatores incluídos nos modelos de regressão logística.

O primeiro modelo contém apenas a variável explicativa “disponibilidade para amamentar” (DISPONIB), que apresentou coeficiente altamente significativo. Este coeficiente

indica que se a mãe tem disponibilidade para amamentar seu filho (ou por não trabalhar ou por ter licença) a chance de aleitamento exclusivo é 118% superior à das crianças cujas mães não têm essa disponibilidade. Observa-se aqui que a variável “disponibilidade para amamentar” não está sob influência de outros fatores, estando em condições neutras (de efeito médio).

TABELA 16- Parâmetro, p-valor, razão de chance dos modelos de regressão logística Juiz de Fora, MG, 2002. Modelo 1.

Modelo 1	Parâmetro	P-valor	Razão de Chance
DISPONIB	0,779	0,009	2,18
Constante	-1,965	0,0000	

No modelo 2 foram incluídas as variáveis “primiparidade” (PRIMIPARA), “local de nascimento” (LOCNASC), “uso de mamadeira ou chucha” (MAMACHUCA) e “uso de chupeta (CHUPETA) que afetaram o parâmetro da variável “DISPONIB” aumentando sua razão de chance para 2,78 (178%), tendo a variável mantido a significância. A variável “LOCNASC” não apresentou significância estatística e a variável “CHUPETA” mostrou significância com valor limítrofe, enquanto as outras variáveis a mantiveram em nível significativo.

TABELA 17- Parâmetro, p-valor, razão de chance dos modelos de regressão logística Juiz de Fora, MG, 2002. Modelo 2.

Modelo 2	Parâmetro	P-valor	Razão de Chance
DISPONIB	1,0248	0,0070	2,7864
PRIMIPA (-)	0,8718	0,0027	2,3913
LOCNASC PUBPRI* (-)	0,4723	0,2405	1,6037
MAMACHUCA (-)	3,4246	0,0000	30,7094
CHUPETA (-)	0,4807	0,0836	1,6295
constante	-4,9707	0,0000	

* LOCNASC PUBPRI: Local de nascimento público ou público privado
(-): categoria da variável: negativa ou ausente

Verificou-se alta significância do não “uso de mamadeira ou chupa” em relação à ocorrência de aleitamento materno exclusivo, com uma razão de chance de 30, considerada muito alta. Ao remeter-se à análise bivariada (Tabela 14), verificou-se que a proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo que utilizou mamadeira (com leite materno) foi pequeno em relação ao outro grupo que não a utilizou, também em aleitamento materno exclusivo mas esta frequência foi considerada suficiente, oferecendo consistência à análise. Assim, se a criança não usa chupeta ela tem 1,62 vez a chance de estar em AME do que se a usar; se não usa mamadeira tem 30,7 vezes a chance de estar nesta condição do que se usá-la; se a mãe não é primípara, tem 2,39 vezes a chance de estar em AME do que se o for. Entretanto, se a criança usar chupeta, usar mamadeira e se a mãe for primípara mas tiver disponibilidade para amamentar, a criança terá 178 % a mais de chance de estar em AME do que se a mãe não tiver disponibilidade. Verifica-se aqui que, com a inclusão de outros fatores (modelo 2), colocando-se as crianças em uma situação pior que a média (modelo 1) houve uma potencialização da razão de chance que passou de 118%, no modelo 1, para 178%, neste modelo.

Vê-se aqui a importância da garantia dos direitos trabalhistas à mulher dando-lhe oportunidade de acesso a um trabalho formal, o que vai repercutir diretamente na qualidade de vida de seu filho e de sua família. No presente estudo, 63% das mulheres que tiveram disponibilidade para amamentar eram donas de casa e 34% eram trabalhadoras mas só 14,3% tinham emprego formal com os devidos direitos trabalhistas.

No modelo 3 retiraram-se as variáveis “uso de chupeta” (CHUPETA) e “local de nascimento” (LOCNASC) permanecendo as outras, as quais mantiveram significância, com pouca variação nos seus parâmetros. Assim, se a criança usa mamadeira e a mãe é primípara, mas tem disponibilidade para amamentar, a criança tem 3 vezes a chance de estar em AME (203%) do que aquelas que não têm a disponibilidade para amamentar. Aqui, é reforçada a

importância da tranquilidade da mãe em relação à sua segurança para poder amamentar seu filho, garantida por legislação trabalhista adequada e um emprego formal, ou por ter condição econômica para não trabalhar fora de casa.

TABELA 18- Parâmetro, p-valor, razão de chance dos modelos de regressão logística Juiz de Fora, MG, 2002. Modelo 3.

Modelo 3	Parâmetro	P-valor	Razão de Chance	
	DISPONIB	1,1100	0,0024	3,0342
	PRIMIPARA (-)	0,8456	0,0024	2,3293
	MAMACHUCA (-)	3,5175	0,0000	33,6999
	constante			

(-): categoria da variável: negativa ou ausente

No modelo 4, retirou-se a variável “MAMACHUCA” e introduziram-se as variáveis “CHUPETA” e “LOCNASC”, sendo que todas as variáveis apresentaram significância estatística. Houve alteração do valor do parâmetro e da magnitude da significância da variável “DISPONIB” (o parâmetro mudou de 1,11 para 0,69 - redução de quase 38%; o valor de p mudou de 0,0024 para 0,0296). Assim, se a mãe não é primípara, tem 1,93 vez a chance de estar em AME do que a mãe primípara. Se a criança não nasce em hospital público ou público privado, esta tem 2,3 vezes a chance de estar em AME do que aquela que nasce em hospital público ou público privado. Se a criança não usa chupeta, ela tem 2,84 vezes a chance de estar em AME do que a criança que a usa. Entretanto, se a criança usa chupeta, nasce em hospital público ou público-conveniado, a mãe é primípara mas tiver disponibilidade para amamentar, a criança terá 99% mais chance de estar em AME, ou o dobro da chance, do que se não tiver disponibilidade para amamentar.

TABELA 19- Parâmetro, p-valor, razão de chance dos modelos de regressão logística Juiz de Fora, MG, 2002. Modelo 4.

Modelo 4	Parâmetro	P valor	Razão de Chance
DISPONIB	0,6908	0,0296	1,9953
PRIMIPARA (-)	0,6614	0,0046	1,9375
LOCNASCPRI* (-)	0,8330	0,0088	2,3002
CHUPETA (-)	1,0463	0,0000	2,8471
Constante	-2,8570	0,0000	

* LOCNASCPUBPRI: Local de nascimento público ou público privado
(-): categoria da variável: negativa ou ausente

É pertinente observar nos modelos apresentados na tabela 17 que a inclusão das variáveis referentes ao local de nascimento, uso de mamadeira ou chupa, uso de chupeta, primiparidade alteram o parâmetro referente à disponibilidade, mas mantêm a referida variável associada ao AME, alterando somente a força desta associação. É confirmada portanto, mais uma vez, a importância da disponibilidade materna para amamentar frente a fatores desfavoráveis à ocorrência do aleitamento materno exclusivo.

A inclusão da variável “MAMACHUCA” em modelos realizados anteriormente aos citados, alterou os parâmetros das variáveis “LOCNASC” e “CHUPETA”, chegando as mesmas a perderem a significância estatística. Isto indica a forte interferência da primeira variável sobre as outras duas e reforça a importância do combate ao uso de mamadeiras, mesmo que utilizadas para oferecer o leite materno, desde o nascimento, em todos estabelecimentos de cuidados da saúde da mulher e da criança.

Ao se remeter à análise bivariada e teste qui-quadrado entre as variáveis “MAMACHUCA” e “CHUPETA”, em crianças menores de 4 meses de idade, observou-se que ocorre uma associação importante entre “MAMACHUCA” e “CHUPETA” (73,2%), com alta significância estatística ($p=0,000$). Já o “não uso de mamadeira” não se associa com significância estatística ao “não uso de chupeta” (46%) ou ao uso da mesma (54%). É evidenciado assim, a ocorrência concomitante das duas variáveis, e que, a interferência da

variável “MAMACHUCA” é muito forte sobre a variável “CHUPETA”, interferindo na sua ação sobre as outras variáveis, quando colocadas no mesmo modelo, chegando a variável “uso de chupeta” a perder a significância.

Mas já não se evidencia associação com significância estatística quando se estratifica “uso de chupeta” e “uso de mamadeira ou chupa” com o AME em crianças menores de 4 meses: de 12 crianças em AME que usam mamadeira ou chupa, 5 usam chupeta (41,7%) e 7 não a usam (58,3%), indicando que a interferência entre as duas variáveis independentes não se manteve. Assim, a associação entre as variáveis “MAMACHUCA” E “CHUPETA” é de ocorrência variável, podendo estar presente ou não no modelo utilizado e com magnitudes diferentes.

Portanto, a análise de regressão logística é mais bem representada aqui por dois modelos (números 3 e 4), pois as variáveis “MAMACHUCA” e “CHUPETA” interferem entre si se co-existirem no mesmo modelo, como mostrado acima.

6. DISCUSSÃO

A realização do diagnóstico da situação do aleitamento concomitante à campanha de multivacinação mostrou-se adequada, viável e de fácil operacionalização. Houve pronta adesão da equipe da Vigilância Epidemiológica e dos postos de vacinação, a cobertura da imunização foi elevada (90%), não houve qualquer prejuízo no desenvolvimento das atividades da vacinação e as informações foram obtidas de modo rápido, com baixo custo financeiro. E, com a participação de estudantes, em especial da área de saúde, em inquéritos como este, é possível contribuir para a formação de futuros profissionais como promotores do aleitamento materno (VIEIRA et al, 1998) sendo que esta afirmativa pode ser dirigida também aos profissionais de saúde, já formados, que participaram da pesquisa.

O fato de deixar-se o Banco de Dados desta pesquisa disponível para utilização, por docentes e discentes da instituição, no NATES, UFJF, pode contribuir para a continuidade deste estudo e mesmo permitir a análise da referida fonte de dados por outros ângulos dando origem a novas pesquisas em aleitamento materno.

Com a finalidade de atingir os objetivos propostos, foram necessárias muita organização e determinação por parte de toda equipe, inclusive na participação da divulgação da própria campanha de vacinação para que obtivesse a cobertura exigida, tanto pela vigilância epidemiológica como para o sucesso do presente trabalho.

A metodologia utilizada pode ser aplicada com segurança para avaliação do impacto de intervenções e monitoramento da situação do aleitamento em todo o país, assim como por outros estudos em nutrição infantil (VENÂNCIO et al, 1998; 2002).

Propõe-se comparar os resultados do presente trabalho aos estudos que utilizaram metodologia semelhante, referidos anteriormente, no segundo capítulo (Tabela 3, pag.21).

A comparação dos dados da pesquisa de Juiz de Fora com os do Estudo da Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais e Distrito Federal (BRASIL, 2001), mostra que a

porcentagem das crianças amamentadas de zero a dois meses de idade é semelhante. Há uma queda acentuada da amamentação no primeiro semestre de vida nos dois estudos, sendo que em Juiz de Fora esta é mais pronunciada (Tabela 1, pág.6). Também se observa esta queda da amamentação do primeiro dia em casa (93,1%) até aos 12 meses de idade (56%). Confirma-se, assim, que a maioria das crianças é amamentada nos primeiros dias de vida e com o passar dos dias há um abandono desta prática, ou introdução de outros líquidos ou alimentos, apontando o padrão de alta prevalência e curta duração do aleitamento materno em Juiz de Fora, semelhante ao descrito para o Brasil (BRASIL, 2001). O mesmo não ocorre com a situação do aleitamento materno exclusivo em Juiz de Fora e no Brasil e suas capitais, pois a sua ocorrência é baixa desde o primeiro mês de vida evidenciando um padrão local e nacional de baixa prevalência e curta duração.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), existem padrões de prevalência e duração do aleitamento materno que levam a identificar fases na amamentação. A fase I, denominada de “tradicional”, caracteriza-se pela alta prevalência e longa duração do aleitamento materno. A fase II, chamada de “transformação”, evidencia-se pelo declínio da prevalência e pelo encurtamento da sua duração e a fase III, dita de “ressurgimento”, pelo aumento da prevalência e da duração do aleitamento materno. Os grupos sociais existentes em uma região - elite urbana, urbana pobre e a população rural atingem cada uma destas fases em diferentes momentos. Dentre esses grupos sociais, aquele que invariavelmente desencadeia mudanças em relação ao aleitamento materno é a elite urbana, seguindo-se do urbano pobre e finalmente da população rural.

Juiz de Fora parece situar-se no perfil III, descrito anteriormente, dito de “ressurgimento”, que é a mesma situação encontrada para o país na pesquisa das capitais e Distrito Federal, 1999 (BRASIL, 2001). Mas, para confirmar tal assertiva, é necessário que o presente estudo, mantendo a metodologia e terminologia propostas pela OMS (1991), tenha

um acompanhamento periódico, o que possibilitará uma comparação dos resultados, com verificação da tendência de ressurgimento do aleitamento, permitindo inclusive equiparação com os outros estudos nacionais de metodologia semelhante.

Em relação ao Aleitamento Materno Exclusivo, Juiz de Fora mostra índices inferiores aos nacionais desde o primeiro mês de vida. Tais indicadores reforçam a necessidade de ações para restabelecimento da prática da amamentação no Brasil e especialmente no referido município (Tabela 1, pág.6).

Quanto às taxas do AME em Juiz de Fora em relação à faixa etária, observa-se um decréscimo do primeiro para o segundo mês, seguido de um aumento do segundo para o terceiro mês e de um declínio no mês seguinte, acontecimentos não esperados neste tipo de estudo. Entretanto, estes dados foram revistos e confirmados, ficando o questionamento acerca da causa desta ocorrência inesperada para ser solucionado em outro tipo de estudo mais apropriado e direcionado para este problema.

Rea (1998) ressalta que o indicador mais adequado a ser utilizado em países em desenvolvimento é a taxa de Aleitamento Materno Exclusivo em crianças com menos de 4 meses de vida, que, segundo a OMS é ideal em 100% das crianças. Entretanto, o Brasil está longe desta taxa ideal: na pesquisa acerca da Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal (BRASIL, 2001), esta proporção foi de 35,6%. Em Juiz de Fora, foi de 20,8%, inferior ao resultado de todas as capitais brasileiras estudadas, com exceção de Cuiabá.

A taxa de AME aos quatro meses em Juiz de Fora também foi inferior, em ordem regressiva dos seus valores, aos índices das cidades de Campinas, 2001; Feira de Santana, anos 1996 e 2001, Florianópolis, 1997; São Carlos, 1998; Canoas, 2001; Londrina, 2002; São José do Rio Preto, 2001; João Pessoa, 1997 (Tabela 20; números 15, 2, 16 ,3, 5, 14, 18, 13, 4,

respectivamente). Somente foi superior, além de Cuiabá, já mencionado, a Botucatu, 1995 e Ribeirão Preto, 1999 (Tabela 20 , números 1 e 10, respectivamente).

É pertinente lembrar que, muitas das cidades que mostraram as mais elevadas taxas de AME, referidas acima , contavam com instituições de apoio e incentivo ao aleitamento na época das pesquisas: Florianópolis (um Banco de Leite Humano e dois Hospitais Amigos da Criança); Feira de Santana (dois Bancos de Leite Humano e dois Hospitais Amigos da Criança); Londrina (Comitê de Incentivo ao Aleitamento e três Hospitais Amigos da Criança) e Campinas (trabalho conjunto da PUC Campinas e Secretaria de Saúde de Campinas, em prol do aleitamento). Juiz de Fora conta com Banco de Leite Humano atuante desde 1991, não contando, até o momento, com Hospital Amigo da Criança.

A taxa de Aleitamento Materno Completo (AMC) nos menores de 4 meses encontrada em Juiz de Fora foi de 45,1%, representando aproximadamente o dobro da taxa de AME nessa mesma faixa etária e mostrando a alta freqüência da introdução desnecessária e precoce de água e chás na alimentação infantil, hábito este prejudicial à saúde, podendo ser causador de diarreia e outras doenças, além de conduzir ao desmame precoce. Já no primeiro dia em casa, 17,8% destas crianças usavam chá e 9% água.

Nos municípios de Feira de Santana e Florianópolis, a taxa de AMC até os 4 meses, 60,7% e 64,5% respectivamente, mostra-se superior à de Juiz de Fora, e a diferença entre a freqüência de AME e AMC em relação à mesma faixa etária é menor, mostrando que o hábito de introdução precoce de líquidos é menos freqüente naqueles municípios, provavelmente por influência da cultura local em amamentação. Já o município de João Pessoa mostra índice de AMC em menores de 4 meses de 41,1%, menor que o resultado obtido em Juiz de Fora e nos outros municípios.

TABELA 20 – Comparação da prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME), completo (AMC), aleitamento materno (AM), uso de chupeta, uso de mamadeira , duração mediana AME e AM em vinte estudos brasileiros*.

Local	Ano estudo	Amostra /idade crianças	AME% < 4 m < 6 m	AMC% < 4 m < 6 m	Chupeta %	Mamadeira %
1.Botucatu SP	1995	1550 < 1ano	19,16 ^t 11,54 ^t	X X		
2.Feira Santana/ BA	1996	3898 < 2anos	45,6 36,9	60,7 51,5		
3.Florianópolis/ RS	1997	990 < 1 ano	46,3	64,5		
4.João Pessoa/ PB	1997	980 < 1 ano	23,9	41,1		
5.São Carlos SP	1998	3236 <2anos	37,8 27,7	54,1 40,0		
6.Est. São Paulo : 84 municípios	1998	11481 < 4 m	32% mun. mais de 20%	—		
7.Brasil (capitais, DF)	1999	48.845 < 1 ano	35,6	—		
8.Est. São Paulo 111 municípios	1999	34435 <6m	—	—		
9.Est. São Paulo 111 municípios	1999	22188 < 4m	—	—	<1m 53,9 <4m 61,3	—
10.Ribeirão Preto SP	1999	1715 < 1ano	18,8 12,7	59 45,6		
11.Itapira SP	1999	679 < 12m	no 4m 45% no 6m 31 %	—		
12.Itapira SP	1999	209 <4m	no 1 dia casa 78,1%	—		
13.São J Rio Preto SP	2000	719 < 1ano	21,1%	—		
14.Canoas RGS	2001	501 <2anos	34,4 26,8	52,1 41,7		
15.Campinas SP distrito noroeste	2001	1708 <2anos	51,1 38,1	— 61,1		
16.Feira Santana BA	2001	2319 < 1ano	48,3 17,7	—		
17.Campinas SP Três C. Saúde Escola	2001	2394 <2anos	43 27,3	67,3		
18.Londrina PA	2002	2002 < 4 e 6 m	29,3 21	50 37,5		
19.Rio Branco ACRE	2004	415 <6m	Aos 3m 35,5	—	<6m 35,1	<6m 66,3
20. Juiz de Fora MG	2002	1859 < 12 m	20,8 15,8	45,1 34,6	<4m AME 45,6	<4m AME 9,4

Fontes: 1. CARVALHAES et al, 1998; 2. VIEIRA et al, 1998 3.4. KITOKO et al, 2000; 5. MONTRONE ARANTES, 2000; 6. VENANCIO et al, 2002; 7. BRASIL, 2001; 8. VENANCIO et al, 2006; 9. COTRIN et al, 2002; 10. PEREIRA et al, 2004; 11. 12. AUDI, CORREA, LATORRE, 2004; 2005; 13. FIGUEIREDO et al, 2004; 14. HENTGES et al, 2003; 15. CAMILO et al, 2004; 16. VIEIRA et al, 2004; 17. CLARO et al, 2004; 18. VANUCHI et al, 2005; 19. MAIA et al, 2006; 20. AFONSO, 2002

*estudos transversais, inquéritos recordatórios 24 h, nos postos de vacinação, em Dia Nacional de Vacinação.

^t taxa calculada a partir de dados disponíveis - **Negrito:** estudos com metodologia AMAMUNIC

O resultado desta pesquisa que aponta o uso de chupeta em 65,9% crianças menores de 12 meses de idade, e mamadeira em 70,8% delas, mostra alta prevalência destas práticas em nosso meio, indicando hábito bem enraizado na população de Juiz de Fora. A prevalência nacional, ano de 1999, foi de 52,9% para uso de chupeta e 62,8% para o de mamadeira, sendo que Maceió se destaca pelo maior número de crianças em uso de mamadeira aos 12 meses (75,5%) e Porto Alegre, no uso de chupeta (69,2%), também até aos 12 meses (BRASIL, 2001). É interessante relatar que, de acordo com a pesquisa das capitais e DF, 1999, as menores durações de aleitamento materno no país dão-se, justamente, em Maceió (172 dias) e Porto Alegre (193,5 dias), sendo que Maceió tem uma das mais baixas durações de AME do país (8,2 dias). Comparando-se os resultados de Juiz de Fora a estas duas cidades, vê-se a semelhança nos altos índices de uso de chupeta e mamadeira apresentados, sendo que a prevalência de aleitamento materno em crianças menores de um ano no município, 56%, comparada com o uso de chupeta (65,9%) e mamadeira (70,8%), pode indicar que crianças em amamentação têm possibilidade de estar usando tanto chupeta quanto mamadeira e que a maioria dos alimentos é oferecida por mamadeira para crianças desmamadas ou não.

A análise dos dados do presente estudo foi processada utilizando-se o programa SPSS e os resultados foram descritos utilizando-se o teste qui-quadrado para verificar a significância da associação dos diferentes fatores independentes com o dependente- aleitamento materno exclusivo. Para estudar possíveis fatores de confusão, foi aplicada a técnica de análise de regressão logística, incluindo-se nos modelos todas variáveis que apresentaram valor de p menor ou próximo a 10% quando da aplicação do teste qui-quadrado, como fatores de controle.

Com relação à associação entre as características pesquisadas e o aleitamento materno exclusivo nas crianças menores de 4 meses no município juiz-forano apresentaram

significância estatística na análise bivariada as seguintes variáveis: a ocorrência de pré-natal ($p=0,051$), a disponibilidade para amamentar ($p=0,008$), a primiparidade ($p=0,01$), local de nascimento ($p=0,02$), o uso de mamadeira ($p=0,000$), o uso de chupeta ($p=0,000$), o não uso de água pura ($p=0,03$), o não uso de chá ($p=0,00$) e o não uso de outro leite ($p=0,00$) no primeiro dia em casa.

As variáveis associadas à interrupção do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses em Juiz de Fora de acordo com a análise de regressão logística foram – “primiparidade”, “local de nascimento”, “disponibilidade para amamentar”, “uso de chupeta” e “uso de mamadeira”. Estas variáveis foram também evidenciadas como fatores de risco para o AME em outros estudos semelhantes a este. Estas variáveis mostram estar dentro do contexto de nossa realidade, representando situações preocupantes no universo que cerca a ocorrência da alimentação infantil: são de caráter político as variáveis “disponibilidade para amamentar” e “local de nascimento”; de caráter biológico a variável “primiparidade”; de caráter assistencial a variável “local de nascimento” e de caráter cultural e comportamental as variáveis “uso de chupeta” e “uso de mamadeira”.

As outras variáveis pesquisadas não mostraram associação com significância estatística com a ocorrência de aleitamento materno exclusivo até o quarto mês de vida na análise bivariada, sendo que a variável “ocorrência de pré-natal”, que havia ficado com valor limítrofe de significância na referida análise ($0,051$), perdeu a significância estatística na análise de regressão logística. Outra variável pesquisada, “local de nascimento”, também perdeu a significância estatística na análise de regressão logística quando foi introduzida no modelo a variável “uso de mamadeira”, mas mantendo a significância em outros modelos.

No presente estudo, as mães múltiplas apresentaram maior chance de amamentarem seus filhos exclusivamente em relação as primíparas ($p=0,00$; $RC= 2,39$), corroborando com a maioria dos estudos encontrados. Ou seja, as mães múltiplas têm 2,39 vezes a chance de

aleitarem exclusivamente seu filho do que a mãe primípara. A análise de regressão logística mostrou forte associação desta variável com o aleitamento materno exclusivo, mesmo na presença de outros fatores como local de nascimento, realização de pré-natal, disponibilidade para amamentar e uso de chupeta e mamadeira. Isto reforça a necessidade de um trabalho de educação com as mulheres primíparas, uma vez que estas apresentam menor chance de amamentarem exclusivamente seus filhos em comparação com as múltiparas.

É muito provável que fatores culturais que favoreçam a introdução de outros líquidos e alimentos para a criança antes da época adequada, tenham um maior impacto no primeiro parto, além da possível interferência de outros fatores, como o desejo de amamentar e a insegurança materna em fazê-lo. Mas este estudo não é apropriado para a avaliação de questões recordatórias, fora das 24 horas de abrangência da pesquisa, como é o caso da vontade de amamentar e insegurança materna no início do aleitamento. Estudos específicos são necessários para verificar a influência de fatores maternos ligados à esfera psíquica e emocional, que possam interferir na ocorrência de aleitamento exclusivo e que não foram incluídos no presente estudo pelo motivo exposto.

Estudos nacionais e internacionais sobre a relação entre a frequência e duração do aleitamento materno com faixa etária materna e paridade são controversos, mas a maioria deles indica maiores taxas e durações de aleitamento exclusivo e total, em mães mais velhas (BARNES et al, 1997; CROST, KAMINSKI, 1998; RYAN et al, 2002; KITOKO et al, 2002; VICTORA et al, 1997; LIMA, OSORIO, 2003) e não primíparas (VENÂNCIO et al, 2002; VIEIRA et al, 2004; VENÂNCIO, MONTEIRO, 2006; MAIA, 2006; e outros).

A amamentação não é um comportamento totalmente intuitivo e a técnica correta para sua realização, em muitos casos, precisa ser aprendida. A assistência imprecisa, inconsistente e despreparada da equipe de saúde tem sido reconhecida como um importante obstáculo à sua

prática e há evidências de que a educação pré-natal em relação ao AME pode apresentar benefícios nos seus indicadores em especial em relação as primigestas (OMS, 2001).

Vannuchi e colaboradores, 2005, detectaram que as mulheres primíparas apresentaram um maior risco de não praticarem o AME (OR=1,63; IC95%:1,05-2,51) em relação às múltiparas e referem que Venâncio (2002; apud VANNUCHI, et al, 2005) chegou a resultados semelhantes concluindo que a chance de prolongar o tempo de amamentação eleva-se com o aumento do número dos filhos, principalmente quando a mãe foi bem sucedida ao amamentar filhos mais velhos.

Resultados de Vieira et al (2004) confirmam a maior chance de aleitamento materno e de sua forma exclusiva para filhos de mães múltiparas, em pesquisa realizada em Feira de Santana, Bahia ($p=0,003$; RP:1,06; IC95%:1,01-11,12 e $p= 0,0003$; RP:1,25; IC95%:1,08-1,44, respectivamente, para aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo). Concordam com estes achados, Venâncio e colaboradores (2002) ao avaliarem 84 municípios do estado de São Paulo e verificarem que primíparas menores de 20 anos tinham 1,2 vez a chance de abandonar o aleitamento exclusivo antes da criança completar 4 meses (OR=1,27; IC95%:1,13-1,43). Em estudo semelhante, realizado em 111 municípios do mesmo estado, Venâncio e Monteiro (2006) também encontraram maior chance de AME em múltiparas (OR=1,42; IC95%:1,33-1,49).

Maia et al (2006) concluíram que filhos de mulheres primíparas têm 63% maior probabilidade de desmame precoce (RP=1,63; IC95%1,19-2,21) que os de múltiparas, o que sugere falta de experiência anterior e reforça a necessidade de inserção de ações educativas nesses grupos, como exemplo, os grupos de gestantes (VIEIRA et al, 2004). Já Audi et al (2005) observaram em pesquisa realizada em Itapira, Estado de São Paulo, que o único fator associado à maior chance de aleitamento materno no primeiro dia em casa após o nascimento foi o fato da mãe ser adolescente e primípara ($p=0,003$ e OR= 9,40; IC 95%:1,24-71,27),

ajustado para o tipo de parto e local de nascimento. Este achado incomum pode ser explicado, pelo menos em parte, pelo tipo da administração hospitalar que, neste caso, objetivou maior suporte às adolescentes na gravidez e no pós-parto, inclusive quanto ao aleitamento materno.

Quanto aos estabelecimentos de assistência ao parto, é sabido que são importantes condutores das decisões maternas em relação ao aleitamento, podendo, se mal conduzido, levar ao seu fracasso (TOMA, MONTEIRO, 2001).

A pesquisa de Juiz de Fora mostrou que a criança que nasceu em um Hospital Privado teve 2,57 vezes a chance de amamentar exclusivamente que a nascida em Hospital Público ou Público-Privado. Provavelmente isto ocorreu porque, na época da pesquisa, e em aproximadamente dois anos anteriores a esta, os dois hospitais estritamente privados do município realizaram treinamento de acordo com a IHAC e aplicavam estes dez passos dentro das suas possibilidades, dado que estes dois estabelecimentos têm altas taxas de cesarianas, o que não os possibilita a candidatar a este título. Mas pelos resultados indicando-os como locais de maior ocorrência da prática AME, suas atividades causaram impacto positivo influenciando a decisão materna em prol do aleitamento.

Audi et al (2005), referem em trabalho realizado em Itaparica, estado de São Paulo, que a mãe atendida em hospital municipal, com título de Hospital Amigo da Criança, teve menor chance de usar leite artificial (OR=0,33; IC95%:0,13-0,86) no primeiro dia em casa, que a mãe que teve parto em hospital privado, sem o referido título. O Hospital Público (municipal) para receber o título de HAC havia desenvolvido intensivo trabalho por dois anos para mudar suas rotinas de acordo com os dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Neste estudo, foi confirmado que hospitais públicos paulistas têm políticas mais apropriadas para o AME que os não públicos (TOMA, MONTEIRO, 2001).

Venâncio et al (2002), verificaram em pesquisa no estado de São Paulo que crianças que nasceram em Hospital sem título de Hospital Amigo da Criança tinham 1,5 vez a chance de

não estar em AME quando comparadas àquelas que nasceram em Hospital Amigo da Criança. E que, nascer em município que não tenha Hospital Amigo da Criança também tem um risco maior (2,2 vezes) das crianças não estarem em AME. Outros trabalhos, como de Bicalho-Mancini e Velásquez-Menendez (2004) confirmam este resultado, quando comprovam o aumento da duração do AME, em instituição mineira, antes e após receber o referido título.

Assim, o fato de nascer em um Hospital Amigo da Criança ou mesmo nascer em um município que tenha um hospital com esta qualificação, já oferece à criança mais chance de receber o leite materno de forma exclusiva (VENANCIO et al, 2002). Venâncio e colaboradores (2006) verificaram, após análise das variáveis individuais e contextuais, que a presença de pelo menos 4 a 5 medidas pró-aleitamento materno no município atenua o risco de desmame associado à baixa escolaridade materna, baixo-peso da criança, nascimento e seguimento em estabelecimento público.

Em Juiz de Fora a maior chance de uma criança estar em AME, em relação ao local de nascimento, deu-se nos locais privados provavelmente devido à posição facilitadora de ações em prol do aleitamento destas instituições que vai de acordo com outros estudos (VENANCIO, et al, 2002; BICALHO, 2004). Outros fatores que podem ter contribuído para esta situação seria a maior escolaridade materna (BEMFAM, 1997; REA, 1997; VENANCIO, 2002; GIUGLIANI, 2003; VIEIRA, 2004; dentre outros) e a renda na população que frequenta estas instituições (WHO, 1995), sendo esta última não estudada na pesquisa atual. Em Juiz de Fora, foi verificado maior nível de escolaridade nas progenitoras das instituições particulares exclusivas (três vezes o nível de instrução “ensino médio ou mais” do que o nível “fundamental”) enquanto nas outras o nível de ensino fundamental predomina (quase o dobro do ensino médio ou mais). É importante lembrar que a variável escolaridade não alcançou significância estatística em relação ao AME neste estudo.

Atualmente um dos hospitais público-privados do município está em fase de avaliação para receber o título de Hospital Amigo da Criança, o que sem dúvida vai auxiliar na mudança do perfil local, em direção a melhores taxas de AME e AM e conseqüente melhoria na saúde materna e infantil.

Foi verificado no presente estudo que as prevalências do uso de chupeta em crianças menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo (42,6 %) e de mamadeira (9,4 %) são elevadas. A introdução precoce de bicos é evidente, pois 62% destas crianças já usavam-no com 1 mês de idade. Vários estudos nacionais e internacionais confirmam a alta frequência da ocorrência destes hábitos (RICHARD, ALADE, 1993; VICTORA *et al*, 1993, 1997; BARROS *et al*, 1995; VIEIRA *et al*, 1996, 2001, 2004; HOWARD *et al*, 1999; FIGUEIREDO *et al*, 2000; BRASIL, 2001; COTRIN *et al*, 2002; SOARES *et al*, 2003; CUNHA, 2005; HENTGES *et al*, 2005; VANNUCHI, 2005, além de outros estudos).

Verifica-se que a realidade do município juiz-forano expõe os recém nascidos e lactentes jovens ao desmame precoce por desigualdade de acesso aos serviços de saúde de qualidade, por falta de capacitação das mulheres em seu primeiro parto, por falta de orientação pelos profissionais de saúde às gestantes e mães acerca dos malefícios oriundos do uso de chupeta, chucas e mamadeiras e, finalmente, por desigualdade no setor trabalhista, onde, a maioria das mulheres trabalhadoras do município encontra-se na informalidade com todos seus riscos, levando à não disponibilidade para o sublime ato do amamentar seu filho.

Embora o desenho (transversal) deste estudo não seja o mais adequado para estabelecer relações causais, a forte associação entre o uso de chupeta e a não ocorrência de AME em crianças menores de 4 meses ($p=0,000$) aponta nesta direção e indica a necessidade de estudos de seguimento que comprovem a hipótese da interferência do uso deste artefato na ocorrência do aleitamento materno exclusivo e desmame. A possível interferência do uso da chupeta

sobre a ocorrência do AME foi também descrita em vários outros estudos de metodologia semelhante (Tabelas 3 e 20; números 2, 9,11,14,16,18 e 19).

Em Juiz de Fora, o hábito de não usar chupeta associou-se ao AME em 32,5% das crianças menores de 4 meses pesquisadas, em contraposição a apenas 13,9% de AME naquelas que a usavam, associação esta altamente significativa ($p=0,00$; $RC= 2,84$). Assim, a criança que não usa chupeta tem 2,84 vezes a chance de estar em AME do que aquela que a usa. A análise de regressão logística, confirmou a influência da variável “uso de chupeta” sobre o parâmetro da variável “disponibilidade para amamentar”, mesmo controlando-se por outras variáveis.

Vieira *et al* (1998) encontraram em pesquisa realizada em 1996, em Feira de Santana, Bahia, que as crianças menores de 4 meses que não faziam uso de chupeta nas 24 horas precedentes ao inquérito, tinham 1,87 vez a chance de estar em AME do que as que a utilizavam (Risco Relativo: 1,6 -2,19 e $p< 0,001$). Cinco anos depois, os mesmos autores repetiram a pesquisa no município e confirmaram a continuidade desta associação ($p<0,001$; $RP 1,60$; $IC 95\%: 1,39-1,84$) (VIEIRA *et al*, 2004).

Cotrim *et al* verificaram em estudo realizado em 111 municípios do Estado de São Paulo (2002), que 61,3% das crianças menores de 4 meses fizeram uso de chupeta nas 24 horas precedentes à pesquisa, sendo mostrada a associação entre o uso de chupeta e a interrupção do aleitamento materno exclusivo ($p<0,05$; $OR=3,26$; $IC95\%: 3-3,50$) e do aleitamento materno ($p<0,05$; $OR=5,99$; $IC95\%: 5,50-6,60$) além de uma maior prevalência do uso de mamadeira entre aquelas crianças que usavam chupeta ($p<0,05$; $OR= 2,71$; $IC95\%: 2,60-2,90$).

No presente estudo foi verificada a concomitância entre o uso de mamadeira e chupeta em crianças menores de 4 meses em 73,2% das crianças pesquisadas nesta faixa etária, sendo esta associação de alta significância ($p=0,00$), concordando com a pesquisa de Cotrim *et al* (2002).

Vários outros estudos nacionais confirmam a associação entre o uso da chupeta e o desmame. Vannuchi *et al* (2002), em Londrina, Paraná, utilizando a técnica de regressão logística com controle das variáveis “idade da criança” e “peso ao nascer”, encontraram risco de interrupção de AME em crianças menores de 6 meses, usuárias de chupeta, de 2,23 vezes do que aquelas que não a usavam (ORA=2,23; IC95%:1,43-3,47). Também Audi e colaboradores, em Itapira, São Paulo (2003) verificaram a associação entre o uso de chupeta e a interrupção de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida (OR =4,41, IC95%: 2,57-7,59).

Hentges *et al* (2005), Canoas, Rio Grande do Sul, mostraram chance 1,38 vez da criança não usar bico e estar em AME do que aquela que o usava, mas sem significância estatística ($p=0,229$). E os autores Maia *et al*, em Rio Branco, Acre, 2006, verificaram que as crianças que usavam chupeta apresentavam 14 % mais chance de desmame precoce do que as que não a usavam (RP=1,14; IC95%:1,06-1,21).

O uso de chupetas deve ser visto como um marcador de dificuldades no aleitamento materno (VICTORA *et al*, 1997; LAMOUNIER, 2003). Nestes casos, talvez o mais importante não seja a retirada da chupeta mas a tentativa de elucidar e solucionar problemas que motivaram o seu uso. À mesma conclusão se referem Cunha *et al* (2005), quando apontam a chupeta como possível causadora de desmame precoce e que seu uso possibilita identificar as mães que necessitam aconselhamento e apoio para a amamentação.

Em estudo etnográfico, Victora *et al*, 1997, sugerem que as chupetas além de interferir na fisiologia da lactação podem ser um marcador do desejo materno de interromper mais cedo o aleitamento, ao invés de causa de sua descontinuidade, indicando aquelas mães que necessitam atenção e apoio adicional para ajudá-las a continuar a amamentação, e sem isso, as campanhas educativas visando a diminuir o uso de chupetas estão propensas a falhar.

A associação entre desmame e uso de chupeta, parece estar bem estabelecida, embora a relação causal necessite ser mais estudada e explicada: as chupetas levariam ao desmame ou a vontade de desmamar ou dificuldade na amamentação levariam ao seu uso? É bem provável que haja o envolvimento dos dois mecanismos, levando a um ciclo vicioso que culmina com o desmame (GIUGLIANI, 1998).

O estudo de Aarts et al (1999) confirmou a contribuição da IHAC para este tema ao ser constatada uma súbita queda do uso de chupeta em criança menores de uma semana que nasceram em HAC (que desaconselham o uso de chupetas e bicos artificiais no período pós-parto). Entretanto, Soares et al (2003) verificaram que, mesmo numa população bem orientada, como é o caso da que freqüentou um HAC em Porto Alegre, ocorreu a associação entre o hábito de usar chupeta e o desmame precoce.

O primeiro estudo descrito acima aponta para a importância do estabelecimento de Hospital Amigo da Criança no município de Juiz de Fora e a ampliação do número destes hospitais no estado e no país, em direção a redução da freqüência do hábito de usar chupeta e conseqüente aumento da freqüência do AME e AM.

A literatura aponta os fatores que influenciam o uso de chupeta e que devem ser levados em consideração quando se tem o objetivo de aumentar a ocorrência de AME. Dentre estes fatores devem ser lembrados as questões culturais, a insegurança materna ao amamentar, bem como dificuldades e problemas com a amamentação (VICTORA et AL,1997); a interferência da mídia e conduta de alguns profissionais de saúde quanto às orientações sobre o uso de chupeta (VICTORA et al, 1997; OPAS, OMS, 2001; LAMOUNIER, 2003).

O leite materno é um recurso natural e renovável. E representa a mais eficiente conversão de matéria vegetal a um alimento de alto conteúdo energético, e protéico, adequado e perfeito para o consumo humano, em contraste com a mamadeira e o leite artificial que esgotam recursos e geram contaminação (CARVALHO, 1996).

Mais bebês alimentados com mamadeira significam mais desmatamento, mais erosão, mais poluição (por dioxinas e outros tóxicos), mudanças climáticas e desperdício de recursos. Isto tudo ocorre por causa dos materiais que são utilizados para fabricação das mamadeiras e embalagens para o leite artificial além da poluição decorrente da própria criação do gado leiteiro (RADFORD, 1992).

Um dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno (OPAS/OMS, 2001) é o não uso de chupetas e mamadeiras pelas crianças amamentadas. Há muitos relatos de mães e profissionais de saúde sobre as dificuldades da pega ao peito pelo bebê após ter sido alimentado com a mamadeira (MUSOKE, 1990; MARCONDES, 2002) sendo que estas causam inúmeros malefícios às crianças levando ao óbito 1,5 milhões de bebês ao ano (UNICEF, 1990).

No estudo de Juiz de Fora, o uso de mamadeira, associou-se ao AME em 3 % das crianças enquanto o não uso deste objeto mostrou associação com este tipo de aleitamento em 53,7%, sendo esta relação de alta significância estatística ($p=0,000$). A criança que não usa mamadeira, com leite materno, tem 30,7 vezes a chance de estar em AME do que aquela que a usa.

Em Rio Branco, Acre, Maia et al (2006) verificaram que, em relação ao AME crianças que usaram mamadeiras apresentaram 40% mais chance de desmame precoce (RP=1,40; IC95%: 1,27-1,56) do que as que não a utilizaram. Dentre os trabalhos pesquisados este é o único estudo que avaliou esta associação.

Assim, faz-se necessário esclarecer às mães e à população em geral bem como aos profissionais de saúde do meio hospitalar e ambulatorial, acerca dos efeitos prejudiciais destes hábitos, uso de chupeta e mamadeira, sobre a amamentação e saúde infantis, ao que se incluem as orientações acerca do manejo da amamentação, a implantação do Método Mãe Canguru, o monitoramento da Norma Brasileira para Comercialização da Alimentação do Lactente e

Crianças Menores, Bicos, Chupetas e Mamadeira, a capacitação das instituições de saúde de acordo com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação.

A variável “disponibilidade” da mãe para amamentar a criança, como referido anteriormente, foi construída para este estudo a partir de duas questões incluídas no questionário: se a mãe tinha alguma atividade econômica durante o período de amamentação e se teve licença à maternidade. Se a mãe exercia alguma atividade, mas não teve licença, conseqüentemente ela não tinha “disponibilidade para amamentar” seu filho. Se a mãe exercia atividade econômica e teve licença ou se não exercia atividade, considerou-se que ela tinha “disponibilidade para amamentar”. Na literatura pesquisada, encontra-se trabalhos referindo-se aos fatores que compõem a variável “disponibilidade”, mas apresentados e estudados em separado. Aqui vê-se a importância desta variável que permite avaliar características sociais e econômicas da população feminina.

Na pesquisa realizada em Juiz de Fora, após análise de regressão logística, foi verificado que a “disponibilidade” da mãe em amamentar seu filho é um fator com alta significância para o aleitamento materno exclusivo até o quarto mês de idade. Assim, se a mãe tem “disponibilidade de amamentar” seu filho (por trabalhar e estar de licença, ou, por não trabalhar) esta tem 118% mais chance de fazê-lo de forma exclusiva do que aquelas que não têm disponibilidade. Na análise multivariada, a variável “disponibilidade para amamentar”, quando comparada às outras variáveis – ocorrência de pré-natal, paridade, local de nascimento, uso de chupeta, uso de mamadeira- não sofreu influência por elas, mantendo significância estatística, sendo nesta análise uma das variáveis mais fortemente associada ao AME até os quatro meses de idade (RC=2,78 ou 178%).

Ou seja, o modelo de análise multivariada reforça mais uma vez a importância da disponibilidade para a mãe amamentar exclusivamente mesmo quando frente a fatores de

risco para sua não ocorrência como uso de chupeta, uso de mamadeira, primiparidade, nascimento em hospital público ou público privado. Cabe à sociedade lutar por melhores condições trabalhistas e socioeconômicas para as mulheres, dando-lhes condições físicas e emocionais para se dedicarem aos cuidados pessoais e de sua família, em especial sua nutrição. A prorrogação da licença maternidade para seis meses de duração, projeto que deverá ser votado ainda este ano pelo Senado, será uma conquista importante, contribuindo enormemente para a disponibilidade da mulher para amamentar.

A maioria dos trabalhos pesquisados confirma a associação entre a ausência de trabalho materno e a maior ocorrência de Aleitamento Materno Exclusivo (REA, KUKIER, 1988; BRASIL, 2001; VENÂNCIO et al, 2002; VIEIRA et al, 2004; VANNUCHI et al, 2005; MASCARENHAS et al, 2006) apesar de alguns não encontrarem relação entre as duas variáveis referidas (VENÂNCIO e colaboradores, 2002; VITURI, BRITO, 2003; VOLPINI, MOURA, 2005) ou mesmo encontrarem maior duração desta forma de amamentação em vigência do trabalho materno (LABRADA et al, 1999; ESCOBAR et al, 2002).

Segundo Rea e Kukier (1988) o trabalho foi a principal causa alegada por mães, em um estudo de intervenção pró-amamentação, para introdução de mamadeira com leite artificial.

Em pesquisa realizada em 1997, Rea e colaboradores constataram que para amamentarem exclusivamente ao seio, as mulheres não só precisam de benefícios trabalhistas como também de estarem bem informadas acerca da importância desta prática e de como utilizarem melhor estes benefícios. E, segundo Osis et al (2004), também há necessidade de acompanhamento com atividades educativas pró-amamentação contínuas, da gestação ao pós-parto, além do apoio de creches e locais adequados para amamentação, ordenha e conservação do leite nas empresas e demais locais que as mães possam frequentar (como escolas, universidades, etc) com seus filhos.

Maia et al (2006) observaram em pesquisa realizada em Rio Branco, Acre, a associação entre trabalho fora de casa e o desmame precoce, com 27% mais chance de desmame precoce em mães que trabalhavam fora de casa quando comparadas com aquelas que não o faziam (RP= 1,27; IC95%:1,12 -1,44). Resultado semelhante foi assinalado por Vieira et al (2004) em estudo na cidade de Feira Santana, Bahia, com associação positiva entre o trabalho materno e o desmame precoce ($p < 0,001$; RP =1,12; IC95%:1,05-1,20).

Vannuchi et al (2002) em análise de regressão logística, concluíram que mães trabalhadoras apresentavam 1,61 vez a chance de interromper o aleitamento em criança menor de 1 ano do que aquelas que não trabalhavam.

E, a pesquisa nacional sobre a prevalência do aleitamento materno nas capitais e Distrito Federal (BRASIL, 2001) confirmou a associação entre a ausência de trabalho materno e a ocorrência do aleitamento materno exclusivo, mostrando que na região sul do país as mulheres que não trabalhavam fora do lar apresentavam chance 30% maior de amamentarem seus filhos de forma exclusiva, em relação àquelas que trabalhavam fora de casa.

Não poderia deixar de ser comentado acerca das altas taxas de cesariana verificadas no município de Juiz de Fora. Pelo presente estudo foi visto que, apesar da queda desta taxa em função de portarias específicas do Ministério da Saúde que estabeleceram limites para ocorrência de parto cesareano no SUS, esta taxa ainda é muito alta, pois metade dos partos realizados no município são cirúrgicos; nos serviços particulares chega a percentuais impressionantes de mais de 90%! E, apesar de não ter havido associação com significância estatística entre o tipo de parto e o AME, a ocorrência deste último tipo de aleitamento foi mais freqüente nas pacientes submetidas a cesariana, que por sua vez é mais freqüente em hospital privado, como já comentado. Assim sendo, este último fato pode dever-se pelo mesmo motivo sugerido para a maior ocorrência de AME no Hospital Privado: a realização de treinamento em manejo do aleitamento materno para equipe hospitalar nos hospitais privados

do município, nos dois anos que antecederam a pesquisa. Assim, foi verificado nesta pesquisa que os hospitais privados têm maior índice de cesariana e de AME em Juiz de Fora.

Os resultados encontrados nesta pesquisa apontam para a importância de se divulgar os malefícios do uso de chupeta e mamadeira, mesmo que com leite materno, para a saúde infantil, desde o nascimento. Mostram a incapacidade da mãe primípara na escolha do melhor alimento para seu filho e a importância das leis trabalhistas universais garantindo a disponibilidade para amamentar. E, além disto indicam que as ações de saúde em prol do aleitamento materno devem preceder o nascimento da criança, capacitando as pessoas que vão acolher o binômio mãe-filho e sua família, em todos estabelecimentos de saúde que assistem ao parto, sejam eles privados ou públicos, com ênfase nos últimos.

“O leite materno é um dos poucos alimentos produzidos e liberados para consumo sem nenhuma poluição, embalagem desnecessária ou desperdício. É o único que confere imunidade e outros benefícios para a saúde do consumidor e sua produção também beneficia a saúde da produtora. É um recurso renovável valioso e freqüentemente desprezado. A idéia de substituí-lo por leite artificial é como sugerir que se substituam os rins pelo aparelho de diálise”.

(CAMPBELL, 1984; apud RADFORD, 1992, p. 204)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, por meio das técnicas de análise bi-variada e regressão logística, encontrou os seguintes fatores influentes na ocorrência do aleitamento materno exclusivo em Juiz de Fora: paridade, local de nascimento, disponibilidade para amamentar, uso de chupeta ou mamadeira, tendo maior chance de praticar o aleitamento exclusivo as mães múltiparas, que tiveram o filho em hospitais privados, que dispuseram de disponibilidade para amamentar e cujos filhos não usaram chupetas ou mamadeira. Estes resultados nos mostram, inicialmente, a importância da disponibilidade da mãe para amamentar o seu filho como um fator primordial para a ocorrência do aleitamento exclusivo, sendo a mãe múltipara ou primípara. Não obstante, mais do que isto, estes resultados sugerem que mesmo que a mãe tenha as facilidades necessárias, mas se ela não for devidamente orientada e estimulada em especial nos locais de nascimento, sejam estes privados ou públicos, a assumir um comportamento de alimentar seu filho apenas com o leite do peito até os seis meses de idade e não usar chupeta ou mamadeira, a criança correrá um risco muito elevado de deixar de ter o aleitamento exclusivo e de sofrer as conseqüências à saúde, decorrentes deste fato.

Verifica-se assim que a realidade do município juiz-forano expõe os recém nascidos e lactentes jovens ao desmame precoce por desigualdade de acesso aos serviços de saúde de qualidade, por falta de capacitação das mulheres em seu primeiro parto, por falta de orientação pelos profissionais de saúde às gestantes e mães acerca dos malefícios oriundos do uso de chupeta, chucas e mamadeiras e, finalmente, por desigualdade no setor trabalhista, onde, a maioria das mulheres trabalhadoras do município encontra-se na informalidade com todos seus riscos, levando à não disponibilidade para o sublime ato de amamentar seu filho.

Percebe-se ainda que, o município de Juiz de Fora, apesar de vir realizando atividades no sentido de promoção e apoio ao aleitamento materno, muito tem a percorrer. A taxa de

aleitamento materno exclusivo aos 4 meses de idade (20,8%) verificada no presente trabalho, é baixa e muito aquém do que recomenda a OMS. Há necessidade de uma estratégia adequada para o fortalecimento da prática do aleitamento materno, em especial o exclusivo, visando retomar seu lugar tradicional como fonte única e perfeita de alimentação para o recém-nascido e lactente nos primeiros seis meses de vida.

Na introdução deste trabalho, foi lembrado que com o processo de municipalização, é fundamental que os planejadores obtenham indicadores confiáveis da prática de alimentação infantil com vistas à avaliação de intervenções apropriadas. Assim, com auxílio dos resultados apresentados, apresenta-se uma sugestão de planejamento mais adequado ao município em relação às ações para a melhoria da situação do aleitamento materno local.

Assim, tendo em vista as características do município de Juiz de Fora e os programas aqui existentes em prol do aleitamento materno (capítulo 2), é possível, com o diagnóstico alcançado por este trabalho, traçar um planejamento de ações estratégicas, visando melhorar a situação da alimentação natural local. Para tal, é fundamental tomar como base a estratégia do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, tão importante na década de 80, e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a mais atuante e influente estratégia na atualidade. Também é pertinente considerar a orientação da AAP que sugere “8 práticas de amamentação com embasamento científico” e “12 regras para os pediatras na promoção e proteção do aleitamento” que merecem ser contempladas na prática pediátrica brasileira (AAP, 1997; 2005; REA, 1998); a Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado (LEVIN, 1999); a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru (BRASIL, 2002); a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação -IUBAAM (IUBAAM, 2006); e a Iniciativa Centro de Saúde Amigo da Criança (LANA, LAMOUNIER, CÈSAR, 2004) (Anexos 12 e 13).

A partir dos resultados apresentados, esse plano estratégico poderia ser dividido esquematicamente em: diagnóstico; sensibilização; ações a longo, médio e curto prazo; verificação sistemática; monitoramento; avaliação periódica do diagnóstico (OPAS,1965; MATTOS, 1993). Estas etapas foram planejadas para Juiz de Fora e estão reunidas no quadro 8.

QUADRO 8 - PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM ALEITAMENTO MATERNO - JUIZ DE FORA, M.G.

Supervisão por equipe coordenadora pró-aleitamento com participação de todos seguimentos da sociedade

ETAPA*. POPULAÇÃO ALVO	MODO . TEMPO	A Ç Ã O
DIAGNÓSTICO da situação municipal do aleitamento materno	Fase Inicial (Banco de Dados NATES UFJF) Monitoramentos posteriores por pesquisas padronizadas	-Pesquisa já realizada -Profissionais e estudantes de saúde
SENSIBILIZAÇÃO >>>mulheres, prof.saúde, sociedade	Educação : Semana Mundial AM Dia Municipal AM. Mensagens educativas e chamativas em campanhas periódicas. Teatros, concursos de frases , desenhos, fotos etc.	-Profissionais de Saúde e Comunicação- BLH, Bombeiros, Carteiros. - Meios de transporte coletivos. - Meios de comunicação . Supermercados. Farmácias.
AÇÃO a LONGO e MEDIO PRAZO >>alunos e professores	Capacitação feminina: melhor nível escolar Educação: ensino sobre AM em Creches, Ensino fundamental. Médio, Superior e Pós Graduação na área de saúde.Inclusão do AIDPI no ensino superior saúde	-Escolas para jovens e adultas -Equipe do Banco de Leite Humano. -Profissionais treinados em AM das creches, escolas e faculdades.
AÇÕES a MÉDIO e CURTO PRAZO >>profissionais de saúde, pessoas da comunidade	-Capacitação do profissional de saúde e de pessoas da comunidade = IHAC (10 passos), IUBAM. -Apoio AM: disque amamentação, cursos de gestante, grupos comunitários -Revisão da legislação e políticas protetoras da amamentação -Ação no manejo do aleitamento por profissionais de saúde treinado no pré-natal ,maternidade, puericultura (teste do pezinho, teste da orelhinha, vacinação) -Consulta pós-parto no 7º, 15º e 30º	-Banco de Leite Humano -Secretaria Municipal de Saúde -Bombeiros -Centros de lactação -Postos de Coleta -Agentes comunitários, Médicos, Enfermeiros e equipe de enfermagem, Psicólogos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Assistentes Sociais, Dentistas -Parceiros da comunidade: empresas privadas, ONGs

QUADRO 8 (cont.) - PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM ALEITAMENTO MATERNO - JUIZ DE FORA, M.G.

Etapa*	Modo - Tempo	Ação
VERIFICAÇÃO SISTEMÁTICA	-NBCAL -Leis protetoras da amamentação -Cumprimento das leis pelas empresas (creche, sala de coleta de LM etc) -Verificação de postos de vendas de produtos infantis (NBCAL)	Ministério da Saúde. ANVISA Conselho Municipal de Saúde Vigilância Epidemiológica Pastoral da Criança Saúde Privada Órgãos Não Governamentais
MONITORAMENTO	-Qualidade de Serviços em: Unidades de Saúde, Hospitais, Setor Privado de Saúde, Cursos de Gestantes, Postos de Coleta etc.	Inquéritos periódicos acerca de indicadores de aleitamento materno (OMS, 1991); qualidade de serviços prestados à população em AM
INFORMAÇÃO . AVALIAÇÃO PERIODICA DO DIGNÓSTICO	Manter informação periódica sobre situação da amamentação ao público e equipe dirigente (retro-alimentação positiva).	Vigilância epidemiológica Outros órgãos de saúde Serviços de Comunicação.

(*OPAS, 1965; adaptado pela autora)

Para o sucesso de todo este processo é essencial que se tenha uma coordenação ativa e responsável, a qual em Juiz de Fora, tomando por base toda trajetória do aleitamento materno, centrada no Banco de Leite Humano, deveria ser realizada por esta instituição. E, caberia a esta coordenação, criar atividades periódicas desde a implantação do processo, que envolvessem a participação de todos os setores da sociedade relacionados direta ou indiretamente com a prática da lactância a nível local. É essencial a criação de uma equipe de ação permanente de “Amigos da Criança”, com representação dos vários setores envolvidos, para traçar o planejamento e controle das ações em aleitamento materno para o município.

Em relação ao diagnóstico da situação do município em aleitamento materno, o presente inquérito fornece informações acerca dos indicadores necessários e uma base de comparação para futuros estudos, visando avaliar a intervenção realizada. Aponta a população para a qual devem ser priorizadas as ações em prol do aleitamento: mulheres primíparas e aquelas que freqüentam maternidades públicas ou público-privadas, que não tenham disponibilidade para amamentação por trabalhar fora de casa sem direito a licença maternidade e aquelas cujos filhos venham a usar chupeta ou mamadeira.

A sensibilização da população em relação à importância do aleitamento é muito importante para o resgate da cultura da amamentação, com ações educativas destinadas às mulheres, aos profissionais de saúde e à população em geral. É essencial que se fixe no consciente coletivo que o período ideal para o aleitamento exclusivo é de seis meses, e para a amamentação complementada, dois anos. A mídia, através de campanhas anteriores, conseguiu a fixação incorreta na mente do público da suficiência do período de aleitamento materno até os seis meses e isto deve ser corrigido (MURAHOVSKI, 2003). Assim sendo, deve-se dar continuidade aos projetos existentes, como Semana Mundial da Amamentação, o Dia Municipal da Amamentação (20 de setembro), o uso da mídia pelo Banco de Leite Humano e, ainda, a criação de novas modalidades de propaganda, como mensagens de estímulo ao aleitamento materno indicando sua importância e duração ideal, com ênfase na sua exclusividade até os seis meses, em contas telefônicas e embalagens de mercadorias (farmácias, supermercados), etc. Importante programa para este fim foi o “Carteiro Amigo do Peito”, existente na cidade alguns anos atrás e que necessita ser resgatado.

Visando ao sucesso de todo o planejamento, faz-se necessária uma revisão da política da amamentação existente desde 1981, até a fase atual, com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o projeto Fome Zero (SILVA, CAMARGO, 2001), através de adaptação de acordo com a necessidade local, levando a criação de um programa permanente de promoção ao

aleitamento materno. Também é importante que seja revisada a legislação existente, proporcionando o prolongamento do tempo de licença-maternidade, bem como priorizando leis que extingam as situações de exclusão, como a da estudante mãe, que necessita deixar seu filho no momento em que vai para a escola, impondo-lhe o desmame precoce com todas suas conseqüências, o que poderia ser resolvido por meio da criação de creches no local de estudo e trabalho. E também, ser procurada uma solução para que a mulher trabalhadora informal tenha acesso aos direitos trabalhistas.

Para a realização desse planejamento é fundamental que se garantam no orçamento da prefeitura, recursos para capacitação de profissionais de saúde, produção de material instrucional para técnicos e população em geral, além de apoio a campanhas educativas para a comunidade. Também é essencial dar continuidade aos programas alimentares para o atendimento às gestantes e nutrizas desnutridas assim como às campanhas anuais do Comitê Municipal de Combate a Desnutrição visando ao diagnóstico e monitoramento da situação nutricional materno infantil local.

A atuação a longo e médio prazo deve dar ênfase à educação acerca da importância do aleitamento materno no nível de ensino fundamental, creches e instituições para crianças, com a transmissão de informação correta sobre a importância do aleitamento materno. E também dar continuidade a atividades já existentes como o projeto “Mãe Leoa” (SOUZA, AGUIAR, 1997)** e o trabalho lúdico realizado nas creches e escolas municipais com teatro de fantoches e concurso de desenhos e frases sobre o tema, pela equipe de Banco de Leite Humano. Nesta atividade devem estar incluídas as pessoas que cuidam das crianças, como preceptores, babas, professoras, etc. Estender esta atividade para a rede de escolas particulares

***Projeto Mãe Leoa: é um programa educativo do Banco de Leite Humano de Juiz de Fora referente à representação do aleitamento materno no reino animal. É direcionado ao ensino básico e apresentado ao público nas formas de literatura e teatro (SOUZA, AGUIAR, 1997).*

é essencial para o envolvimento de toda comunidade pois sabe-se que as mudanças em relação a adoção da amamentação, ao que se inclui a exclusiva, se inicia pelas mulheres pertencentes às classes sociais mais altas e urbanas, e só depois atinge camadas sociais mais baixas e rurais.

Em relação à educação, deve ser universalizada a capacitação para um melhor nível de escolaridade para meninas e mulheres de todas idades. Sabe-se que a mulher é a maior responsável pelos cuidados de sua família, sendo a qualidade desta função diretamente proporcional à sua escolaridade.

E muito importante a inclusão de orientação acerca do manejo da amamentação, nos conteúdos curriculares de toda a área de saúde, desde o ensino médio até o superior. Deve também ser adotado o programa “Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI, 2007), programa do Ministério da Saúde que contempla o aleitamento materno, nos cursos de medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia, assistência social e demais cursos ligados à saúde materna e infantil. E em nível de pós-graduação, deve ser incluída a formação acerca do referido tema nos programas de Saúde da Família, Odontologia, Residências Médicas de Pediatria, Bioquímica, Assistência Social, Enfermagem, Clínica Médica, Psicologia e Obstetrícia.

A influencia do pediatra e do médico da saúde da família, assim como de toda equipe do PSF, na decisão acerca da alimentação da criança é, na maioria das vezes, fundamental para o sucesso do aleitamento materno. São profissionais nos quais as mães mais confiam devendo estar preparados para ajudá-las no manejo da amamentação.

O pediatra, em especial, é essencialmente um “amigo da criança”, sendo importante sua participação no pré-natal, na sala de parto para patrocinar o primeiro contato pele a pele do binômio-mãe filho, no alojamento conjunto e nas consultas de puericultura.

Para a atuação a médio e curto prazo, é essencial a continuação da formação de profissionais em manejo do aleitamento pelo Banco de Leite Humano. Esta atuação poderia ser reforçada e ampliada através de um convenio com o NATES que facilitaria a difusão do referido curso, tanto no Programa de Saúde da Família quanto em outros cursos da UFJF.

Assim, seria prosseguida a capacitação dos Hospitais e Unidades de Saúde do município de acordo com os princípios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e a implantação da educação continuada nesses locais. Hoje já existe o título de “Unidade de Saúde Amiga da Criança” em relação aos dezessete passos para o sucesso do aleitamento materno. Aqui deve ser lembrada a importância da capacitação dos médicos que realizam a puericultura e o pré-natal nos ambulatórios de toda rede de saúde (Anexo 13).

É preciso garantir apoio e incentivo para a continuidade dos programas existentes no Banco de Leite Humano de Juiz de Fora, atual Centro de Referência Nacional da Lactação: nos programas “Bombeiro Amigo do Peito”, “Disque Amamentação”; cursos de pré-natal; eventos comunitários; visitas às maternidades públicas; encontro anual de mães doadoras e receptoras; projeto “Cantinho da Amamentação”; projeto “Anjos do Peito”; atividades de ordenha, pasteurização e distribuição do leite materno além da criação de outros postos de coleta.

Os projetos para educação no manejo do aleitamento materno dirigidos a pessoas da comunidade são de grande importância pois a orientação vinda de um agente do próprio meio em que se vive é muito mais bem aceita pela mulher gestante e nutriz do que o de um estranho ao seu meio de convivência. É pertinente lembrar a importância dos papéis realizados pelos pais e avós no apoio à nutriz, sendo essencial incluí-los como participantes e futuros orientadores dos grupos de apoio.

Também é fundamental o apoio e incentivo à pesquisa em aleitamento materno, já iniciados com manutenção do Banco de Dados da atual pesquisa no NATES UFJF. Estimular

a criação de grupos de orientação comunitários, além da realização de novos projetos como, por exemplo, a vinculação do dia da coleta do “Teste do Pezinho” *** à visita da mãe e filho ao Banco de Leite Humano para avaliação da amamentação e encaminhamento para consulta de puericultura ,e, a já citada recriação do projeto “Carteiro Amigo do Peito” , projeto este de âmbito nacional, iniciado no Ceará.

A atuação na rede de saúde envolve a realização de cursos de pré-natal no município de acordo com os “Dez passos para sucesso do aleitamento”; a humanização do pré-natal e parto (Programas do Ministério da Saúde, como “Maternidade Segura” e “Humanização do Pré Natal e Nascimento”); a continuidade do sistema de Alojamento Conjunto, criando maior oportunidade de interação adequada do binômio mãe filho. Também é oportuno o treinamento da equipe hospitalar para a implantação do Método Mãe Canguru nas maternidades do município, públicas e privadas, para assistência humanizada ao recém nascido pré-termo.

Ainda em relação à rede de saúde, é pertinente lembrar a importância da ampliação das Unidades de Saúde da Família, devido ao seu papel nos programas de atenção primária à saúde, entre esses, o programa de incentivo ao aleitamento materno com visitas domiciliares, além do monitoramento mensal da ocorrência do mesmo.

Centros de Lactação, no modelo americano, existentes em algumas cidades brasileiras, como Guarujá, em São Paulo, se mostraram efetivos na assistência às mães no manejo do aleitamento além de proporcionar o treinamento de profissionais de saúde. Barros et al (2002) relataram em pesquisa realizada no Centro de Lactação de Guarujá, que as mães lá assistidas amamentaram exclusivamente até os 4 meses de idade de seus filhos em maior proporção que as não assistidas (43% versus 18%, respectivamente). Assim, seria muito interessante a

*** “Teste do Pezinho”: exame obrigatório, realizado no sangue do recém-nascido, para detecção de patologias como Hipotireoidismo, Fenilcetonúria, Mucoviscidose, Toxoplasmose e Hemoglobinopatias.

instalação no município de Juiz de Fora, de um centro deste tipo, pois poderia descentralizar a ação do Banco de Leite Humano, ampliando seu alcance.

A parceria com empresas privadas e entidades não governamentais deve ser estimulada, contatando inicialmente aquelas que já exercem trabalho efetivo nesta área, como a Pastoral da Criança, UNIMED - Juiz de Fora, dentre outras. As atividades da UNIMED Juiz de Fora na área de saúde da criança merecem ser citadas: atendimento diário de orientação em “Tele aleitamento”, visitas domiciliares por equipe de enfermagem treinada em aleitamento e cuidados com o bebê, cursos de gestante além de educação continuada para todos médicos interessados.

A verificação sistemática deve ocorrer por ação do Ministério da Saúde, ANVISA, Conselhos Municipais de Saúde, Vigilância Sanitária local e outros órgãos competentes com o objetivo de conferir o cumprimento da Norma Brasileira para Comercialização da Alimentação do Lactente e Crianças Menores, Bicos, Chupetas Mamadeiras e das leis que protegem a mulher trabalhadora. A isto se inclui a vigilância a empresas acerca da presença de creches em cumprimento da legislação brasileira.

Para completar o ciclo do planejamento, é essencial o monitoramento constante das Unidades de Saúde, postos de coleta de leite materno, hospitais candidatos ao título de Hospital Amigo da Criança, convênios privados de saúde, cursos de gestante e demais grupos atuantes a favor da prática do aleitamento materno, como garantia da qualidade dos serviços prestados à população. Como forma de avaliação e retro-alimentação positiva do sistema, deve-se estimular a realização periódica de inquéritos acerca do aleitamento no município de acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde descritas nesse trabalho para o fornecimento de informações sobre os indicadores básicos de saúde recomendados, sendo que estes dados devem ser repassados a toda rede de atenção a saúde da mulher e da criança incluindo-se os níveis de decisão.

Para orientação da equipe coordenadora, por sugestão da autora, a equipe do Banco de Leite Humano, seria pertinente traçarem-se metas a serem alcançadas num determinado tempo a ser estipulado (CARVALHO, 1996, adaptado pela autora).

1. Ter pelo menos um Hospital Amigo da Criança no Município que cumpra os dez passos para o sucesso do aleitamento materno.
2. Contar com grande porcentagem (aumento progressivo previamente estipulado) dos postos de saúde que cumpram as condições de eficiência para uma ótima lactância materna, incluindo-se visitas domiciliares -a gestante e nutriz- no pré-parto e pós- parto, pela equipe de saúde.
3. Criar centros comunitários de apoio que proporcionem atenção a todas as lactantes. Como exemplo têm-se grupos de mulheres, grupos de apoio de uma mãe a outra mãe, agentes comunitários capacitados para assessorar as mães lactantes e aos grupos formados na comunidade, creches com salas de amamentação, dentre outros.
4. Estabelecer na grade curricular, desde o nível primário ao superior, o manejo da lactância materna, incluindo-se educação de adultos.
5. Investigar locais de venda de produtos ligados à alimentação infantil para que não haja promoção de substitutos do leite materno, assim como chupetas e mamadeiras.
6. Manter vigilância aos locais de trabalho que empregam mulheres em idade fértil para o cumprimento da legislação trabalhista em defesa da amamentação.
7. Conseguir que todos dirigentes de serviços de saúde locais reconheçam a importância do aleitamento materno como questão de saúde pública e que estabeleçam um plano de ação global e integrado com a equipe pró-aleitamento do município.
8. Estabelecer parcerias com entidades representativas da comunidade, que já trabalhem com a família : Pastoral da Criança, Organizações Não Governamentais, empresas privadas de saúde, etc.

9. Divulgar para toda comunidade, através de todos recursos dos meios de comunicação, desde murais até televisão e “sites” de internet, informações periódicas acerca das ações da equipe pró-aleitamento.

Finalmente, espera-se que os resultados desta pesquisa sejam passos importantes para a definição e o redirecionamento das políticas de saúde materno infantil no município, e que, contribuindo para o monitoramento da evolução dos indicadores, possibilite um planejamento dinâmico determinado a atingir as metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde para o programa estudado.

“Nenhum esforço deve ser poupado no sentido de incrementar o aleitamento materno na população, para que as crianças recebam todos os benefícios do seio materno, um direito que lhes é natural e que a sociedade não pode violentar” (RICCO, 1981; apud WOISKI, 1981, p. 76).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. OBRAS CONSULTADAS

AARTS,C, HÖRNELL,A, KYLBERG,E, HOFVANDER,Y, GEBRE-MEDHIN,M. Breast feeding pattenrs in relations to thumb sucking and pacifier use. **Pediatrics** (periódico on line) 1999, p104-50. Disponível em: <http://pediatrics.aapublications.org/cgi/content/full/104/4/e50>. Acessado em 20 de dezembro 2005.

ADAIR, SM, MILANO,M, LORENZO,I, RUSSELL,C. Effects of current and former pacifier use on the dentition of to 5 month old children **Pediatric Dent**, v.17,n7, p.437-4, 2000.

ADESSE, L. **Amamentação: este ato contraditório**. Rio de Janeiro: 1994. 158p.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ.

AFONSO,VW, ALVES,JMA, ANDRADE,CP, CASTRO,SM, MAGALHÃES,JC, MONNERAT,PP, REZEMDE,MC, TOLEDO,FVT. **Aleitamento materno em programa de puericultura**. In: VI SEMANA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO. XIV SEMANA CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Juiz de Fora,1999, (mimio).

AFONSO,VW, ALVES,JMA, BARROS,JRN, BAESSO,D, PEREIRA,GG, COSTES,DCF. Aleitamento materno em serviço especial de puericultura. **HU Revista. Revista Medica Oficial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora**. V.29,n1-2, 2003.

AFONSO,VW, ALVES,JMA, DUQUE,RM, FERREIRA,RC, AGUIAR,A. **Avaliação do aleitamento materno em serviço de puericultura: comparação anos 1997/ 1998 com anos 2000/2001**. In: IX SEMANA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITARIO. I SEMANA CIENTÍFICA DA FACULDADE DE

ENFERMAGEM DA UFJF.XVII SEMANA CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Juiz de Fora, 2002, (mimeo).

AIDPI. Atenção as Doenças Prevalentes da Infância. **Disponível no site:www.saude.gov.br Acesso: 17 de abril de 2007.**

ALBERNAZ,E, VICTORA,CG, HAISMA,H, WEIGHT,A, COWARD,WA. Lactation counseling increases breast feeding duration but not breast milk intake as measured by isotopic methods. **Journal of Nutrition**, v. 133,p. 205-210, jan 2003

ALEXANDER ,GC KORENBROT,CC. The Role of Prenatal Care in Preventing Low Birth Weight v. 5, n. 1 - SPRING 1995. Disponível em: <
http://www.futureofchildren.org/information2826/information_show.htm?doc_id=7988
> Acesso em: 2 de março de 2006.

ALENCAR JÚNIOR, CA. FEBRASGO.AMB.CFM. Projeto Diretrizes. Assistência ao Pré Natal. FEBRASGO.AMB.CFM, 23 de maio de 2005

ALMEIDA, JAG. **Amamentação. Um híbrido natureza - cultura.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 119p.

ALVES FILHO, N , CORREA,M D. Manual de Perinatologia, 2ed. MEDSI, Rio de Janeiro, 1995.p. 1117.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breast-feeding and the use of human milk. **Pediatrics**, v.100, n.6, December 1997.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Work group on breast-feeding: Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, v.100, p 1035-9,1997.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. The breastfeeding and the use of human milk. Section on breast feeding. **Pediatrics**, 2005,v115,p496-506. Disponível em www.pediatrics.org Acesso em: 28 de dezembro de 2005.

AMERICAN JOURNAL OF PEDIATRICS. Work group on breastfeeding; breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics** v.100,n.6,p.1035-39,1997

ARAÚJO,MFM, FIACO, AD , PIMENTEL,L S, SCHIMITZ, B A S. Custo e economia da prática do aleitamento materno. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v.4,n.2,p. 135-141, abr./jun,2004

ARMSTRONG,H. Techniques of feeding infants: the cause for cup feeding . **Research in Action**, n 8, 1998, Nutrition Section, UNICEF New York. Tereza Setsuko Toma (trad). Disponível em < www.ibfan.org > Acesso em 23 de dezembro de 2005.

AUDI,CAF, CORREA,MAS, LATORRE, MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira,São Paulo, 1999. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife,v.3,n.1,p.85-93, 2003.

AUDI,CAF, CORREA, MAS, LATORRE, ARDO, PEREZ-SCAMILLA,R. Factors associated with infant feeding practices after hospital discharge. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39 ,n.3, p.406-12, 2005.

BARNES, L.A. History of infant feeding practices. **American Journal of Clinical Nutrition**. Texas, vol 46, 168-170, 1987.

BARNES, J, STEIN,A, SMITH,T, POLLOCK,JI, MULLER,L. Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breastfeed. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood **Journal of Royal Society of Medicine**. V.90,n.10, p.551-9, 1997.

BARROS,F, VICTÓRIA,CG. **Epidemiologia da saúde infantil**. 2ed. São Paulo: HUCITEC-UNICEF, 1994.176p.

BARROS,FC, VICTORA,CG, SEMER,TC, TONIOLI FILHO,S TOMASIE,E, WEIDERPASS,E. Use of pacifiers is associated with decreased breast feeding duration. **Pediatrics**,v.95,n.4,p.497-499,1995.

BARROS,FC, SEMER,TC, TONIOLI FILHO,S,VICTORA,CG. Avaliação do impacto de Centros de Lactação sobre padrões de amamentação, morbidade e situação nutricional . Um estudo de coorte. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V.5,n.1,2002
BEMFAM. **Pesquisa sobre a saúde de famílias no nordeste do Brasil,1991**.BEMFAM. DHS.MACRO Internacional.Rio de Janeiro, 1992

BETRAN, AP, ONIS, M, LAUER,JÁ, VILLAR, J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. **British Medical Journal**, v. 323, aug. 2001.

BICALHO-MANCINI, PG, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80,p.241-8,2004

BITTAR,RE, ZUGAIB,M. Parto prematuro: fatores predisponentes e prevenção. In: MARCONDES,E et al. **Pediatria Básica**.v 1 São Paulo:Sarvier,2002, p.337-40.

BOO NY, GOH ES. Predictors of breastfeeding in very low birthweight infants at the time of discharge from hospital. **Journal of Tropical Pediatrics**. V. 45, p.195-201,1999.

BRADFORD, A. O impacto ecológico da alimentação por mamadeira. **Breastfeeding review**. V.2, n.5,p. 204-8, maio 1992.

BRASIL. Ministério de Ação Social. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: JB, 1990. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. INAN.CNS. **Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para o Lactente**. 2ed.Brasília 1993 p11.18p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Desenvolvimento de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. Instituto Nacional de Saúde e Nutrição. **Manual de Normas Básicas para Alojamento Conjunto**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Fundação Oswaldo Cruz. **Recomendações Técnicas para Funcionamento de Bancos de Leite Humano**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1993, 58p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Secretaria de Programas Especiais. Coordenação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Manual de Rotinas para Banco de Leite Humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 36 p.

BRASIL. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Saúde Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde, DHS Macro International, Inc. Agencia Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional, USAID. Fundo das Populações das nações Unidas. Fundo das nações Unidas para a Infância. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**. BEMFAM.MACRO DHS, março 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a re-orientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997, 36p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 21ªed. São Paulo: Saraiva, 1999. 267p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no distrito federal**. Brasília: MS, 2001. 50p.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde. FEBRASGO.ABENFO. **Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança. Área Técnica de Alimentação e Nutrição.**Fundamentos técnicos e científicos para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento**. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru**; manual técnico/ Secretaria Pública de Saúde. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan americana de Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152p. (Série A Normas e Manuais Técnicos; n.107).

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2004. **Uma análise da situação de saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004

BRASIL **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde. IDB 2005 Brasil**. Rede Interagencial para a saúde 2005.

BRUNKEN,GS; SILVA,SM, FRANÇA,GVA,ESCUDER,MM, VENÂNCIO,SI. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.82,s.6, p. 445-51,2006.

BUENO,LGS, TERUYA,KM, Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria** v.80 n.5 (supl). P. s127,2004

CALDEIRA,AP, GOULART, EMA. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais.**Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.1, p.65-72,2000.

CAMILO, DF, CARVALHO, RVB, OLIVEIRA, EF, MOURA, EC. Prevalência de amamentação em crianças menores de 2 anos nos Centros de Saúde Escola. **Revista de Nutrição de Campinas**,v.17,n.1,p.29-36, jan-mar, 2004.

CARLON-AVILES, MG, ARROIOS, MAC, HERNANDEEZ-BIORRQUEZ, RE, MEDINA-MOLINA, BA, ARMENTA, GS, CHÀVEZ, MLO, GARCIA, LH. Práctia de amamantamiento em madres trabajadores y no trabajadoras que recibieron orientación sobre la lactancia materna exclusiva. **Revista Mex Puericultura y Pediatría**, v.8, n.8, p.10, 2000.

CARVALHAES, MABL, VENÂNCIO, SY, PARADA, CMGL, MANOEL, CM. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.32, 430-36, 1998.

CARVALHO, MR, BANCROFT, C, CANAHUATI, J, MUXI, C. **Lactância Materna**. In OPS. Acciones de Salud Materno Infantil a nível local segundo las metas de la Cumbre Mundial em favor de la infancia. Washington (DC), 1996. p. 249-63.

COHEN RJ, BROWN KH, CANAHUATI J, RIVIERA LL, DEWEY KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras. **Lancet**, v .344, p.288-293, 1994.

CONDE-AGUDELO A, DIAZ ROSSELO JL, BELIZAN JM. **Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants** (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd.

CONSOLIDACAO DAS LEIS TRABALHISTAS. Disponível em: <www.crystalnet.com.br/gooooo1ohtml/> Acesso em: 10/02/2003.

CONSUMER PRODUCT SAFETY COMMISSION (CPSC). **Dangerous Infant Exposure to Chemical Phthalates e Nitrosamines**. Dez, 1998.

COTRIN,LC, VENANCIO,SI, ESCUDER,MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.2, n.3,p.245-252, 2002.

COUTINHO,T. Adequação da assistência pré-natal entre as usuárias do SUS em Juiz de Fora, MG. **Tese de Mestrado. IMS, UERJ, 2002**.

CORREA,MD. Publicação eletrônica (mensagem pessoal). Mensagem obtida por e-mail em 28 de outubro de 2006

COSTA,T.J.M. Sistema de Informação de Nascidos vivos: uma valiosa contribuição na construção de diagnóstico em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Saúde da família: uma realidade brasileira, Juiz de Fora, ano3, n.5, p.26-32, mar. jun. 2000.

CRESPIN, J. **Puericultura: ciência, arte e amor**. São Paulo: BYK, 1992, 215p.

CRONENWETT,L. et al. Single daily bottle use in the weeks postpartum and breast feeding outcomes. **Pediatrics**,v.90,n.5,p.760-6,1992.

CROST,M, KAMINSKI,M. L` allaitement maternel a la maternité en France, 1995.Enquête national perinatale. **Archive Pédiatrie**, v.59,n.12, p.1316-26,decembre 1998.

CTENAS MLB, VITOLO,MR **Crescendo com saúde**.O guia de crescimento da criança. São Paulo:Editora e consultoria em nutrição, 1999.269p.

CUNHA,A, ALVES,JL, MADEIRO,LA, TAVARES, MMM. Breast feeding and pacifier use inBrazil. **The Indian Journal of Pediatrics**.v. 72,n. 3, p. 209-212, 2005.

CUNNINGHAM FG, LEVENO KJ, BLOOM SL et al al. **Williams Obstetrics**. 22 ed., New York: McGraw-Hill, 2005.

DARWAZEH,AM,AI BASHIR, A Oral candidal flora in healthy infants. **Journal Oral Pathology Medical**, v.24, n.8, p.361-4, 1995.

DATASUS. Indicadores Demográficos. Disponível:
<tabnet.datasus.govbr/cgi/idb.2001> Acesso dia 4 de outubro de 2006.

DEAN, AG. **Epi Info. Version 6: A Word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers.** Center for Disease Control, Atlanta, Geórgia,USA, 1990.

DEPARTMENT OF HEALTH . Disponível em:< [www.Breast feedingnhs.uk](http://www.Breastfeedingnhs.uk)
Department of Health, /2004/>.Acesso em: 18 de junho de 2005

DEWEY, KG, COHEN RJ, BROWN KH, LANDA RIVERA L Age of introduction of complementary foods and growth of term, low-birth-weight, breast-fed infants: a randomized intervention study in Honduras. **American Journal of Clinical Nutrition.** V.69,p. 679-686, 1999

DEWEY,KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. **Journal of Nutrition.** v.131, p. 3012S-15S, 2001.

DIETZ,W.H. The obesity epidemoc in Young children. Reduced television viewing and promote playing. **BMJ**, 2001. v.322,p.313-314. Disponível em:
<[http. bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/322/7282/313](http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/322/7282/313)>. Acesso em:1 de maio de 2006

DYE,TD, WOJTOWYCZ,MA, AUBRY,RH, QUADE,J, KILBURN, H. Unintended pregnancy and breast feeding behavior. **American of Public Health.** v. 87,n.10,p. 1709-11,1997.

ESCOBAR, AMU, OGAWA,A, HIRATSUKA,M, KAWASHITA,MY, TERUYA,PY, GRISIS, TOMIKAWA,SO. Aleitamento materno e condições socioeconômicos–

culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.2,n.3,p.255-61, set dez 2002.

FERREIRA, CAC. **Aleitamento Materno: não sabe incentivar, tem que apoiar**. 1995. 40p. Monografia (Pós Graduação de Medicina da Família) Centro Bio Médico, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,1995.

FIGUEIREDO,LM, GOULART, LMA. Análise da eficácia de programa de incentivo ao aleitamento materno em bairro periférico de Belo Horizonte (Brasil), 1980/1986/1992. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.71, p.203-8, 1995.

FIGUEIREDO, MG,SARTORELLI,DS, ZAN,TAB,GARCIA,E, SILVA,LC, CARVALHO,FLP, PASCOTTO,RC, MACRIS, CARDOSO,MA. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20,n.4,p.172-79, 2004.

FISBERG,M. Desmame adequado . In WEHBA e col. **Nutrição da Criança**. São Paulo: BYK, 1991. p. 208

FISHMAN,C EVANS,R, E JENKS,E. Warms bodies, cool milk: conflicts in post partum food choice for indochineses womam in Califórnia. **Social Science and Medicine**. v.26,n.11,p. 1125-1132., 1988

GABRIEL, M, LEUNG, MPH, TAI-HING, LAM, LAI-MING, HO. Breast-Feeding and its relation to smoking and mode of delivery .**Obstetrics e Gynecology**, v. 99,p.785-94.The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002.

GERSTEIN,HC, Cow`s milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. **Diabetes Care**, v.58,n.17,p.13-9, 1994.

GESTEIRA, RM. **A Nova Puericultura**. São Paulo: BYK,1974, 483p

GIUGLIANI, ERJ. Amamentação: como e por que promover. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.70,p.138-51,1994.

GIUGLIANI, ERJ. Indicadores de aleitamento materno: a caminho da uniformização. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. v. 74, n.1, p.1-2, jan / fev, 1998.

GIUGLIANI,ERJ, VICTORA,CG. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro**,v.76,S.13,p.253-62, 2000.

GIUGLIANI,ERJ, LOPEZ,FA. Uma atualização em nutrição infantil. **Jornal de Pediatria**,Rio de Janeiro,v.76,S.1.3,p.227-8, 2000.

GIUGLIANI, ERJ. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: tecnologia para exportar. **Jornal de Pediatria**. v. 78, n.3, p.183-4, mai / jun, 2002.

GIUGLIANI, ERJ, SOARES, MEM, BRAUN,ML, SALGADO, ACN, OLIVEIRA,AP, AGUIAR, PR. Uso de chupetas e sua relação com desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro,v. 79, n.4,p.309-16, 2003.

GIUGLIANI, ERJ. VICTORA, C G. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro,v. 76, p.479-80, 2005.

GONÇALVES,F M; ROSA,S F; SILVEIRA,F J F. Situação do Aleitamento Materno e práticas alimentares em crianças até 2 anos de idade no município de Moema, MG. **Revista Medica de Minas Gerais**, v.15,n.1,p. 25-9, 2005.

GUINSBURG,R. MIYOSHI,MH, KOPELMAN,BI. Transporte Neonatal. **Jornal de Pediatria**, v.68,p. 5-6, 1992.

HENTGES,CR,PEREIRA,PQ,NADER,PJH,NADER,S,PEREIRA,TBT. Indicadores do aleitamento materno no Posto de Saúde da Vila União, Cidade de Canoas, Rio Grande do Sul.**Pediatria Atual**, v.18,n1,p.24-9,2005.

HORTA, BL, BARROS, FC, HALPERN,R, VICTORA, GC. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v.12, s.1, 1996.

HORTA,B,OLINTO,MTA,VICTORA,CG,BARROS,FC,GUIMARAES,PRV.
Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12,s.1,p.43-48, 1998.

HOWARD, CR, HOWARD,FM, LANPHEAR,B, DEBLECK,EA, EBERLY,S, LAWRENCE,RA. The effects of early pacifier use on breast-feeding duration. **Pediatrics** (periódico online) 1999; 103-659. Disponível: <<http://pediatrics.aapublications.org/cgi/content/full/103/3/e33?>>. Acesso em: 23 de dezembro 2005.

HOWIE, PW et al.Protective effect of breastfeeding against infection. **Br Med. Journal**, v.300,p.11-16, 1990.

HUGHES,R. Promotion breastfeeding in rural communities; breast is better and bottle is the last resort. **Australian Journal of Rural Health**,v.4,n.4,p.242-7,1996. Disponível em www.ibfan.org. Acesso em 23 de dezembro de 2005.

ICHISATO, SMT, SHIMO, AKK . Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino – americana de Enfermagem**, v.10, n.4, p.578-85, 2002.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico, 2000**. disponível no site <<http://www.ibge.gov.br/>>, acesso em 22 jan. 2003.

INEICHEN,B, PIERCE,M, LAWRENSEN,RJ. Teenage mothers as breast feeders: attitudes and behavior. **Adolescence**, v. 20,n.5,p. 505-9, 1997.

Informativo Método Mãe Canguru n. 9. anos 2003/2004. Disponível em:
<www.metodomaecanguru.org.br> Acesso em: 25 de janeiro de 2007.

INTERNATIONAL CESAREAN AWARENESS NETWORK. Disponível em:
<<http://www..ican-online.org>> Acesso em: 24 de junho de 2005

INSTITUTO NACIONAL DE ANALFABETISMO FUNCIONAL (INAF)..Disponível em: www.ipm.org.br/am.php. Acesso dia 2 de fevereiro de 2006

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Ministério da Saúde.
Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes. Brasília: 1993, 23 p.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.** Brasília: Ministério da Saúde, 1991, 43p.

IPEA.PNUD.IBGE. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2000. Disponível:
www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas_idh-php; www.pnud.org.br/idh Acesso em: 6 de outubro de 2006

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Mercado de Trabalho. Disponível em <www.IPEA.gov.br> Acesso em 20 de dezembro de 2006

IUBAAM. Acessível em< www.aleita,meto.com >Acesso em 20 de março de 2006.

JEKEL,F.J ELMORE,JG, KATZ,DL. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva.** Tad. Ricardo Savaris. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.328p.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde. **Material informativo de consolidação dos dados da primeira e segunda fases da campanha de multivacinação** (mímio). Juiz de Fora, 2001.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde. **Material informativo de consolidação dos dados da segunda fase da campanha de multivacinação** (mímio). Juiz de Fora, 2002.

JUIZ DE FORA. Gerência de Promoção da Vida. Departamento de Epidemiologia.

Relatório SINASC, 2001. Juiz de Fora, 2002,7p. (Resp.Técnica Terezinha de J.N.M. da Costa)

JUIZ DE FORA. Gerência de Promoção da Vida. Departamento de Epidemiologia.

Relatório SINASC, 2002. Juiz de Fora, 2003,10p. (Resp.Técnica Terezinha de J.N.M. da Costa)

JUIZ DE FORA. Gerência de Promoção da Vida. Departamento de Epidemiologia.

Relatório SINASC, 2003. Juiz de Fora, 2004,7p. (Resp.Técnica Terezinha de J.N.M. da Costa)

JUIZ DE FORA. Gerência de Promoção da Vida. Departamento de Epidemiologia.

Relatório SINASC, 2004. Juiz de Fora, 2005,7p. (Resp.Técnica Terezinha de J.N.M. da Costa)

JUIZ DE FORA. Gerência de Promoção da Vida. Departamento de Epidemiologia.

Relatório SINASC, 2005. Juiz de Fora, 2006,7p. (Resp.Técnica Terezinha de J.N.M. da Costa)

KEARNEY,MH, CRONENWETT,LR,REINHARTDT,R. Cesarean delivery and breastfeeding outcomes. **Birth**. v.17,n.2,p.97-103, jun1990.

KISTIN,N et al. Breastfeeding rates among black urban low income women: effect of prenatal education. **Pediatrics**. v.86,n.5,p.741-6, 1990.

KITOKO,PM, RÈA,MF, VENÂNCIO,SI, VASCONCELLOS,ACCP, SANTOS,EKAA, MONTEIRO,CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.16,n.4, p.1111-19, out/dez. 2000

KRAMER,MS, BARR,RC, DAGEMAI,S. et al. Pacifier use, early weaning and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. **JAMA**,v. 286, p322-326,2001

KUMMER,SC, GIUGLIANI,ERJ, SUSIN,LO,FOLLETTO,JL,LERMEN,NR, WU,VYJ, SANTOS,L, CAETANO,MB. Evolução do padrão do aleitamento materno.

Revista de Saúde Pública, São Paulo,v.34,n.2, 2000

LABBOK,MH, HANDERSHOT,GE. Does breast feeding protect against mal occlusion? An analyses of the 1981. Child Health Supplement to the National Interview Health Survey. AM J. **Prev. Méd.**,v.3,p. 227-32,1987

LABBOK,MH.Breast feeding, family, pleanning Lactunal Amenorrhoea Method-LAM.

Office of health and Nutrition , United States Agency of Institucional Development.

1999. Disponível em : www.pedchat.org/logs/lamgui99/lactotio.htm. Acesso em: 1 de maio de 2006.

LABRADA, MCP, RIO,MV, GONZALEZ,RMG, REYES, WG. Fatores maternos asociados a la duración de lactancia materna en Santos Suárez. **Revista Cubana medic general integr.** ,V.15, n.4, Ciudad de La Habana, 1999.

LAMOUNIER,JÁ, LEÃO,E. Estratégias para aumentar a prática de amamentação.

Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.74, n5, p355, 1998.

LAMOUNIER,JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. **79,n.4, p.284-7,2003**

LAMOUNIER,JÁ, CARDOSO,AMJ, ABRANTES,MM, SILVA,AA, FARIA,JF, DINIZ,CM. Fatores relacionados com aleitamento materno em mães adolescente.

Revista Médica de Minas Gerais, v.13,s.l2,p.27-s30, 2003

LAMOUNIER, JÁ, CHAVES, RG. Uso de medicamentos durante a lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.5, s..5, p.S196, 2004

LANA, AP, LAMOUNIER,JA, CÉSAR, CC. Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.3, p.235-40, 2004

- LANG,L, LAURENCE,CJ, ORNE,RLE. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. **Archives of disease in childhood**.v. 71,p 355-69, 1994
- LEITE,A, SILVA,I A, SCHOCHI,C G S. Comunicação não verbal uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**,v.12, n.2, p. 258-64, 2004
- LEVIN,A.A. Ponto de Vista: Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado. Tallin Children`s Hospital, Tallin, Estônia. Trad.Trajano Ribeiro Filho e Tereza Setsuko Toma. **Acta pediatrica**, Stockholmo,v.88, p.353-5, 1999
- LI,L, ZHANG,M, SCOTT,JA, BINNS,CW. Factors associated with the initiation and duration of breast feeding by chinese mothers in Perth, Western, Austrália. **Journal of Human Lactation**,v.20.n.2, 188-95, 2004
- LIBBUS,MK. Perspectives of common breastfeeding situations: a known group comparison . **Journal of Human Lactation**, v.8,n.4,p.199-203, 1992
- LIMA,TM e OSORIO,MM. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da região Nordeste do Brasil.**Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.3,n.3, p. 305-14, jul-set, 2003
- LUTHER,CH, PEREZ-ESCAMILLA,R , SEGALL,A MD, SANGHVI, TERUYA,K, WICKHAM, C. The effectiveness of a hospital –based program to promote exclusive breastfeeding among low –income women in Brazil. **American Journal Public Health**,v.87,p.659-63, 1997
- MACHADO,BRG. Influencia de la educación sanitaria en madres adolescentes en su conducta para lactar. **Revista Cubana de Medicina General Integrada**, Havana, V.17,n.3, 2001
- MARCONDES,E, VAZ,FAC, RAMOS,JLA, OKAY,Y. **Pediatrics Básica**.9 ed. São Paulo : SARVIER, 2002.843p.,Vol I

MARSHALL,DR, CALLAN,PP, NICHOLSON,W. Breastfeeding after reduction mamoplasty. **Journal of Plastic Surgery**; v.47,n.3, p.167-9, 1994 apr. disponível em: <http://bases.bireme.br> , acesso em 27 abr. 2002

MARTINELLI JUNIOR ,CE, SALES,SS. Obesidade. In RICCO,RG, DEL CIAMPO,LA, ALMEIDA,CAN. **Puericultura. Princípios e práticas. Atenção integral à saúde da criança**. São Paulo:ATHENEU, 2000.p354

MARTORELL,R KETTEL KHAN , L. SCHROEDER, D G . Reversibility of Stunting: epidemiological findings in children from developing countries. **European Journal Clinical Nutrition**, v.48, p.45-57,1994

MASCARENHAS,MLW, ALBERNAZ,EP, SILVA,MB, SILVEIRA,RB. Prevalência do aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no sul do Brasil.**Jornal de Pediatria**,Rio de Janeiro, v.82, n.4, p.289-94, 2006

MATERNITY CENTER ASSOCITION. What every pregnant woman needs to know about cesarean section. **MCA**, 2005.Disponível em: <www.maternitywise.org>Acesso em: 29 de julho, de 2005.

MATTOS,RA. **O processo de construção conceitual do método CENDES/OPS**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS, 1993. 40p. (Série Estudos em Saúde Coletiva; n46).

MEDRONHO,RA, CARVALHO,DM, BLOCH,KV, LUIZ, RR, WERNECK,GL. **Epidemiologia**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2004. 517p.

MENDEZ,IG,ROMERO,BP. Lactância materna. **Revista Cubana de Enfermer**. Havana, Cuba, v.18,n.1, 2002.

MENENDEZ, RD,CRUZ,DV, ROSALES,ZS, MAS,MA. Factores psicosociales que influyen em el abandono de la lactância materna. **Revista Cubana de Pediatría**;v.71,n.2,p.72-9, 1999.

MEZEZES et al. Mortalidade infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, s.1,p.79-86,1996

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INAN.CNS. Norma Brasileira para Comercialização de alimentos para Lactentes. **2ed Brasília:MS, 1993,p. 11,18p.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manejo e promoção do aleitamento materno.** Curso 18 horas para equipe de maternidade. 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Criança. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantis.** Cadernos de Atenção Básica n.11. Brasília,DF,2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. anexo 1, da portaria 2394 de 19/12/2003 Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 de março 2006

MIRANDA,LEV , LOPES,JMA (orgs). **Manual de Perinatologia.** SBP/ Comitê de Perinatologia,1991,178p.

MONTE, CMG, GIUGLIANE, ER Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.80,n.5, nov.2004

MONTEIRO,MFG. Baixo Peso ao Nascer In MONTEIRO, M.F.G., CERVINI,R. (orgs.) et al. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil 1989.** Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de Estatística e Indicadores Sociais, 1992. p 11-8

MONTEIRO, MFG, CERVINI,R. (orgs.) et al. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil 1989.** Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de Estatística e Indicadores Sociais, 1992, 130p.

MONTEIRO, MFG; VERMELHO, LL. Transição demográfica e epidemiológica. In. MEDRONHO,RA. CARVALHO, DM., BLOCH, KV, LUIZ,RR. **Epidemiologia.** São Paulo, Atheneu. 2004.493 p.

- MONTRONE,VG, ARANTES,CIS. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo. **Jornal de Pediatria**. v.76, n.2,p.138-142, março/abril, 2000
- MORROW, AL, GUERRERO, ML, SHULTS, J, CALVA, JJ, LUTTER, C, RUIZ-PALACIOS, G, MORROW, RC, BUTTERFOSS, FD. Efficacy of home-based peer counseling to promote exclusive breast feeding: a randomized controlled trial. **Lancet**, v. 354, n.9173, p.161-2, 1999
- MURAHOSVSCHI, J. Amamentação: repensando as dificuldades. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.6, p.561-6, 2003
- MUSOKE, RN . Breast-feeding promotion: feeding the low birth infant **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. V.31, s.1, p.57-9, 1990
- NADER, PJH, NADER, S HENTGES, CR, PEREIRA, PQ, PEREIRA, TBT. Indicadores do aleitamento materno no Posto de Saúde da Vila União, Cidade de Canoas, Rio Grande do Sul. **Pediatria atual**, v.18, n.1, 2005
- NASCIMENTO, MBR, ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v.80, s.5, p.S163-S172, 2004
- NIEMELÄ, M, PIHAKARI, O, POKKA, T et al. Pacifier as a Risk Factor for Acute Otitis Media: A Randomized, Controlled Trial of Parental Counseling. **Pediatrics**. v.106, n.3, p.483-488, 2000
- NOWAK, A J, SMITH W L & ERENBERG A. Imaging evaluation of artificial nipples during bottle feeding. **Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine**, v, 148, p, 40-2, 1994.
- NOVAK, RF, ALMEIDA, JAG, SANTOS, MALS, WANKE, B. Contaminação do leite humano contaminado por fungos miceliais. **Jornal de Pediatria**. v 78, n.3, 197-201, mai / jun, 2002

OLIVEIRA, FLC. Fórmulas infantis e leite de vaca integral: avanços e limitações. In NESTLÉ. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Curso Nestlé de Atualização em Pediatria, 2006**. Brasília. Resumo. 63ª ed., Brasília DF, Nestlé Nutrition/ SBP 2006,p 48-51

OLIVEIRA, MIC, CAMACHO,LAB, E TEDSTONE,AE .Extending breastfeeding duration trough primary care: a systematic review of prenatal and pos natal interventions. **Journal of Human Lactation**,V.17,n.4, p.326-43 .2001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . UNICEF. **Reunião conjunta OMS/Unicef sobre a alimentação de lactentes e crianças pequenas: declaração e recomendações**. Genebra, 1979

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE / UNICEF. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel dos serviços materno – infantis**. Genebra: 1989. 32p

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde.. Fundo das Nações Unidas para Infância. OMS.OPAS.UNICEF **Manejo e promoção do aleitamento materno. Curso de 18 horas para equipes de maternidades**. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Passo 2. trad. Luis Marcos Vasconcelos. UNICEF. Ministério da Saúde. Distrito Federal. 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Problemas conceptuales y metodológicos de la programacion de la salud. **Washington: CENDES/ OPS, 1965. (publicaciones científicas 111)**

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPS/OMS. Organização Mundial da Saúde. **Evidencia científica dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Trad. Monte, MCG. Brasília: OPS, 2001.134p.

OSIS,MJD, DUARTE, GA, PÁDUA,KS, HARDYB,E,SANDOVALC,LEM, BENTO,SF. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Revista de Saúde Pública**. V.38, n.2, p.172-9, 2004

PALMA , D. Alimentação no primeiro ano de vida. Inadequação do leite de vaca integral. In **O berço**.Nestlé Nutrition, v.14,p.5-6,2003.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. World Health Organization. PAHO/WHO. **The Guiding principles of complementary feeding of the breastfed child.Division of Health Promotion and Protection**. Food and Nutrition Program. PAHO/ WHO. Washington/ Geneva, 2003.

PANETH,N.S.,The problem of low birth weight. **Future Child**, v.5, p.19-34, 1995.

PASSOS,MC, LAMOUNIER,JÁ, SILVA,CAM, FREITAS,SN, BAUDSON,MFR. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**,São Paulo, v.34,n.6,2000

PEDROSO,RS,SIQUEIRA,RV. Pesquisa de cistos de protozoários, ovos e larvas de helmintos em chupetas de crianças de zero a sete anos. **Jornal de Pediatria**, v.73,n. 01,p.21-25, 1997

PEDROSO,GC, PUCCINI,RF, SILVA,EMK, SILVA, NN, ALVES, MCGP. Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana no Sudeste do Brasil,Embu, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.1, p. 45-58, 2004

PERNETTA, C. Alimentação da criança. **São Paulo: BYK, 1979. 314p.**

PEREZ-ESCAMILLA,R. Breast feeding patterns in nine Latin American and Caribbean countries. **Bull Pan American Health Organ**,v.27,p.32-43, 1993

PEREZ-ESCAMILLA,R, MAULEN-RADOVAN,I, DEWEY,KG. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican

women. **American Journal of Public Health**, v. 86, n. 6, p. 832-6, Copyright © 1996 by American Public Health Association.

PEREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin America and Caribbean region: a success story. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, s. 1, p. S119-S127, 2003.

PISACANE A, GRAZIANO L, MAZZARELLA G, et al. Breast-feeding and urinary tract infection. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.120, p.87-89, 1992.

POPKIN, B, CANAHUATI, J, BAILEY, PE, OGARA, C. Evaluation of national breast feeding promotion program in Honduras. **Journal of Biosocial Science**, v. 23, p.5-21, 1991.

PUGIN et al. Does pre-natal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of comprehensive breastfeeding promotion program. **Journal of Human Lactation**. V.12, n.1, p.15-19, 1996.

RADFORD, A. 1992 O impacto ecológico da alimentação por mamadeira. Baby Milk Action. **Breastfeeding review**, v.2, n.5, p.204-8, 1992

RAMANATHAN K, PAUL VK, DEORARI AK, TANEJA U, GEORGE G. Kangaroo Mother Care in very low birth weight infants. **Indian Journal of Pediatrics**, v.68, p.1019-23, 2001.

RAMOS, M, STEIN, LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, s.1.3, p.228-37, 2000.

RATTNER, D, HOTINSKY, SN, VENÂNCIO, SY, BÓGUS, CA, MIRANDA, MM. O parto como eu vejo...ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, set/out 2002. acesso site www.scielo.br, dia 10 out.2002.

REA, MF VENÂNCIO, SI, BATISTA, LE, SANTOS, RG, GREINER, T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, 1997.

REA, MF. A amamentação e o uso de leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, V.74, n.3, p.171-173, 1998.

REA, MF , CUKIER, R. Razões de desmame e introdução de mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.22, n.3, p.184-91, 1988.

REA, MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, s. 1, p. S37-45, 2003.

REA, M. Fórum de discussão Mãe Canguru. Disponível :

www.aleitamento.com/discus/messages/2/13.html?Domingo11deAgostode20021130pm

Acesso em: 20 de dezembro de 2006

REDESAUDE. REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Saúde da mulher e direitos reprodutivos. Dossiês, São Paulo, 2001 . Disponível em:

www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiematerna.html/mt_fatores..html

Acesso em: 3 de julho de 2005.

REICHENHEIM , MEWERNECK, GL. Adoecer e morrer no Brasil dos anos 80: perspectivas de novas abordagens. In: GUIMARÃES, R , TAVARES, R. **Saúde e Sociedade no Brasil anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p113-30.

RIBEIRO, LC. **Efeitos estruturais e de composição nos fatores associados á mortalidade neonatal e pós-neonatal no nordeste e restante do Brasil em 1991-1996**. Tese (doutorado em Demografia)-Centro de Desenvolvimento e Planejamento

Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

RIBEIRO,VM. Questões em torno de indicadores de analfabetismo e libramento. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v.27,n 2, jul/dez, 2001.

RICCO,GR, CIAMPO,LAD, ALMEIDA,CAN. **Puericultura princípios e práticas: atenção integral à saúde**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.354p.

RIGHARD, L, ALADE, MO. Sucking technique and this effect on success of breast-feeding. **Birth**, v.10,n.4,p.185-189, 1993.

RIGHARD,L Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? **Birth**, v.25,n.1, p.40-4,1998.

RYAN,AS,WENJUN,Z ACOSTA, A. Breastfeeding continues to increase into the new millenium. **Pediatrics** ,v.110, p.113-9,2002.

RODRIGUEZ-GARCIA,R, SHAEFER,LA. Nuevos conceptos de la lactancia, su promocion y la educación de los profissionales de la salud. **Bol Ofic. Sanit Pamam**, v.111,p.1-15,1991

SAMUELS,SE, MARGEN,S, SCHOEN,EJ. Incidence and duration of breast-feeding in a health maintenance organization population.**American Journal of Clinical Nutrition**, v.. 42, p.504-510, 1985 The American Society for Clinical Nutrition, Inc .

SANTANA, RB. **A SBP e o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno**. 57º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria, p.91-96, ano 2000.

SCARIAT,P D, GRUMMER-STRAWN,L M, FEIN,S B. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extend of breastfeeding in the United States. **Pediatrics**, v.99,n.6 jun 1997.

SCHUBIGER,G, SCWARTZ, U, TONS,O. UNICEF/WHO baby friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breast feeding? **European Journal of Pediatrics**, v.156, p.874-77, 1997.

SCOTT,JA;BINSS,CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature.**Breastfeed Review**.v.7,n.1,p. 5-16, março 1999

SENA,MCF, SILVA,EF, PEREIRA,MG.Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18,n.3, p.613-21, 2002

SERDULA, MK, IVERY,D,COATES,RJ,FREEDMAN,DS,WILLIAMSOM,DF, BYERS,T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. **Prev Medicine**, v.22,p.167-77,1993

SERVIÇO de INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE. S.I.M. 2005. Publicação eletrônica (mensagem pessoal) obtida por e-mail particular da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde de Juiz de Fora e no site www.pjf.saude.gov.br .Acesso em 7 de maio de 2006

SILVA, LIL, CAMARGO,JA. **Projeto fome zero: proposta política de segurança alimentar para o Brasil**. Versão 3. São Paulo : Instituto Cidadania, Fundação D. Guimarães, Out, 2001. 104p.

SILVA,NN. **Amostragem Probabilística: um curso introdutório**. 2ª ed. Revisada.São Paulo:USP, 2001.

SILVA, OPV. **Análise descritiva do desenvolvimento de recém nascidos prematuros que participaram do Programa Método Mãe Canguru**. Dissertação. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2003.

SOARES, MEM,GIUGLIANI,ERJ, BRAUN,ML, SALGADO,ACN, OLIVEIRA,AP, AGUIAR,PR. Uso da chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de

crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79,n.4, p.309-16,2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Projeto para ampliação de licença maternidade tem audiência prevista. In: **SBP notícias**. n.40. ano VIII. Dezembro 2005/ Janeiro de 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Cresce a campanha pelo aumento da licença maternidade. In: **SBP notícias**. n.46. ano IX. Dezembro 2006/ Janeiro de 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Licença maternidade de seis meses ganha apoio de ministro, procurador da república e empresários. In: **SBP notícias. Investir na infância** n.47. ano IX. Fevereiro/março 2007.

SOUTO,G , GIUGLIANI,ERJ GIUGLIANI,C, SCHNEIDER,MA. The impact of breastfeeding performance. **Journal of Human Lactation**, v. 19,n.1, 2003

SOUZA,EM,AGUIAR, AS. **Mãe leoa: projeto Banco de Leite vai à escola**, Juiz de Fora, 1997.28p.

SUÁREZ,LR, COSME,BP. Intervención de enfermeira para la capacitacion sobre lactancia materna. **Revista Cubana de Enfermeria**.v.20,n.1, Havana,jan abr 2004.

SUSAN L PRESCOTT, MIMI TANG. Position Statement: Allergy prevention in children. October 2004. Disponível em: <www. Ascia>. Acesso em: 22 de maio de 2005

SUSIN,LRO, GIUGLIANI,ERJ, KUMMER,SC, MACIEL,M, BENJAMÍN,ACW, MACHADO,DB. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.74, 368-75, 1998.

TAMMINEN, T, VERRONEN, P, SAARIKOSKI, S, GORANSSON, A, TUOMIRANTA, H. The influence of perinatal factors on breast feeding. **Acta Paediatric Scandinave**.v.72,n.1,p.9-12, 1983.

TANAKA, AC. O desperdício de vidas numa realidade que não se altera. In: Jornal da rede saúde. **Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos**. N.17, maio 1999.

TANAKA,AC. A Mortalidade Materna. In: Saúde da mulher e Direitos reprodutivos: dossiês. **Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos**. São Paulo, p.24-40, 2001.

TOMA, TS, MONTEIRO,CA. A avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.5, 2001

TOMASI,E,VICTORA,CG,OLINTO,MTA. Padrões e determinantes do uso de chupetas em crianças. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.70,p.167-173, 1994.

TONELLI, E, FREIRE,L.**Doenças Infeciosas na Infância e Adolescência**. 2ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000. vol.1.

UCHIMURA,TT, SZARFARC, SC, UCHIMURA,NS, BERCINI,L. Índice de proporcionalidade do baixo peso ao nascer e a sua relação com a mortalidade neonatal. **Acta Scientiarum**, Maringá, v.23,n.3,p.753-757, 2001.

UCHIMURA,TT, SZARFARC, SC, UCHIMURA,NS, LATORRE,MRDO. Anemia e baixo peso ao nascer. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo,v.37, n.4, p.397-403, 2003.

UFJF. Diretoria de Comunicação. **Projeto garante apoio à gestante.21 de março de 2005**.Disponível em:< www.ufjf.br/imagem> Acesso em: 20 de maio de 2006.

UFJF..Diretoria de Comunicação. **ANVISA trabalha em parceria**.Disponível em:< www.ufjf.br/imagem> Acesso em: 10 de abril de 2007.

UNICEF BRASIL. **Amamentação on line**. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Disponível em: www.aleitamento.org.br/IHAC/comoiha.htm Acesso em: 25 de março de 2006.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação da amamentação no mundo** nos anos 90. UNICEF. Progresso do Fórum Mundial da Infância. 2001. Disponível em: www.childinfo.org/eddb/brfeed/index.htm. Acesso em: 2 de junho de 2006.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância**. New York: UNICEF, 1993.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância**. Brasília: UNICEF, 1994. 87p.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância, PNIAM - Programa Nacional de incentivo ao Aleitamento Materno, INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Aleitamento materno e município**. Brasília: Coronário, 1995.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância**. New York: UNICEF, 1996. 16p.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância. A nutrição em foco**. Brasília: UNICEF, 1998. 131p.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **A infância brasileira nos anos 90**. Brasília: UNICEF, 1998. 170p.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância. Participação Infantil**. Brasília: UNICEF, 2003. 124p.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2005. Infância ameaçada**. Brasília: UNICEF, 2005. 152p.

UNITED NATIONS.ADMINISTRATIVE COMMITTEE ON COODINATION SUB COMMITTEE ON NUTRITION.ACC/SCN. **Nutrition throughout life**.Fourth Report on the World Nutrition Situation. ACC/SCN/WHO. Geneva: WHO/IFPRI,2000.

VAN ODJIKJ, KULL,I,BORRES,MP,BRANDTZAEG,P,EDBERG,U, HASON,LA et al. Breast feeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1996-2001) on the ode of early feeding and its impact on later atopic manifestations. **Allergy**, v.58,n.9, p.833-43, 2003.

VANNUCHI,MTO, MONTEIRO,CA, REA,MF, ANDRADE,SM,MATSUO,T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n3, jun 2004.

VANNUCHI,MTO, THONSON,Z,ESCUDE,MMML,TACLA,MTGM, VEZOZZO, KMK, CASTRO,LMCP, OLIVEIRA,MMB, VENÂNCIO,SI. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no município de Londrina,Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife,v.5,n.2,p.155-62, 2005

VAUGHAN, JP. Saúde materno-infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul: principais conclusões de comparação das coortes de 1982 e 1993. **Caderno de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v.12,S. 1,p.87-92, 1996.

VASCONCELOS,MGL; LIRA,PIC, LIMA,MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.6,n.1,p.99-105, jan-mar 2006.

VENÂNCIO,SY, MONTEIRO,CA. A tendência da prática de amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.1, n.1, p.40-9, 1998.

VENÂNCIO,SY, ESCUDER,MML, KITIKO,P, MONTEIRO,CA, REA,MF. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.3, jun 2002.

VENÂNCIO SI, DE ALMEIDA H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro,v.80,s.5, p.S173-S180, 2004.

VENÂNCIO,SY, MONTEIRO,CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo,Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition*, v9, n1, p40-6, 2006.

VICTORA,CG, SMITH,PG, VAUGHAN,JP, LOMBARDI,C, TEIXEIRA,AM, FUCHS,SM, MOREIRA,LB, GIGANTE,LP, BARROS, FC. Evidence of protection by breast feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**. v.2,n.8554,p.319-22,1987.

VICTORA, CG, SMITH,PG, VAUGHAN,JP, NOBRE,LC, LOMBARDI,C, TEIXEIRA,AM, FUCHS,SC, MOREIRA,LB, GIGANTE,LP, BARROS,FC. Infant feedings and deaths due to diarrhea. A case control study. **American Journal of Epidemiology**. v.129, i.5,p.1032-1042, 1989. Oxford University Press.

VICTORA, C, TOMASI,E, OLINTO,MT, BARROS,FC . Use of Pacifiers and Breast feeding duration. **The Lancet**, feb 13; v.341,p. 404-406, 1993.

VICTORA,CG, BARROS,FC, TONIOLI FILHO,S, TOMAS,I, WIDERPASS, E. Use of pacifiers use is associated with decreased breastfeeding duration. **Pediatrics**, v. 95, n.4, p.497-499,1995.

VICTORA,CG, FUCHS,SC, MARTINES,J. Case control study of risk of dehydrating diarrhoea in infants in vulnerable period after full weaning. **BMJ**, v.313, p.391-394, 1996.

VICTORA,CG, BARROS,FC, MORRIS,SS, HAPER, R, HORTA,BL, TOMAS,IE. Breast feeding, pacifier use and infant development at 12 months of age: a birth cohort study in Brazil. **Paediatric Perinatology Epidemiology**, v.11,n.4,p. 441-50, October 1, 1997.

VICTORA,CG,BARROS,FC, BEHAGHE,DP, OLINTO,MTA, WEIDERPASS E. Pacifier use and short breast-feeding duration: cause, consequence or coincidence. **Pediatrics** v.99, n 3, p. 445-453, 1997.

VICTORA,C,MORRIS, SS, BARROS,F, ONIS,M. The NCHS reference and the growth of breast and bottle-fed infants. **Journal of Nutrition**, v.128,n7, p.1134-1138, 1998

VICTORA,CG, BARROS,FC, HORTA,BL, MORRIS,SS, TOMAS,IE, WIDERPASS, E. Breast-feeding and growth in Brazilian infants. **American Journal of Clinical Nutrition**. v. 67, p.452-8,1998.

VICTORA, CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.4,n.1, 2001.

VICTORA,CG; ONIS,M. Gráficos de Crescimento para bebês alimentados com leite materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. 2004; v.80,n.2,p.85-7, 2004

VIEIRA,GO, GLISSER,M, ARAÚJO,SPT, SALES,NA. Indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 74, p.11-16, 1998.

VIEIRA,MLF,SILVA,JLCP,BARROS FILHO,AA. A amamentação e alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes de filhos de mães adultas?**Jornal de Pediatria**,Rio de Janeiro,v.79,n.4,p317-24, 2003.

VIEIRA,GO, SILVA,LR, VIEIRA,TO, ALMEIDA,JAG, CABRAL,VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. **Jornal de Pediatria**,Rio de Janeiro, v.80,n.5,2004.

VIEIRA,GO, ALMEIDA,JAG, SILVA,LR,CABRAL,VA,NETTO,PVS. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife,v.4,n.2,p.143-150, 2004.

VINAGRE,RD, DINIZ,EMA, VAZ,FAC. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatria**, São Paulo, v.23, N.4, 340-45, 2001.

VITURI,SC, BRITO,ASJ. Prevalência do aleitamento materno em crianças até seis meses de idade na cidade de Maringá, estado do Paraná,Brasil. **Acta Scientiarum, Health Sciences**. Maringá, v.25, n.2, p.141-6, 2003.

VOLPINI, CCA E MOURA, EC. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v18,n3,p 311-319,mai/jun, 2005.

WAGNER,MARSDEN. **The need to humanize birth in Australia**. 2000. Disponível em:

< <http://www.acegraphics.com.au/articles/wagner03.html>> Acesso em: 5 de março de 2006

WAMBACH,K, CAMPBELL,SH, GHI,SL, DODGSON,JE, ABIONA,TC, HEINING,M.J. Clinical lactation practice:20 years of evidence. **Journal of Human Lactation** v.21,n.3, 2005.

WEIDERPASS,E, BARROS,FC, VICTORA,GC, TOMAS,IE, HALPERN,R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.3, jun 1998. Disponível em: www.scielo.br, Acesso em: 27 abr 2002.

WEFFORT, VRS. Alimentação Complementar Fórmulas infantis e leite de vaca integral: avanços e limitações. In: Curso Nestlé de Atualização em Pediatria, 2006, Brasília. **Resumo**. 63ª ed., Brasília DF, Nestlé Nutrition/ SBP, 2006, p. 53-6.

WEHBA,J. et colaboradores. **Nutrição da Criança**. São Paulo: BYK. p. 26,1991.

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION WABA (b). Key elements of maternity Protection at Work Section 2. em Maternity Protection Campaign Kit.A breastfeeding perspective. Disponível em : < www.WABA.org.my/womenwork/mpckit> Acesso em: 27 de março de 2006.

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION WABA (a). Maternity Protection Campaign Kit. Introduction : woman, work and breastfeeding.Section1. em WABA.Maternity Protection Campaign Kit.A breastfeeding perspective.

Disponível em:< www.WABA.org.my/womenwork/mpckit> Acesso em: 27 de março de 2006.

WILES, L. The effect of prenatal breastfeeding education on breast feeding success and maternal perception of the infant. **Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing**, p.253-257, July/august 1984.

WOISKI,JR, COLLARES,EF, MIMICA,I, CAMPOS,JVM, BRASIL,MRL, MONTE,O, RICCO,R, JORGE,SM, MELLO,VR. **Dietética Pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1981.

WORLD HEALTH ASSEMBLY RESOLUTION. **Infant and young child nutrition**. WHA 54.2,18 May 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Update. Programme for Control of Diarrhoeal Diseases, (10): 1-4, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION`s. **Infant-feeding recommendation**. Bull World Health Organ. 1995.v.73,p165-74.,1995

WORLD HEALTH ORGANIZATION.UNICEF, 1998. **Complementary feeding of the young children in developing countries**: a review of current scientific knowledge.

Geneva: World Health Organization, WHO/NUT/ 98.1,1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.**Complementary feeding for breastfed children**. Geneva. WHO/ NHD/ 0.1WHO/ FCH/CAH/00.6,2000

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for infant and young child feeding**. WHA 55/ 2002 /REC/1, annex 2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The optimal duration of exclusive breast feeding**: a systematic review. WHO/NHD/01.08 WHO/FCH//CAH/01.23; 2001.

WORLD HEALTH ASSEMBLY RESOLUTION. **Infant and young child nutrition**. WHA 54.2,18 May 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breast feeding**. Geneva, Switzerland, 28-30 march 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition for Indicators**. Disponível em :<www.wswwhosea.org.likfiles.heath.sutuation.indicators04-definitio-pdf> Acesso em: 13 de junho de 2005

WORLD HEALTH ORGANIZATION . **Infant-feeding recommendations** BULLWHO, Department of Health 2004. Disponível em: www.brastfeedingnhs.uk, Acesso dia 28/05/2005

XAVIER,CC, JORGE,SM, GONÇALVES,AL. Prevalência do aleitamento materno em recém nascidos de baixo peso. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.25,n.5,p. 381-7, 1991.

YUSUF, S, REDDY,S, OUNPUU,S,ANAND,S. 2001. Global Burden of Cardiovascular Diseases. Part I: General Considerations, the Epidemiologic Transition, Risk Factors, and Impact of Urbanization. **Circulation**, v.104,n.246, p.2753.

OBRAS CONSULTADAS

CYRANKA,LFM, SOUZA,VP. **Orientações para normatização de trabalho acadêmico.**

Juiz de Fora: EDUJF, 1997. 60p.

FLETCHER,RH, FLETCHER,SW, WAGNER,EH. **Epidemiologia clínica:** elementos essenciais. 3ª ed. Porto Alegre. Artes médicas: 1966. 281p.

GUERRA,MO, CASTRO,NC. **Como fazer um projeto de pesquisa.** Juiz de Fora: EDUJF, 1994. 52p.

MALETTA,CHM. **Epidemiologia e saúde pública.** Rio de Janeiro: ATHENEU, 1988. 182p.

MEDRONHO,RA, CARVALHO,DM, BLOCH,KV, LIZ,R, WERNECK,CR. **Epidemiologia.** São Paulo: ATHENEU, 2002. 491p.

GLOSSÁRIO

ALEITAMENTO MATERNO (AM): a criança recebe leite materno (diretamente do peito ou ordenhado).

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME): a criança recebe apenas leite materno de sua mãe, ou leite materno ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

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

ALEITAMENTO MATERNO COMPLETO (AMC): é a ocorrência simultânea do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno predominante.

Alimentação complementar: a criança recebe leite materno e alimentos sólidos (ou semi-sólidos).

ALEITAMENTO PARCIAL: é considerado quando a criança usa leite materno e outro alimento líquido, sólido ou semi-sólido. É referido pela OMS como “criança amamentada”.

ALEITAMENTO MATERNO TOTAL: uso de leite materno, com leite artificial e outros líquidos e alimentos.

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR OPORTUNA (ACO): a criança recebe leite materno e alimentos sólidos (ou semi-sólidos), de 6 meses a 9 meses de idade.

ALIMENTAÇÃO COM MAMADEIRA: a criança recebe alimentos líquidos (incluindo leite materno) ou alimentos semi-sólidos em mamadeira.

HIPOGALACTIA: baixa produção de leite.

ANALFABETISMO FUNCIONAL é definido pela UNESCO (2000) como a condição em que o indivíduo é considerado incapaz de participar de atividades nas quais a alfabetização é requerida para atuação eficaz em seu grupo ou comunidade, assim como não possuir capacidade para fazer uso contínuo da leitura, da escrita e da aritmética para desenvolvimento próprio e da comunidade (RIBEIRO,VM, 2001)

CESARIANA ELETIVA: procedimento cirúrgico realizado para ligadura tubária porque a mulher já havia sido submetida a uma cesariana, ou por conveniência da parturiente ou do médico (VICTORA,1998).

CESARIANA EMERGENCIAL: cirurgia realizada por causa de sofrimento fetal, distorcias de apresentação, hemorragia materna, parada de progressão, eclampsia, pós datismo, diabete materna, (macrossomia fetal), e outros problemas de saúde, conforme indicação médica (VICTORA,1998).

COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL relaciona o número de mortes por todas as causas , em um determinado período de tempo, com a população ajustada para o meio do período , relativo a determinada área.

FÓRMULA INFANTIL: leite em pó industrializado, modificado, para a alimentação infantil

HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA é um título recebido por aquela instituição que segue rigorosamente os dez passos para o sucesso do aleitamento materno de acordo com o programa do Fundo das Nações Unidas para a Infância e Organização Mundial da Saúde criado em 1990, que tem por objetivos promover, apoiar assim como proteger o aleitamento materno

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH): usa como critérios indicadores de educação, longevidade e renda. Varia de 0 a 1: o a 0,4999-baixo; 0,5 a 0,799 – médio; maior que 0,8- alto (PNUD)

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA: programa do Fundo das Nações Unidas para a Infância e da Organização Mundial de Saúde, criado em 1990, que tem por objetivos, promover, apoiar e proteger o aleitamento materno.

LACTENTE: criança na faixa etária de 29 dias a 24 meses (MARCONDES et al, 2002).

RECÉM NASCIDO: criança na faixa etária de 0 a 28 dias (MARCONDES et al, 2002).

TAXA DE ALFABETIZAÇÃO DE ADULTOS: percentagem entre pessoas de 15 anos ou mais que sabem ler e escrever (UNICEF,2005).

TAXA BRUTA OU COEFICIENTE GERAL DE NATALIDADE relaciona o número de nascidos vivos com a população geral.

TAXA DE FECUNDIDADE: número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final de seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico (BRASIL,2004)

TAXA DE FECUNDIDADE GERAL relaciona o número de nascidos vivos, ocorridos em um dado período de tempo, com o número de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos).

TAXA DE NATALIDADE: número de crianças nascidas vivas por mil habitantes na população residente em determinado espaço geográfico, e no ano considerado (UNICEF,2005).

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL: número de óbitos menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. São consideradas altas se mais de 50 por mil ou mais; médias de 20 a 49; e baixas se menos de 20 por mil (DATASUS,2001)

TRANSLACTAÇÃO: procedimento utilizado para mães e/ou crianças que têm dificuldades de iniciar e/ou estabelecer o aleitamento nos primeiros dias de vida. A técnica consiste no uso de uma sonda e seringa de 20 ml sem o êmbolo. Posiciona-se a sonda com sua extremidade final junto ao mamilo materno e a extremidade proximal acoplada à seringa contendo o leite.

Esse sistema é acionado ao mesmo tempo em que o recém nascido suga o seio materno. O objetivo consiste em alimentar o bebê e estimular a lactação nas mães com dificuldades na amamentação (BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ,2004).

ANEXO 1**DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS
BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS (BRASIL, 2002)**

PASSO 1 - Dar somente leite materno até os 6 meses de idade, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

PASSO 2 - A partir dos 6 meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.

PASSO 3 - A partir dos 6 meses, dar alimentos complementares (tubérculos, cereais, leguminosas, frutas e legumes) , três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.

PASSO 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

PASSO 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o princípio e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar a alimentação da família.

PASSO 6 - Oferecer à criança alimentos diferentes ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

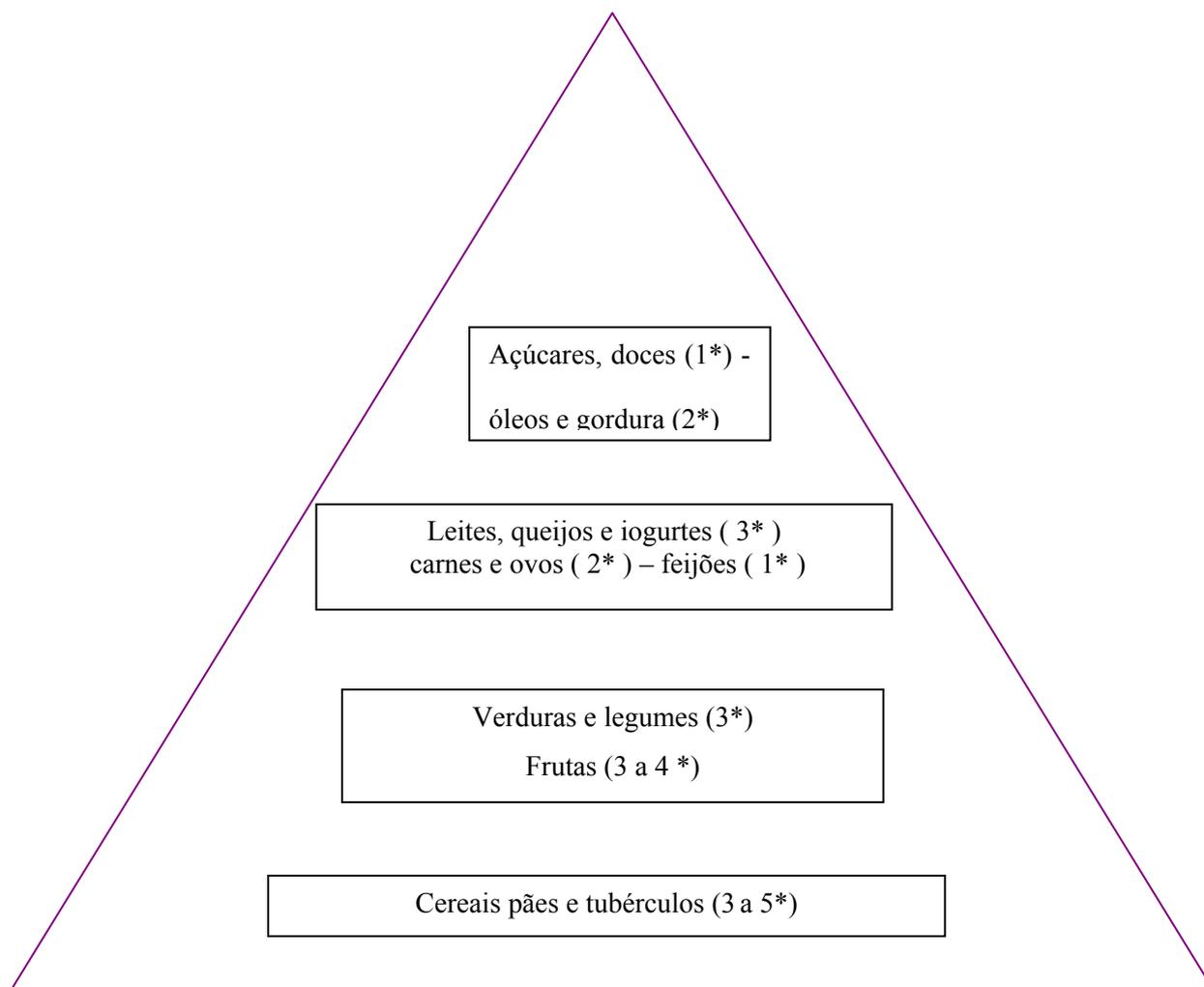
PASSO 7 - Estimular o consumo diário de frutas , legumes e verduras nas refeições.

PASSO 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas , nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

PASSO 9 - Cuidar da higiene no preparo e no manuseio dos alimentos, garantir seu armazenamento e conservação adequados.

PASSO 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

ANEXO 2



* porções diárias

**PIRÂMIDE ALIMENTAR PARA CRIANÇAS DE 6 MESES
A 2 ANOS (BRASIL, 2002)**

ANEXO 3

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº281, DE 2005

Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Fica instituído o Programa Empresa Cidadã, destinado a prorrogar por sessenta dias a duração da licença-maternidade prevista no art. 7º, XVIII, da Constituição Federal.

Parágrafo único. A prorrogação será garantida à empregada da pessoa jurídica que aderir ao Programa, desde que a empregada a requeira até o final do primeiro mês após o parto, e concedida imediatamente após a fruição da licença-maternidade de que trata o art. 7º, XVIII, da Constituição Federal.

Art. 2º Durante o período de prorrogação da licença-maternidade, a empregada terá direito à sua remuneração integral, nos mesmos moldes devidos no período de percepção do salário-maternidade pago pelo regime geral de previdência social.

Art. 3º No período de prorrogação da licença-maternidade de que trata esta Lei, a empregada não poderá exercer qualquer atividade remunerada e a criança não poderá ser mantida em creche ou organização similar.

Parágrafo único. Em caso de descumprimento do disposto no caput deste artigo, a empregada perderá o direito à prorrogação.

Art. 4º A pessoa jurídica que voluntariamente aderir ao Programa Empresa Cidadã terá direito, enquanto perdurar a adesão, à dedução integral, no cálculo do imposto de renda da pessoa jurídica, do valor correspondente à remuneração integral da empregada nos sessenta dias de prorrogação de sua licença-maternidade;

Art. 5º O Poder Executivo, com vistas ao cumprimento do disposto nos arts. 5º, II, 12 e 14 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, estimará o montante da renúncia fiscal decorrente do disposto nesta Lei e o incluirá no demonstrativo a que se refere o § 6º do art. 165 da Constituição, que acompanhará o projeto da lei orçamentária cuja apresentação se der após decorridos sessenta dias da publicação desta Lei.

Art. 6º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, produzindo efeitos a partir do primeiro dia do exercício subsequente àquele em que for implementado o disposto no artigo anterior.

JUSTIFICAÇÃO

Um dos avanços sociais de maior significado para a evolução da sociedade humana no século XX é a formulação dos direitos básicos da criança e do adolescente, que ressurgem como reconhecimento da complexa especificidade do ser humano no período de vida marcado pelos

fenômenos de crescimento e desenvolvimento. Essa nova visão, fundada na evidência científica acumulada em todos os ramos de conhecimento pertinentes, permitiu a elaboração da doutrina jurídica que confere à criança o estatuto de cidadão.

Na esteira dessa grandiosa conquista, o Estado brasileiro tornou-se signatário das decisões oriundas da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos da Criança e do Adolescente (ECA), acolhendo, como consequência, no art. 1º do ECA, o princípio da Proteção Integral, do qual decorre a elevação de crianças e adolescentes brasileiros à condição de sujeitos de direitos. Vale dizer que as políticas públicas, medidas legais e atos legislativos que tenham a ver com o estrato populacional infanto-juvenil terão como marco referencial os interesses primordiais advindos da sua condição especial de pessoas em desenvolvimento.

O êxito do crescimento e desenvolvimento da criança, desde a vida intra-uterina, depende de numerosos fatores do meio ambiente em que se passa sua existência, mas, fundamentalmente, da criação de vínculo afetivo adequado com a mãe, o pai e demais membros do grupo social da família que a acolhe. Por outro lado, os laços fortes desse apego mãe-filho, filho-mãe, mãe-filho-pai-família construído no primeiro ano de vida, e particularmente nos seis primeiros meses, são indispensáveis ao surgimento da criança sadia, do adolescente saudável e do adulto solidário - emocionalmente equilibrados -, alicerces seguros de uma sociedade pacífica, justa e produtiva.

A licença-maternidade de 120 dias assegurada à trabalhadora brasileira no art.7º, inciso XVIII, da Constituição Federal, foi um passo vigoroso na garantia do direito da criança às condições mínimas para o estabelecimento do vínculo afetivo que a normalidade de seu crescimento e desenvolvimento requer.

Ora, o processo biológico natural, ideal, embora não único, para a construção dessa ligação afetiva intensa que se faz no primeiro ano de vida é o aleitamento materno. A amamentação não se presta apenas a prover nutrição ao lactente. Permite o contato físico com a mãe, a identificação recíproca entre mãe e filho, bem como o despertar de respostas a estímulos sensoriais e emocionais, compartilhadas num continuum bio-psicológico, que se configura como unidade afetiva incomparável. Por isso, e por proposta brasileira, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida. É a forma natural de propiciar a plenitude do vínculo afetivo original que, na espécie humana, se faz, de maneira insubstituível, nesse período. O princípio vale, inclusive, para mães trabalhadoras que não conseguem, por qualquer razão, amamentar seus filhos. Mesmo não lhes podendo alimentar com leite humano, podem garantir-lhes, com igual plenitude, todos os demais estímulos essenciais ao estabelecimento do vínculo afetivo, desde que estejam disponíveis para cuidarem dos filhos. Por isso, a Constituição, sabiamente, não restringe a licença maternidade às mulheres que estejam amamentando.

Ao defender o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida, o Brasil revelou sensibilidade diante de uma exigência crucial para a alimentação saudável no primeiro ano de vida. Contribuiu, também, para reforçar a definição da duração mínima desejável da licença-maternidade capaz de assegurar a excelência dos fenômenos decisivos que se passam no primeiro ano, dos quais depende a saúde do cidadão e, como consequência, o bem-estar de toda a sociedade.

É, pois, inadiável, a formulação de mecanismo jurídico que torne possível a prorrogação, por dois meses, da licença-maternidade de quatro meses determinada constitucionalmente,

sem prejuízo de direitos adquiridos e sem custos adicionais para as empresas. Só assim será possível corrigir, em consonância com o que outros países já fizeram, o desencontro entre o que a Constituição Federal preceitua, o que a evidência científica recomenda e o Poder Público tem procurado implementar com a adoção de estratégias que visam estimular o aleitamento materno exclusivo por seis meses.

O Poder Público tem se valido do caminho do incentivo fiscal para atrair empresas a um nível elevado de compromissos sociais. Trata-se de solução justa e defensável numa economia de mercado e numa sociedade democrática, cuja lógica deve ser a do convencimento e não a da imposição.

Em vista dessas considerações, o intuito do presente projeto de lei é a criação do Programa Empresa Cidadã, destinado a estimular a prorrogação da licença-maternidade estabelecida na Constituição Federal, por período de sessenta dias, mediante a concessão de incentivo fiscal que demonstre o verdadeiro compromisso do Estado com a evolução social da nação.

A adesão ao programa é voluntária e, desde que realizada, confere à empresa o direito de deduzir, do imposto de renda devido, o valor correspondente à remuneração da empregada referente aos sessenta dias que perdurar a prorrogação da licença-maternidade.

Projeções indicam que a renúncia fiscal decorrente da proposição é palatável. Corresponde a cerca de R\$ 500 milhões, referente à dedução, do imposto de renda devido, da remuneração da empregada afastada.

Constata-se, pois, que, em vista dos imensos ganhos sociais da iniciativa, a relação custo-benefício da proposta é claramente positiva, razão pela qual solicito o apoio dos nobres parlamentares.

Sala das Sessões,

Senadora PATRÍCIA SABOYA GOMES

mb0805f2-200505343

FONTE

www.senado.gov.br/sf/atividade

ANEXO 4. QUESTIONÁRIO

Instituto de Saúde / SES-SP parceria SMS JF

“Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação”

Nº

01-DATA: ____/____/____	02-ENTREVISTADOR: _____
03-MUNICÍPIO: _____	04-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____ 04a-ÁREA <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural

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

05-A SRA. (SR.) PODE ME DIZER O NOME DESTA CRIANÇA? _____ (Anotar apenas o 1º nome)
06-DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA ____/____/____ (Anotar da carteira de vacinação)
06a-Sexo : <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
07-A SRA. É A MÃE DA CRIANÇA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

A SENHORA (OU SR.) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALANDO O NOME DE CADA ALIMENTO E A SRA. (SR.) ME RESPONDE SIM OU NÃO, ESTÁ BEM?

- 08-LEITE DE PEITO? Sim Não Não Sabe
 09-SE TOMOU LEITE DE PEITO→QUANTAS VEZES? ____ (Anotar 8 se for 8 vezes ou mais) Não Sabe
 10-LEITE EM PÓ? Sim Não Não Sabe
 11-SE SIM→QUAL A MARCA? _____ Não sabe

☛ **PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO:**

- FÓRMULA INFANTIL LEITE INTEGRAL OUTRO TIPO DE LEITE EM PÓ

- 12-OUTRO LEITE? Sim Não Não Sabe
 13-MINGAU OU PAPA? Sim Não Não Sabe
 14-SOPA DE LEGUMES? Sim Não Não Sabe
 15-SE TOMOU SOPA →COM CARNE? Sim Não Não Sabe
 16-COMIDA DE PANELA? Sim Não Não Sabe
 17-SE COMEU COMIDA→ COM CARNE? Sim Não Não Sabe
 18-SE COMEU COMIDA→ COM FEIJÃO? Sim Não Não Sabe
 19-ÁGUA PURA? Sim Não Não Sabe
 20-ÁGUA COM AÇÚCAR? Sim Não Não Sabe
 21-CHÁ? Sim Não Não Sabe
 22-SUCO DE FRUTA? Sim Não Não Sabe
 23-FRUTA (EM PEDAÇO OU AMASSADA)? Sim Não Não Sabe
 23a-OUTROS _____
 24-ALGUM DESSES ALIMENTOS (OU LÍQUIDOS) FOI DADO POR
 MAMADEIRA OU CHUQUINHA?
 Sim Não Não Sabe
 25-A CRIANÇA CHUPA CHUPETA? Sim Não Não Sabe

O
Q
U
Ê
C
O
M
E
U
D
E
O
N
T
E
M
P/
H
O
J
E

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

INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO, PARTO E ATENDIMENTO MÉDICO:

26-HOSPITAL ONDE A CRIANÇA NASCEU: _____
(Anote o nome) Nasceu em casa Não Sabe

27-MUNICÍPIO ONDE A CRIANÇA NASCEU: _____ (Anote o nome) Não Sabe

28-PESO AO NASCER: _____ gramas (Anote da carteira de vacinação)

29-TIPO DE PARTO: ? Normal Fórceps Cesárea Não Sabe

30-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA CONSULTA MÉDICA? (Assinale apenas uma alternativa) Serviço Particular ou Convênio Rede Pública em branco/não sabe

30b-ESTA CRIANÇA JÁ FOI INTERNADA ALGUMA VEZ? Sim Quantas vezes?
 Não Não Sabe Qual a razão da última internação? _____

**FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS
MENORES DE 4 MESES (3 meses e 29 dias)**

31-COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE? _____ (Anote em dias)
 Nasceu em casa Não Sabe

NO PRIMEIRO DIA EM CASA A CRIANÇA:

32- MAMOU NO PEITO? Sim Não Não Sabe

33-TOMOU OUTRO LEITE QUE NÃO O LEITE DE PEITO? Sim Não Não Sabe

34-TOMOU ÁGUA? Sim Não Não Sabe

35-TOMOU ÁGUA COM AÇÚCAR? Sim Não Não Sabe

36-TOMOU CHÁ? Sim Não Não Sabe

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

37-QUAL É A SUA IDADE? _____ (Anos)

38-ESTA CRIANÇA É SEU PRIMEIRO FILHO? Sim Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)

39-A SRA. SABE LER E ESCREVER? Sim Não

40-A SRA. ESTA ESTUDANDO? Sim (Passe para a questão 42) Não

41-A SRA. JÁ FREQUENTOU A ESCOLA? Sim Não (Passe para questão 44)

42-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE COMPLETOU? _____ 43-E GRAU? _____

44-A SRA. TRABALHAVA FORA DE CASA QUANDO ENGRAVIDOU DESTA CRIANÇA? Sim Não

45-SE TRABALHOU DURANTE A GRAVIDEZ, TEVE LICENÇA MATERNIDADE?
 Sim Não (Passe para a questão 46) Não se aplica (Passe para a questão 47)

46-AINDA ESTA DE LICENÇA MATERNIDADE? Sim Não

47-ATUALMENTE A SRA. ESTÁ TRABALHANDO FORA DE CASA? Sim (Questão 48 e 49) Não

48- SE SIM, QUANTAS HORAS TRABALHA FORA? _____

49- QUAL A SUA OCUPAÇÃO? _____

50- A SRA FEZ PLÁSTICA DE MAMA? Sim Não SE SIM, HÁ QUANTOS ANOS? _____ ano

51. A SRA FEZ PRÉ NATAL? Sim Não SE SIM, QUANTAS CONSULTAS? _____

NOME DA MÃE completo: _____

OBSERVAÇÕES _____

ANEXO 5

MANUAL DO ENTREVISTADOR



***AValiação de Práticas Alimentares no Primeiro
Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação***

MANUAL DO ENTREVISTADOR

INSTITUTO DE SAÚDE / SES-SP
Em conjunto com Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora

INSTITUTO DE SAÚDE

R. Santo Antônio, 590 Bela Vista

CEP: 01314-000 São Paulo - SP

Tel. (0XX 11) 3105-9047/3105-9048 r. 211/212/214

e-mail: amamunic@isaude.sp.gov.br apoio HOSPITAL ALBERT SABIN/J.F.

◆ **CARO (A) ENTREVISTADOR(A),**

Sabemos que a alimentação adequada no 1º ano de vida é de extrema importância. Tanto o leite materno como os demais alimentos precisam ser dados de forma, em quantidade e no momento apropriados.

Essa pesquisa ajuda a conhecer melhor os hábitos de alimentação e a situação de aleitamento das crianças menores de 1 ano. Com os resultados em mãos, os profissionais de saúde poderão organizar programas pertinentes à comunidade onde trabalham, e orientar as mães sobre as formas de alimentação mais adequadas para o crescimento saudável de suas crianças.

Sua participação é fundamental para que essa pesquisa se realize. Siga as instruções deste manual e bom trabalho!

ORIENTAÇÕES GERAIS

- É essencial que as orientações do Supervisor de Campo sobre a forma de identificação e captação das crianças no dia da campanha de vacinação sejam seguidas corretamente, para que as crianças menores de um ano sejam incluídas em número suficiente na pesquisa.
- Anote no espaço a seguir as orientações do Supervisor de Campo sobre a identificação e captação das crianças na fila da vacina.

O correto preenchimento do questionário é fundamental no alcance dos objetivos da pesquisa. A maneira como esse preenchimento será feito pode levar a erros na digitação e na análise de dados. Por essa razão, recomenda-se que sejam respeitadas as instruções que constam deste manual

- Não se deve confiar na memória. O questionário deve ser preenchido na hora, evitando anotações posteriores à entrevista. Nos casos em que houver dúvida quanto à alternativa a ser assinalada, anote no canto da folha do questionário o que o entrevistado está respondendo. Consulte o manual sempre que tiver dúvidas.
A maioria das questões são fechadas, ou seja, para respondê-las basta assinalar com (x) uma única alternativa, que corresponde a resposta dada pela mãe ou acompanhante da criança. Evite mostrar o questionário ou ler as alternativas das respostas. **Leia somente a pergunta.** A leitura das alternativas pode fazer com que o informante responda sempre “não sei” para terminar logo a entrevista. Nas questões abertas (nome da criança, do hospital, etc) anote com letra legível, exatamente o que for respondido pela mãe ou acompanhante da criança.
- Logo após a entrevista e antes de liberar a mãe ou acompanhante da criança, uma revisão rápida é necessária para confirmar que nenhuma pergunta foi omitida. A ordem das questões deve ser respeitada e não se deve alterar qualquer item do questionário. Caso seja necessário fazer observações, estas devem ser escritas no quadro das observações colocado no final do questionário.
- Não deixe nenhuma pergunta sem resposta.
- O entrevistador deve evitar ao máximo manifestar suas opiniões (risos, olhares de censura, etc.) para não influenciar as respostas. Ler as perguntas com simpatia, concentração e paciência ajuda bastante, principalmente naqueles casos em que o acompanhante da criança não consegue entender com facilidade as perguntas.
- A apresentação do entrevistador poderá ser com a seguinte frase:

- Bom dia! Estamos realizando uma pesquisa sobre alimentação das crianças aqui de _____ (mencionar o nome da cidade). A Sra. (Sr.) poderia me dizer a idade dessa criança?

Nos casos em que a criança tiver mais de 1 ano, o entrevistador deverá agradecer e dirigir-se à próxima criança.

☞ Todos os dados devem ser preenchidos com caneta esferográfica.

PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

QUESTÕES 01 À 04

Nº O quadro referente ao número do questionário será preenchido posteriormente pelo supervisor de campo .

As demais questões:

(01) DATA, (02) ENTREVISTADOR, (03) MUNICÍPIO, (04) LOCAL DE VACINAÇÃO deverão ser preenchidas antes do início da aplicação dos questionários, para diminuir o tempo de duração de cada entrevista.

(04a) ÁREA: Preencher se é área URBANA OU RURAL DO POSTO

QUESTÕES 05 À 07

(05) NOME DA CRIANÇA: Anotar apenas o primeiro nome.

(06) DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA:

Procure anotar de preferência a data de nascimento da carteira de vacinação ou de outro documento da criança. Não havendo documento, anote a data de nascimento que informar. Se a criança já completou 1 ano de idade, ou está fazendo aniversário no dia de entrevista, agradeça a colaboração e passe para outra criança. Pretende-se estudar apenas a alimentação das crianças que ainda não completaram um ano de idade.

(06a) SEXO? Masculino ou Feminino.

(07) A SRA. É MÃE DA CRIANÇA?

Consideramos também como mãe, a pessoa que assumir a responsabilidade pelo cuidado da criança na ausência prolongada da mãe biológica. Para os acompanhantes do sexo masculino não faça a pergunta, assinale “não” e continue fazendo as perguntas. Qualquer explicação importante poderá ser copiada nas OBSERVAÇÕES no final do questionário.

QUESTÕES 08 À 25

Esta é a parte central do questionário. Refere-se aos alimentos que a criança consumiu desde a manhã do dia anterior até a manhã do dia em que está sendo feita a entrevista. Cada alimento deve ser perguntado individualmente como está no questionário. Se a mãe ou o acompanhante não souber sobre um alimento, marque “não sabe” e passe para o alimento seguinte.

(08) LEITE DE PEITO?

Se a mãe mencionar que deu leite de peito, deve-se perguntar (09) QUANTAS VEZES? da manhã do dia anterior à manhã do dia da entrevista (incluindo as mamadas durante a noite). Se a mãe responder 8 ou mais mamadas anotar o número 8. Se a mãe não deu

leite de peito ou o informante não sabe informar, registrar a resposta e passar diretamente à questão 10.

(10) LEITE EM PÓ?

Se a mãe mencionar que deu leite em pó, deve-se perguntar (11) QUAL A MARCA? Interessa saber o nome comercial do leite (Ninho, Nestogeno, Nan, Pelargon, Glória, Itambé, La Sereníssima, etc.). Se a mãe não deu leite em pó ou o informante não sabe informar assinalar a resposta e passar diretamente a questão 12.

☞ PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA COORDENAÇÃO:

FÓRMULA INFANTIL LEITE INTEGRAL Outro TIPO DE LEITE EM PÓ

O quadro acima deverá ser preenchido no final dos trabalhos pelo Supervisor de Campo.

(12) OUTRO LEITE?

Pergunte se a criança consumiu outro leite que não seja o leite materno nem o leite em pó. Nesse caso não interessa a marca, mas só o tipo de leite (ex. leite de soja, cabra, fresco, in natura).

(13) MINGAU OU PAPA?

Refere-se à refeição pastosa preparada com alguma farinha (trigo, mandioca, láctea, etc.) ou engrossante (maizena, cremogena, aveia, etc.) e misturada com leite, fruta ou mesmo só com água.

(14) SOPA DE LEGUMES?

Refere-se à refeição de sal líquida (sopa) ou pastosa. Se recebeu sopa, deve-se perguntar (15) COM CARNE? Considerar carne de peixe, vaca, frango e vísceras (fígado, rim, coração).

(16) COMIDA DE PANELA?

Refere-se à refeição de sal sólida que contém pedaços inteiros de alimentos, e que se assemelha à comida dos adultos. Se a criança comeu comida de sal deve-se perguntar (17) COM CARNE? E (18) COM FEIJÃO?

(19) ÁGUA PURA? Refere-se à água sem açúcar.

(20) ÁGUA COM AÇÚCAR? Refere-se à água adicionada de açúcar.

(21) CHÁ? Refere-se à qualquer tipo de chá, inclusive se é oferecido como remédio.

(22) SUCO DE FRUTA? Refere-se a qualquer tipo de suco, fresco ou não.

(23) FRUTA (EM PEDAÇO OU AMASSADA)? Refere-se a todo o tipo de fruta consumida em pedaço ou amassada.

(23a) OUTROS? Refere-se a alimentos dados à criança, nas últimas 24 hs, não citado acima.

(24) ALGUNS DESSES ALIMENTOS (OU LÍQUIDOS) FOI DADO POR MAMADEIRA OU CHUQUINHA?

A questão procura averiguar se algum alimento (leite materno, outro leite, sopa ou papa, água, suco, etc.) foi dado à criança por meio de mamadeira ou chupinha.

(25) A CRIANÇA CHUPA CHUPETA? A questão procura verificar o uso de chupeta no dia anterior.

QUESTÕES 26 À 30

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

INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO, PARTO E ATENDIMENTO MÉDICO:

(26) HOSPITAL ONDE A CRIANÇA NASCEU: _____

(Anotar o nome) Nasceu em casa Não Sabe

Anotar o nome do hospital ou do serviço de saúde onde a criança nasceu, mesmo que não seja do município onde está se realizando a entrevista. Se a criança tiver nascido em casa ou outro lugar que não seja instituição de saúde, basta assinalar a alternativa "nasceu em casa". Se o acompanhante não souber sobre o local de nascimento, marque "não sabe".

(27) MUNICÍPIO ONDE A CRIANÇA NASCEU: _____

(Anotar o nome) Não Sabe

(28) PESO AO NASCER: _____ gramas (Anotar da carteira de vacinação)

Dar preferência para informação contida no cartão de vacinação. Caso não haja essa informação pergunte ao acompanhante.

(29) TIPO DE PARTO: Normal Fórceps Cesárea Não Sabe

(30) ONDE COSTUMAM LEVAR ESTA CRIANÇA PARA CONSULTA MÉDICA?

Serviço Particular ou Convênio Rede Pública _____ Em branco/Não Sabe

especifique

Verificar qual é o serviço que a criança frequenta, público ou convênio. Se a criança é usuária da rede pública, esclarecer qual é a unidade que frequenta. Se o informante der duas ou mais respostas, procure saber em qual serviço a criança é levada na maioria das vezes. Se a criança é recém-nascida e não iniciou acompanhamento médico, procure saber onde pretendem levar a criança para fazê-lo. E lembre-se, só é permitida uma resposta.

(30 b) ESTA CRIANÇA JÁ FOI INTERNADA ALGUMA VEZ?

Sim Quantas vezes? _____ **Não** **Não Sabe**

Qual a razão da última internação? _____

A questão procura saber se a criança já foi internada e quantas vezes. Considerar também "internação" situações em que a criança ao procurar uma consulta médica (em pronto socorro ou pronto atendimento) fica retida para algum tipo de tratamento.

Qual a razão da última internação, registrar o problema que levou a criança ao hospital (por exemplo: respiração, diarreia, pneumonia, etc.)

QUESTÕES 31 À 36

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

(31) COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE?

Anotar o número de dias que a criança permaneceu no hospital desde o dia de nascimento até a alta da maternidade. Não interessa qualquer outra internação que ocorreu após a alta da maternidade.

As questões 32 a 36 referem-se à alimentação da criança no primeiro dia em casa após a alta da maternidade. Deve ser feita alimento por alimento, anotando-se a resposta correspondente.

(32) MAMOU NO PEITO?

(33) TOMOU OUTRO LEITE QUE NÃO O LEITE DE PEITO?

(34) TOMOU ÁGUA?

(35) TOMOU ÁGUA COM AÇÚCAR?

(36) TOMOU CHÁ?

QUESTÕES 37 À 50

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO

<u>APENAS QUANDO O ACOMPANHANTE DA CRIANÇA FOR A MÃE</u>
--

Essas questões somente serão feitas quando a criança estiver acompanhada de sua mãe. Caso não seja a mãe, agradeça e encerre a entrevista.

(37) QUAL É A SUA IDADE?

Anotar a idade da mãe em anos completos.

(38) ESTA CRIANÇA É SEU PRIMEIRO FILHO? Considere apenas filhos nascidos vivos.

(39) A SRA SABE LER E ESCREVER?

Se a mãe responder que sabe um pouco, procure saber se ela consegue ler ou escrever uma carta. Se ela responder que sim, considere que ela sabe ler e escrever.

(40) A SRA. ESTÁ ESTUDANDO?

Se a resposta for sim passe para a questão 42.

(41) JÁ FREQUENTOU A ESCOLA?

Se a mãe já frequentou uma vez a escola, assinalar "sim". Caso a resposta seja não passe para a questão 44

(42) QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE COMPLETOU?

(43) E GRAU?

Exemplo 1: Se a mãe responder: *Estudei até a 5ª série,*

pergunte:

- *Mas a Sra. chegou a terminar a 5ª série?*

Se a mãe responder SIM anote: 5ª série do 1º grau

Se a mãe responder NÃO anote: 4ª série do 1º grau.

Exemplo 2: Se a mãe responder: - *Estou estudando atualmente, estou fazendo a 7ª série,*
anote a última série que a mãe concluiu: 6ª série do 1º grau.

(44) A SRA TRABALHAVA FORA DE CASA QUANDO ENGRAVIDOU DESTA CRIANÇA?

“Trabalhava fora de casa” significa que quando a mãe ficou grávida da criança em estudo, ela tinha um emprego remunerado, trabalhando pelo menos um dia por semana.

45) SE TRABALHOU DURANTE A GRAVIDEZ, TEVE LICENÇA MATERNIDADE?

Licença maternidade é o afastamento remunerado do trabalho por 4 meses que as gestantes têm direito. Se a resposta for não passe para a questão 47. Se a mãe não teve um emprego durante a gravidez e não teve a licença, responda não se aplica. Caso a resposta seja sim perguntar (46) AINDA ESTÁ DE LICENÇA MATERNIDADE? Para verificar se a mãe ainda está afastada do trabalho.

(47) ATUALMENTE A SRA ESTÁ TRABALHANDO FORA DE CASA?

“Trabalha fora de casa” significa que no momento, a mãe tem um emprego remunerado, que faça com que ela fique longe da criança pelo menos um dia por semana. Se sim, perguntar (48) SE SIM, QUANTAS HORAS TRABALHA FORA DE CASA? Significa quantas horas a mãe fica fora de casa a trabalho remunerado e (49) QUAL A SUA OCUPAÇÃO? Escreva de forma resumida a ocupação referida usando no máximo 2 palavras. Se a resposta da questão 47 for Não, passar para a (50) A SRA FEZ PLÁSTICA DE MAMA? Se a resposta for sim perguntar: HÁ QUANTOS ANOS? Anotar nº de anos. (51) A SRA FEZ PRÉ NATAL? SE SIM, QUANTAS CONSULTAS?

ATENÇÃO: No local escrito Observações escrever nome completo da mãe. Encerrar a entrevista e agradecer-la.

ANEXO 6
Manual do supervisor



AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO

MANUAL DO SUPERVISOR

NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA
NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
INSTITUTO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
NISMIC/NIEP/IS/SES/SP

NÚCLEO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS EM
NUTRIÇÃO E SAÚDE
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-NUPENSS / USP

Em conjunto com Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora

APOIO: GATS/SES/SP – UNICEF

Rua Santo Antonio, 590 – 2.o. Andar – Bela Vista – CEP 01314-000 – São Paulo – SP
 Fones: 11 3105-9047/9048 ramais 211/212 Sonia / Cirlei / Lilian ou r. 233 Biba FAX. 3106-7328
 E-mail: soniav@isaude.sp.gov.br

Caro(a) Supervisor(a),

Muitos são os prejuízos da interrupção precoce do aleitamento materno para a saúde infantil, e no tocante ao estado nutricional, a situação pode ser agravada pela não adequação da dieta do desmame.

A OMS recomenda que as crianças devem ser amamentadas exclusivamente por 6 meses (o que diminui substancialmente os riscos de infecções e mortes infantis neste período), devendo continuar a receber o leite materno até os dois anos de vida ou mais.

No Brasil, apesar de estudos evidenciarem uma tendência de aumento da prática da amamentação nas três últimas décadas, não faltam indícios de que ações de proteção, promoção e apoio à amamentação devem ser intensificadas, uma vez que estamos longe de atingir as metas propostas pela OMS.

Com o processo de municipalização é fundamental que os planejadores ao nível local obtenham indicadores confiáveis da prática de alimentação infantil com vistas ao desenho e avaliação de intervenções apropriadas. Nesse sentido, levantamentos epidemiológicos realizados em campanhas de vacinação, como o que propomos neste treinamento, possibilitam um diagnóstico rápido da situação da amamentação e alimentação infantil com um baixo custo. Este manual foi elaborado para ajudar você na organização da coleta dos dados e na preparação dos mesmos para digitação e análise. No caso de dúvidas entre em contato conosco. Bom trabalho!

PARTE 1

Qual a metodologia utilizada na pesquisa?

A realização da pesquisa em campanhas de vacinação traz a vantagem de se obter os dados de alimentação infantil de forma rápida, com um baixo custo, de uma amostra representativa da população de menores de um ano no município (já que é alta a cobertura vacinal das campanhas).

A OMS propôs em 1991 um conjunto de indicadores para avaliar as práticas de alimentação infantil, com o objetivo de padronizar a forma de coleta e análise destes dados e permitir a comparação entre diferentes estudos nacionais e internacionais. Nesta pesquisa optamos por adotar esta proposta e elaboramos um questionário adequado à mesma. Os indicadores propostos são simples, relativamente fáceis de medir e interpretar. A seguir descrevemos os termos e definições do aleitamento materno utilizados, as recomendações da OMS sobre alimentação no primeiro ano de vida e os indicadores a serem utilizados.

TERMOS E DEFINIÇÕES DO ALEITAMENTO MATERNO¹

ALEITAMENTO MATERNO: a criança recebe leite materno (diretamente do peito ou ordenhado).

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: a criança recebe apenas leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite materno ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

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

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E ALEITAMENTO MATERNO PREDOMINANTE: juntas constituem o aleitamento materno completo.

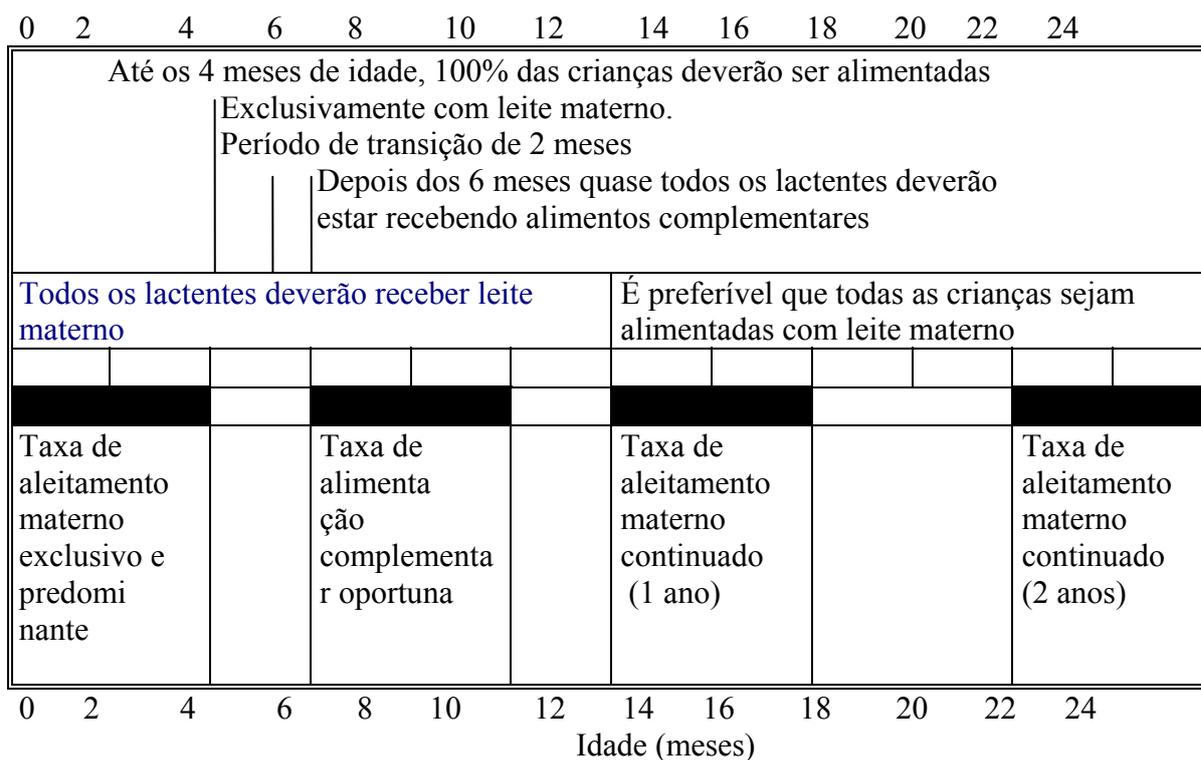
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR: a criança recebe leite materno e alimentos sólidos (ou semi-sólidos).

ALIMENTAÇÃO COM MAMADEIRA: a criança recebe líquidos (incluindo leite materno) ou alimentos semi-sólidos em mamadeira.

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing breastfeeding practices. Update. Programme for Control of Diarrhoeal Diseases, (10): 1-4, 1992.

Grupos de idade para a medida de indicadores baseados nas recomendações sobre alimentação infantil.²

Propõe-se 4 períodos de igual duração (4 meses) para o cálculo dos indicadores, levando-se em consideração as recomendações sobre alimentação infantil segundo grupos de idade.



² WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing breastfeeding practices. Update. Programme for Control of Diarrhoeal Diseases, (10): 1-4, 1992

INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE AMAMENTAÇÃO - OMS
--

Propõe-se que os indicadores listados a seguir sejam obtidos utilizando-se dados atuais sobre alimentação infantil (*current status*), através de recordatório de 24 horas.

Taxa de aleitamento materno exclusivo (AME)

Crianças < 4 meses (<120 dias) que estavam em AME nas últimas 24h
Crianças menores de 4 meses (120 dias) de idade

e

Crianças < 6 meses (<180 dias) que estavam em AME nas últimas 24h
Crianças menores de 6 meses (180 dias) de idade

Taxa de aleitamento materno predominante (AMP)

Crianças < 4 meses (<120 dias) que estavam em AMP nas últimas 24h
Crianças menores de 4 meses (120 dias) de idade

Taxa de alimentação complementar oportuna

Cças 6-9 meses (180-299 dias) que receberam alimentos complementares mais leite materno nas últimas 24h

Crianças 6-9 meses (180-299 dias) de idade

Taxa de aleitamento materno continuado (1 ano)

Crianças 12-15 meses de idade que receberam LM nas últimas 24h
Crianças 12-15 meses de idade

Taxa de aleitamento materno continuado (2 anos)

Crianças 20-23 meses de idade que receberam LM nas últimas 24h
Crianças 20-23 meses de idade

Taxa de alimentação com mamadeira

Crianças <12 meses que receberam alimentos em mamadeira nas últimas 24 h
Crianças < 12 meses de idade

PARTE 2**Quais são as atividades do supervisor de campo?**

O Supervisor de Campo é a pessoa responsável pela pesquisa no município. Sua atuação é fundamental para que a coleta de dados aconteça de forma adequada, garantindo assim a confiabilidade nos resultados. Suas atividades incluem fundamentalmente:

1) Divulgação da pesquisa junto à Coordenação da Campanha de Vacinação para que haja o devido entrosamento e a colaboração entre os entrevistadores e a mesa de vacinação.

2) Recrutamento dos entrevistadores

Os entrevistadores poderão ser recrutados nos próprios serviços de saúde, entre o professorado, entre alunos de cursos - de magistério, técnico de enfermagem, ou faculdades da área de saúde.

Uma vez que o município não terá despesas com a remuneração dos entrevistadores, a preocupação fundamental deve ser a de fornecer condições de trabalho razoáveis, como por exemplo: um lanche (como aquele oferecido ao pessoal de vacinação), passe de ônibus, uma ajuda de custo (conforme a disponibilidade de recursos), uma camiseta. No caso do funcionalismo, propomos a troca do dia de trabalho no dia da campanha, por alguma folga. Aos estudantes poderão ser oferecidos certificados de participação. Esses incentivos favorecem a melhoria na qualidade do trabalho do entrevistador, devem ser consideradas como um aspecto fundamental no sucesso da pesquisa.

Quanto ao número de entrevistadores a serem recrutados, sugerimos a presença de 1 entrevistador para cada 50 crianças menores de 1 ano a serem vacinadas. Mesmos nos postos onde a previsão é de que menos de 50 crianças sejam vacinadas o ideal é contar com a presença de 2 entrevistadores. Se isso não for possível, o entrevistador deve ficar muito atento para não deixar de entrevistar nenhuma criança menor de um ano, principalmente nos momentos em que várias crianças entram no posto ao mesmo tempo. Por questão de segurança, é sempre desejável que um número de entrevistadores a mais sejam treinados, para cobrir eventuais faltas no dia da campanha. Caso não haja faltas, essas pessoas poderão ser encaminhadas aos postos com maior movimento.

3) Treinamento dos entrevistadores

O treinamento deverá ser aplicado a todos os entrevistadores, sendo que a ausência de um entrevistador no treinamento impossibilita sua participação na pesquisa.

Os entrevistadores deverão ser treinados para que não haja **perda de crianças** na fila de vacinação. Municípios pequenos irão incluir na pesquisa todos as crianças menores de um ano que comparecerem aos postos. Nestes casos a preocupação dos entrevistadores será somente a de identificar e captar todos os acompanhantes das crianças menores de um ano para a entrevista.

Municípios maiores trabalharão com amostras, sendo o procedimento para captação das crianças um pouco mais complexo. Nessa situação deverá ser realizado o sorteio

sistemático de crianças menores de um ano na fila de vacina. Se no seu município for necessário trabalhar com amostragem, consulte nas **Instruções para Municípios com Amostra** como deve ser feita a orientação dos entrevistadores em cada posto de vacinação.

A captação das crianças na fila vacina poderá ser feita da seguinte forma:

a) Nos postos de vacinação com a presença de 2 entrevistadores o primeiro entrevistador percorrerá a fila da vacinação para identificar as crianças com menos de um ano de idade e para explicar às mães ou acompanhantes o propósito da pesquisa. O acompanhante receberá do primeiro entrevistador uma marca (um adesivo, uma fitinha) que servirá para que o segundo entrevistador, após a vacinação, identifique as crianças com marca e aplique o questionário.

b) Nos postos de vacinação com a presença de 1 entrevistador é fundamental que a mesa de vacinação colabore, pois o risco de perda de crianças é maior, especialmente se houver concentração de um grande número de crianças em um dado momento. No caso do entrevistador se ausentar por algum motivo (horário de lanche, ida ao sanitário) a mesa da vacinação deverá orientar as mães ou acompanhantes que aguardem um momento até o retorno do entrevistador.

A perda de informações deve ser evitada ao máximo!

No treinamento sugere-se a leitura completa do Manual do Entrevistador que contém orientações gerais sobre os procedimentos de campo, além de discutir todas as questões que compõem o questionário, que estão divididas em 06 blocos: local da pesquisa; identificação da criança; alimentação da criança nas últimas 24 horas; informações sobre nascimento, parto e atendimento médico; alimentação após a alta da maternidade e características das mães.

É fundamental que os entrevistadores experimentem preencher o questionário antes do dia da campanha para sentir as dificuldades e que haja oportunidade para tirar suas dúvidas.

O ideal é que o treinamento seja feito em torno de **15 dias** antes da pesquisa, para que os entrevistadores não esqueçam as orientações dadas no treinamento.

4) Supervisão da coleta de dados

É fundamental que, no dia da Campanha, uma pessoa (ou equipe) esteja disponível para distribuir e recolher o material utilizado na pesquisa, para percorrer todos os postos de vacinação e verificar o andamento da pesquisa, solucionando problemas e dúvidas dos entrevistadores. Seria interessante também que os entrevistadores pudessem entrar em contato telefônico com a equipe de supervisão durante o período de coleta de dados, para esclarecimentos de dúvidas que não fossem resolvidas na consulta ao Manual do Entrevistador. É importante observar na supervisão de campo se:

➤ na **circulação de crianças** no posto de vacinação, o entrevistador consegue entrevistar todas as crianças menores de 1 ano, contando com a ajuda de outro entrevistador responsável pela identificação daquelas a serem entrevistadas ou ainda com a colaboração do próprio pessoal da campanha de vacinação, que poderão encaminhar ao entrevistador as crianças;

➤ na **leitura das questões** o entrevistador mantém uma postura de neutralidade diante das respostas, é paciente, lê com atenção as perguntas sem ler as respostas;

➤ no **preenchimento do questionário** o entrevistador transcreve com caligrafia legível as questões abertas; **assinala apenas uma alternativa** nas questões fechadas; indica com clareza a alternativa escolhida mesmo no caso de rasuras. Convém ainda fazer uma leitura rápida do campo **Observação** no final do questionário, ou de outras anotações do entrevistador que poderão registrar alguma dúvida importante de ser esclarecida.

Durante a realização da supervisão de campo avaliar rapidamente o preenchimento daquelas questões que costumam trazer mais dúvidas

➤ verificar se o entrevistador está preenchendo questionários apenas de crianças menores de um ano;

➤ verificar se o entrevistador está preenchendo todas as questões do quadro da alimentação nas últimas 24 horas;

➤ verificar se o entrevistador está preenchendo as Q.31 a 36 apenas para crianças menores de 4 meses;

➤ verificar se o entrevistador está preenchendo as Q.37 a 47 apenas para as crianças acompanhadas de suas mães;

➤ verificar se está sendo respeitado o fluxo das questões no quadro referente as informações da mãe. Exemplos:

Q.40 resposta Sim segue para Q.42

Q.41 resposta Não segue para Q.44

Q.45 resposta Não e Não trabalhou segue para Q.47

5) Providenciar o material necessário para realização da pesquisa

- Cópias do Questionário
- Manual do Entrevistador
- Manual do Supervisor de Campo
- Canetas, pastas ou pranchetas
- Fitas de cetim ou etiquetas para identificação das crianças menores de 1 ano
- Lanches, ajuda de custo para os gastos com transportes, camisetas
- Crachá para identificação dos entrevistadores

6) Preparação dos questionários para digitação

- Após a coleta dos dados os questionários deverão ser numerados e revisados.
- O campo N° □□□□ destinado ao número de cada questionário deverá ser preenchido pelo supervisor de campo, após o recolhimento de todos os questionários.

O quadro relacionado à questão “(11) **QUAL A MARCA?**” deverá ser preenchido durante a revisão dos questionários pelo supervisor de campo. Para tal, utilize a lista da página seguinte.

Dado o grande número de marcas regionais de **leite integral**, seria impossível listar todos eles. Podemos dar alguns exemplos: **NINHO, NINHO CRESCIMENTO, LA SERENISSIMA, GLÓRIA, ITAMBÉ, PARMALAT, SOL, TEIXEIRA, etc.**

Incluir em **outro tipo de leite em pó** os **leites desnatados e semi-desnatados**; leites de cabra em pó; leites de soja em pó que não constarem do quadro abaixo (próxima página).

Outro quadro que deverá ser preenchido pelo Supervisor está relacionado à questão

“(30) ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA CONSULTA MÉDICA?”

Verificar se o entrevistador anotou o nome da unidade preenchendo o campo com código **2** se for **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE** ou com código **3** se for **UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**.

FÓRMULAS INFANTIS*

NESTLÉ	MEAD JOHNSON	SUPPORT/ NUTRÍCIA	WYETH	ABBOTT
Pré Nan ®	O-lac ®	Aptamil pre ®	Nursoy ®	Isomil ®
Nan 1 ®	Enfamil I ®	Aptamil 1®		Similac Advance 1®
Nan 2 ®	Enfamil II ®	Aptamil 2®		Similac Advance 2®
Nan HA ®	Enfamil AR ®	Aptamil ®		
Nan 2 probiótico ®	Enfalac ®	Bebelac 1 ®		
Nan AR ®	Pregestimil®	Bebelac 2 ®		
Nestogeno 1 ®	Pro Sobee ®			
Nestogeno 2 ®				
Nan Soy ®				
Nestogeno plus ®				
Nestogeno soja®				
Nan sem lactose ®				
Nan soy ®				
Alfaré ®				
FM 85 ®				

*Atualizado em 2002 por Afonso, V.W.

ANEXO 7

Carta explicativa à equipe de cada Unidade Básica de Saúde, entregue na primeira visita de reconhecimento do local



Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação

Justificativa:

Muitos são os prejuízos da interrupção precoce do aleitamento materno para a saúde infantil, e no tocante ao estado nutricional, a situação pode ser agravada pela não adequação da dieta do desmame.

A OMS recomenda que as crianças devem ser amamentadas exclusivamente por 6 meses (o que diminui substancialmente os riscos de infecções e mortes infantis neste período), devendo continuar a receber o leite materno até os dois anos de vida ou mais.

No Brasil, apesar de estudos evidenciarem uma tendência de aumento da prática da amamentação nas três últimas décadas, não faltam indícios de que ações de proteção, promoção e apoio à amamentação devem ser intensificados, uma vez que estamos longe de atingir as metas propostas pela OMS.

Com o processo de municipalização é fundamental que os planejadores a nível local obtenham indicadores confiáveis da prática de alimentação infantil com vistas à avaliação de intervenções apropriadas. Nesse sentido, levantamentos epidemiológicos realizados em campanhas de vacinação, como o que propomos, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora e em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, possibilitam um diagnóstico rápido da situação da amamentação e alimentação infantil.

Data da realização do projeto

24 de agosto de 2002 (e período da campanha)

Locais de realização do projeto

Postos de vacinação de Juiz de Fora (sorteados anteriormente)

Equipe do projeto

Alunos e professores da UFJF

Responsável pelo projeto

Vivianne Weil Afonso (pediatra)

(telefones para contato)

ANEXO 8**Carta enviada aos pediatras****Caro colega,**

“A menos que o poliovirus seja erradicado, o mesmo pode ser reintroduzido em áreas livres, restabelecendo a doença e colocando o mundo onde estava antes de 1988, quando do estabelecimento da meta de erradicação”.(Dr H.Nakapima, dir. geral da OMS). A meta de erradicação global é para 2005 (3 anos após nenhum caso ser confirmado).

No ano de 2001 foram confirmados 542 casos de poliomielite no mundo, dos quais 13 correspondem a reintrodução em áreas já livres do poliovirus. Apenas 10 nações mantinham o vírus em circulação , alguns em situação de conflito e outras populosas, com precárias condições sócio-econômicas, grandes reservatórios, que são: Afeganistão, Angola, R.D do Campo, Somália, Sudão, Bangladesh, Etiópia, Índia, Nigéria e Paquistão

Em maio de 2002, praticamente 3 nações são ainda consideradas principais reservatórios do poliovirus : Índia, Paquistão, e Nigéria. A campanha internacional se intensifica, é uma extraordinária coligação pública e privada , sem precedentes na história da saúde pública.

É necessário agilizar a extinção do agente infeccioso onde ele ainda circula e garantir a manutenção de sua ausência nos demais países do mundo. O risco de retorno do poliovirus é uma grande realidade.

Por isso, são importantes, altas e homogêneas coberturas vacinais na rotina e campanhas em todo o território nacional.

Todas as crianças de 0 a 5 anos incompletos devem receber todas as doses de campanhas incluindo aquelas com esquema básico completo e que tenham participado de campanhas anteriores. Tão importante quanto imunidade individual é a imunidade de grupo e a disseminação simultânea do vírus no ambiente, nestas ocasiões.

No Brasil, chegam anualmente, por volta de 5,5 milhões de viajantes internacionais, das quais cerca de 160 mil são provenientes da África, Ásia e Oriente Médio (COINF/DPF, EMBRATUR, FADE, 2000)

O nosso município não tem atingido a meta da cobertura vacinal contra poliomielite que é de 95%.

Portanto, cabe a todos nós profissionais de Saúde e cidadãos uma parcela de responsabilidade nesta luta.

24 de Agosto – 2º etapa da campanha nacional da multivacinação.

Participe! Recomende!

ANEXO 9

Material didático para o treinamento dos entrevistadores



AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO

Justificativa

- Desmame precoce ☞ prejuízo
 - **OMS recomenda**
 - ✓ leite materno exclusivo por 6 meses
 - ✓ manter o leite materno 2 anos ou mais.
- Brasil
 - ☞ tendência aumento da amamentação
 - ☞ longe de atingir as metas da OMS.
 - ☞ necessidade de ações incentivo ao AM
- **Levantamentos epidemiológicos no DNV**
 - ☞ **possibilitam um diagnóstico rápido da situação da amamentação e alimentação infantil.**

Data da realização do projeto

☞ 24 de agosto de 2002 (período da campanha)

Locais de realização do projeto

Postos de vacinação de Juiz de Fora (sorteados)

Entrevistadores

- ✓ qualidades necessárias
 - ↳ Interesse (vocação)
 - ↳ Disponibilidade
 - ↳ Responsabilidade
 - ↳ Pontualidade
 - ↳ Honestidade
 - ↳ Simpatia
 - ↳ Paciência
 - ↳ Ter iniciativa
- ✓ material necessário no dia da pesquisa
 - saber seu Posto de Vacinação e a fração do sorteio
 - ↳ Jaleco branco / Crachá
 - ↳ Pasta com

- caneta
 - questionário ⇨ cabeçário preenchido
 - manual do entrevistador
 - adesivos (se sorteio)
 - folha com fone supervisores
- ✓ confirmar local e data de entrega do material

Definições do Aleitamento Materno

ALEITAMENTO MATERNO

⇨ leite materno (do peito ou ordenhado)

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

⇨ apenas leite materno (do peito ou ordenhado) e não recebe outros líquidos ou sólidos (mais vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos)

ALEITAMENTO MATERNO PREDOMINANTE

⇨ leite materno (do peito ou ordenhado) e outros líquidos ‘a base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá, etc); suco de frutas; solução de sais de hidratação oral; vitaminas, minerais e medicamentos em gotas ou xaropes

AME + AMC = ALEITAMENTO MATERNO COMPLETO

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

⇨ leite materno e alimentos sólidos (ou semi-sólidos).

ALIMENTAÇÃO COM MAMADEIRA:

⇨ líquidos (incluindo leite materno) ou alimentos semi-sólidos em mamadeira.

Aspectos Metodológicos

População alvo: menor de 1 ano

Amostragem por conglomerado (municípios grandes)

⇨ vantagens: menor custo/garante representatividade

⇨ sorteio em dois estágios:

1ª etapa sorteio dos postos de vacinação

2ª etapa sorteio das crianças nos postos

⇨ autoponderada

⇨ meta 2000 crianças menores de 1 ano

(600 menores de 4 meses)

Instrumento de coleta de dados:

⇒questionário semifechado

⇒últimas 24 horas

Análise dos dados

Vantagens

⇒cobertura de todos segmentos da população

⇒rapidez coleta e análise

⇒custo

⇒envolvimento equipe municipal

⇒dados para planejamento /monitorização

O Sorteio

⇒Conferir a fração do sorteio do seu posto

PLANO AMOSTRAL DE JUIZ DE FORA	
Posto de Vacinação	quem entrevistar
1. EE Fernando Lobo S.Mateus	todas
2. EM Arlete B. Magalhães	todas
3. EM Cecília Meireles	todas
4. EMQuilomboPalmares	todas
5. EUnião Betânia-GranjasBetânia	todas
6. ICA	1 sim 2 não
7. PS Dias Tavares	todas
8. PS Torreões	todas
9. Regional Leste	todas
10. UBS Bairro Industrial	todas
11. UBS Borboleta	todas
12. UBS D. Pedro I S. Amélia	todas
13. UBS Filgueiras	todas
14. UBS Furtado de Menezes	todas
15. UBS Ipiranga	1 sim 1 não
16. UBS Jóquei Club	todas
17. UBS Santa Cruz	todas
18. UBS Santa Luzia	1 sim 1 não
19. UBS São Pedro	1 sim 1 não
20. Unidade R Norte Policlínica	1 sim 1 não
21. UBS N.S.Graças	todas
22. UBS Retiro	todas
23. UBS Vale Bandeirantes	todas
24. UBS Milho Branco	todas

O sorteio na fila deve ser feito até a última criança a ser vacinada

O que fazer antes do dia da campanha

- ↳ visitar o PV e planejar o dia 24
- ↳ pegar material com supervisor
- ↳ preencher cabeçário dos questionários
- ↳ reler todo manual e questionário ⇒ tirar dúvidas

Como fazer no dia da campanha

(24 de agosto)

- ☞ chegar antes do início da vacinação
- ☞ organizar fila de crianças menores de 1 ano

1) Postos de fração de sorteio “TODAS”

- aplicar o questionário ‘a todas crianças menores de um ano (aniversário antes do dia da campanha= 24 de agosto) desde a 1ª criança (consentimento do acompanhante)
- se houver recusa passar para a próxima criança menor de 1 ano
- se criança maior que 1 ano desprezar discretamente
- é melhor aplicar o questionário antes da vacinação
- não atrapalhar a vacinação
- ser discreto / voz baixa
- seguir o modelo até o final da campanha (fechar o posto)

2) Postos de fração de sorteio “1 SIM 1 NÃO”

- é melhor separar as crianças menores de um ano em fila à parte
- um dos membros da equipe de entrevistadores do PV deve ser escolhido para sortear na fila: SORTEADOR
- o SORTEADOR percorre a fila e identifica as crianças menores de 1 ano perguntando data de nascimento
- a primeira criança sorteada é a segunda da fila de menores de um ano

- se o acompanhante da segunda criança da fila menor de um ano concordar, colocar o adesivo em local visível, já combinado (colocar o sinal na mãe ou na criança)
 - se houve recusa, ir p.próxima criança menor de 1 ano
 - marcar com o adesivo criança SIM e pular a criança NÃO e assim sucessivamente
 - A seguir outro membro da equipe – o ENTREVISTADOR percorre a fila e entrevista os acompanhantes das crianças marcadas
-
- ✓ se criança maior que 1 ano desprezar discretamente
 - ✓ é melhor aplicar o questionário antes da vacinação
 - ✓ não atrapalhar a vacinação /ser discreto / voz baixa
 - ✓ seguir o modelo até o final da campanha (fechar o posto)

3)Postos de fração de sorteio “1 SIM 2 NÃO”

- um dos membros da equipe de entrevistadores do PV deve ser escolhido para sortear na fila: SORTEADOR
- o SORTEADOR percorre a fila e identifica as crianças menores de 1 ano sorteadas perguntando data de nascimento (ver Cartão da Criança)
- a primeira criança sorteada é a segunda da fila de crianças menores de um ano
- se o acompanhante da segunda criança da fila de crianças menores de um ano concordar, colocar o adesivo em local visível, já combinado (colocar o sinal na mãe ou na criança)
- se houver recusa ir p.próxima criança menor de 1 ano
- marcar com o adesivo criança SIM e pular DUAS crianças NÃO e assim sucessivamente

- A seguir outro membro da equipe – o ENTREVISTADOR vai percorrendo a fila e entrevista os acompanhantes das crianças marcadas (pode ser antes ou após a vacinação⇒ planejar antes)

- ✓ se criança maior que 1 ano desprezar discretamente
- ✓ é melhor aplicar o questionário antes da vacinação(se der tempo) ⇒ planejar antes
- ✓ não atrapalhar a vacinação / ser discreto / voz baixa
- ✓ seguir o modelo até o final da campanha (fechar o posto)

ANEXO 10

Material explicativo para o(a) entrevistador(a) entregue no treinamento

- 4.1 Orientações para os entrevistadores de zona rural e urbana
- 4.2 Questionário (final dos anexos)
- 4.3 Manual do entrevistador

4.1. Orientações para os entrevistadores de zona rural e urbana

4.1.1 Zona rural

1. confirmar data de seu DV com Vivianne (irá de carro com a equipe de vacinação)
2. Normalmente é um dia de DV para cada PV da zona rural (dia 19 de agosto (Dias Tavares) e 21 de agosto Torreões)
3. cada entrevistador vai receber no dia uma pasta com
 - folhas para entrevista (questionários)
 - caneta para preencher as entrevistas
 - crachá de identificação que deve ser usado o dia inteiro do trabalho
 - adesivos para identificar as crianças menores de 11 meses e 29 dias
 - prancheta (questionários a preencher)
 - lista com telefones dos postos e nome de enfermeiros
4. lanche foi solicitado para cada entrevistador
5. as entrevistas devem ser feitas até a última criança a ser vacinada(ou até terminar a vacinação de cada local da zona rural)
6. fazer relatório de campo(ocorrências)
7. entrega das pastas com os questionários preenchidos para Vivianne (fone 32135826 / 99888955). Combinar antes
8. uso do jaleco e crachá
9. Saída para o PV no PAM Marechal, às 7:30 h, (fone) com Nasselli. Retorno ~16:30 h (dia 19 de agosto segunda feira (Dias Tavares) e 21 de agosto , quarta feira (Torreões)

Telefones dos supervisores:

- 1) Teíta 2) Vivianne 3) Márcio (Kiko)

Dúvidas: anotar e perguntar logo

4.1.2 Zona urbana

1. conferir o seu PV com o supervisor com antecedência
2. o dia DV é 24 de agosto, sábado, para zona urbana, 8 horas as 17 horas
3. cada entrevistador vai receber no dia 22 a 23 de agosto, no NATES UFJF, uma pasta com
 - folhas para entrevista
 - caneta para preencher as entrevistas
 - crachá de identificação que devem ser usados o dia inteiro do trabalho
 - adesivos para identificar as crianças menores de 11 meses e 29 dias
 - prancheta (questionários a preencher)
 - lista com telefones dos postos e nome de enfermeiros

- 4.lanche e vale transporte foram solicitados para cada entrevistador / assinar a lista com a enfermeira do PV)
- 5.as entrevistas devem ser feitas até a última criança a ser vacinada(ou até terminar a vacinação do PV)
- 6.fazer relatório de campo (observações)
- 7.entrega das pastas com os questionários preenchidos no Palácio da Saúde ,ao final da campanha(no dia 24 de agosto), com Kiko e Vivianne
- 8.uso do jaleco e crachá
9. Saída para o PV Palácio da Saúde, dia 24 de agosto, sábado, ‘as 7: 00 h,(fone) com Dra Sônia, Héliida, Vivianne, Kiko. Retorno ~18:00 dia 24 de agosto

Telefones dos supervisores:

1)Teíta 2)Vivianne 3)Márcio (Kiko)

Dúvidas : anotar e perguntar logo

ANEXO 11

Material entregue ao entrevistador no Dia da Campanha

- 11.1 Orientação aos entrevistadores de zona urbana e rural
- 11.2 Tabela de orientação com nome dos postos de vacinação (PV) e seu ônibus, endereço e enfermeira(o) responsável pelo PV (não incluído aqui)
- 11.3 Tabela de controle das crianças sorteadas

11.1 Orientação aos entrevistadores de zona rural e urbana

AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO

ATENÇÃO : ENTREVISTADOR ZONA RURAL

Considere o dia da campanha de vacinação na zona rural como o dia a ser colocado no questionário. Considerar o aniversário das crianças com menos de um ano nesta data.

- ↳ *O correto preenchimento do questionário é fundamental*
- ↳ *Não confiar na memória ⇒ anotar na hora da entrevista*
- ↳ *Dúvida: consulte o manual, anote ao lado o que foi respondido, telefone ao supervisor*
- ↳ *Ao final, uma revisão rápida antes de liberar mãe*
- *Não é válido escolher as mães ⇒ obedecer sorteio*
- *Ler perguntas com neutralidade, não deixar o acompanhante ver as opções de respostas*
- *Fazer inquérito até não haver ninguém a vacinar*
- *Se entrevistador necessitar de pausa, alguém deve substituí-lo pedir ajuda `a equipe de vacinação*
- *Não perder criança*
- *Todas questões ⇒ responder a caneta, c/clareza*
- *Manter a fração do sorteio do início até o final*
- *Entrevista não é pública ⇒ voz baixa*
- *Fazer relatório de campo. Observações no final*
- *Telefone Vivianne: 99888955 / 32135826 / 32152564*

➤ *Entrega do material: ligar para Vivianne na chegada*

Lembrete: onde está escrito observações

➤ **Questão nº 51: A SRA FEZ PRÉ NATAL?**

SIM **NÃO** SE SIM, QUANTAS CONSULTAS?

➤ **anotar o nome completo da mãe da criança**



AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA
EM DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO

ATENÇÃO : ENTREVISTADOR ZONA URBANA

↳ **Antes do dia da vacinação, reler questionário e manual do entrevistador. Preencher cabeçário dos questionários**

↳ No dia 24 de agosto:

- ↳ Saída : Palácio da Saúde - 24 de agosto, sábado, à 7:00 horas Conferir com enfermeira se deve fazer fila separada para crianças menores de 1 ano ou não
- ↳ *O correto preenchimento do questionário é fundamental*
- ↳ *Não confiar na memória ⇒ anotar na hora da entrevista*
- ↳ *Dúvida: consulte o manual, anote ao lado o que foi respondido, telefone ao supervisor*
- ↳ *Ao final, uma revisão rápida antes de liberar mãe*
- *Não é válido escolher as mães ⇒ obedecer sorteio*
- *Ler perguntas com neutralidade, não deixar o acompanhante ver as opções de respostas*
- *Fazer inquérito até não haver ninguém a vacinar*
- *Se entrevistador necessitar de pausa, alguém deve substituí-lo pedir ajuda à mesa de vacinação*
- *Não perder criança*
- *Todas questões ⇒ responder a caneta, c/clareza*
- *Manter a fração do sorteio do início até o final*
- *Entrevista não é pública ⇒ voz baixa*

- *Fazer relatório de campo. Observações no final*
- *Retorno ao Palácio da Saúde ao final da campanha: voltar com o carro da Prefeitura*
- *Entrega do material: no **Palácio da Saúde**, com Teíta, kiko, João Manuel e Vivianne ao final da campanha.*
- *Telefone Vivianne: 99888955 / 32135826 / 32152564*
- *Telefone Palácio da Saúde: 36907170 (Teíta, kiko, e Vivianne)*

Lembrete: onde está escrito observações

- **Questão nº 51: A SRA FEZ PRÉ NATAL?**
 SIM NÃO SE SIM, QUANTAS CONSULTAS?
- **anotar o nome completo da mãe da criança**

11.3 Tabela de controle**CONTROLE DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO**
UBS _____**Fração de sorteio:** _____

SIM	NÃO	DATA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		
36.		

ANEXO12

OITO PRÁTICAS RECOMENDADAS PARA ALEITAMENTO MATERNO (A.A.P., 1997)

1. Leite humano é o alimento de preferência sempre, mesmo para RN prematuros e de baixo peso.
2. A amamentação deve começar tão cedo quanto possível; procedimentos com o RN em sala de parto que possam interferir nessa prática devem ser evitados.
3. A amamentação deve ser à demanda.
4. Nenhum suplemento é necessário para bebês amamentados, exceto se há indicação clínica.
5. Todos lactentes devem ser vistos depois da alta hospitalar na primeira semana e com um mês de vida.
6. O aleitamento materno exclusivo é nutricional e suficiente até os seis meses de vida e a partir do sexto mês deve-se introduzir gradualmente alimentos semi-sólidos e sólidos ricos em ferro, com o aleitamento sendo recomendado até os 12 meses, ou por quanto tempo for desejado pela mãe e pela criança (observação da autora: a UNICEF e OMS recomendam o aleitamento materno até 2 anos ou mais).
7. Não há necessidade de água, suco ou outros alimentos a bebês amamentados; ferro e vitamina D podem ser necessários após os seis meses.
8. Em caso de internação, mãe e filho não devem ser separados.

Regras para pediatras na promoção e proteção do aleitamento materno (A.A.P., 1997)

Para conseguir ótimas taxas de aleitamento materno os pediatras devem seguir estas recomendações:

1. Promover e apoiar o aleitamento materno com entusiasmo.
2. Ter conhecimentos sobre fisiologia e manejo clínico do aleitamento materno.
3. Trabalhar em conjunto com o obstetra para assegurar que a mulher receba adequada informação no período perinatal permitindo sua decisão consciente acerca da alimentação para seu filho. Promover educação de acordo com faixa etária sobre aleitamento para crianças e adultos.
4. Promover políticas hospitalares que facilitem o aleitamento materno. Combater práticas hospitalares que dificultem ou mesmo impeçam o aleitamento.
5. Conhecer legislação pró-aleitamento e os locais de apoio e orientação para o aleitamento para poder orientar e encaminhar as puérperas e seus filhos.
- 6.
7. Promover o aleitamento como parte normal do dia a dia e solicitar o apoio de toda família e sociedade.
8. Desenvolver e manter comunicação efetiva e colaboração com outros centros de saúde para garantir suporte educacional e aconselhamento para mãe e seu RN.
9. Avisar à mãe para retornar ao seu médico para exame das mamas quando o aleitamento terminar, e pelo menos anual, mantendo o auto exame de mamas mensalmente.
10. Promover educação para o aleitamento materno como rotina em escolas médicas e pós-graduações.
11. Encorajar a mídia a promover o aleitamento.
12. Encorajar os empregadores a promover facilidades apropriadas e adequadas no local de trabalho para retirada do leite materno.

A AAP em 2005 acrescentou o seguinte, para o RN a termo:

1. As informações sobre o aleitamento devem ser repassadas ao casal, pela equipe de saúde.
2. Amamentar toda criança desde que não tenha contra-indicação. Se houver contra-indicação conferir se não é temporária. Quando a amamentação não for possível, ordenhar o leite materno e oferecê-lo logo que possível.
3. Evitar medicações e procedimentos para a mãe e RN que prejudique o aleitamento.
4. Facilitar o contato pele a pele do binômio mãe filho logo após o nascimento e iniciando a primeira mamada ainda na sala de parto.
5. Evitar chupeta no início do aleitamento e só usar quando a amamentação estiver bem estabelecida.
6. Consulta de controle do RN com 3 a 5 dias e 2 a 3 semanas.
7. Não há idade limite superior para o aleitamento. Se após 1 ano usar fórmula láctea enriquecida com ferro para complementação e não leite de vaca in natura.
8. Usar vitamina D até criança ter uso de fórmula enriquecida.

E a AAP acrescentou o seguinte para o RN pré termo (2005)

1. Todo RN pré termo deve receber leite materno, se possível direto de sua própria mãe. Se não possível, usar leite ordenhado de sua própria mãe ou de banco de Leite Humano (pasteurizado). Se indicado, usar o fortificante para o leite materno. Nunca permitir aleitamento cruzado.
2. Se RN com déficit de Glicose 6 fosfato desidrogenase, a mãe deve evitar a fava e alguns medicamentos específicos (nitofurantoína e outros).

ANEXO 13

INICIATIVA UNIDADE BÁSICA AMIGA DA AMAMENTAÇÃO (IUBAAM)

Todas as unidades básicas de saúde que oferecem serviço pré-natal e de pediatria e/ou puericultura devem:

- 1.** Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde.
- 2.** Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
- 3.** Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.
- 4.** Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança.
- 5.** Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.
- 6.** Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 7.** Orientar as nutrizes sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.
- 8.** Encorajar a amamentação sob livre demanda.
- 9.** Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde.
- 10.** Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.

DEZESSETE PASSOS PARA PROMOÇÃO, APOIO E PROTEÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO NO CENTRO DE SAÚDE CENTRO DE SAÚDE AMIGO DA CRIANÇA (LANA, LAMOUNIER, CESAR, 2004)

1. Ter uma norma escrita.
2. Sensibilizar, treinar e capacitar toda equipe materno-infantil.
3. Informar gestantes e nutrizes e prover material escrito para avós e pais.
4. Agendar consulta da gestante às vésperas do parto e abordar passos do Hospital Amigo da Criança.
5. Avaliar amamentação no quinto dia
6. Atender a criança em amamentação mesmo se a consulta não tiver sido agendada.
7. Agendar consultas pelo menos mensais até os seis meses e pelo menos bimensais até 24º mês.
8. Cumprir a Norma Brasileira Comercialização Alimentos para Lactentes e Crianças da primeira infância , Bicos Chupetas e Mamadeiras.
9. Orientar sobre métodos contraceptivos adequadas a amamentação.
10. Informar sobre os direitos da mulher trabalhadora e como manter a amamentação mesmo trabalhando.
11. Aconselhar aleitamento materno exclusivo até os seis meses e aleitamento materno complementado.
12. promover grupos de gestantes.
13. Promover grupos de nutrizes.
14. promover reuniões conjuntas de gestantes e nutrizes.
15. Criar grupos de mães orientadoras.
16. Homenagear a mãe que amamenta.
17. Premiar os centros de saúde que obtiverem bons índices e em aleitamento.

INICIATIVA CUIDADO NEONATAL HUMANIZADO (LEVIN,A, 1999)

1. Deve-se propiciar que a mãe permaneça com seu bebê doente 24 horas por dia.
2. cada membro da equipe deve dar atenção a mães e bebês e deve ser capaz de lidar com aspectos psicológicos.
3. A equipe deve promover a amamentação para todas as mães e ensinar as técnicas de retirada de leite materno.
4. Deve-se reduzir o estresse psicológico da mãe durante todo período de tratamento.
5. Não se deve dar ao recém-nascido qualquer outro alimento além do leite materno, a não ser que clinicamente indicado.
6. Se o bebê não puder sugar o leite materno deve ser dado por sonda e de preferência pela mãe.
7. O numero de testes e exames devem ser reduzidos ao mínimo.
8. O contato entre mãe e bebê , pele a pele e olho a olho deve ser usado tão logo quanto possível e deve ser reduzido o número de equipamentos médicos no cuidado infantil.
9. A terapia agressiva deve ser reduzida ao mínimo.
10. Mãe e bebê devem ser considerados como um estreito sistema psicossomático. As visitas diárias da equipe devem ser voltadas não somente para o bebê mas também para as necessidades da mãe (inclui um ginecologista e outros especialistas).
11. Durante uma permanência prolongada devem ser permitidas visitas de familiares sadios (pai, avós, outros que ajudam) à mãe e bebê.

ANEXO 14**ENTREVISTADORES ALUNOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

Alessandra Fernandes Ribeiro
Amanda Givisiez Martins
Amanda Neto Ladeira
Amanda R. Garcia
Ana Lúcia Garcia Brum
Anderson Rodrigues B. de Paiva
Andréa Cristina da R. Monson
Betânia Almeida Nadalim
Carolina Augusta Arantes Portugal
Carolina de Mendonça Brandão Pinto
Carolina Fernandes do Amaral
Celso Simões Júnior
Christiane Chaves Augusto Leite
Christiane Cordeiro Cocate
Cristiane Gomes Ribeiro
Daiane de Souza Freitas
Daisy de Castro Gonçalves
Daniela Gebrim
Dayana Kneipp
Débora Carvalho Ferreira
Eduardo Cardozo Lima
Elizabeth Beire dos Santos
Ema Cristina da Silva Maciel Munch
Érica Toledo de Mendonça
Fabiola de Castro Neves
Fernando Henrique L. N. Ribeiro
Francisco de Assis Alves
Gabriela M. Curzio
Gisele Schetini de Castro
Guilherme de Melo Neves
Isadora Ribeiro de Oliveira
Julia Lobato de F. Oliveira
Juliana Ferreira Costa
Juliana Lana Milane
Karla Franches Finotti
Katiusse Rezende Alves
Leilanni Ramos Coelho
Leonardo de Aguiar Santos
Leonardo Martins Rocha
Lorena Nagme de Oliveira
Luana Gerheim Machado
Luciana Maria Rocha
Luciana Z. Oliveira
Lucimeiry Lopes Lima
Luiz Khoury José
Marcelo Barreto Ribeiro

Maria Fernanda Vizani Nogueira
 Marina Silva de Lucca
 Mônica Gonçalves de Sá
 Myllena Varginha
 Nívea Maria de Oliveira
 Patrícia dos Santos Pinto
 Pedro Nardelli
 Pollyana Faitanin
 Priscila Farias Sereno
 Rafael Oliveira Rocha
 Raquel Cristina Fuchs
 Raquel Moraes Duque
 Renata Carvalho Ferreira
 Rodrigo Perroni Cruzeiro
 Rogério Augusto de Queiróz
 Rosyane Rena de Freitas
 Thais de Oliveira
 Valesca Nunes dos Reis
 Victor Moreira de Souza
 Cláudia Tereza Saraiva

ENTREVISTADORES da COMUNIDADE e POSTOS DE SAÚDE

UBS Nossa Sra das Graças

Janaína da Silva Ribeiro
 Isabela Rodrigues Gonçalves
 enfermeira Ana Stella Canavese Teixeira de Oliveira
 Dra Maria Lúcia Miranda Gaspareto
 Luciana Coimbra da Cunha Afonso
 Maria Aparecida Weitzel de Souza

ICA

enfermeira Karla Pedroso
 Elaine Catanhede
 Elizete de Paula Barros Domingo
 Marilda Albino de Andrade
 Lídia Maria Teixeira de Souza
 Luciene da Silva Ferreira
 Luzmar Polessa Silva

UBS Regional Norte

enfermeira Márcia Lopes Ferreira
 Simone Regina Pereira de Castro
 Maria Carla Araújo de Souza Titoneli

UBS Bairro Industrial

enfermeiro Paulo Sérgio Gomes de Oliveira
 Maria Helena de Paula Abreu
 Talita Silvério Magalhães
 Regina Maria Zoffoli

UBS Santa Luzia

Cláudia Tereza J. Saraiva
Maria de Fátima da Silva

UBS Milho Branco

Angela Merisse Carniato
Sílvia de Assis Grego
kelly Cristina Marçal
Ilma Imaculada Ferreira Braga
Rosa Amélia Lopes Melido Higino
Tania Botelho de Souza Freitas
enfermeira Eva Carneiro Silva
Célia Ibrahim de Oliveira

UBS Filgueiras

Giselle Rodrigues de Souza
Lígia Ferreira Silva Souza
Rosangela Dias
Jaqueline dos Santos Alves
Andréia Alves de Faria
Diliamara Duarte
Alexandre Flores Fermino da Silva
Luiza Amélia B. Chaves
Dr. Sebastião Alves de Souza Filho

UBS Jóquei 1

Enfermeira Márcia Januzzi Lara
Assistente Social Míriam Cristina P.Nicodemos
Sônia Christina Maciel
Geralda de Siqueira
Cléa Ibrahim
Tháise Ferreira Valle
Regina Cely de Oliveira Novaes
Madalena Maria Ferreira
Luciene Lindolfo Almas
Maria da Glória F.dos Santos
Veridiana Rodrigues
enfermeira Lúcia Cristina F.Tavares de Melo
Bianca Marques Pinto

UBS São Pedro

Maria Carolina Goulart
Silvânia Zampa Silva
Alice Matias Zampa
Paulo Vitor Delgado Pereira
Rafael Schepper Gonçalves
Daniela Costa Oliveira
Wendell Márcio leone
Bruno César Lopes

Aline de Souza Eveling
Cibele Zampa de Araújo
Kavena Gomes Randolfi
Rômulo de Souza Leandro

UBS Borboleta

Enfermeira Miriam Penido
Sebastião da Silva
Maria das Graças Zampa Caixeiro
Helenice Mendes Fonseca
Maria José Bitencourt
Adelaide Harder
Maria Helena
Regina Máxima
Marly da Cruz Pires
Vera de Araújo Kirchmaier
Alice Alves C. Costa
Adriana Ferreira Maia

UBS Ipiranga

Fabírcia de Paula Zamblute
Vanessa da Silva de Oliveira
Lourdes Sebastiana dos Reis
Enfermeira Mariza do Carmo Araújo
Ana Maria Soares de Oliveira
Dra Rosane Rodrigues Rosa
dr Carlos Henrique Moreira

UBS Retiro

Cleuza Maria Roque Pacheco
Aparecida das Graças Melo
Marilene de Fátima Feliciano dos Santos
Márcia Villaça Malatesta
Lúcia Regina Silva Martins
Edna Maria Dias
Júnia Cristina Sant'ana
Márcia de Lourdes Carvalho Nogueira
Gislene das Graças Eugênio
Marilza Aparecida Bernardo Campos
Márcia Cristina Bernardo Thomaz
Rogéria de Lourdes Fortes Miranda
Cleuza Maria Roque Pacheco

UBS Santa Cruz

Diana Dias de Souza
Ester Maria da Silva Lopes
Tatiana Moreira de Avellar
Patrícia Maria Laurindo
Maria Filomena da Silva Ferreira
Cecília de Oliveira Azevedo

enfermeira Vanessa Fátima Rezende de Paula
 enfermeira Maria Cristina Guedes Pereira
 Dra Natália Fernandes

UBS Vale dos Bandeirantes

Rogério Vieira
 Ercimara Rios Pereira
 Erich Elaine Dias dos Santos
 Cimere Dias dos santos
 Elizangela Oliveira de Souza
 Aparecida de Fátima Lopes Machado
 Marisa Moreira Líquer de Deus
 Daniel dos Santos
 Vanda Eliane Batista da Silva
 Stephenson Monteiro
 Juciléa Terezinha Campos
 Lívea Fernandes de Oliveira
 Valéria Alves da Silva
 Daniele Cristina dos Santos
 Caroline da Silva Pinto
 enfermeiro William M. Oliveira
 Maria Cristina Barbosa de Freitas

UBS Jóquei 2

Lucila Lambert de Paiva
 Vera Lúcia Campos Ferreira
 Adelina de Souza Regato
 Cacilda Dornelas da silva
 Luciene Aparecida de Oliveira Marcolino
 Dalila Antonieta Fifano de Oliveira Jesus
 Maria do Perpétuo P.B. Armelomi
 Fábio Pereira bastos
 Maria José da Silva Barros
 .Maria Aparecida Mendes
 Terezinha de Jesus Salatiel Afonso
 Fernanda de Vasconcelos Freitas
 Maria Rita Pereira de Azevedo

UBS Furtado de Menezes

Rita das Dores Duque
 Alice da aparecida Silva Oliveira
 Maria Lucia da Silva
 Andréa Cristina Espada
 Vera Cury
 Sagamor Farinele de Souza
 Simara Moraes
 Jackson Pereira Martins
 Fabiana Guimarães de Mello
 Melcnisedec Bezerra Lessa
 Valéria Aparecida Layer

Bárbara Cristina dos Santos
Rosangela Maria Cupertino
Valeria do Nascimento Marques
Maria Aparecida de Paula
.Márcia de Oliveira Gonçalves

ADENDOS

TABELA 1- Distribuição das faixas etárias das crianças e variáveis sócio demográficas das mães. Juiz de Fora, MG, 2002.

VARIÁVEL	TOTAL	AMOSTRA	%
Faixa etária da criança	1859		100
I- 1 mês		161	8,8
I- 2 meses		143	7,7
2 I- 3 meses		155	8,3
3 I- 4 meses		166	8,9
4 I- 5 meses		146	7,8
5 I- 6 meses		169	9,0
6 I- 7 meses		153	8,5
7 I- 8 meses		144	7,7
8 I- 9 meses		149	8,2
9 I-10 meses		159	8,5
10 I-11 meses		158	8,5
11 I-12 meses		153	8,1
Faixa etária materna (anos)	1589		100
< 20		247	15,5
20 I- 35		1133	71,3
>= 35		209	13,2
Sexo	1859		
Feminino		914	49,2
Masculino		945	50,8
Escolaridade materna	1551		100
1o. grau completo		243	15,7
1o. grau incompleto		663	42,7
2o. grau completo		380	24,5
2o. grau incompleto		165	10,6
3o. grau		100	6,4
Ensino fundamental		906	58,4
Ensino médio ou mais		645	34,7
Saber ler e escrever	1590		100
Sim		1545	97,2
Não		45	2,8
Primiparidade	1591		100
Sim		715	44,9
Não		876	55,1
Trabalho quando engravidou	1589		100
Sim		701	44,1
Não		888	55,9
Trabalho atual	1588		100
Sim		332	
Não		1256	
Tipo de trabalho atual	1406		100
Desempregada		116	6,3
Dona de casa		828	58,9
Trabalho formal		227	16,1
Trabalho informal		235	16,7

TABELA 2- Distribuição das variáveis relacionadas à assistência materno infantil em Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, 2002.

VARIÁVEL	TOTAL	AMOSTRA	%
Realização de pré-natal	1859		100
Sim		1620	87,1
Não		239	12,9
Tipo de parto	1849		100
Normal		917	49,6
Fórceps		51	2,8
Cesariano		881	47,6
Peso do nascimento	1832		100
<2499 g		179	9,8
2500 a 3999 g		1605	87,6
>4000g		48	2,6
Serviço assistencial	1833		100
Particular / Convênio		645	35,1
Unidade Básica Saúde		694	37,9
Unidade Saúde Família		494	27
Internação da criança	1866		100
Não		1617	87
Uma vez		207	11,1
Duas vezes		20	1,1
Mais de duas vezes		13	0,8

TABELA 3 - Indicadores de amamentação. Juiz de Fora, MG, 2002.

FAIXA ETÁRIA (meses)	TOTAL		AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA		AMAMENTAÇÃO	
	N	%	N	%	N	%
0 1	161	8,9	49	33,8	146	90,7
1 2	143	7,7	25	18,8	122	85,3
2 3	155	8,3	33	21,9	115	74,2
3 4	166	9,0	23	14,3	106	63,9
4 5	146	7,8	15	10,5	82	56,2
5 6	169	9,1	3	1,8	89	52,7
6 7	156	8,5	1	0,6	72	45,3
7 8	144	7,6	1	0,7	68	47,9
8 9	149	8,1	0	0	68	45,9
9 10	159	8,5	0	0	63	39,9
10 11	158	8,4	0	0	58	36,9
11 12	153	8,1	0	0	50	32,7
TOTAL	1859	100	150	14,4	1044	55,9

TABELA 4 - Distribuição de crianças quanto ao tipo de aleitamento segundo a idade e quanto ao uso de chupeta e mamadeira. Juiz de Fora, MG, 2002.

IDADE	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1º dia em casa *						
AM ^t	554	92,8	43	7,2	597	100
Outro leite (não materno)	113	19,4	470	80,6	583	100
Água	53	9	535	91,0	588	100
Água e açúcar	3	0,5	582	99,5	585	100
Chá	105	17,9	483	82,1	588	100
Menor de 4 meses						
AME [‡]	130	20,8	495	79,2	625	100
AMP [§]	153	24,5	472	75,5	625	100
AMC	283	45,3	342	54,7	625	100
Menor de 6 meses						
AME	148	15,7	792	84,3	940	100
AMP	178	18,9	762	81,1	940	100
AMC	326	36,6	514	65,4	940	100
Menor de 12 meses						
ALEITAMENTO	1039	55,9	815	43,8	1854	100
CHUPETA	1220	65,6	630	34,1	1850	100
MAMADEIRA	1297	70,7	537	28,9	1834	100

* Alimentação no primeiro dia em casa, em crianças menores de 4 meses

^t AM : Amamentação

[‡] AME: aleitamento materno exclusivo

[§] AMP: aleitamento materno predominante

^{||} AMC: aleitamento materno completo

TABELA 5 - Distribuição de crianças de 6 a 9 meses completos de idade e tipo de alimentação nas últimas 24 horas. Juiz de Fora, 2002.

ACO*	N	%	ACO*	Sim		Não		Total	
				N	%	N	%	N	%
Sim	266	43,8	sopa e carne	160	69,9	69	30,1	229	100
			comida e carne	101	66,4	51	33,6	152	100
			comida e feijão	154	97,5	4	2,5	158	100
Não	342	56,3							
Total	608	100							

* ACO: alimentação complementar oportuna

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)