

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do
Adolescente

Lorena Miranda de Souza

A SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DE CRIANÇAS DE 0 A 24 MESES DE
IDADE NO MUNICÍPIO DE IPATINGA - MG

Belo Horizonte

2009

Lorena Miranda de Souza

**A SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DE CRIANÇAS DE 0 A 24 MESES DE
IDADE NO MUNICÍPIO DE IPATINGA - MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do
Adolescente, da Universidade Federal de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do Título de
Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Joel Alves Lamounier

Belo Horizonte

2009

Souza, Lorena Miranda de.
SO729s A situação do aleitamento materno de crianças de 0 a 24 meses de idade no município de Ipatinga-MG [recurso eletrônico]. / Lorena Miranda de Souza. -- Belo Horizonte: 2009.
116f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Joel Alves Lamounier.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Aleitamento Materno. 2. Desmame. 3. Prevalência. 4. Cidades. 5. Lactente. 6. Dissertação Acadêmica. I. Lamounier, Joel Alves. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WS 125



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de LORENA MIRANDA DE SOUZA, Às quatorze horas do dia **dezessete do mês de dezembro de dois mil e nove**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"A SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DE CRIANÇAS DE 0 A 24 MESES DE IDADE NO MUNICÍPIO DE IPATINGA - MG."**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Joel Alves Lamounier, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Joel Alves Lamounier/Orientador
Prof. Francisco José Ferreira Silveira/Coorientador
Prof. Luciano Borges Santiago
Prof. Roberto Gomes Chaves

Instituição: UFMG
Instituição: FCMMG
Instituição: UFTM
Instituição: UFSJ

Indicação: Aprovada
Indicação: Aprovada
Indicação: Aprovada
Indicação: Aprovada

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 17 de dezembro de 2009.

Prof. Joel Alves Lamounier/Orientador

Prof. Francisco José Ferreira Silveira /Coorientador

Prof. Luciano Borges Santiago

Prof. Roberto Gomes Chaves

Prof. Joel Alves Lamounier/Coordenador

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

PROF. JOEL ALVES LAMOUNIER
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente
Instituto de Saúde da Criança e do Adolescente (ISC)

AGRADECIMENTOS

Apesar da dissertação, por sua natureza acadêmica ser um trabalho individual, a contribuição e apoio de muitos se fez necessária para a realização e conclusão deste trabalho. Assim, gostaria de expressar o meu sincero agradecimento.

Em primeiro lugar a Deus, meu pai, que me deu a minha vida e que me orienta em todos os caminhos percorridos.

Ao meu orientador, Professor Doutor Joel Alves Lamounier por ter acreditado neste trabalho, pela disponibilidade revelada durante esses dois anos e que abriu a porta inicial para o caminho dentro da pesquisa.

Ao professor Doutor Francisco da Silveira, por sua generosidade desde o primeiro contato, pelas trocas de e-mail e pela orientação e paciência que foram fundamentais para execução desta dissertação.

Ao meu filho Henrique, razão de minha vida, por ter aceitado a sua maneira, a minha ausência, me transmitindo tanto amor e alegria, o que me possibilitou seguir em frente.

Ao meu novo amor e razão de minha vida, Arthur, que apesar de ainda não o ver, se faz presente com tanta intensidade e amor em minha vida.

Aos meus alunos, que ao mesmo tempo foram colaboradores voluntários no meu estudo e pelas horas dedicadas ao treinamento para coleta de dados, pelo empenho em realizar tudo com a seriedade e importância necessárias.

RESUMO

Este estudo transversal foi desenvolvido com objetivo de avaliar a situação do aleitamento materno em Ipatinga-Mg, especialmente dados referentes à frequência e duração da amamentação e alguns fatores associados ao desmame precoce e interrupção do aleitamento antes dos 24 meses de idade. Foram avaliadas 1669 mães de crianças de 0 a 24 meses de idade, em 15 unidades básicas de saúde do município de Ipatinga-MG, nos dias da primeira etapa da campanha nacional de vacinação realizada no dia 14 de junho de 2008. Os questionários utilizados incluíam informações sobre variáveis demográficas, socioeconômicas, dados da assistência materno-infantil e dados sobre a introdução e hábitos alimentares das crianças. Para estudo da duração do aleitamento materno, empregou-se a técnica de análise de sobrevivência e para estudo da duração dos fatores associados ao desmame, empregou-se o teste qui-quadrado na comparação das proporções, considerando-se uma margem de erro aceitável de 5%. A regressão logística foi utilizada para medir a força das associações. A duração mediana do aleitamento materno foi de 5 meses (150 dias) e a duração mediana do aleitamento exclusivo foi de apenas 2 meses (60 dias). Um elevado percentual de crianças iniciou a amamentação 95,5% embora apenas 70% o faziam exclusivamente. Os principais fatores relacionados ao desmame precoce (0 a 6 meses) foram: não ter recebido orientação sobre aleitamento materno ($p = 0,002$; OR = 1,7), estar recebendo fruta ($p = 0,000$; OR = 7,4), estar recebendo sopinha/papinha ($p = 0,000$; OR = 5,5), não ter mamado no peito no primeiro dia em casa ($p = 0,000$; OR = 7,6), estar recebendo água ($p = 0,000$; OR = 6,3), estar recebendo suco ($p = 0,000$; OR = 10,3), estar recebendo outro tipo de leite ($p = 0,000$; OR = 85,4), estar recebendo a mesma refeição da família ($p = 0,000$; OR = 4,2), usar chupeta ($p = 0,000$; OR = 4,4), usar mamadeira ($p = 0,000$; OR = 9,5), dentre outros fatores. As variáveis relacionadas com a interrupção do aleitamento materno antes dos 2 anos foram: coabitação paterna ($p = 0,004$; OR = 1,4), não ter recebido orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal ($p = 0,05$; OR = 0,7), trabalho materno fora do lar ($p = 0,001$; OR = 1,8), não ter mamado no peito no primeiro dia em casa ($p = 0,000$; OR = 3,1), ter recebido outro leite no primeiro dia em casa ($p = 0,000$; OR = 2,6), usar chupeta ($p = 0,000$; OR = 4,9), usar mamadeira ($p = 0,000$; OR = 8,0), escolaridade paterna ($p = 0,001$; OR = 1,5) dentre outras variáveis. Conclui-se que existe uma duração insatisfatória do

aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, e que a introdução de outros alimentos líquidos, semissólidos e sólidos, se deu de maneira bastante precoce. Os fatores associados ao desmame precoce e a interrupção do aleitamento materno antes de 24 meses denotam a necessidade de uma assistência mais efetiva e sensibilizada nos serviços materno-infantis, a fim de favorecer e incentivar a amamentação.

Palavras-chaves: aleitamento; desmame; interrupção

ABSTRACT

This cross-sectional study was developed with the objective of evaluating the breastfeeding situation in Ipatinga-Mg, especially data regarding the frequency and duration of breastfeeding and some factors associated with early weaning and interruption of breastfeeding before 24 months of age. 1669 mothers of children aged 0 to 24 months were evaluated, in 15 basic health units in the city of Ipatinga-MG, during the first stage of the national vaccination campaign held on June 14, 2008. The questionnaires used included information on demographic and socioeconomic variables, data on maternal and child care and data on the introduction and eating habits of children. To study the duration of breastfeeding, the survival analysis technique was used and to study the duration of factors associated with weaning, the chi-square test was used to compare proportions, considering an acceptable margin of error of 5%. Logistic regression was used to measure the strength of associations. The median duration of breastfeeding was 5 months (150 days) and the median duration of exclusive breastfeeding was just 2 months (60 days). A high percentage of children started breastfeeding, 95.5%, although only 70% did so exclusively. The main factors related to early weaning (0 to 6 months) were: not having received guidance on breastfeeding ($p = 0.002$; OR = 1.7), being given fruit ($p = 0.000$; OR = 7.4), being receiving soup/baby food ($p = 0.000$; OR = 5.5), not having breastfed on the first day at home ($p = 0.000$; OR = 7.6), being given water ($p = 0.000$; OR = 6, 3), receiving juice ($p = 0.000$; OR = 10.3), receiving another type of milk ($p = 0.000$; OR = 85.4), receiving the same family meal ($p = 0.000$; OR = 4.2), using a pacifier ($p = 0.000$; OR = 4.4), using a bottle ($p = 0.000$; OR = 9.5), among other factors. The variables related to the interruption of breastfeeding before the age of 2 were: paternal cohabitation ($p = 0.004$; OR = 1.4), not having received guidance on breastfeeding during prenatal care ($p = 0.05$; OR = 0.7), maternal work outside the home ($p = 0.001$; OR = 1.8), not having breastfed on the first day at home ($p = 0.000$; OR = 3.1), having received another milk on the first day at home ($p = 0.000$; OR = 2.6), using a pacifier ($p = 0.000$; OR = 4.9), using a bottle ($p = 0.000$; OR = 8.0), paternal education ($p = 0.001$; OR = 1.5) among other variables. It is concluded that there is an unsatisfactory duration of breastfeeding and exclusive breastfeeding, and that the introduction of other liquid, semi-solid and solid foods took place very early. The factors associated with early

weaning and the interruption of breastfeeding before 24 months denote the need for more effective and sensitized assistance in maternal and child services, in order to favor and encourage breastfeeding.

Keywords: breastfeeding; weaning; interruption

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do Município de Ipatinga-MG	44
Gráfico 1 – Duração do Aleitamento Materno e Aleitamento Materno Exclusivo em Ipatinga (MG), 2008	48
Gráfico 2 – Duração do Aleitamento Materno Exclusivo em Ipatinga (MG), 2008	49
Gráfico 3 – Duração do Aleitamento Materno em Ipatinga (MG), 2008	50
Gráfico 4 – Introdução de outros Líquidos na Nutrição das Crianças em Ipatinga (MG)	54
Gráfico 5 – Introdução de Alimentos Semissólidos Nutrição da Criança em Ipatinga (MG), 2008	55
Quadro 1 – Imunoprotetores do Leite Humano	20
Quadro 2 – QI por Tipo de Alimento	22

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 -	Medidas resumo dos pesos (g) e comprimento (cm) das crianças nas diferentes idades segundo o sexo.....	25
Tabela 2 -	Percentuais de crianças amamentadas ao seio conforme a idade, nas amostras de crianças dos estados do Ceará, Sergipe e Rio Grande do Norte.	33
Tabela 3 -	Características demográficas do grupo estudado em Ipatinga (MG), 2008.....	45
Tabela 4 -	Características socioeconômicas do grupo estudado em Ipatinga (MG), 2008.....	46
Tabela 5 -	Frequência do aleitamento materno do grupo estudado em Ipatinga (MG), 2008.....	47
Tabela 6 -	Frequência do aleitamento materno exclusivo do grupo estudado em Ipatinga (MG), 2008.....	47
Tabela 7 -	Distribuição das variáveis associadas à assistência materno-infantil em Ipatinga (MG), 2008.....	50
Tabela 8 -	Hábitos alimentares no primeiro dia em casa após a alta da maternidade Em Ipatinga (MG), 2008.....	52
Tabela 9 -	Hábitos alimentares nas 24 horas que precederam a entrevista em Ipatinga (MG), 2008.....	52
Tabela 10 -	Variáveis demográficas e socioeconômicas e a associação com o Desmame precoce em Ipatinga (MG), 2008.....	56
Tabela 11 -	Variáveis demográficas e socioeconômicas e a associação com a Interrupção do aleitamento materno das crianças na faixa etária de 7 a 24 meses em Ipatinga (MG), 2008.....	57
Tabela 12 -	Variáveis relacionadas à assistência materno-infantil e dificuldades com a amamentação e as associações com o desmame precoce em Ipatinga (MG), 2008.....	59
Tabela 13 -	Variáveis relacionadas à assistência materno-infantil e dificuldades com a amamentação e as associações com a interrupção do aleitamento materno das crianças na faixa etária de 7 a 24 meses em Ipatinga (MG), 2008.....	60
Tabela 14 -	Variáveis relacionadas com os hábitos alimentares, o uso de chupeta	

e mamadeira e as associações com o desmame precoce em Ipatinga (MG) 2008.....	61
Tabela 15 - Variáveis relacionadas com os hábitos alimentares, o uso de chupeta e mamadeira e as associações com a interrupção do aleitamento materno na faixa etária de 7 a 24 meses em Ipatinga (MG), 2008.....	62
Tabela 16 - Associações entre a variável dependente “desmame precoce” e as Variáveis independentes para crianças na faixa etária de 0 a 6 meses Em Ipatinga (MG), 2008.....	65
Tabela 17 - Associações entre a variável dependente “interrupção do aleitamento materno” e as variáveis independentes para crianças na faixa etária de 7 a 24 meses em Ipatinga (MG), 2008.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALSPAC	The Avon Longitudinal Study of Parentes and Children
HDL	High density lipoprotein
IGF-1	Insulin-like Growth Fator Type 1
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMC	Índice de Massa Corporal
LAM	Lactação e Amenorréia como Método
LDL	Low Density lipoprotein
LH	Hormônio Luteinizante
MDER	Maternidade Dona Evangelina Rosa
MS	Ministério da Saúde
OFAs	Órgãos Fonoarticulatórios
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
QI	Quociente de Inteligência
SLM	Substituto do Leite Materno
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNILESTE – MG	Centro Universitário do Leste de Minas Gerais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USIMINAS	Usinas Siderúrgicas de Minas Gerais
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Breve Histórico.....	16
1.2	Vantagens do Aleitamento Materno.....	19
1.3	Vantagens para a Mãe Lactante.....	26
1.4	Alguns Fatores Associados ao Desmame Precoce.....	29
1.5	Situação Atual do Aleitamento Materno.....	32
2	JUSTIFICATIVA.....	39
3	OBJETIVOS.....	39
3.1	Objetivo Geral.....	39
3.2	Objetivos Específicos.....	39
4	HIPÓTESE.....	40
5	CASUÍSTICA e MÉTODOS.....	40
5.1	O local da Pesquisa.....	40
5.2	Delineamento do Estudo.....	41
5.2.1	Crítérios de Exclusão e Inclusão.....	41
5.2.2	Amostra.....	41
5.3	Instrumentos de Coleta de Dados.....	41
5.4	Aspectos Éticos.....	43
5.5	Análise Estatística.....	43
6	RESULTADO.....	44
6.1	Descrição do Grupo.....	44
6.1.1	Características Demográficas.....	44
6.1.2	Características Socioeconômicas.....	45
6.2	Frequência e Duração do Aleitamento Materno.....	47
6.2.1	Aleitamento Materno Exclusivo.....	48
6.2.2	Aleitamento Materno.....	49
6.3	Assistência Materno-infantil.....	50
6.4	Hábitos Alimentares.....	51
6.4.1	Hábitos Alimentares no Primeiro Dia em Casa.....	51
6.4.2	Hábitos Alimentares nas 24 Horas que Precedem a Entrevista.....	52
6.4.3	Introdução de Outros Alimentos a Nutrição da Criança de 0 a 6 Meses.....	53
6.5	Fatores Relacionados com o Desmame Precoce e a Interrupção do Aleitamento Materno.....	56
6.5.1	Fatores Preditores da Interrupção Precoce do Aleitamento Materno.....	64

7	DISCUSSÃO.....	66
7.1	Aspectos Metodológicos.....	66
7.2	Frequência e Duração do Aleitamento Materno e Aleitamento Materno Exclusivo.....	67
7.3	Água, Chás, Sucos, Outros Leites e Alimentos Complementares.....	69
7.3.1	Introdução Precoce de Líquidos.....	69
7.3.2	Introdução de Alimentos Semissólidos e Sólidos.....	72
7.4	Fatores Associados ao Desmame Precoce (0 a 6 meses) e a Interrupção do Aleitamento Materno.....	73
7.4.1	Características Demográficas e Socioeconômicas.....	73
7.4.2	Características Ligadas à Assistência Materno-Infantil.....	76
7.4.3	Variáveis Relacionadas com os Hábitos Alimentares das Crianças.....	78
7.4.4	Uso de Chupeta e Mamadeira.....	81
8	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	84
8.1	Frequência e Duração do Aleitamento Materno.....	84
8.1.1	Variáveis Associadas ao Desmame Precoce e a Interrupção do Aleitamento Materno.....	84
8.1.2	Variáveis Relacionadas aos Hábitos Alimentares.....	85
8.2	Recomendações.....	85
	REFERÊNCIAS.....	87
	APÊNDICE 1.....	95
	APÊNDICE 2.....	98

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve Histórico Sobre Aleitamento Materno

O primeiro relato da amamentação no Brasil surge com a carta de Pero Vaz de Caminha ao rei de Portugal “... Com um menino ou menina ao colo, atado com um pano aos peitos...” (ALMEIDA, 2004). O ato de aleitar direto ao seio, cultivado pelos integrantes da sociedade Tupinambá, foi percebido pelos portugueses como um comportamento instintivo e natural, considerado impróprio para o homem civilizado, cujos padrões de referência circunscreviam aos hábitos e costumes da cultura européia (ALMEIDA, 1999).

O aleitamento materno era regra geral entre os índios até a chegada dos descobridores europeus, que trouxeram para o país o hábito cultural do desmame. Portugal transmitiu ao Brasil o costume das mães ricas de não amamentarem, e a necessidade de instituir a figura das saloias. Posteriormente, com a urbanização, ampliou-se a difusão das amas-de-leite entre as novas camadas sociais e fez com que surgisse a mãe preta de aluguel (COSTA, 1983). Alguns senhores de escravos assumiram que criar negras para alugar como amas era mais rentável do que plantar café (EWBANK, 1976). Essa nova versão do aleitamento mercenário existiu no Brasil em um momento histórico, muito antes da chegada dos leites industrializados, mostrando ser secular a tendência de procurar auferir lucros com a prática do amamentar, estimulando o desmame precoce (ALMEIDA, 1999).

As mamadeiras de vidro aparecem também no século passado e, em 1872, Pratt patenteia o bico de borracha (REA, 1990).

Segundo Lamounier (2003), o uso de chupetas demonstra uma associação significativa com uma menor duração do aleitamento materno, sendo, portanto, uma das causas do desmame precoce.

No final do século XIX e início do século XX, duas são as companhias Americanas que mais se destacaram na produção de substitutos do leite materno (SLM). A *Carnation* posteriormente comprada pela *Nestlé* e a *Pet* começam as campanhas pelo uso da mamadeira procurando atingir mães e profissionais de saúde. As companhias produtoras de fórmulas infantis criam uma alternativa para substituir o leite materno, seus proprietários se preparam para se estabelecerem no mercado. Inicia-se a perversa história da promoção comercial de produtos tidos como SLM (REA, 1990).

São inegáveis, os avanços conquistados com a produção das fórmulas infantis tornando-as mais sofisticadas e adequadas às necessidades específicas das crianças. Fórmulas acidificadas, semi-desnatadas, adicionadas de ferro, sem lactose, constituem parte dos SLM colocadas livremente à disposição das mães no mercado alimentício. Várias fórmulas infantis têm indicação precisa e representam maneiras de alimentar e salvar a vida de centenas de bebês. Porém estudos comprovam que é muito pequeno o percentual de bebês que necessitam realmente de tais produtos em substituição ao leite materno. Entretanto as companhias necessitavam criar nas mães a necessidade de tais produtos para que os lucros fossem alcançados (BADER, 1976).

De maneira direta, as indústrias se fazem presentes pelos meios de comunicação em massa ou distribuindo amostras grátis de seus produtos. De modo indireto, há quatro principais caminhos: trabalhar junto aos governantes, trabalhar via setores comerciais de distribuição e vendas, e fazê-lo pelo sistema de saúde ou meios de comunicação (REA, 1990).

Em um estudo realizado em Boston, em 1985, com 343 mulheres de um hospital municipal, com o objetivo de avaliar o papel das amostras grátis de fórmulas infantis recebidas à saída da maternidade, no desmame precoce, constatou-se que a proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo foi consideravelmente maior, aos dois meses de idade entre as crianças cujas mães receberam apenas livretos pró-amamentação (43%), comparados às mães que receberam um pacote de fórmulas infantis (29%) (FRANK, 1987).

Pode-se observar que as questões relacionadas à prática da amamentação têm-se configurado um objeto de interesse para diferentes grupos sociais ao longo da história. Em todas as épocas, o ser humano foi levado a construir rotas alternativas para responder à demanda das mulheres que, por opção ou imposição, trilham o caminho do desmame precoce.

Desde a secular figura da ama-de-leite até o *marketing* dos fabricantes de leite artificial, a alimentação do lactente tem servido aos vários propósitos e não somente a saúde. Fica claro que a amamentação é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida. Sob a perspectiva do realismo histórico, torna-se possível determinar os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais, que transformaram o ato de amamentar em um ato regulável pela sociedade (ALMEIDA, 2004).

Nos últimos anos têm se tornado uma preocupação comum entre os profissionais da área de saúde, que lidam com o aleitamento materno, as causas e as conseqüências que o desmame precoce traz para a mãe e o filho.

O processo de conscientização do papel dos chamados SLM no desmame precoce e sua divulgação comercial não ética, se tornou freqüente nas últimas décadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criaram um Código Internacional de Comercialização de SLM em 1981, surgindo à política estatal em favor da amamentação, materializada como Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM).

A Assembléia Mundial de Saúde, em 1986, adotou a resolução (Nº 39.28) que advertia quanto ao perigo das doações de SLM a recém-nascidos nas maternidades (ALMEIDA, 2004).

Com o surgimento do PNIAM, ocorreu um movimento de valorização da prática da amamentação na sociedade brasileira no início da década de 80. A superioridade do aleitamento materno se transformou em unanimidade no meio científico sendo divulgada para o público em geral por intermédio de campanhas nos meios de comunicação de massa. A pediatria redescobriu as vantagens do aleitamento materno e redesenhou o conhecimento com o rigor do método, no intuito de compatibilizar as peculiaridades fisiológicas do metabolismo do lactente com as descobertas acerca das propriedades biológicas do leite materno. As vantagens para a mãe, criança, família, sociedade e estado foram transformadas em instrumento de *marketing* em favor da amamentação (SOUZA, 2003).

A mobilização social pró-amamentação constituiu um dos fatores de maior destaque no cenário da promoção do aleitamento materno no Brasil. O PNIAM foi capaz de congrega esforços dos mais diferentes segmentos da sociedade brasileira (ALMEIDA, 1999).

No ano de 1990 (30 Julho a 1 de Agosto) o Brasil participou de um encontro em Florença-Itália (*Spedale Degli Innocenti*), promovido pela OMS e o UNICEF que buscavam mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, sendo produzido e adotado pelos participantes do encontro “aleitamento materno na década de 90: Uma iniciativa global” um conjunto de metas chamado “Declaração de Innocenti”, que além de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação recomendava o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e com a complementação de outros alimentos até os dois anos de idade.

Nesse encontro foi idealizada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHCA) com um conjunto de medidas conhecidas como “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (LAMOUNIER, 1998).

Com a “Implementação” da IHAC no Brasil, a partir de 1992, surgiu um novo ânimo para o aleitamento materno no circuito das políticas públicas. Esta iniciativa incorporou o

significado de proteção e apoio à amamentação, superando as formulações que anteriormente só contemplavam aspectos relativos à promoção (ARAÚJO *et al.*, 2003).

Segundo Lamounier (1998), a eficiência e o impacto da IHAC, quando comparados com outros hospitais e maternidades tradicionais, foi o aumento da incidência e duração do aleitamento materno.

Diversas ações e campanhas pró-aleitamento materno desde então têm sido realizadas no Brasil. Além da IHAC, citam-se os bancos de leite humano, monitoramento e a fiscalização da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes, Crianças de Primeira Infância, Chupetas e Mamadeiras, a capacitação de profissionais de saúde e de outros profissionais em aleitamento materno, o Método Canguru, a fiscalização dos direitos da mulher trabalhadora que amamenta, as comemorações da Semana Mundial de Aleitamento Materno, o Projeto Bombeiro da Vida também conhecido como Bombeiro Amigo, e o Projeto Carteiro Amigo da Amamentação (ARAÚJO *et al.*, 2003).

1.2 Vantagens do Aleitamento Materno Para Criança

O aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo mundo (KUMMER *et al.*, 2000). A lactação é uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e desenvolvimento de uma criança no seu primeiro ano de vida (ICHISATO & SHIMO, 2001).

A ciência é unânime ao reconhecer o leite materno como fonte segura de nutrição para o humano no início da vida, cujos benefícios ecoam para a vida adulta. Além de nutrir atendendo as especificidades fisiológicas do lactente, o seu caráter funcional assegura proteção imunológica e função moduladora (ARAÚJO & ALMEIDA, 2007)

A OMS recomenda que a introdução de outros alimentos à nutrição da criança tenha início aproximadamente entre o quarto e o sexto mês de vida, idade em que a criança já necessita de suplementos e está fisiologicamente preparada para recebê-los, e a amamentação complementada deve ser mantida até os dois anos de vida ou mais (REA, 2003).

Atualmente, inúmeras evidências epidemiológicas têm reafirmado a importância do leite humano para a saúde infantil. Diversos autores têm apontado para o efeito protetor conferido ao aleitamento materno, principalmente o exclusivo, contra doenças diarréicas, do aparelho respiratório e desordens do sistema imune. Há, ainda, comprovado o aumento do risco de morbidades como alergias alimentares, obesidade, hipertensão e arteriosclerose na vida adulta (PASSOS *et al.*, 2000).

Segundo Lana (2001), um alimento adequado durante o período neonatal é considerado crítico para o homem, pois a ocorrência de distúrbios nutricionais nesse período determinaria mudanças na programação de mecanismos homeostáticos-chave que seriam capazes de ocasionar modificações permanentes em nível celular, sendo responsáveis pelo desenvolvimento de doenças na idade adulta, como hipercolesterolemias, hipertensão arterial, doenças coronarianas e diabetes não insulino-dependente.

Singhal *et al.* (2004) sugerem que a nutrição na infância afeta permanentemente o perfil lipoprotéico e o leite materno apresenta um efeito protetor sobre este perfil. Em ensaio clínico randomizado, os autores observaram concentrações mais baixas de colesterol e uma menor relação LDL (Low Density Lipoprotein) e HDL (High density Lipoprotein) em adolescentes que tinham sido prematuros e amamentados.

O ALSPAC (*The Avon Longitudinal Study of Parents and Children*) também detectou efeitos protetores em longo prazo do leite materno contra as doenças cardiovasculares, recomendando que a promoção do aleitamento materno exclusivo seja um componente essencial na estratégia para o controle da hipertensão arterial. Essas evidências trazem novas preocupações à saúde pública, tanto para os países ricos, que ainda mantêm elevadas taxas de desmame precoce, mas principalmente para os países mais pobres, que, ao lado da baixa duração do aleitamento materno, ainda apresentam elevados índices de baixo peso ao nascimento (AMANTÉIA, 2004).

Estudos têm mostrado que o leite materno satisfaz todas as necessidades nutricionais e também favorece as respostas imunológicas da criança durante os seis primeiros meses de vida. Sem a herança imunológica, sem a proteção contra infecções transmitidas pelo leite materno, e quando submetidas a condições precárias de higiene, as crianças morrem por doenças que teriam condições de enfrentar (MONTRONE, 2002).

Dessa forma, bebês amamentados têm mais saúde, pois o leite materno apresenta centenas de fatores de proteção e armazena as defesas contra as infecções que a mãe apresentou durante toda vida. O Quadro 1 apresenta os imunoprotetores do leite materno mais comuns aos lactentes.

QUADRO 1

Imunoprotetores do leite humano

IMUNOPROTETOR	AÇÃO PRINCIPAL
IgAs-imunoglobulina A secretora	Anticorpos que forram as mucosas digestiva, respiratória e urinária.
Lactoferrina	Proteína que se liga ao ferro que encontra no intestino, impedindo que este seja utilizado para crescimento de bactérias e fungos.

Fator bífido	Carboidrato com nitrogênio que promove o crescimento dos lactobacilos, chamados bacilos bífidos, os quais destroem bactérias e fungos.
Lisozina	Enzima que destrói as paredes das bactérias
Macrófago	São glóbulos brancos, leucócitos semelhantes aos encontrados no sangue, o que levou o leite materno a ser chamado “sangue branco”.
Linfócito T	Além de terem ação citotóxica, produzem interferon, linfocinas, interleucinas e fatores de quimiotaxia que estimulam o sistema imunológico.
Linfócito B	Produzem anticorpos específicos contra um número enorme de doenças.
Ácidos graxos	Têm atividade contra vírus, bactérias e protozoários.
Neutrófilos	Fagocitam bactérias no intestino
Mucinas	Liga-se a bactérias reduzindo sua capacidade de aderir à mucosa.

Fonte: LANA, 2001.

Assim, a criança que nunca mamou no peito tem um risco de 17,3 vezes mais de adoecer por diarreia e 14,2 de morrer por diarreia, pois a mucosa intestinal do bebê tem a característica de ser exageradamente permeável, isto é, deixa-se penetrar por moléculas grandes de proteínas. Dessa forma crianças que mamam leite de vaca absorvem as proteínas inteiras do leite, conseqüentemente desenvolvendo as alergias (LANA, 2001).

Em Feira de Santana, crianças menores de seis meses que não mamavam apresentaram uma chance de 64% a mais de desenvolverem diarreia do que crianças amamentadas. Quando foram comparadas com crianças que eram amamentadas exclusivamente, houve um aumento da ocorrência para 82% entre as não amamentadas. A análise da amamentação como fator de proteção para a diarreia, foi uma associação positiva neste estudo, com resultados significativos entre o aleitamento exclusivo e a ocorrência da diarreia, com um efeito dose-resposta em que, quanto maior o número de mamadas, maior a proteção da criança (VIEIRA *et al.*, 2003).

Um estudo realizado no estado de São Paulo sobre a mortalidade infantil constatou que a diarreia e a pneumonia continuam sendo as principais causas de óbito pós-neonatal: 7,0% e 17,9% respectivamente.

Em uma abordagem ecológica, foram analisados inquéritos de 16 países que estimavam os padrões regionais de aleitamento materno e os cotejavam com os dados de mortalidade por diarreia e infecções respiratórias em crianças menores de um ano. A conclusão foi que a promoção do aleitamento materno reduziria a mortalidade infantil (ESCUDEIR *et al.*, 2003).

Tem sido demonstrada uma associação do aleitamento materno com um melhor desenvolvimento mental, comportamental, neuromotor e de linguagem da criança. O leite

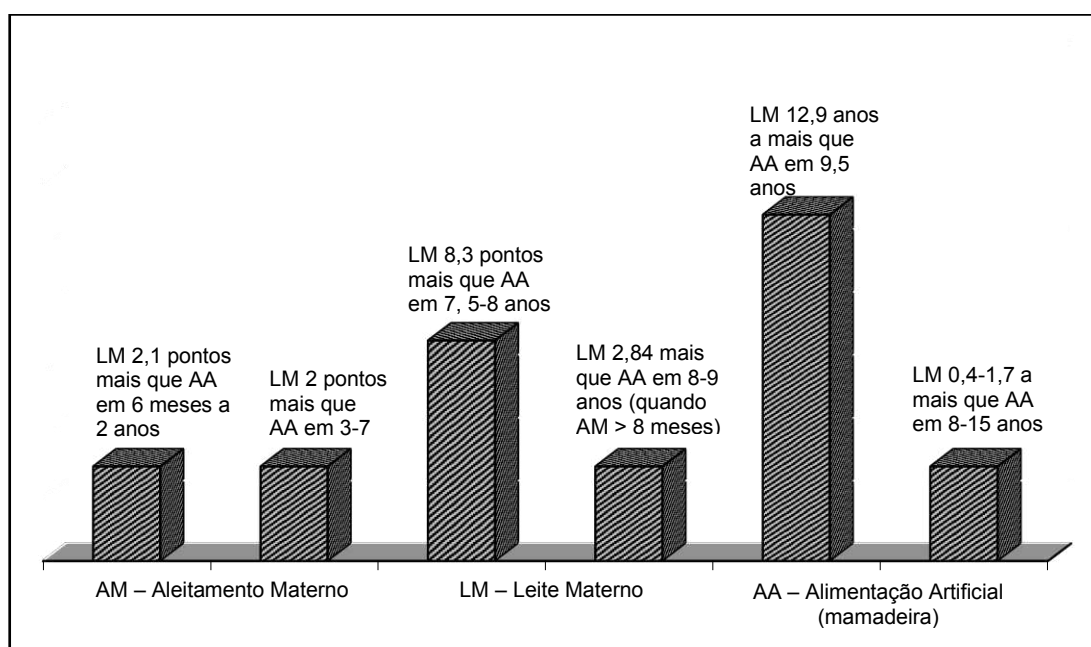
humano por conter maiores concentrações de aminoácidos essenciais de alto valor biológico poderia influenciar o desenvolvimento neuropsicomotor, pois estes aminoácidos, juntamente com fatores hormonais, fatores de crescimento e ácidos graxos insaturados de cadeia longa são fundamentais para o desenvolvimento do sistema nervoso central e para desenvolvimento cerebral (LANA, 2001).

Mortensen *et al.* (2002) encontraram 28% de adultos jovens amamentados por um mês ou menos, com QI abaixo de 90 (limite inferior usualmente utilizado) e 4% entre os amamentados por mais de nove meses. Há a possibilidade, portanto, de que as crianças amamentadas tenham um índice menor de QI abaixo de 90.

Segundo Giugliani (2003), o aleitamento materno é apenas um provável fator envolvido no desenvolvimento cognitivo, e que não se sabe a sua magnitude e importância nesse sentido. Porém, não deixa de ser significativo que algumas pesquisas evidenciam que o aleitamento materno, que incorpora nutrientes bem balanceados, permite à criança atingir o máximo de seu potencial (LANA, 2001). A Figura 1 demonstra uma associação entre o tipo de alimentação e o QI de crianças.

QUADRO 2

QI por tipo de alimentação



Fonte: Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (1999).

O aleitamento materno também apresenta efeitos positivos na saúde fonoaudiológica da criança, uma vez que está relacionado ao crescimento e desenvolvimento craniofacial e motor-oral do recém-nascido.

A literatura tem apontado à importância das sucções durante o aleitamento natural, por promover o desenvolvimento adequado dos órgãos fonoarticulatórios (OFAs) quanto à mobilidade, força, postura, e desenvolvimento das funções de respiração, mastigação, deglutição e articulações dos sons da fala (NEIVA *et al.*, 2003).

Segundo Trawitzki (2005), ao sugar no seio materno, a criança estabelece um padrão adequado de respiração nasal e postura correta da língua. Considera-se ainda que durante a sucção no seio materno, os músculos envolvidos estão sendo adequadamente estimulados, aumentando o tônus e promovendo a postura correta para futuramente exercer a função de mastigação.

Dessa forma, conclui-se que o incentivo ao aleitamento natural e a prática adequada do padrão de sucção é a base para a prevenção de alterações fonoaudiológicas no que se refere ao sistema motor-oral (NEIVA *et al.*, 2003).

Nos últimos anos, vem-se observando um importante aumento na prevalência da obesidade, em diversos países e em variadas faixas etárias, inclusive a pediátrica.

Por ser a obesidade uma doença crônica, de difícil tratamento, associada às diversas condições mórbidas, ênfase especial deve ser dada às medidas preventivas simples sem potenciais efeitos adversos e que tenham baixo custo. Nesse contexto, vários autores levantaram a hipótese de que o aleitamento materno teria um efeito protetor contra a obesidade, obtendo resultados controversos.

Alguns autores têm relatado que o maior consumo de proteínas por parte dos lactentes alimentados com fórmulas infantis, em comparação com aqueles em aleitamento materno, seria um dos mecanismos responsáveis por um risco aumentado de obesidade. A ingestão aumentada de proteínas levaria a um aumento da secreção do IGF-1 (*Insulin-like growth factor type 1*), a qual estimularia a multiplicação dos adipócitos (BALABAN & SILVA, 2004).

Outra hipótese seria que crianças amamentadas teriam uma melhor capacidade de manipular os níveis séricos de colesterol do que as que recebem fórmulas lácteas, com indicativos de prevenção da obesidade na idade adulta (VIEIRA *et al.*, 2004).

Em um estudo transversal realizado com crianças de seis a quatorze anos de idade, de alto nível socioeconômico na cidade de São Paulo, que analisou a associação entre a exposição ao aleitamento materno na infância e a obesidade na idade escolar, encontraram uma prevalência de obesidade de 26%. O risco de obesidade em crianças que nunca receberam aleitamento materno foi duas vezes superior. Não se encontrou um efeito dose-resposta na associação entre o aleitamento materno e a obesidade em idade escolar (SIQUEIRA & MONTEIRO, 2007)

Entretanto, a hipótese de que o aleitamento materno ofereça um efeito protetor contra a obesidade permanece controversa, apesar de apresentar evidências epidemiológicas a seu favor e plausibilidade biológica. Se confirmada, representará mais uma das inúmeras vantagens do aleitamento materno, assim como uma arma na prevenção contra a obesidade (BALABAN & SILVA, 2004).

Dentre os diversos benefícios do aleitamento natural deve ser acrescentado o papel protetor contra o desenvolvimento de constipação intestinal no primeiro semestre de vida.

Um estudo realizado em Embu, na região metropolitana de São Paulo, com 275 lactentes, confirmou-se que o aleitamento artificial (quando a criança não recebia leite materno), em relação ao aleitamento misto (quando a criança recebia leite materno e outros alimentos complementares), e que o aleitamento misto em relação ao predominante (lactentes que recebem exclusivamente aleitamento materno ou que recebiam também água e/ou chá), apresentaram chance 2,1 vezes maior de desenvolverem constipação. O aleitamento artificial em relação ao aleitamento natural predominante apresentou 4,5 vezes mais chance do lactente apresentar a constipação.

No estudo citado, conclui-se que no primeiro semestre de vida a ausência do aleitamento natural é um dos fatores associados com a constipação e que a frequência de evacuações em lactentes em aleitamento natural é maior do que a dos lactentes em aleitamento artificial. A motilina pode ser um dos responsáveis pela diferença no hábito intestinal, além da boa digestibilidade dos lipídeos do leite humano o que favorece a formação de fezes menos consistentes (AGUIRRE *et al.*, 2002).

Com relação ao estado nutricional da criança e o seu desenvolvimento (crescimento), o peso e o comprimento são as variáveis mais importantes para se monitorar estes componentes. É consenso que o aleitamento materno exclusivo proporciona um crescimento ótimo entre 0 a 3 meses de vida. Dos 3 meses aos 6 meses, frequentemente, a curva ponderal dessas crianças desvia-se um pouco em relação às curvas de referências disponíveis (MARQUES *et al.*, 2004). Um dos problemas mais importantes dessa curva de crescimento como referência é que foi baseada em bebês norte-americanos alimentados predominantemente com leites artificiais. Os padrões de crescimento desses bebês se desviam substancialmente do padrão dos bebês saudáveis alimentados com leite materno (ONIS & VICTORA, 2004).

Em um estudo realizado na Unidade de Referência Especializada Materno-Infantil e Adolescente, em Belém (PA), com 102 crianças que mantiveram o aleitamento materno exclusivo seguindo a definição da OMS, sem estabelecer horário, número ou duração das mamadas, até os seis meses de vida, observou-se que as crianças apresentaram uma redução em

torno de 50% do ganho ponderal diário após o quarto mês, porém, observa-se que crianças em aleitamento materno exclusivo ganharam em média 26,12 g/dia, tendo todas as crianças dobrado seu peso de nascimento antes do quarto mês de vida, e nenhuma criança evoluiu para a desnutrição ao longo do estudo.

Da mesma forma, o crescimento entre o quarto e o sexto mês de vida teve uma redução de aproximadamente 50%, no entanto, o crescimento linear no primeiro semestre de vida foi de 17,9 cm para o gênero masculino e 16,4 cm para o gênero feminino. Para alguns autores a interpretação desse fenômeno não é unânime, podendo representar uma insuficiência de crescimento, para outros, é normal e para alguns, as curvas de crescimento são inadequadas (MARQUES *et al.*, 2004). A Tabela 1 descreve resumidamente o peso e o comprimento das crianças descritas no estudo acima nas diferentes idades e gêneros.

TABELA 1

Medidas resumo dos pesos (g) e comprimento (cm) das crianças nas diferentes idades segundo o sexo (PROAME, Belém, PA, 2000/2001).

	Amostra (n)		Média		Mínimo		Máximo		d.p.	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Peso ao nascer	57	45	3.254	3.291	2.580	2500	4.500	4.300	373	364
Peso 1 mês	57	45	4.305	4.308	2.940	3.130	5.630	5.800	567	500
Peso 4 meses	57	45	7.319	6.927	5.370	5.600	9390	8.670	870	738
Peso 6 meses	57	45	8250	7.860	6200	6.200	10.430	10.580	921	874
Comprimento ao nascer	47†	40†	48,7	49,2	45,0	45,0	54,0	52,0	1,93	1,69
Comprimento 1 mês	57	45	53,7	53,5	49,0	50,5	57,0	58,0	1,90	1,76
Comprimento 4 meses	57	45	63,2	62,4	57,5	57,5	67,5	66,0	1,86	2,11
Comprimento 6 meses	7	5	6,6	5,5	1,5	1,0	72,0	9,5	,93	,27

Nota: * M = Masculino; * F = Feminino.

† Perda: 15 crianças não tiveram comprimento ao nascer registrado na maternidade.

Certamente, o ótimo ganho ponderal do estudo citado é resultado de um trabalho de apoio e orientação que as mães receberam no programa de amamentação para que o aleitamento fosse feito sob livre demanda, com técnica adequada e orientações sobre como a criança deve

desenvolver uma “pega” correta, a fim de sugar adequadamente todos os tipos de leite, do começo e do final da mamada, principalmente o leite posterior, rico em gordura, e assim conseqüentemente obter o ganho de peso. Assim, comprovou-se ser o leite materno (como fonte única de nutrientes) o alimento ideal para um crescimento adequado nos primeiros seis meses de vida, sem necessidade de complementação, basta dar apoio, orientar e incentivar à mãe quanto à amamentação (MARQUES *et al.*, 2004).

Das inúmeras diferenças entre o leite animal e o leite materno, a mais importante é um componente exclusivo do leite materno, o calor humano.

O aconchego, o carinho, o afeto e a segurança decorrentes de um agradável contato íntimo com a mãe fazem do ato de amamentar um momento inigualável. Para os bebês, a qualidade desses contatos terá influência em sua qualidade de vida, atual e futura, e favorecerá o relacionamento com outras pessoas no decorrer de sua vida. A amamentação influenciará decisivamente a futura maneira de ser e de viver do bebê, a forma dele relacionar-se com os outros e a maior ou menor capacidade de ser feliz (LANA, 2001).

1.3 Vantagens do Aleitamento Materno para a Mãe Lactante

Segundo o Ministério da Saúde (2001) são inúmeros os benefícios que a prática do aleitamento materno oferece para o crescimento e desenvolvimento de lactentes, como para a mãe, criança e família, do ponto de vista biológico e psicossocial.

Entretanto, o desejo materno de amamentar ou não deve ser compreendido e respeitado. Apesar dos benefícios do aleitamento materno, deve-se aceitar a escolha, informada e consciente, da mãe pela não amamentação. O direito da mulher amamentar deve ser apoiado, especialmente quando ela trabalha, precisando conhecer a legislação trabalhista que protege a maternidade.

Algumas vantagens do aleitamento materno:

- Facilita o estabelecimento do vínculo afetivo mãe e filho;
- Previne as complicações hemorrágicas no pós-parto e favorece a regressão uterina ao seu tamanho normal;
- Contribui para o retorno mais rápido ao peso pré-gestacional;
- É um método natural de planejamento familiar, somente antes dos seis meses pós-parto, desde que a criança esteja em aleitamento materno exclusivo, em livre demanda, isto é, na hora em que o bebê quiser e durante o tempo que quiser mamar, dia e noite, associada a

não administração de quaisquer outros alimentos e líquidos, e que a mãe não tenha ainda menstruado (LAM – lactação e amenorréia como método);

- Pode reduzir o risco de câncer de ovário e mama;
- Pode prevenir a osteoporose.

A hemorragia puerperal representa uma das principais causas de morte materna em países em desenvolvimento, ocorrendo principalmente pela atividade uterina ineficaz, sendo responsável também pela anemia materna puerperal. A ocitocina produzida pela hipófise posterior sob estímulo das terminações nervosas do complexo areolopapilar durante a sucção, além de ser responsável pela descida do leite, auxilia as contrações do útero no pós-parto, acelerando a involução uterina, reduzindo assim o sangramento. Além disso, níveis elevados de ocitocina circulante resultam em um limiar mais elevado para a dor, provoca uma leve euforia e sentimento de mais amor pelo bebê, determinando o vínculo afetivo mãe-filho (LANA, 2001).

Uma revisão de 47 estudos realizados em 30 países envolvendo cerca de 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil mulheres-controles, sugere que o aleitamento materno pode ser responsável por 2/3 da redução estimada no câncer de mama. A amamentação foi tanto mais protetora quanto mais prolongada, o risco relativo de ter câncer decresceu 4,3% a cada 12 meses de duração da amamentação, independentemente da origem das mulheres, idade, etnia, presença ou não de menopausa e número de filhos. Estimou-se que a incidência de câncer de mama nos países desenvolvidos seria reduzida a mais da metade, cerca de 6,3% para 2,7% se as mulheres amamentassem por mais tempo (REA, 2004).

Com relação ao câncer de ovário sabe-se que é um dos mais letais, matando, nos Estados Unidos, mais do que o câncer cervical e do endométrio juntos. O câncer no epitélio ovariano é o mais comum entre os cânceres de ovário, aparecendo nos dois ovários igualmente, não sendo uma doença de mulheres jovens. Embora a etiopatogenia não esteja totalmente esclarecida, uma das hipóteses plausíveis é de que o câncer apareceria no epitélio ovariano devido a traumas ininterruptos de ovulações e proliferações celulares, com a formação de cistos onde as células malignas poderiam se reproduzir mais facilmente. Essa teoria pode explicar porque fatos que interrompem a ovulação e “descansam” o ovário, como a amamentação, estariam associados ao menor risco de câncer. Embora hajam poucos estudos relacionados à prática de amamentar ao câncer de ovário, pode-se afirmar que o risco da doença é menor em mulheres que amamentam (ROSENBLATT, 1993).

À proteção contra a osteoporose parece contraditório, uma vez que, na fase de lactação, a mulher produz de 600 a 1000 ml de leite por dia, com uma perda média diária de cálcio de 200 mg, o que poderia levar, por exemplo, a fratura óssea por perda desse mineral. Entretanto, sabe-se que na natureza tal perda se recupera no período de desmame e de retorno menstrual. De fato, a massa óssea mostrou-se com maior densidade mineral entre mulheres que amamentavam por mais de 8 meses, em um estudo realizado em Minnesota, Estados Unidos (MELTON *et al.*, 1993).

Sabe-se que uma mulher adulta que pratica atividade física moderada necessita de 2000 a 2.200 calorias e de 40-45 g de proteína por dia para manutenção de seu peso e metabolismo. Quando lactante, é necessária uma quantidade adicional de 500-640 calorias e de cerca de 16 g de proteínas. É comum durante o período gestacional um acúmulo de 100-150 calorias por dia, assim a mulher muitas vezes termina a gravidez com sobrepeso.

No puerpério, quando o organismo da mulher está preparado para lactar, nem sempre ela consome a quantidade necessária de calorias para produzir o leite. Se estiver amamentando o organismo irá retirar aquela reserva acumulada para fabricar o leite (DEWEY *et al.*, 1993). Quando a amamentação ocorre de forma exclusiva, a quantidade de energia retirada da mãe será ainda maior (GIGANTE *et al.*, 2001).

A proteção contraceptiva ou a amenorréia lactacional refere-se ao período de amenorréia fisiológica que se segue ao parto nas mulheres lactantes. Juntamente com a presença de outros hormônios, como cortisol, insulina, hormônios da tireóide, paratireóide e do crescimento, que também estão envolvidos na lactação, a prolactina é o principal hormônio, atuando também nos ovários, inibindo a ovulação e mantendo a amenorréia. Aparentemente, na lactação, o estímulo da sucção e o aumento da prolactina levam a inibição do hormônio gonadotrófico e a interrupção da ovulação. Porém, este mecanismo ainda não está totalmente esclarecido.

Em uma mulher não-lactante o hipotálamo secreta hormônio gonadotrófico em pulsos, o qual estimula a secreção de hormônio luteinizante (LH) pela pituitária anterior, levando a um crescimento no volume e no número dos folículos ovarianos, produção de estrógeno e conseqüentemente a ovulação (REA, 2004).

Um estudo realizado nas Filipinas e nos Estados Unidos aferiu o número de mamadas no peito entre o total de alimentação dos bebês, ou seja, a frequência relativa de mamadas. Encontrou-se que mulheres cuja ovulação ocorreu antes do sexto mês de vida do bebê, amamentaram significativamente menos vezes no peito do que as demais (GRAY *et al.*, 1990). Entre mulheres escocesas foi observado que a ovulação não ocorreu enquanto o bebê foi

amamentado por pelo menos seis vezes, num total de 65 minutos, distribuídos em 24 horas (MCNEILLY *et al.*, 1990).

Para que a mulher utilize a amamentação como prática contraceptiva, ela deve estar nos primeiros seis meses pós-parto, não deve ter menstruado, amamentar exclusivamente ou quase exclusivamente. Essas recomendações continuam se apoiando no consenso de *Bellagio*, de 1988, baseado na revisão de todos os estudos sobre o tema. Segundo o consenso, amamentação fornece mais de 98% de proteção contra a gravidez nos primeiros 6 meses depois do parto se a mulher não tiver menstruado depois do 56º dia e se estiver amamentando exclusiva ou quase exclusivamente (NEWCOMB *et al.*, 1994).

Em uma revisão sobre amenorréia lactacional como método contraceptivo, o chamado LAM, foram identificados 454 estudos potencialmente relevantes, desses 13 investigaram o risco de engravidar usando o LAM, tendo critérios e parâmetros possíveis de comparação com outros estudos. Os resultados mostraram que não houve diferença entre as taxas de gravidez das mulheres que usavam o LAM comparadas àquelas que estavam amenorréicas e amamentavam, mas não usavam qualquer método anticoncepcional (REA, 2004).

Amamentar também representa economia de tempo e trabalho para a mãe, não necessitando ferver água, leite e esterilizar mamadeiras. Com menos trabalho, a mãe fica livre de preparar outras refeições como mingaus e sopinhas. Ter o alimento sempre à mão, onde e quando precisar representa também mais comodidade. Amamentar representa também economia de dinheiro, pois bebês alimentados artificialmente necessitam de seis latas de leite em pó no primeiro mês, sete no segundo e oito a partir do terceiro mês.

Os custos da substituição do leite materno incluem também aqueles associados às mamadeiras, aos anticoncepcionais que a mulher deve tomar para substituir o efeito contraceptivo do aleitamento materno, aos absorventes, suplementos de ferro que devem ser tomados pela mãe para compensar o período perdido de amenorréia relacionada ao aleitamento, aos medicamentos a base de polivitamínicos, sais ferrosos necessários para o bebê, pois o bebê terá muito mais chance de adoecer se não amamentado (LANA, 2001).

1.4 Alguns Fatores Relacionados ao Desmame Precoces

Como citado acima são inúmeras as vantagens promovidas pelo aleitamento materno, entretanto desde a antiguidade a prática do desmame precoce vem sendo influenciada por diversos fatores.

O estudo realizado por Silveira & Lamounier (2006), avaliou fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios da região do Alto Jequitinhonha. Os autores encontraram uma associação entre a escolaridade paterna, situação do pai biológico em relação à coabitação materna e o uso de chupeta com a duração do aleitamento materno.

Os resultados mostram que o risco de interrupção do aleitamento materno entre crianças cujo pai possui escolaridade superior ao primeiro grau completo é de 1,62 vezes em relação às crianças cujo pai possui escolaridade inferior ao primeiro grau completo. O risco de interrupção do aleitamento materno nas crianças que não residem com o pai biológico é de 1,47 vezes em relação às que residem com o pai biológico. O risco de interrupção do aleitamento materno nas crianças que usaram chupeta é 3,16 vezes em relação às que não usaram chupeta.

Um estudo que analisou o uso de chupeta e a sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em um Hospital Amigo da Criança, verificou que a prática do uso de chupeta é muito arraigada em nossa cultura, mesmo em população orientada para evitá-la. A associação entre o uso de chupeta e menor duração do aleitamento materno foi confirmada nesta população, sendo maior em crianças do sexo masculino, para os não primogênitos e para as crianças nascidas de parto cesáreo (SOARES *et al.*, 2003).

Em uma revisão que analisou a influência do uso da chupeta e do tabagismo na amamentação encontrou-se uma associação significativa entre as duas variáveis, apresentando evidências de relação dose-resposta. O efeito da chupeta pode não ser o mesmo para todas as mulheres e seus filhos. As mulheres brancas, que tiveram parto normal e as mães de crianças do sexo feminino foram menos afetadas em relação à duração da amamentação, provavelmente por terem mais confiança, serem menos sensíveis a pressões sociais e serem menos ansiosas em relação ao crescimento de suas crianças.

Em relação ao tabagismo materno, todos os estudos demonstraram efeito significativo na duração da amamentação, embora em alguns esse efeito só foi significativo com consumo diário maior de cigarros. As explicações para a redução na duração do aleitamento materno são a diminuição na produção de prolactina e a alteração no sabor do leite materno. Em alguns estudos, a presença de outros fumantes no domicílio também está associada à menor duração da amamentação, mesmo quando a mãe não é tabagista. As explicações possíveis são aumento da incidência de doenças respiratórias na criança, com provável diminuição do apetite e menos sucção no seio materno, e talvez pela diminuição da produção de prolactina pela mãe que se tornou fumante passiva (SILVEIRA & LAMOUNIER, 2003).

Um estudo realizado em 84 municípios no estado de São Paulo analisou alguns fatores de risco para a interrupção da amamentação exclusiva em menores de quatro meses e

para o desmame em menores de um ano. Em relação à amamentação exclusiva, verificou-se que mães com baixa escolaridade, adolescentes e primíparas constituem categorias de risco para a introdução de outros alimentos. A análise dos fatores associados ao aleitamento materno em menores de um ano mostrou que o trabalho informal e o desemprego influenciam no desmame precoce (VENANCIO *et al.*, 2002).

Uma pesquisa qualitativa avaliou as alegações maternas para o desmame entre mulheres assistidas em uma maternidade Amiga da Criança, em Teresina, Piauí. A análise compreensiva permitiu localizar como causas para o desmame a figura do leite fraco, pouco leite e o leite secou, associado ao choro e à fome do bebê. As intercorrências de mama puerperal surgiram como o segundo fator interveniente no curso da lactação. A insensibilidade do profissional de saúde frente à dor da paciente, essa postura impermeável não possibilitou o apoio necessário à mulher e se configurou num dos fatores de desmame detectados. O trabalho foi revelado como elemento dificultador ou impeditivo para a amamentação. As mulheres mostraram uma grande dificuldade em conciliar as múltiplas atribuições (RAMOS & ALMEIDA, 2003).

Em uma pesquisa realizada em Feira de Santana, Bahia, encontrou-se uma associação entre algumas características maternas e o aleitamento materno. Apresentaram maiores prevalências de aleitamento materno e maior chance de serem aleitadas ao peito crianças que nasceram em famílias com renda menor ou igual a dois salários mínimos, filhos de mães multíparas e que não se ausentavam do lar para trabalhar. Com relação à criança, o fato de ter peso ao nascer maior que 2500 gramas, terem sido amamentados no primeiro dia de vida e não ter usado chupeta esteve associado significativamente ao aleitamento materno, com maiores chances de serem amamentadas no primeiro ano de vida (VIEIRA *et al.*, 2004).

Em um estudo longitudinal realizado com 246 assistidas na maternidade do hospital Manoel Gonçalves no município de Itaúna – MG identificou algumas variáveis que interferem na prática da amamentação neste município. A análise multivariada mostrou uma associação negativa entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e as variáveis: intenção de amamentar (< 12 meses), peso do recém-nascido (< 2.500g) e uso de chupeta. O menor tempo de aleitamento materno foi associado com idade materna (< 20 anos), número de consultas de pré-natal (< 5 e > 9 consultas), consumo de álcool ou tabaco, tempo da primeira mamada (> de seis horas) e uso de chupetas. Concluiu-se com este estudo, que as variáveis relacionadas negativamente ao tempo de aleitamento materno exclusivo e complementado, estão associados à assistência materno-infantil, sendo, portanto, passíveis de intervenção (CHAVES *et al.*, 2007).

1.5 Situação Atual do Aleitamento Materno no Brasil nas Duas Últimas Décadas

Muitos avanços ocorreram nas últimas três décadas no tocante à prática do aleitamento materno no Brasil, porém faz-se necessário uma análise da situação do aleitamento materno em municípios brasileiros que já apresentam este levantamento a fim de verificar a frequência e a duração do mesmo, determinando-se possíveis causas para o desmame precoce e para definir grupos populacionais que possam ser beneficiados com programas de apoio e incentivo ao aleitamento materno quando esse se fizer necessário.

Um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto no período de outubro de 1985 a setembro de 1986, com 222 crianças nascidas de baixo peso (peso menor ou igual a 2.500 gramas), avaliou a duração do aleitamento materno no primeiro ano de vida dessas crianças. Encontrou-se uma incidência do aleitamento materno e sua duração, maior nas crianças de maior peso. A prevalência do aleitamento materno foi de 78,4%, 54,1%, 33,3% 24,8% e 21,6% respectivamente, para as idades de 1, 3, 6, 9 e 12 meses. A mediana da duração do aleitamento materno foi de 3 meses. Concluiu-se no estudo que se fazia necessário à implementação de programas de ações bem fundamentadas, envolvendo a comunidade e/ou instituições para resultar em melhoria dos índices de aleitamento que se mostravam inferiores aos encontrados em países desenvolvidos (XAVIER *et al.*, 1991).

Duas pesquisas nacionais, realizadas nas décadas de 70 e 80, mostraram que a duração mediana do aleitamento materno era de apenas 2,5 meses em 1975, passando para 5,5 meses em 1989 (VENÂNCIO, 2003).

Um levantamento sobre a saúde das crianças dos Estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe observou que a duração do aleitamento materno nos três estados foi bastante curta, com medianas ao redor de três e quatro meses, embora no Ceará houvesse uma tendência a maiores durações. É descrito na tabela 2 abaixo o percentual de crianças amamentadas ao seio. Os autores concluíram que os esforços na promoção de estratégias de sobrevivência infantil, como imunização, a terapia de reidratação oral, e principalmente, a promoção do aleitamento materno, ainda apresentavam coberturas insatisfatórias (VICTORA *et al.*, 1991).

TABELA 2

Percentuais de crianças amamentadas ao seio conforme a idade, nas amostras de crianças dos estados do Ceará, Sergipe e Rio Grande do Norte.

Percentual de crianças amamentadas	Ceará	Sergipe	Rio Grande do Norte
1 mês	83,6%	81,8%	81,1%
3 meses	62,6%	58,0%	58,9%
6 meses	41,3%	34,9%	43,9%
12 meses	27,1%	23,0%	19,5%
Número de crianças	4.513	1.043	1.101

Um estudo realizado no município de Botucatu, na região Centro-Sul do Estado de São Paulo, foi estudado 1.643 crianças menores de um ano que compareceram à 1ª etapa da Campanha de Multivacinação, no ano de 1995. O aleitamento materno em Botucatu estava longe do preconizado pela OMS. Apesar da alta frequência da amamentação aos trinta dias, observou-se um padrão de introdução precoce de líquidos e complementos lácteos. Nessa idade, entre as crianças amamentadas, 40% recebiam outros líquidos e 22,8% complemento lácteo, apenas 29% das crianças com um mês de idade estavam em aleitamento materno exclusivo. Os resultados confirmam a necessidade da promoção, e apoio ao aleitamento materno no município de Botucatu, não apenas para aumentar a duração da amamentação, mas, também, para retardar a introdução de complementos (CARVALHAES *et al.*, 1998).

Neste mesmo município foi realizado na maternidade do Hospital Regional da Associação Botucatuense de Hospitais Sorocabana, com 50 duplas mãe/recém-nascido um estudo para identificar as dificuldades no início do aleitamento materno através do protocolo difundido pelo UNICEF.

Os resultados demonstraram que apesar de ativamente combatidas há mais de uma década, ocorria uma alta frequência de práticas desaconselhadas na rotina da maternidade, tais como: demora na primeira mamada e a conseqüente oferta de líquidos, tanto soro glicosado quanto complementos lácteos, e o uso de mamadeiras para esta oferta. De fato, o uso de fórmulas lácteas associou-se com a maior frequência de escores ruins na avaliação da sucção e o uso de soro glicosado com piores escores na avaliação das respostas do recém-nascido (CARVALHAES & CORREA, 2003).

A pesquisa nacional sobre demografia e saúde, realizada em 1996, apontou uma duração mediana do aleitamento materno de 7 meses. No Brasil, embora a maioria das mulheres iniciasse o aleitamento materno, cerca de 92% já não se encontrava em amamentação exclusiva no primeiro mês de vida (VENÂNCIO, 2003).

Um estudo realizado em Ouro Preto MG, no ano de 1996/1997, através de uma investigação epidemiológica transversal, com uma amostra de 229 crianças de 0 a 24 meses, avaliou as práticas de amamentação com base na classificação proposta pela OMS. A maioria das crianças (93,4%) iniciava a vida sendo amamentadas, sendo os restantes 6,6% correspondente as que nunca mamaram. Os dados revelam que o desmame foi bastante intenso já nos primeiros meses de vida. Aos três meses 32,2% das crianças encontravam-se desmamadas; aos seis meses 48,5%; e, aos doze meses, 65,1%. A velocidade de declínio do aleitamento materno foi maior no primeiro período de vida e diminuiu nos períodos seguintes. A duração mediana do aleitamento materno foi de 198 dias, ou 6,6 meses. Além dos índices insatisfatórios de aleitamento materno nos primeiros dois anos de vida, ocorria a introdução precoce de alimentos na dieta das crianças. Apenas 58,2% iniciaram a amamentação de forma exclusiva. Aos três meses, somente 16,6% recebiam apenas leite materno e aos seis meses restava uma fração insignificante de crianças, 1,8%.

Conclui-se que o padrão de amamentação em Ouro Preto caracterizava-se como sendo de curta duração, com introdução precoce de alimentos, evidenciando a necessidade da continuidade de intervenções no sentido de promover o aumento do período de amamentação e de prevenir a suplementação alimentar precoce. Com base nos dados disponíveis pode-se afirmar que os índices de amamentação estavam muito aquém das recomendações da OMS, apesar das evidências de um movimento de retomada dessa prática (PASSOS *et al.*, 2000).

Um estudo desenvolvido em 1998, em 84 municípios de São Paulo, investigou as práticas alimentares de crianças menores de um ano. Foram estudadas 33.735 crianças de um ano, das quais 11.481 eram menores de quatro meses. O resultado revelou que a frequência de amamentação exclusiva em menores de quatro meses apresentava uma ampla variação nos municípios estudados, sendo evidenciados valores nulos em Altair, Álvaro de Carvalho, Arco Íris, Embaúba, Júlio Mesquita, Mariápolis, Oscar Bressane, Queiróz, Salmorão e Vista Alegre Alto, a 54% em Pedro de Toledo. Mesmo internamente a uma mesma região, a frequência da amamentação exclusiva não se mostrava homogênea: entre 2,7% e 45% na região de Sorocaba; entre 0 e 21,8% na região de Marília; e entre 0 e 30,6% na região de Barretos.

Ao avaliar a situação do aleitamento materno em menores de um ano, com ou sem suplemento, verificou-se maior homogeneidade entre os municípios das regiões de Sorocaba

(45,3% em Itaberá e 60,1% em Iperó) e Barretos (43,5% em Altair e 65,3% em Monte Azul Paulista). A região de Marília mostrou uma maior discrepância (39,3% em Queiróz e 76,9% em Júlio de Mesquita).

Conclui-se com este estudo que a alta prevalência do aleitamento materno predominante no Brasil sugere um alerta às autoridades de saúde pública para que se subsidiem ações educativas às mães, com informações sobre os efeitos nocivos da administração de líquidos não nutritivos nos primeiros meses de vida da criança. A heterogeneidade da prática da amamentação nos municípios leva a crer que a realização de diagnósticos locais da situação da amamentação poderia ser incentivada no sentido de subsidiar o planejamento de intervenções apropriadas a cada município (VENÂNCIO *et al.*, 2002).

Um estudo realizado no Sul do Brasil, em Pelotas, buscava determinar se a incidência e a duração da amamentação diferiam conforme o tipo de parto. Foi possível obter informação para 649 crianças no primeiro mês e para 644 no terceiro. Quase todas as crianças (98%) iniciaram o aleitamento materno. As nascidas por cesariana eletiva apresentaram uma incidência de amamentação ligeiramente menor, mas esta diferença não foi significativa.

Crianças recebendo exclusivamente leite materno nesta amostra foram raras: 99 (15%) aos 30 dias de vida e 43 (7%) aos 90 dias, não diferindo entre os tipos de parto. Observaram-se diminuições importantes nas prevalências de amamentação (de 87% para 59%) e amamentação predominante (de 61% para 28%) entre o primeiro e o terceiro mês de vida, mas essas prevalências não estiveram associadas ao tipo de parto. Os autores concluíram que não houve diferença nas incidências de amamentação conforme o tipo de parto. Porém, é preocupante a baixa prevalência em todos os grupos de crianças em amamentação dos 30 a 90 dias de vida, se comparada com o recomendado pela OMS, sendo necessário que a promoção do aleitamento materno fosse feita de forma mais efetiva, para que se elevasse a proporção de crianças exclusivamente amamentadas no primeiro trimestre de vida (WEIDERPASS, 1998).

O estudo realizado pelo Ministério da Saúde em capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 1999, mostrou uma situação mais favorável, com uma duração mediana de amamentação de 10 meses. Entretanto, apesar da tendência ascendente da prática da amamentação no país, a realidade ainda se encontrava longe do cumprimento da recomendação da OMS.

A pesquisa revelou que o desmame precoce ainda era um importante problema de saúde pública no Brasil. No primeiro mês de vida, 53,1% das crianças mamavam exclusivamente no peito, ocorrendo a partir daí uma brusca redução nos índices de aleitamento materno exclusivo, sendo de 9,7% a frequência da amamentação exclusiva no intervalo de 151 a 180 dias. A duração mediana de aleitamento materno exclusivo no Brasil foi de 23,4 dias. Excetuando as

capitais da região norte do país, todas as demais capitais brasileiras apresentaram duração mediana de aleitamento materno inferior a 12 meses. Em todas as capitais estudadas, a duração mediana de aleitamento materno exclusivo foi inferior a 79 dias (ARAÚJO *et al.*, 2003).

Foram estudadas 317 crianças de até 12 meses em quatro Centros de Saúde Escola do município de São Paulo, para avaliar a prática alimentar destas crianças no primeiro ano de vida. Observou-se que, entre as crianças com idade de até 90 dias, 42,2% estavam em aleitamento materno exclusivo e 51% já estavam em aleitamento materno misto ou artificial, enquanto 6,9% das crianças nessa faixa etária, consumiam alimentos não lácteos. Recebiam leite materno no momento da entrevista 49,8% das crianças, de forma exclusiva ou não, enquanto 74,8% da amostra já recebiam outros leites.

Os autores concluíram que considerando a situação ideal do aleitamento materno exclusivo até 6 meses, o desmame ocorreu precocemente no grupo estudado, apesar das mães freqüentarem centros de saúde escola, onde o incentivo a essa prática é acentuado. Devem ser consideradas, dessa forma, ações de caráter educativo que contemplem, principalmente, o prolongamento do aleitamento materno exclusivo (SOUZA *et al.*, 1999).

Um estudo realizado na região Centro-Oeste do Brasil sobre saúde e estado nutricional infantil, avaliou 652 crianças entre 0 e 59 meses, residentes no Município de Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul. Observou-se que 10,8% das crianças não recebiam leite materno ou foram desmamadas antes de completarem um mês, 31,3% antes de completarem quatro meses e 44,8% antes de sete meses. O aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses, proposto pelo PNIAM, está distante da realidade estudada, pois 99,% recebiam outro tipo de alimento até o sexto mês, sendo que, 55,1% das crianças recebiam outro tipo de alimento antes de completarem um mês; 34,5% no primeiro ao terceiro mês; 9,4% no quarto ao sexto e 1,0% a partir do sétimo mês.

Ainda que o estabelecimento da amamentação ao peito possa ser considerado alto 97,6%, esses dados são considerados graves com relação à duração do aleitamento materno exclusivo, com oferta precoce e desnecessária de SLM. Os autores concluíram que a amamentação precisa ser promovida e que as iniciativas devem ser tomadas com intuito de aumentar o consumo de leite materno por todos os lactentes (RIBAS *et al.*, 1999).

Na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), uma instituição estadual destinada à assistência de saúde da mulher, da criança e do adolescente na cidade de Terezina (PI), tratando-se de um Hospital Amigo da Criança, os autores concluíram que as taxas de amamentação exclusiva permanecem baixas com mediana de 33,7 dias, quando o preconizado é de 180 dias. Dessa forma, há de se propor ajustes no modelo ora vigente, pois as normas e rotinas em vigor

não são capazes de responder de forma universalizada às necessidades das pacientes tal qual se supõe, devendo, portanto, privilegiar ações que contemplem a introjeção de novos valores culturais em favor da amamentação aprendidos tanto pela mulher quanto pela sociedade, dando ênfase às necessidades diferenciadas que se alicerçam na dimensão subjetiva da mulher (RAMOS & ALMEIDA, 2003).

Um estudo realizado em Maceió (AL) no ano de 2000, em hospitais de médio porte (50 a 149 leitos) e grande porte (150 a 490 leitos), avaliou o cumprimento da legislação brasileira quanto ao aleitamento materno por funcionárias de hospitais. Conclui-se que mesmo existindo uma legislação que garanta os direitos às mulheres trabalhadoras de amamentar seu filho por pelo menos até o sexto mês de vida, esse benefício não era atendido o suficiente para que o aleitamento materno fosse um verdadeiro sucesso. Todos os hospitais de médio e grande porte incluídos no estudo cumpriam apenas parcialmente as leis que dão proteção ao trabalho da mulher e garantem seu direito à maternidade. É preocupante constatar que a maioria das instituições hospitalares não asseguraram às mães trabalhadoras a amamentação de seus filhos durante o período estabelecido em lei, por não lhes oferecer um local apropriado para a guarda dos lactentes (OLIVEIRA & SILVA, 2003).

Em uma unidade de saúde da família, da zona leste do município de São Paulo, avaliou a opinião de 41 mulheres sobre a quantidade de leite materno produzido. A maioria das entrevistadas achava que produzira muito leite no primeiro mês, totalizando 58,5%; enquanto 24,4%; achavam que produziam uma quantidade normal. Porém, a introdução de leites artificiais na dieta da criança ocorreu com uma média de 52,4 dias, e a mediana de 36 dias após o parto. Apenas uma mulher (2,4%) aleitou exclusivamente até o quarto mês de vida. Observou-se neste estudo que, apesar de um grande número de mulheres, considerarem que produziam muito leite, houve a interrupção precoce do aleitamento exclusivo, portanto, é necessário que a equipe de saúde que assiste a mulher no pré-natal, parto e puerpério, deva atentar para os critérios que as mulheres utilizam para decidir se continuam ou interrompem a amamentação exclusiva, e conseqüentemente, aumentar este período (BORGES & PHILIPPI, 2003).

Em um estudo realizado em Feira de Santana com 2.319 mães de crianças menores de um ano, para avaliar a prevalência do aleitamento materno e as causas do desmame precoce, observou-se que 69,2% dos menores de um ano estavam sendo amamentados. Quando as crianças foram agrupadas em intervalos mensais verificou-se que o aleitamento natural sofria influência de acordo com a faixa etária da criança. Com um mês de vida, 93,8% das crianças estavam sendo amamentadas, na faixa etária de 31 a 60 dias 93,8% e 48,6% com 11 meses de idade. Quanto ao aleitamento exclusivo a prevalência aos quatro e seis meses de vida foi de

48,3% e 38,5% respectivamente sendo que no primeiro mês 62,1% mamavam exclusivamente e apenas 17,7% se beneficiavam do aleitamento exclusivo aos seis meses de vida. Os autores concluíram que existe uma alta prevalência de amamentação em Feira de Santana no primeiro ano de vida, se comparada ao Brasil (VIEIRA *et al*, 2004)

Em Carbonita, São Gonçalo do Rio Preto e Datas, na região do Alto Jequitinhonha, em Minas Gerais, avaliou-se a frequência e a duração do aleitamento materno em 450 crianças com idade até 24 meses. As taxas de aleitamento materno foram de 97,08% antes de um mês, 77,81% com três meses, 62,14% com seis meses e 41,73% com doze meses. Em relação ao aleitamento materno exclusivo 60,00% com menos de um mês, 13,65% com menos de três meses e 0,84% com seis meses. As medianas encontradas foram 1,51 meses para aleitamento materno exclusivo, 3,85 meses para aleitamento materno completo e 10,85 para aleitamento materno. Neste estudo constatou-se uma duração do aleitamento significativamente maior do que em outros estudos recentes realizados em Minas Gerais e no Brasil. Em relação ao aleitamento materno exclusivo a taxa encontrada de 1,51 meses não foi satisfatória. Os autores concluíram ser necessário melhorares hábitos alimentares das crianças estudadas, pois alimentos complementares de baixo valor nutritivo são introduzidos precocemente, com todas as desvantagens deste hábito (SILVEIRA & LAMOUNIER, 2004).

Em um estudo transversal realizado no dia da primeira campanha nacional de vacinal no Mato Grosso sobre a evolução do aleitamento materno de 1999 a 2004, observou-se que houve incremento positivo em todas as faixas etárias maternas quanto à modalidade de Aleitamento materno exclusivo. A prevalência do aleitamento materno exclusivo dobrou em cinco anos nas crianças menores de 120 dias, passou de 17,7% para 28,5% (SILVA *et al.*, 2007).

Como observado acima, têm ocorrido uma maior adesão das mães à prática do aleitamento materno em alguns municípios brasileiros, entretanto estes números ainda não perfazem o recomendado pelo OMS, principalmente em relação ao aleitamento materno exclusivo. O estudo da prevalência do aleitamento materno em municípios brasileiros, bem como na cidade de Ipatinga-MG, permitindo determinar a frequência, a duração e a situação do aleitamento materno, identificando o início da introdução de alimentos complementares a nutrição do lactente, definindo fatores associados ao desmame precoce e permitindo a criação de programas promocionais e apoio ao aleitamento materno de forma mais eficiente.

2 - JUSTIFICATIVA

Nos capítulos anteriores, os dados disponíveis demonstram baixos índices de aleitamento materno em alguns municípios, principalmente em relação ao aleitamento materno exclusivo, recomendado até seis meses de idade como se propõe atualmente. O estudo da situação atual do aleitamento materno em determinadas regiões, portanto, pode ser importante para avaliar a frequência e a duração do aleitamento materno, determinando os possíveis fatores associados ao desmame precoce e a interrupção do aleitamento materno antes dos 24 meses de idade. O diagnóstico da situação do aleitamento materno no município de Ipatinga-MG poderá determinar a criação de programas de promoção e apoio ao aleitamento materno de forma mais efetiva, visando priorizar grupos populacionais que possam ser beneficiados por esses programas de incentivo a amamentação, uma vez que definiremos o perfil da lactante e do lactente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Verificar a situação do aleitamento materno em crianças de 0 a 24 meses de idade no município de Ipatinga – MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a frequência e a duração do aleitamento materno em crianças com até 24 meses de idade no município de Ipatinga – MG.
- Analisar alguns fatores associados com aleitamento materno (de 7 a 24 meses de idade) e do desmame (antes dos 6 meses de idade).
- Identificar o início da introdução de alimentos complementares a nutrição do lactente.

4 HIPÓTESE

A situação do aleitamento materno em Ipatinga não preenche os valores recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS): aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida e aleitamento materno até vinte e quatro meses de idade ou mais.

5 CASUÍSTICA E METÓDOS

5.1 Local da Pesquisa



FIGURA 2 – Mapa do município de Ipatinga-MG. Mapa de Minas Gerais

Fonte: <http://www.ipatinga.mg.gov.br>.

A coleta de dados foi realizada no município de Ipatinga – MG, região metropolitana do Vale do Aço, localizada a 217 km da capital mineira, Belo Horizonte. O município apresenta uma população de aproximadamente 212.452 habitantes, desses, 211.362 residem em área urbana e 1.090 em área rural. Ipatinga conta com 15 unidades de saúde, onde são realizadas as Campanhas Nacionais de Vacinação, além de contar com outros locais de distribuição das vacinas.

A população de menores de 12 meses encontra-se em torno de 4158, de 12 meses 4355 e de 24 meses 4033 aproximadamente. O principal recurso econômico da cidade é a atividade industrial, com destaque para a Usinas Siderúrgicas de Minas Gerais - USIMINAS.

5.2 Delineamento do Estudo

A pesquisa aqui apresentada um estudo epidemiológico do tipo transversal ou de prevalência, que foi realizado com mães de crianças de 0 a 24 meses de idade realizado em 15 unidades básicas de saúde no dia da primeira etapa da Campanha Nacional de Vacinação em 2008 no município de Ipatinga-MG.

5.2.1 Critério de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo mães biológicas de crianças de 0 a 24 meses, residentes no município de Ipatinga que acompanharão os filhos às unidades de saúde no dia da primeira etapa da Campanha Nacional de Vacinação de 2008.

Foram excluídas do estudo as mães que não eram residentes no município de Ipatinga, as acompanhantes das crianças que não eram as mães das mesmas e as mães das crianças que por algum motivo foram impossibilitadas de receber o leite materno.

5.2.2 Amostra

Foram consideradas para o estudo todas as crianças de 0 a 24 meses de idade que residiam no município de Ipatinga e que compareceram a Primeira etapa da Campanha Nacional de Vacinação no município de Ipatinga-MG em 2008 e que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos pela pesquisa.

5.3 Instrumentos de coleta dos dados

Foi realizado um estudo piloto com 50 mulheres na primeira etapa da campanha Nacional de Vacinação no dia 11 de junho de 2005, próximo a Unidade Básica de Saúde do Bairro Bom Retiro em Ipatinga – MG, com objetivo de avaliar o questionário e a metodologia da pesquisa. Após a realização do estudo piloto, algumas adequações foram realizadas no questionário a ser aplicado.

A coleta dos dados foi realizada através da aplicação do questionário (Apêndice I) um recordatório de 24 horas (*“current status”*), refletindo as práticas atuais da amamentação. O questionário continha questões diretas e objetivas e incluíram, para todas as crianças, questões sobre o consumo nas últimas 24 horas de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos, seguindo as recomendações da OMS para levantamentos sobre amamentação (WHO, 2008). Quanto as características das crianças, questionou-se ainda o gênero, ser amamentada no dia do nascimento, uso de chupeta. O questionário ainda abordou dados referentes à habitação e aos pais da criança pesquisada, como idade, escolaridade, renda familiar, trabalho fora do lar, paridade.

Foram consideradas como amamentadas todas as crianças que mamavam independente do uso de outros alimentos. Em aleitamento materno exclusivo, foram classificadas as crianças somente alimentadas com leite materno, não recebendo chás, água e/ou sucos. Foram consideradas como desmamadas, as crianças que tinham cessado completamente o uso de leite materno.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e voluntários dos cursos da área da saúde do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (UNILESTE-MG). Os voluntários receberam um treinamento prévio para a aplicação do questionário.

As atividades de vacinação e coleta não aconteceram somente no dia previsto, mas durante períodos que antecederam ou ultrapassaram essa data, em função da necessidade de se atingir maiores coberturas populacionais e cumprir com as metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Dessa forma a coleta foi realizada uma semana antes do dia da primeira etapa da Campanha Nacional de Vacinação, que foi estabelecido no dia 14 de junho de 2008, e uma semana depois nas unidades básicas de saúde do município de Ipatinga-MG.

As mães eram abordadas na fila de vacinação por um ou dois universitários que informavam a realização de um inquérito sobre alimentação infantil e, após o consentimento livre e esclarecido, os questionários eram aplicados individualmente.

5.3.1 Seleção e treinamento dos entrevistadores

O grupo de entrevistadores foi selecionado entre graduandos voluntários dos cursos da área da saúde do UNILESTE-MG. Foi realizado um treinamento para os estudantes com a duração de aproximadamente 8 horas. No treinamento foi abordada a metodologia

proposta para o estudo, leitura e discussão do questionário. A equipe final foi composta por 40 alunos. Os graduandos foram divididos em duplas e distribuídos pelas 15 Unidades básicas de Saúde no período matutino e vespertino, com revezamento de turno. O material para realização da coleta de dados e os questionários foram distribuídos para todos os voluntários na última reunião antes da execução da pesquisa. Os demais questionários foram entregues subsequenteiramente pelo próprio pesquisador.

5.4 Aspectos Éticos

Os entrevistadores foram orientados a seguirem os princípios éticos de respeito ao indivíduo. Antes do início da entrevista cada entrevistado se identificava junto aos coordenadores de cada unidade básica de saúde e posteriormente para cada sujeito da pesquisa, explicando os objetivos do estudo e em seguida solicitando permissão para realização da coleta após a assinatura da via do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II). A Prefeitura Municipal de Ipatinga também autorizou a coleta de dados nas unidades de saúde do município previamente. O projeto obteve aprovação pela Câmara do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

5.5 Análise Estatística

Os dados foram analisados empregando-se estatística descritiva e inferencial e os resultados apresentados em tabelas e gráficos. Para análise estatística, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS) versão 11.0, BioEstatc2.0 e Microsoft Excel. As variáveis quantitativas foram descritas através da mediana para análise da duração do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo. Já as variáveis qualitativas foram apresentadas através de frequências relativas e absolutas. Foi aplicado o teste qui-quadrado para verificar a associação entre fatores ligados ao desmame precoce e a interrupção do aleitamento materno. Nas variáveis que apresentaram associação significativa entre os fatores associados ao desmame precoce e a interrupção do aleitamento materno, utilizou-se a regressão logística simples para os fatores preditores da descontinuidade da amamentação. O nível de significância adotado foi de 5% sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$.

Para estudo da duração do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, os dados pertinentes a esta análise foram transportados para planilha eletrônica e analisados através da técnica de tábua de vida. Considerou-se o fato de receber leite materno como critério de aferição. A introdução de água, chás, sucos e outro tipo de leite como evento final de análise do aleitamento materno exclusivo. Na elaboração na curva de sobrevivência do aleitamento materno, o evento final foi à interrupção definitiva da amamentação.

6. RESULTADOS

6.1 Descrições do grupo

Foram entrevistadas 1669 mães de crianças na faixa etária de 0 a 24 meses de idade na primeira campanha nacional de vacinação em 2008, em 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana do município de Ipatinga (MG). Amostra deste estudo ficou constituída de mães e crianças cujas características são descritas a seguir.

6.1.1 Características Demográficas

Das 1669 crianças, 624 estavam na faixa etária de 0 a 6 meses de idade, 444 de 7 a 12 meses e 601 na faixa etária de 13 a 24 meses de vida. Observou-se uma distribuição homogênea entre os dois gêneros, sendo 844 crianças do gênero masculino (50,6%) e 825 (49,4%) do gênero feminino. Os dados estão sumarizados na tabela 1.

O número de filhos vivos de cada família entrevistada variou de um a nove, sendo que 795 crianças (47,6%) eram primogênitas (o primeiro filho no dia da entrevista).

A idade das mães variou de 15 a 47 anos com a média de idade de 26,9 anos. A proporção de mães adolescentes (idade inferior a 20 anos) foi de 294 (17,6%) e cerca de 170 (10,1%) mães apresentavam idade acima de 35 anos.

Do total de crianças envolvidas 263 (15,8%) não tinham o pai residente com a família ou participando da estrutura familiar.

TABELA 3

Características Demográficas do grupo estudado em Ipatinga (MG), 2008.

Variáveis	Frequência	Percentual
Gênero		
Masculino	844	50,6%
Feminino	825	49,4%
Idade		
0 a 6 meses	624	37,4%
7 a 12 meses	444	26,6%
13 a 24 meses	601	36,0%
Paridade Materna		
1 filho	795	47,6%
2 filhos	408	28,7%
3 filhos	234	14,0%
4 ou mais filhos	163	9,7%
Idade Materna		
≤ a 20 anos	294	17,6%
21 a 25 anos	453	27,1%
26 a 30 anos	464	27,8%
31 a 35 anos	288	17,2%
Acima de 35 anos	170	10,1%
Coabitação Paterna		
Sim	1401	83,9%
Não	263	15,8%

6.1.2 Características Socioeconômicas

Observou-se na tabela 4 que do total de mães entrevistadas 30,5% referiram renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, sendo que 29,1% informaram renda familiar de até um salário mínimo. Um pequeno percentual de mães 0,4% não soube informar a renda familiar.

Quanto à escolaridade 130 mães (7,8%) tinham cursado apenas o primário, e a maioria (54,8%) tinha o ensino médio. Apenas 26 (4,4%) dos pais não tinham nenhuma escolaridade, 32,1% tinham o ensino fundamental e 48,2% o ensino médio. Com relação ao ensino superior aproximadamente 7% de pais e mães atingiram essa escolaridade.

A maioria absoluta das mães entrevistadas (67,9%) não exercia nenhuma atividade remunerada. Das 535 (32,1%) mães que relataram exercer atividade profissional fora do lar, 157 (9,4%) não tiveram o direito a licença maternidade.

TABELA 4

Característico Sócio Econômicas do grupo estudado em Ipatinga (MG), 2008

Variáveis	Frequência	Percentual
Escolaridade Materna		
Primário	130	7,8%
Fundamental	504	30,2%
Médio	915	54,8%
Superior	120	7,2%
Escolaridade Paterna		
Sem Escolaridade	73	4,4%
Primário	141	8,4%
Fundamental	535	32,1%
Médio	804	48,2%
Superior	116	7,0%
Renda Familiar		
Até 1 Salário	490	29,4%
De 1 a 2 Salários	509	30,5%
De 2 a 3 Salários	335	20,1%
Acima de 3 Salários	335	20,1%
Atividade Remunerada Materna		
Sim	536	32,1%
Não	1133	67,9%

6.2 Frequência e duração do aleitamento materno

Para determinação da frequência e duração do aleitamento materno, considerou-se o fato de receber leite materno um critério para a aferição e a introdução de outros alimentos como determinante das várias práticas de amamentação: abordamos o aleitamento materno exclusivo (definido como o recebimento de leite materno, sem a introdução de outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xarope contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos) e o aleitamento materno complementado (definido como o recebimento de leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos).

TABELA 5

Frequência do Aleitamento Materno no Grupo Estudado em Ipatinga (MG), 2008

	Frequência	Percentual
Sim	864	51,8%
Não	805	48,2%
Total	1669	100%

A tabela 3 mostra a frequência do aleitamento materno (quando a criança recebe leite humano direto da mama ou ordenhado) das crianças de 0 a 24 meses. A duração mediana do aleitamento materno foi de 5 meses.

A tabela 4 se refere à frequência de aleitamento materno exclusivo (das crianças com até 6 meses de idade).

TABELA 6

Frequência do aleitamento materno exclusivo no Grupo Estudado em Ipatinga (MG), 2008

	Frequência	Porcentagem
Sim	182	29,1%
Não	442	70,83%
Total	624	100%

Percebe-se que a prática do aleitamento materno exclusivo não é praticada universalmente, sendo apenas 29,1% das crianças na faixa etária de 0 a 6 meses amamentadas exclusivamente. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 2 meses.

O gráfico 1 resume os diferentes comportamentos de amamentação abordados. Discute-se em seguida o aleitamento materno complementado e o aleitamento materno exclusivo separadamente, permitindo identificar ao final de cada mês a proporção de lactentes que permanecem sendo amamentados. Esta forma de apresentação permite uma análise longitudinal dos dados.

GRÁFICO 1

Duração do Aleitamento Materno e Aleitamento Materno Exclusivo em Ipatinga (MG), 2008

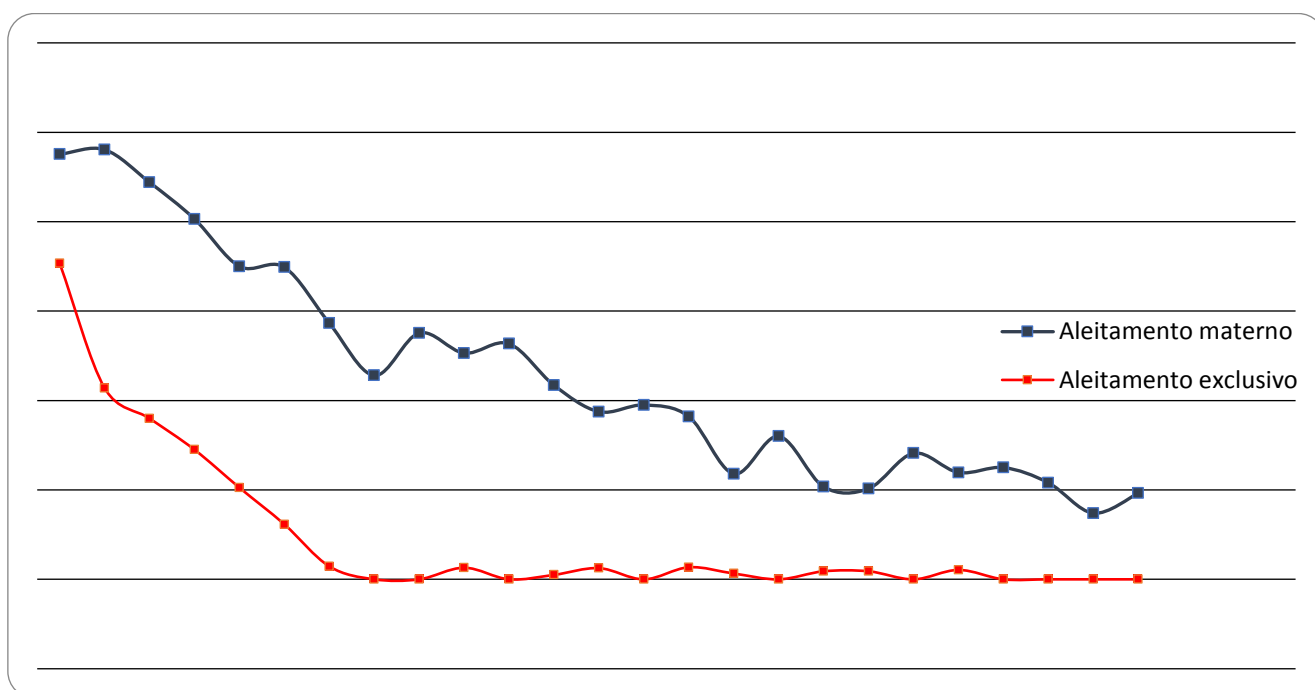


GRAFICO 1 – Duração do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo em Ipatinga (MG), 2008.

6.2.1 Aleitamento materno exclusivo

É possível perceber através da análise do gráfico 2 que a pratica do aleitamento materno exclusivo em crianças na faixa etária abaixo de 1 mês corresponde a 70%.

Percebemos uma a introdução precoce de alimentos na nutrição das crianças logo nos primeiros dias, sendo que no primeiro mês apenas 42,8% das crianças era amamentada exclusivamente e aos dois meses esta taxa é de aproximadamente 36%.

Aos três meses a proporção é de 29% e aos quatro meses um percentual de aproximadamente 20,5% das crianças recebe exclusivamente o leite materno. Aos cinco meses

essa taxa cai para 12,3% e aos seis meses este índice é de apenas 2,9%. Aos sete meses de idade, já não se observam crianças que possam ser classificadas com padrão de aleitamento materno exclusivo.

GRÁFICO 2

Duração do Aleitamento Materno Exclusivo em Ipatinga (MG), 2008

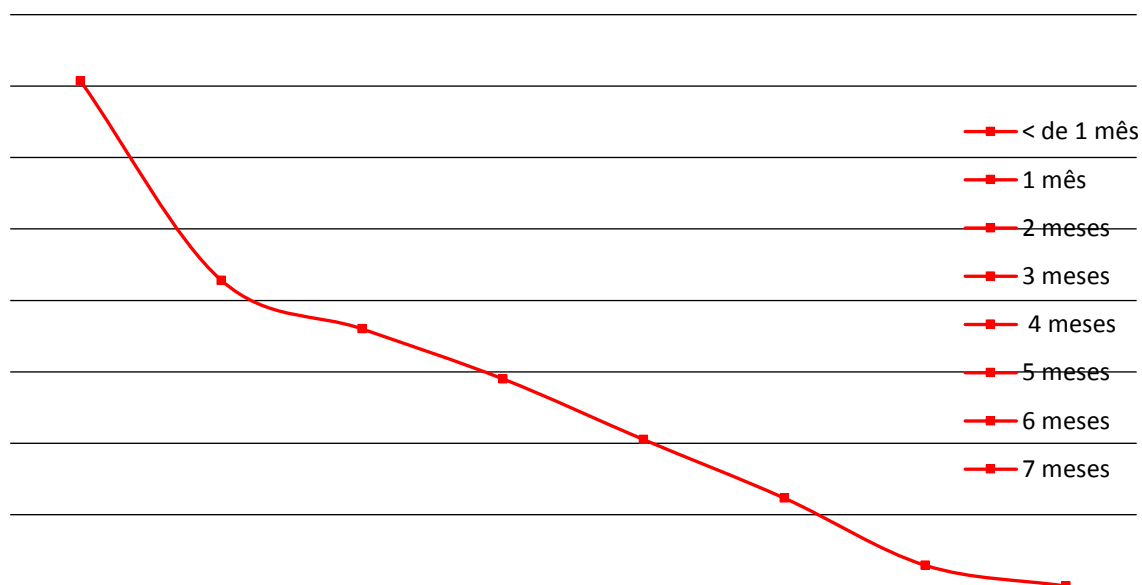


GRÁFICO 2 – Duração do aleitamento materno exclusivo em Ipatinga (MG), 2008

6.2.2 Aleitamento Materno

É possível perceber através do gráfico 3 que em relação a este padrão de aleitamento materno, a grande maioria das crianças (95,1%) começam a receber o leite materno após o nascimento, independente de receberem também água, chás ou alimentação sólida.

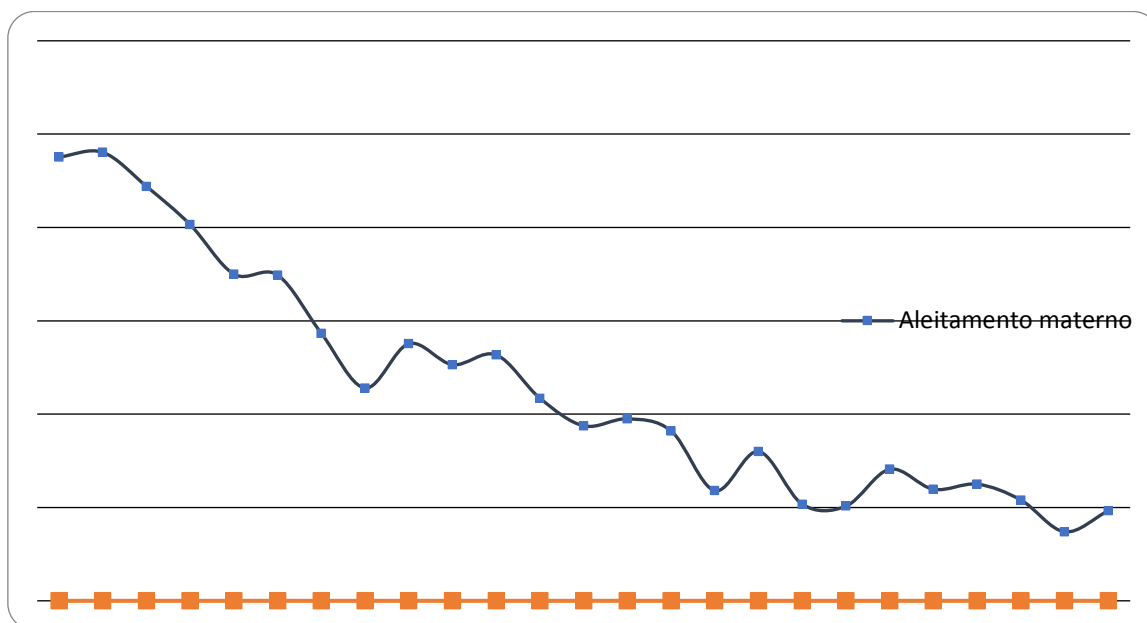
Por volta dos dois meses de idade a proporção de crianças em aleitamento materno é de 88,8%, aos quatro meses este número cai para 70%.

Aos seis meses a proporção de crianças que continuam a receber leite materno é de 69,8%. Ao final do primeiro ano de vida 37,5% das crianças continuam sendo amamentadas.

Durante o segundo ano de vida, os índices de amamentação continuam decrescentes. Aos dezoito meses a proporção de crianças que ainda recebem leite materno é de 20,3% e aos 24 meses esta proporção é de 19,3%.

GRÁFICO 3

Duração do Aleitamento Materno em Ipatinga (MG), 2008

**GRÁFICO 3** – Duração do aleitamento materno em Ipatinga (MG), 2008.**6.3 Assistência Materno-infantil**

Os resultados apresentados a seguir na tabela 5 se referem à assistência materno infantil e ao atendimento ao binômio mãe-filho durante a passagem pelo hospital/maternidade e a algumas dificuldades com a amamentação apresentada pela mãe após o parto.

TABELA 7

Distribuição das variáveis associadas à assistência materno-infantil em Ipatinga (MG), 2008

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Alojamento conjunto		
Sim	1491	89,3%
Não	178	10,6%
Mamou na sala de parto		
Sim	367	21,9%
Não	1302	78%
Orientações no pré-natal		
Sim	1331	79,7%

Não	338	20,2%
Orientações na maternidade		
Sim	1496	89,6%
Não	173	10,3%
Fissura mamilar		
Sim	649	38,8%
Não	1020	61,1%
Ingurgitamento mamário		
Sim	392	23,4%
Não	1277	76,5%
Mastite		
Sim	81	4,8%
Não	1588	95,1%

Com relação ao regime de internação durante a permanência no hospital, 1491 mães, (89,3%) informaram ter utilizado o regime de alojamento conjunto, contra 10,6% que relataram ter permanecido separadas dos bebês após o parto.

A amamentação na sala de parto foi relatada por apenas 367 (21,9%) das mães entrevistadas.

Com relação às orientações sobre aleitamento materno recebidas durante o pré-natal, 79,7% das mães relataram ter tido acesso a essas orientações e 89,6% informaram ter recebido alguma orientação no período em que permaneceram no hospital/maternidade.

Com relação às dificuldades iniciais com a amamentação, 38,8% das mães relataram a presença de fissura mamilar, 23,4% apresentaram ingurgitamento mamário e 4,8% mastite/abscesso.

6.4 Hábitos Alimentares

6.4.1 Hábitos alimentares no primeiro dia em casa

A tabela 6 se refere aos hábitos alimentares das crianças avaliadas, sendo considerado o recebimento de leite materno e ou o recebimento de outro leite, chás e água no primeiro dia em casa após a alta da maternidade.

TABELA 8

Hábitos alimentares no primeiro dia em casa após a alta da maternidade em Ipatinga (MG),
2008

<i>Variáveis</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Recebeu leite materno		
Sim	1566	93,8%
Não	103	6,2%
Recebeu outro leite		
Sim	373	22,3%
Não	1296	77,7%
Recebeu Chá		
Sim	237	14,2%
Não	1432	85,8%

Observou-se na tabela 6 que 1566 crianças (cerca de 93,8%) receberam leite materno no primeiro dia em casa após a alta da maternidade e que 373 (22,3%) e 237 (14,2%) receberam outro leite e chá respectivamente.

6.4.2 Hábitos alimentares nas 24 horas que precederam a entrevista

A tabela 7 delinea a distribuição dos hábitos alimentares e a utilização de mamadeira pelas crianças entrevistadas nas 24 horas que precederam a entrevista.

TABELA 9

Hábitos alimentares nas 24 horas que precederam a entrevista em Ipatinga (MG), 2008

<i>Variáveis</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Recebeu Chá		
Sim	322	19,3%
Não	1347	80,7%
Recebeu Água Pura		
Sim	1233	73,9%
Não	436	26,1%
Recebeu Outro Leite		
Sim	1199	71,8%
Não	470	28,2%
Recebeu Suco de Fruta		
Sim	930	55,7%
Não	739	44,3%

Utilizou Mamadeira		
Sim	1181	70,8%
Não	487	29,2%
Recebeu Frutas em Pedaco		
Sim	878	52,6%
Não	791	47,4%
Recebeu Sopinha/Papinha		
Sim	936	56,0%
Não	733	43,9%
Consistência da Sopa		
Pedaco	473	28,3%
Amassada	435	26,1%
Peneirada	08	0,5%
Liquidificada	28	1,7%
Sopa continha Carne		
Sim	650	69,0%
Não	292	31,0%
Recebeu refeição da Família		
Sim	875	52,4%
Não	794	47,6%

Como pode ser observado na tabela 7 (19,3%) das crianças tinham recebido chá nas 24 horas que precederam a entrevista, (73,9%) água pura, (71,8%) receberam outro tipo de leite, (55,7%) suco de fruta. Com relação à utilização de mamadeira (70,8%) das crianças tinham feito uso da mesma. Quando questionadas quanto ao recebimento de frutas em pedaços, (52,6%) responderam afirmativamente o recebimento de alguma fruta nas 24 horas que precederam a entrevista, (56,0%) o recebimento de sopinha/papinha, sendo que (28,3%) das crianças que recebiam sopinha/papinha a recebiam com a consistência sendo definida como em pedaços e (69,0%) afirmaram que a Sopinha/Papinha continha algum tipo de carne. Quanto a receberem a mesma refeição da família, (52,4%) das mães confirmaram o recebimento da mesma pela criança.

6.4.3 Introdução de outros alimentos a nutrição da criança de 0 a 6 meses

Os gráficos 4 e 5 descritos a seguir delineiam separadamente a introdução de líquidos e a utilização de mamadeira e a introdução de alimentos semi-sólidos-sólidos, distribuídos nos 6 primeiros meses, afim de analisarmos a introdução precoce de outros alimentos a nutrição das crianças entrevistadas

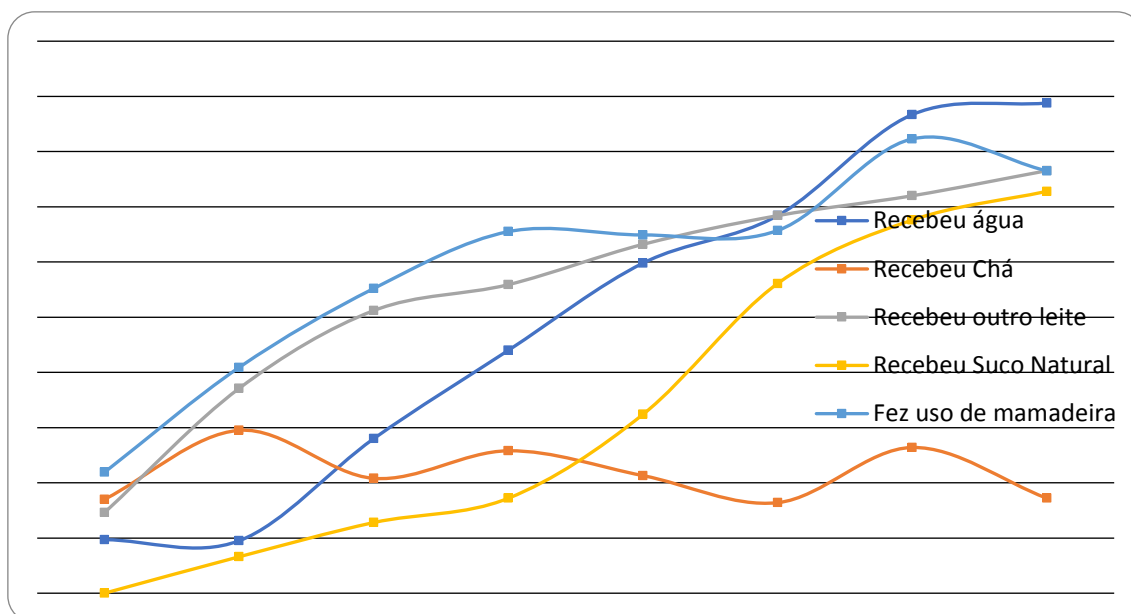


GRÁFICO 4 – Introdução de outros líquidos na nutrição das crianças de 0 a 6 meses

Como pode ser observado no gráfico 4, um número expressivo de crianças na faixa etária de 0 a 6 meses haviam feito uso da mamadeira ou chucas nas 24 horas que precederam a entrevista. Destes, 21,9% tinham menos de 1 mês, com 1 mês 40,9% já faziam uso da mamadeira, com 2 meses 55,2%, com 3 meses 65,5%, com 4 meses 64,9%, com 5 meses 65,7% e aos 6 meses 82,3% das crianças utilizavam a mamadeira.

Com relação ao consumo de outros alimentos líquidos pelas crianças podemos observar a introdução precoce de outros tipos de leite na nutrição da criança. Nas crianças com menos de 1 mês 14,6% já recebiam outro tipo de leite, 37,1% das crianças com 1 mês, 51,2% com 2 meses, 55,9% com 3 meses. Aos 4, 5, 6 e 7 meses estes valores tiveram um aumento progressivo sendo de 63,2%, 68,4%, 72,0% e 76,5% respectivamente.

Com relação ao consumo de chá, 17% das crianças com menos de 1 mês já recebiam chá, 29,5% com 1 mês, 20,8% aos 2 meses, 25,8% aos 3 meses, 21,3% aos 4 meses, 16,4% aos 5 meses e 26,4% aos 6 meses.

A introdução de água também ocorreu precocemente, sendo que 9,7% das crianças com menos de 1 mês recebiam água, 9,5% com 1 mês, 28,0% com 2 meses, 44,0% aos 3 meses, 59,8% aos 4 meses, 68,4% aos 5 meses e 86,7% aos 6 meses.

Nenhuma criança com menos de 1 mês recebeu suco de frutas, com 1 mês 6,6 % das crianças recebiam suco de frutas, 12,8% com 2 meses, 17,2% aos 3 meses, 32,4% aos 4 meses, 56,1% aos 5 meses e 67,6% aos 6 meses.

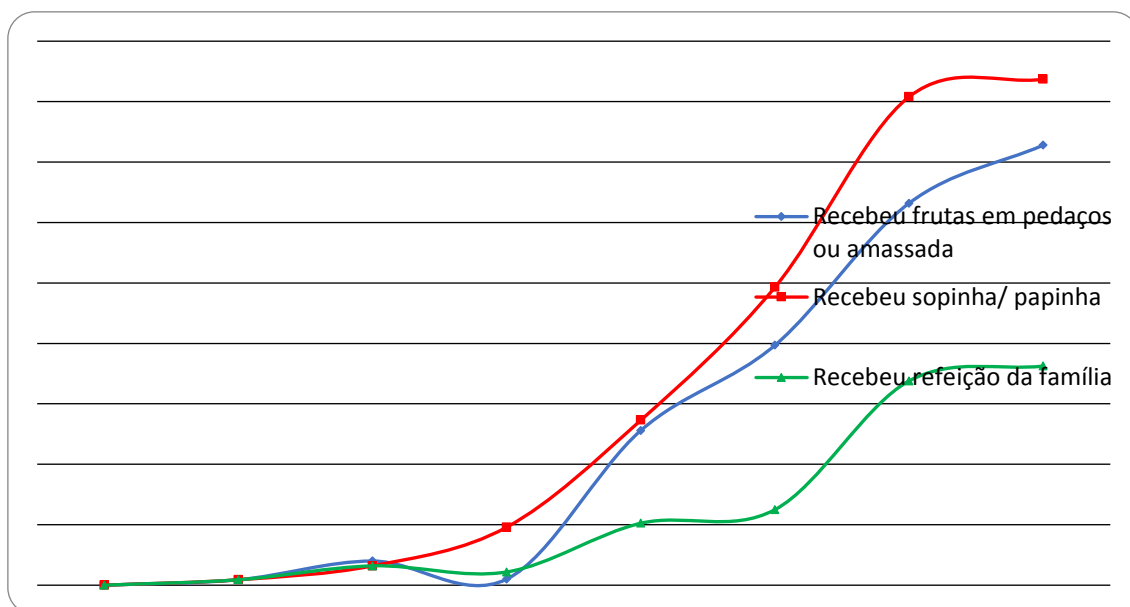


GRÁFICO 5 - Introdução de alimentos semisólidos e sólidos à nutrição da criança de 0 a 6 meses em Ipatinga (MG), 2008.

O gráfico 5 define a introdução precoce de alimentos semi-sólidos e sólidos na nutrição de crianças nos primeiros 6 meses de vida. Como pode ser observado nenhuma das crianças com menos de 1 mês havia recebido frutas em pedaços ou amassadas, sopinha/papinha e refeição da família.

Com 1 mês 0,9% haviam recebido frutas em pedaços ou amassadas, sopinha/papinha e refeição da família, com 2 meses 4% já tinham recebido frutas amassadas ou em pedaço, 3,2% sopinha/papinha e refeição da família.

Com 3 meses 1% tinham recebido frutas em pedaço ou amassada, 9,6% sopinha/papinha e 2,1% já tinham recebido a mesma refeição que o restante da família. Aos 4 meses 25,6% haviam recebido frutas em pedaços ou amassada, 27,3% sopinha/papinha e 10,25% a refeição da família.

Com 5 meses 39,7% das crianças já tinham recebido frutas em pedaços ou amassadas, 49,3% sopinha/papinha e 12,5% comiam a mesma refeição da família. Aos seis meses 63,2% das crianças avaliadas já tinham recebido frutas em pedaços ou amassadas, 80,8% sopinha/papinha e 33,8% recebiam a refeição do restante da família.

Das crianças que recebiam sopinha/papinha na faixa etária até 6 meses, 74,3% a recebiam com a consistência amassada, 11,8% liquidificada, 10,4% em pedaços e 3,4% peneiradas.

6.5 Fatores relacionados com o desmame precoce e a interrupção do aleitamento materno

A análise se refere a associação entre a interrupção do aleitamento materno e o demame precoce e algumas variáveis demográficas, sócio-econômicas e relacionadas a assistência materno-infantil. Foi avaliado separadamente a interrupção do aleitamento materno (quando esse ocorreu antes dos 24 meses de vida) e o desmame precoce (quando o desmame ocorre antes dos 6 meses de idade). O teste do qui-quadrado foi adotado para comparação das frequências observadas e avaliação de associação entre as variáveis, assumindo-se um nível de confiança de 95% ($p < 0,05$).

A tabela 8 mostra a associação entre variáveis demográficas e sócio-econômicas estudadas e o desmame precoce contemplando as crianças de 0 a 6 meses.

TABELA 10

Variáveis demográficas e sócioeconômicas e a associação com o Desmame Precoce em Ipatinga (MG), 2008

Variáveis	Aleitamento Materno		“P”
	Sim	Não	
Escolaridade – Mãe			
Primário	44	7	0,66
Fundamental	146	40	
Médio	277	72	
Superior	30	8	
Renda Familiar			
Até 1 salário	146	43	0,73
De 1 a 2	156	39	
De 2 a 3	99	21	
Acima de 3	96	24	

Escolaridade – Pai			
Sem Escolaridade	21	5	0,35
Primário	38	16	
Fundamental	156	36	
Médio	251	59	
Superior	31	11	
Coabitação Paterna			
Sim	422	108	0,90
Não	75	19	
Atividade Profissional remunerada – Mãe			
Sim	163	43	0,82
Não	334	84	
Primeiro Filho			
Sim	237	69	0,18
Não	260	58	

Nível de significância $p < 0,05$.

Como pode ser observado na tabela 8 nenhuma das variáveis sócio-econômicas e demográficas apresentaram associação estatisticamente significativa com o desmame precoce. Escolaridade Materna ($p = 0,66$), renda familiar ($p = 0,73$), escolaridade paterna ($p = 0,35$), coabitação paterna ($p = 0,90$), atividade profissional remunerada materna ($p = 0,82$) e ser o primeiro filho ($p = 0,18$).

A tabela 11 sumariza as associações entre a interrupção do aleitamento materno na faixa etária de 7 a 24 meses e variáveis sócio-econômicas e demográficas.

TABELA 11

Variáveis sócioeconômicas e demográficas e a associação com a interrupção do aleitamento materno das crianças na faixa etária de 7 a 24 meses em Ipatinga (MG), 2008

Variáveis	Aleitamento Materno		“P”
	Sim	Não	

Escolaridade – Mãe			
Primário	36	43	0,26
Fundamental	123	195	
Médio	186	380	
Superior	22	60	
Renda Familiar			
Até 1 salário	121	180	0,15
De 1 a 2	113	201	
De 2 a 3	76	139	
Acima de 3	57	158	
Escolaridade – Pai			
Sem Escolaridade	13	34	0,004
Primário	39	48	
Fundamental	140	203	
Médio	148	346	
Superior	27	47	
Coabitação Paterna			
Sim	319	557	0,04
Não	48	121	
Atividade Profissional remunerada – Mãe			
Sim	85	245	
Não	282	433	0,00
Primeiro Filho			
Sim	162	327	0,20
Não	205	351	

Como pode ser observado na tabela 11 com relação à interrupção do aleitamento materno das crianças de 7 a 24 meses as variáveis escolaridade paterna ($p = 0,004$) o fato da mãe trabalhar fora do lar ($p = 0,00$) e a coabitação paterna ($p = 0,04$) apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a interrupção do aleitamento materno na faixa etária de 7 a 24 meses de vida. Não foram observadas associações com renda familiar ($p = 0,15$), escolaridade materna ($p = 0,26$), e ser o primeiro filho ($p = 0,20$).

As variáveis relacionadas à assistência materno-infantil, que podem refletir a qualidade no que diz respeito ao aleitamento materno, foram divididas em pré e pós-parto, além

das dificuldades apresentadas com a amamentação e as associações com desmame precoce e a interrupção do aleitamento materno são apresentadas nas tabelas 12 e 13.

TABELA 12

Variáveis relacionadas à assistência materno-infantil e dificuldades com a amamentação e as associações com o desmame precoce em Ipatinga (MG), 2008

Variáveis	Aleitamento Materno		“p”
	Sim	Não	
Mamou na Sala de Parto			
Sim	125	28	0,46
Não	372	99	
Alojamento Conjunto			
Sim	453	109	0,07
Não	44	18	
Recebeu Orientação no pré-natal			
Sim	381	97	0,94
Não	116	30	
Recebeu Orientação na Maternidade			
Sim	440	103	0,02
Não	57	24	
Apresentou Fissura Mamilar			
Sim	192	67	0,004
Não	305	60	
Apresentou Ingurgitamento Mamário			
Sim	114	35	0,27
Não	383	92	
Apresentou Mastite			
Sim	24	5	0,67
Não	473	122	

Nota-se que as variáveis, mamou na sala de parto ($p = 0,46$), alojamento conjunto ($p = 0,07$), recebeu orientação no pré-natal ($p = 0,94$), apresentou ingurgitamento mamário ($p = 0,27$) e apresentou mastite ($p = 0,67$) não apresentaram associação estatisticamente significativa com o desmame precoce. O fato de receber orientações após o parto ainda na maternidade ($p = 0,02$) e apresentar fissura mamilar ($p = 0,004$) estiveram associados a uma maior probabilidade de favorecerem o desmame precoce.

TABELA 13

Variáveis relacionadas à assistência materno-infantil e dificuldades com a amamentação e as associações com a interrupção do aleitamento materno das crianças na faixa etária de 7 a 24 meses em Ipatinga (MG), 2008

Variáveis	Aleitamento Materno		“P”
	Sim	Não	
Mamou na Sala de Parto			
Sim	76	138	0,89
Não	291	540	
Alojamento Conjunto			
Sim	330	599	0,44
Não	37	79	
Recebeu Orientação no pré-natal			
Sim	288	565	0,05
Não	79	113	
Recebeu Orientação na Maternidade			
Sim	331	622	0,39
Não	36	56	
Apresentou Fissura Mamilar			
Sim	132	258	0,50
Não	235	420	
Apresentou Ingurgitamento Mamário			
Sim	79	164	0,33
Não	288	514	
Apresentou Mastite			
Sim	13	39	0,11
Não	354	639	

Com relação à interrupção do aleitamento materno na faixa etária de 7 a 24 meses de idade apenas o fato de receber orientações no pré-natal sobre amamentação ($p = 0,05$) apresentou associação estatisticamente significativa com a interrupção do aleitamento. As variáveis, mamou na sala de parto ($p = 0,89$), alojamento conjunto ($p = 0,44$), recebeu orientação na maternidade ($p = 0,39$), apresentou fissura mamilar ($p = 0,50$), apresentou ingurgitamento mamário ($p = 0,33$) e apresentou mastite ($p = 0,11$) não foram significativamente associadas com o desmame.

As variáveis relacionadas com os hábitos alimentares das crianças e o uso de chupeta e mamadeiras juntamente com as associações das mesmas com o desmame precoce e a interrupção do aleitamento materno de 7 a 24 meses estão sumarizadas nas tabelas 14 e 15.

TABELA 14

Variáveis relacionadas com os hábitos alimentares e o uso de chupeta e mamadeiras e as associações com o desmame precoce em Ipatinga (MG), 2008

Variáveis	Aleitamento Materno		“P”
	Sim	Não	
Mamou no peito no 1º dia em casa			
Sim	483	103	0,00
Não	14	24	
Recebeu outro leite no 1º dia em casa			
Sim	88	46	0,00
Não	409	81	
Recebeu chá no 1º dia em casa			
Sim	66	25	0,06
Não	431	102	
Recebeu água pura nas últimas 24h			
Sim	172	98	0,00
Não	325	29	
Recebeu chá nas últimas 24h			
Sim	111	31	0,61
Não	386	96	
Recebeu outro leite nas últimas 24h			
Sim	210	125	0,00
Não	287	2	
Recebeu suco nas últimas 24h			
Sim	81	85	0,00
Não	416	42	
Utilizou mamadeira na últimas 24h			
Sim	249	115	0,00
Não	248	12	

Faz uso de chupetas			
Sim	205	96	0,00
Não	292	31	
Recebeu frutas nas últimas 24h			
Sim	52	59	0,00
Não	445	68	
Recebeu sopinha nas últimas 24h			
Sim	74	63	0,00
Não	422	64	
Recebeu refeição da família nas últimas 24 horas			
Sim	27	27	0,00
Não	467	100	

Como pode ser observado na tabela 14 apenas duas variáveis não apresentaram uma associação estatisticamente significativa com o desmame precoce, se recebeu chá no primeiro dia em casa após a alta da maternidade ($p = 0,06$) e se havia recebido chá nas últimas 24h antes da entrevista ($p = 0,61$). As demais variáveis relacionadas aos hábitos alimentares se mostraram estatisticamente relacionadas com o desmame precoce, recebeu leite materno no primeiro dia em casa ($p = 0,00$), recebeu outro leite no primeiro dia em casa ($p = 0,00$), recebeu água pura nas últimas 24h ($p = 0,00$), recebeu outro leite nas últimas 24h ($p = 0,00$), recebeu suco nas últimas 24h ($p = 0,00$), fez uso de mamadeira e chupeta nas últimas 24h ($p = 0,00$), recebeu frutas amassadas ou em pedaços, sopinha/papinha e refeição da família nas últimas 24h ($p = 0,00$).

TABELA 15

Variáveis relacionadas com os hábitos alimentares e o uso de chupetas e mamadeiras e as associações com a interrupção do aleitamento materno na faixa etária de 7 a 24 meses em Ipatinga (MG), 2008

Variáveis	Aleitamento Materno		“P”
	Sim	Não	
Mamou no peito no 1º dia em casa			
Sim	357	623	0,01
Não	10	55	

Recebeu outro leite no 1º dia em casa			
Sim	48	191	0,00
Não	319	487	
Recebeu chá no 1º dia em casa			
Sim	48	98	0,54
Não	319	580	
Recebeu água pura nas últimas 24h			
Sim	319	644	0,00
Não	48	34	
Recebeu chá nas últimas 24h			
Sim	51	129	0,03
Não	316	549	
Recebeu outro leite nas últimas 24h			
Sim	212	652	0,00
Não	155	26	
Recebeu suco nas últimas 24h			
Sim	237	527	0,00
Não	130	151	
Utilizou mamadeira na últimas 24h			
Sim	202	616	0,00
Não	165	62	
Faz uso de chupetas			
Sim	56	324	0,00
Não	311	354	
Recebeu frutas nas últimas 24h			
Sim	265	502	0,52
Não	102	176	
Recebeu sopinha nas últimas 24h			
Sim	283	514	0,58
Não	83	164	
Recebeu refeição da família nas últimas 24 horas			
Sim	256	561	0,52
Não	111	116	

Como podem ser observadas na tabela 13, as variáveis, recebeu chá no primeiro dia em casa ($p = 0,54$), recebeu frutas nas últimas 24h antes da entrevista ($p = 0,52$) e receber sopinha/Papinha nas últimas 24h ($p = 0,58$), não apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a interrupção do aleitamento materno na faixa etária de 7 a 24 meses. As variáveis recebeu outro leite no primeiro dia em casa, recebeu água pura nas últimas 24h, recebeu outro leite nas últimas 24h, recebeu suco nas últimas 24h, utilizou mamadeira nas últimas 24h, faz uso de chupetas e o fato de receber refeição da família nas últimas 24 horas ($p = 0,00$) além das variáveis, mamou no peito no 1º dia em casa ($p = 0,01$) e recebeu chá nas últimas 24h ($p = 0,03$) mostraram uma associação estatisticamente significativa com a interrupção do aleitamento materno após os 7 meses de idade.

6.6 Regressão Logística

A regressão logística foi utilizada para identificar os fatores preditores da interrupção precoce do aleitamento materno (antes dos 6 meses de vida) e a interrupção do aleitamento materno antes dos 24 meses. Neste modelo de análise a variável dependente é representada, na forma dicotômica (sim/não), pela interrupção precoce do aleitamento materno. As demais variáveis são tratadas como independentes ou explanatórias.

As variáveis independentes estudadas para crianças na faixa etária de 0 a 6 meses foram: Alojamento conjunto, Recebeu orientação sobre aleitamento materno na maternidade, Apresentou fissura mamilar, ter recebido fruta em pedaço ou amassada nas últimas 24 horas que antecederam a entrevista, ter recebido sopinha/papinha nas últimas 24 horas antes da entrevista, Ter mamado no peito no primeiro dia em casa, Recebeu outro leite no primeiro dia em casa, ter recebido água nas 24 horas que antecederam a entrevista, ter recebido suco 24 horas antes da entrevista, ter recebido outro tipo de leite nas 24 horas que antecederam a entrevista, ter recebido algum alimento utilizando a mamadeira e fazer uso de chupetas.

As variáveis independentes estudadas para crianças de 7 a 24 meses foram: coabitação paterna, Atividade remunerada materna, Recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, mamou no peito no primeiro dia em casa, recebeu outro leite no primeiro dia em casa, Recebeu outro tipo de leite nas 24 horas que antecederam a entrevista, Recebeu chá no primeiro dia em casa e nas últimas 24 horas antes da entrevista, recebeu suco nas 24 horas

que antecederam a entrevista, ter recebido algum alimento utilizando a mamadeira e ter recebido água nas últimas 24 horas antes da entrevista.

A tabela 14 ilustra os dados da regressão logística para as associações entre a variável dependente “desmame precoce” e as variáveis independentes descritas acima para crianças na faixa etária de 0 a 6 meses.

TABELA 16

Associações entre a variável dependente “desmame precoce” e as variáveis independentes para crianças na faixa etária de 0 a 6 meses em Ipatinga, 2008.

Variáveis Independentes	IC 95%	OR	P
Alojamento conjunto	0,945 – 3,058	1,7002	0,07
Orientação na Maternidade	1,066 – 3,034	1,7987	0,02
Fissura Mamilar	0,381 – 0,835	0,5637	0,004
Recebeu Frutas – 24 horas	4,726 – 11,666	7,4251	0,000
Recebeu Sopinha- 24 horas	3,618 – 8,479	5,5387	0,000
Mamou no peito 1º dia em casa	3,799 – 15,324	7,6298	0,000
Recebeu ou leite 1º dia em casa	1,696 – 3,996	2,6084	0,000
Recebeu água - 24 horas	4,621 – 9,961	6,3289	0,000
Recebeu suco – 24 horas	6,696 – 16,134	10,3939	0,000
Recebeu outro leite – 24 horas	20,890 – 349,256	85,4167	0,000
Uso de Mamadeira	5,134 – 17,744	9,5448	0,000
Uso de chupeta	2,834 – 6,866	4,4110	0,000

A tabela 15 sumariza dados da regressão logística para as associações entre a variável dependente “interrupção do aleitamento materno” e as variáveis independentes descritas acima para crianças na faixa etária de 7 a 24 meses.

TABELA 17

Associações entre a variável dependente “interrupção do aleitamento materno” e as variáveis independentes para crianças na faixa etária de 7 a 24 meses em Ipatinga, 2008.

Variáveis Independentes	IC 95%	OR	p
Coabitação Paterna	1,011 – 2,083	1,4508	0,043
Orientação no pré-natal	0,532 – 1,010	0,7329	0,057

Trabalho materno - remunerado	1,385 – 2,464	1,8478	0,000
Mamou no peito 1º dia em casa	1,594 – 6,288	3,1656	0,001
Recebeu ou leite 1º dia em casa	1,853 – 3,705	2,6200	0,000
Recebeu chá 1º dia em casa	1,008 – 2,031	1,4305	0,045
Recebeu outro leite – 24 horas	11,566 – 28,071	18,0183	0,000
Recebeu água - 24 horas	0,866 – 3,594	1,7637	0,118
Recebeu suco – 24 horas	1,438 – 2,518	1,9027	0,000
Uso de Mamadeira	5,783 – 11,240	8,0625	0,000
Recebeu chá – 24 horas	3,572 – 6,776	4,9197	0,000

7 DISCUSSÃO

7.1 Aspectos metodológicos

A abordagem da situação do aleitamento materno e dos fatores associados à interrupção e ao desmame precoce é vasta e complexa, pois podem refletir diferenças metodológicas, conceituais e sofrerem a influência do processo cultural emergente nas diversas populações estudadas.

A forma de coleta dos dados também pode interferir com os resultados apresentados. Uma padronização na metodologia proposta para esses levantamentos faz-se necessários para homogeneizar os resultados encontrados, uma vez que a utilização de diferentes denominações apresentadas para os diversos padrões de aleitamento materno são, freqüentemente causas de resultados divergentes.

A realização de inquéritos epidemiológicos sobre amamentação em campanhas de vacinação mostra-se viável e de fácil operacionalização e faz-se necessária em virtude da heterogeneidade da prática da amamentação nos municípios. Dessa maneira as realizações de diagnósticos locais da situação da amamentação podem subsidiar o planejamento de intervenções apropriadas (VENANCIO *et al.*, 2002).

A representatividade da amostra e a metodologia aplicada fortalecem a convicção de que os resultados obtidos nesse estudo refletem a situação do aleitamento materno e os fatores associados com a interrupção do mesmo antes dos 24 meses de idade e com o desmame precoce, na época da coleta de dados para a população estudada.

7.2 Frequência e duração do Aleitamento Materno e aleitamento Materno Exclusivo

Os resultados aqui apresentados mostram que uma elevada proporção de mães inicia o aleitamento materno: 95,1%, embora apenas 70% o fazem de modo exclusivo.

Em relação aos estudos nacionais, com base populacional, os resultados são concordantes. Estes também mostram que a frequência de crianças que iniciam a amamentação é elevada. Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, a frequência encontrada ao nascimento foi de aproximadamente 92% (BARROS *et al.*, 1986). Em Recife e em São Paulo os índices também foram elevados 93,8% e 94,7% respectivamente (REA, 1990). Em Ouro Preto, Minas Gerais, a frequência observada ao nascimento foi de 93,4% (PASSOS, 1997). Dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada na segunda etapa da campanha nacional de vacinação, mostram que 91,7% das crianças estavam sendo amamentadas no primeiro mês de vida, apresentando queda acentuada a partir do quarto mês. Em Belo Horizonte 90,2% das crianças estava em aleitamento materno antes do primeiro mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Com relação à frequência do aleitamento materno (quando a criança recebe leite humano direto da mama ou ordenhado independente de receber quaisquer outros líquidos ou alimentos) encontrado nas crianças de 0 a 24 meses, ou seja, a prevalência de crianças que se encontravam em aleitamento materno no dia da entrevista foi de 51,8%, com uma duração mediana do aleitamento materno de 5 meses (150 dias). Em Ouro Preto, Minas Gerais, a mediana do aleitamento materno foi de 198 dias, ou 6,6 meses (PASSOS *et al.*, 2000). No estudo de Silveira e Lamounier (2004) a mediana do aleitamento materno encontrada foi de 9,70 meses na área urbana dos municípios de Carbonita, São Gonçalo do Rio Preto e Datas, região do Alto Jequitinhonha em Minas Gerais.

A estimativa de duração mediana do aleitamento materno foi de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras. Na Região Sudeste a mediana foi de 303,48 dias e em Belo Horizonte 300,68 dias no levantamento realizado na II pesquisa de prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. A mediana do aleitamento materno verificada na PNDS (2006) foi de 14,0 meses, e na área urbana, que mais se aproximaria do perfil das capitais, a duração mediana do aleitamento materno foi de 12,9 meses, superior à encontrada no levantamento de 2008 (SEGALL-CORREA *et al.*, 2009).

Pode-se observar que a mediana do aleitamento materno encontrada no município de Ipatinga em 2008 se mostra inferior ao encontrado nas capitais e Distrito Federal no mesmo

período. Reafirmando, a partir dessa primeira análise, que o processo de aleitamento materno está associado ao desenvolvimento de um povo. No Brasil como um todo, e em economias similares, o maior apelo ainda é o cultural e a grande maioria das mulheres amamentam logo após o nascimento. Porém, quando observamos os parâmetros da OMS (2008) para a interpretação dos dados sobre aleitamento materno observamos que o indicador do aleitamento materno no município de Ipatinga se encontra classificado como “*Muito Ruim*” que é quando a mediana do aleitamento materno está entre 0 e 17 meses.

O estudo do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo ao longo dos primeiros 24 meses da criança foram realizados através da análise da tabela de vida. Percebeu-se que logo nos primeiros meses existe uma queda na proporção de crianças em aleitamento materno, com acentuado declínio do aleitamento materno exclusivo já no primeiro mês.

A frequência encontrada foi de 29,1% das crianças de 0 a 6 meses em aleitamento materno exclusivo no dia da entrevista, com uma duração mediana de apenas 2 meses (60 dias). No primeiro mês a frequência encontrada foi de apenas 42,8% e aos dois meses esta taxa é de aproximadamente 36%. Aos três, quatro e cinco meses essas proporções caíram progressivamente para 29%, 20,5%, 12,3% respectivamente e apenas 2,9% das crianças permaneciam sendo amamentadas exclusivamente aos 6 meses. O estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais encontrou uma frequência de 48% de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês, 28% no segundo mês e de apenas 8% aos meses de vida (CALDEIRA, 1998). Salienta-se que a metodologia empregada no estudo de Montes Claros foi diferente da empregada neste estudo. Em Ouro Preto, Minas Gerais, a prevalência do aleitamento materno exclusivo também revelou acentuado declínio nos primeiros meses com taxas de aproximadamente 24% aos dois meses e 12% aos quatro meses (PASSOS, 1997).

Dados mais recentes, provenientes da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 2006 (PNDS-2006) mostraram prevalência da amamentação exclusiva de 38,6% em menores de seis meses, com uma duração mediana de 2,23 meses na área urbana (SEGALL-CORREA *et al.*, 2009). Na II pesquisa nacional sobre prevalência de aleitamento materno as Capitais e Distrito Federal verificou-se que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF. O comportamento desse indicador foi bastante heterogêneo, variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo se encontrou abaixo do registrado em Ipatinga, apresentando uma mediana de 54,1 dias (1,8 meses). Na região Sudeste a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 6 meses de vida foi de 39,4% e em Belo Horizonte de 37,9%. A mediana encontrada na região Sudeste e em Belo Horizonte

também encontraram abaixo da mediana do aleitamento materno exclusivo em Ipatinga, sendo de 55,02 e 53,85 dias respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Baseado nos indicadores de aleitamento materno segundo parâmetros da OMS (2008) a situação do aleitamento materno exclusivo no município de Ipatinga é classificado com “*Ruim*” que é definido quando a proporção de crianças nesta modalidade de aleitamento materno se encontra na faixa entre 12% e 49%. A observação de uma situação crítica em relação ao aleitamento materno exclusivo em Ipatinga mostra a necessidade de uma atuação mais efetiva e acolhedora dos serviços de assistência materno-infantil na promoção do aleitamento materno exclusivo, pois municípios como Feira de Santana, Bahia onde os índices se aproximam do ideal recomendado, observa-se uma marcante atuação dos serviços de saúde (VIEIRA *et al.*, 1998).

7.3 Água, chás, sucos, outros leites e alimentos complementares

7.3.1 Introdução precoce de líquidos

As dúvidas e controvérsias sobre a duração apropriada da amamentação exclusiva, surgidas no final dos anos 70 e expressas no chamado, dilema de desmame, persistiram até o ano de 2001, quando, após a 54^a Assembléia Mundial de Saúde, a OMS recomendou a introdução de alimentos complementares em torno dos 6 meses em substituição á recomendação anterior, que era de 4 a 6 meses, e integrou essa mudança na sua recomendação para a saúde pública global (MONTE E GIUGLIANI, 2004). Até os seis meses de idade, a maioria das crianças já atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) que lhe confere a habilidade de receber outros alimentos complementares ao leite materno (MORELLATO *et al.*, 2009).

Vários estudos realizados tanto em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, como em países industrializados, demonstram que a introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno, além de os alimentos complementares serem uma importante fonte de contaminação das crianças (MONTE E GIUGLIANI, 2004).

Quando se analisa os alimentos líquidos envolvidos com o fim do aleitamento materno exclusivo em Ipatinga, destaca-se a precoce introdução de chás, outro leite e água antes mesmo do primeiro mês de vida. Com menos de 1 mês 17% das crianças já haviam recebido

chás, sendo observado um aumento no consumo principalmente no primeiro mês de vida de com 29,5% das crianças recebendo esse líquido. Nos demais meses não houve uma variação significativa no consumo. A escolha do chá pode ser devido a crença popular sobre o efeito terapêutico deste líquido principalmente sobre as “cólicas e gases” e sede da criança. No estudo realizado em Carbonita, São Gonçalo e Datas, municípios do Alto Jequitinhonha em Minas Gerais 33,6% das crianças com menos de 1 mês já recebiam chás e antes de 2 meses 48,4% já recebia estes líquidos (SILVEIRA E LAMOUNIER, 2004). No estudo realizado por Gomes e Nakano (2006) em Guarapuava (PR) a prevalência da introdução precoce de chás em crianças de 0 a 6 meses foi de 8,6% no primeiro de mês, 16, 1% no segundo, obtendo um aumento progressivo até o sexto mês de vida. Na II pesquisa nacional sobre prevalência de aleitamento materno as Capitais e Distrito Federal, verificou-se que de forma geral, esse líquido tem introdução um pouco mais freqüente no primeiro mês de vida uma vez que 15,3% das crianças tinham recebido chá nesse período. Quando se observa o consumo de chá ao longo do primeiro ano de vida, verifica-se que ele aumenta pouco no segundo mês de vida e não varia muito nos demais meses. A análise das regiões mostra maior freqüência do consumo no primeiro mês de vida na região Sudeste sendo consumido por 18% das crianças com menos de 1 mês e 22,4% entre o primeiro e segundo meses. Em Belo Horizonte essa proporção foi de 16,3% com menos de 1 mês e 24,1 entre o primeiro e segundo meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Como discutido previamente a equivalência de consumo de chás nos intervalos etários ao longo dos primeiros meses de vida da criança fortalecem a convicção de que, o objetivo principal não é a nutrição infantil, mas sim a medicação, atendendo a fatores culturais, que reforçam o uso de chás como remédio (VIEIRA *et al.*, 2004).

O consumo de outro tipo de leite que não seja o leite materno também aconteceu de maneira precoce em Ipatinga. Com menos de 1 mês 14,6% das crianças já recebiam outro leite, 37,1% com 1 mês, observando-se um aumento progressivo até os seis meses de idade, onde 76,5% das crianças já tinham introduzido a sua nutrição outros tipos de leite. Os benefícios do aleitamento materno, especialmente do aleitamento materno exclusivo, estão bem estabelecidos, principalmente em países subdesenvolvidos, onde a introdução precoce de outro leite pode aumentar o risco de morbidade e de desnutrição, devido à contaminação da água e diluição excessiva do leite (BUENO *et al.*, 2002). Segundo dados do ministério da saúde (2008) sobre a prevalência do aleitamento materno nas Capitais e Distrito Federal, 18% das crianças já recebiam outros leites no primeiro mês de vida com tendência crescente nas faixas etárias subseqüentes, chegando a 48,8% entre 120 e 180 dias. Às regiões, Nordeste (20,6%) e Sudeste (21,4%) lideram a introdução de outros leites no primeiro mês de vida, onde cerca de 1/5 das

crianças já recebem este alimento. Em Belo Horizonte 22,5% das crianças já recebiam outros leites antes do primeiro mês e 59,4% aos 6 meses. Como observado acima, a proporção de crianças recebendo outros leites já nos primeiros seis meses de vida em Ipatinga se encontra muito acima do recomendado para essa faixa etária. Em consequência da introdução precoce de outros tipos de leite, temos a interrupção do aleitamento materno infantil e o desmame precoce, que podem contribuir dentro outros efeitos deletérios, para o surgimento da anemia ferropriva. Quanto mais precoce é a introdução do leite de vaca na alimentação infantil, maior a chance de desenvolvimento da deficiência de ferro (ASSIS, 2004) Corroborando, Male et al (2001), demonstraram que o mais importante fator dietético de risco para a anemia foi a introdução precoce do leite de vaca e que a duração da alimentação com esse leite teve a mais forte e mais consistente influência negativa sobre a hemoglobina e os indicadores do estado nutricional de ferro (JUNQUEIRA *et al.*, 2008).

Com relação à introdução precoce de água, verificou-se que 9,7% das crianças com menos de 1 mês já recebiam água, 9,5% aos 2 meses, 28% aos 3 meses e aumento progressivo até os 6 meses de vida, com 68,4% aos 5 meses e 86,7% aos 6 meses. No Estudo de Silveira e Lamounier (2004), a água foi oferecida em 12,4% dos casos, antes de 1 mês, e em 25,8% antes de 2 meses. Segundo dados da II pesquisa Nacional de prevalência do aleitamento materno nas Capitais e Distrito Federal, 13,6% das crianças recebiam esse líquido no primeiro mês de vida. Chamou à atenção a diferença encontrada entre as regiões, pois na Nordeste esse percentual no primeiro mês de vida (19,1%) foi quase cinco vezes maior que na Sul (4,6%). Na região Sudeste a proporção de crianças que recebiam água no primeiro mês foi de 10,8% e aos 6 meses 57,4%. Em Belo Horizonte a proporção foi de 8,9% com 1 mês e 67,7% aos 6 meses de vida. Supõe-se que a introdução precoce de água ocorre por se tratar de uma prática difundida, com um forte traço cultural, principalmente em regiões mais quentes, acreditando-se que os líquidos são necessários porque a criança sente sede e, além disso, a mãe teme que, especialmente no verão, ela desidrate (SIMON *et al.*, 2003).

Os sucos de frutas foram introduzidos mais tardiamente quando comparado com a introdução de chás, outro tipo de leite e água. Nenhuma criança com menos de 1 mês de vida havia recebido suco de frutas. Com 1 mês 6,6% já recebiam suco, 12,8% aos 2 meses e aos 6 meses 67,6% já recebia suco de frutas como parte de sua nutrição. Com relação às Capitais e distrito Federal avaliadas em 2008, verificou-se que a introdução de suco se dá de forma mais acentuada a partir do terceiro mês de vida, sendo a frequência de 18,2% no conjunto das capitais e DF na faixa de 90 a 120 dias. A região Sudeste novamente se destacou com frequência de

consumo superior às demais regiões nesta faixa etária sendo de 22,1%. Em Belo Horizonte o comportamento foi semelhante ao encontrado no município de Ipatinga, onde nenhuma criança com menos de 1 mês tinha recebido suco. Entre 90 e 120 dias 27,8% já recebiam suco e aos 6 meses 48,9% já recebia suco como parte de sua nutrição.

7.3.2 Introdução de alimentos semissólido e sólidos

O conhecimento dos alimentos envolvidos com o desmame e a época de introdução de cada um em cada região é de grande importância, pois permite que medidas educativas e de intervenção sejam adotadas em prol da nutrição infantil (CALDEIRA, 1998).

Neste estudo pesquisou-se a utilização de frutas em pedaços ou amassada, sopinha/papinha e a sua consistência e se a criança já recebia a mesma refeição da família “comida de panela”.

Em Ipatinga no grupo de crianças de 0 a 6 meses, nenhuma delas com menos de 1 mês havia recebido frutas, sopinha/papinha e refeição da família. Porém com 1 mês já se observou a introdução precoce de frutas, sopinha/papinha e refeição da família em 0,9% das crianças. Aos 4 meses percebeu-se um aumento progressivo no consumo de alimentos semi-sólidos-sólidos com 25,6% das crianças recebendo frutas, 27,3% recebendo sopinha/papinha e 10,25% consumindo a mesma refeição da família. Aos 6 meses o consumo se eleva para 63,2% das crianças recebendo frutas, 80,8% sopinha/papinha e 33,8% recebendo refeição da família.

Em Carbonita, São Gonzalo do Rio Preto e Datas no Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, as “sopinhas” começaram a ser oferecidas com 1 mês de vida (0,9% das crianças), com aumento progressivo até os 4 meses, 42,4% das crianças (SILVEIRA E LAMOUNIER, 2004).

No conjunto das capitais brasileiras e DF, verificou-se introdução precoce da comida de sal, com 21% das crianças apresentando este consumo entre 3 e 6 meses de vida, contrariando as recomendações da OMS. A região Sudeste foi a que apresentou maior percentual de crianças recebendo comida salgada entre 3 e 6 meses de idade, superando em mais de três vezes a região Norte. Na região sudeste as crianças na faixa etária de 0 a 3 meses 1,1% já consumiam comida salgada, e na faixa etária de 3 a 6 meses 28,9% das crianças. Em

Belo Horizonte para esta mesma faixa etária, a proporção encontrada foi de 1,1% e 26,6% respectivamente.

Com relação à introdução de frutas verificou-se que a introdução ocorreu precocemente no conjunto das crianças analisadas, com cerca de $\frac{1}{4}$ delas recebendo este alimento entre 3 e 6 meses de idade. A região Sudeste foi a que apresentou maior percentual de crianças recebendo frutas precocemente, entre 3 e 6 meses de idade, e a região Norte onde esse percentual foi menor (17,5%). Na região Sudeste as crianças na faixa etária de 0 a 3 meses 1,2% já recebiam frutas em pedaço ou amassada e de 3 a 6 meses 28,3%. Em Belo Horizonte as proporções registradas para mesma faixa etária foram de 1,5% e 36,3% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Apesar dos inúmeros avanços, que vêm refletindo ao longo de três décadas resultados da Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, criada em 1981, estamos distantes do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS, de amamentação até o final do segundo ano de vida ou mais e aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Além disso, verificou-se neste estudo a necessidade de intervenções no sentido de promover hábitos saudáveis de alimentação já nos primeiros meses de vida, onde se observou a introdução precoce de alimentos tanto líquidos como semi-sólido-sólidos antes dos seis meses de vida da criança o que além de desnecessário pode acarretar a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição, que podem levar ao comprometimento do crescimento e do desenvolvimento.

7.4 Fatores associados ao desmame precoce (0 a 6 meses) e a interrupção do aleitamento materno

7.4.1 Características demográficas e sócio-econômicas

Em relação aos fatores investigados neste estudo que podem influenciar a prática do aleitamento materno foram analisadas três categorias distintas: variáveis demográficas e sócio-econômicas, variáveis ligadas à assistência materno-infantil e variáveis relacionadas aos hábitos alimentares e ao uso de chupeta e mamadeira.

Conforme já mencionado anteriormente, os dados objetivaram estabelecer associações com o desmame precoce (0 a 6 meses) e a interrupção do aleitamento materno antes de 7 a 24 meses.

Entre as variáveis demográficas e sócio-econômicas estudadas, nenhuma delas mostrou-se significativamente associado a um maior risco de desmame precoce, antes dos seis meses de vida. Não se mostraram associadas ao desmame precoce, nos termos previamente definidos: paridade materna, escolaridade materna, coabitação paterna, atividade profissional remunerada materna, escolaridade do pai e renda familiar.

Quando as mesmas variáveis foram associadas com a interrupção do aleitamento materno antes dos 2 anos de idade, as variáveis escolaridade paterna, coabitação paterna e o fato da mãe desempenhar uma atividade profissional remunerada fora do lar se mostraram significativamente associado a interrupção do aleitamento materno. Pela regressão logística observou-se que o fato do pai não residir ou ter uma participação ativa na família aumenta a chance de interromper o aleitamento antes dos 24 meses em 1,4 vezes quando comparados com as crianças que coabitam com os pais. As mães que trabalham fora do lar apresentam uma chance 2 vezes maior de desmamarem antes dos 2 anos comparadas com as que não trabalham fora. No estudo de Silveira e Lamounier (2006) a escolaridade paterna e a coabitação paterna também estiveram associadas com duração da amamentação. As crianças que não residem com o pai apresentaram 1,47 vezes mais chance de interrupção do aleitamento materno em relação as que residem com o pai biológico, mesmo resultado encontrado em Ipatinga. A associação entre o pai residir com a criança e maior tempo de aleitamento materno está de acordo com descrições da literatura em relação à importância da influência paterna sobre o início e duração da amamentação, como estudo de Littman *et al.*, (1994) que demonstraram que quando os pais aprovavam intensamente a amamentação 98,1% das crianças eram amamentadas, enquanto apenas 26,9% eram amamentadas quando o pai era indiferente. Algumas atitudes paternas contrárias podem surgir de reações desencadeadas durante o processo de amamentação, como o ciúme decorrente da maior proximidade emocional e física da mãe com o filho, e ao fato de o pai não participar diretamente da alimentação da criança (WALETZKY, 1979). Os programas de apoio e incentivo ao aleitamento materno deveriam incluir ações específicas para pais e futuros pais o que poderia contribuir para uma melhoria dos hábitos alimentares de recém-nascidos e lactentes.

A escolaridade paterna no estudo de Silveira e Lamounier (2006) apresentou uma relação inversa, onde as crianças cujos pais tinham mais tempo de estudo apresentaram 1,62 vezes mais chances de interromper o aleitamento materno. Confirmando achados de outros estudos realizados em países subdesenvolvidos principalmente nas regiões mais carentes, onde se observa uma tendência de maior duração do hábito em crianças de famílias de nível sócio-

econômico mais baixo, ao contrário do que acontece em regiões mais desenvolvidas, onde a duração do aleitamento materno é maior em famílias de melhor nível sócio-econômico. Contrastando com estudo acima, Mascarenhas *et al.*, (2006) evidenciaram associação negativa entre a baixa escolaridade paterna e o tempo de AME, sendo que crianças filhas de pai com menos de 4 anos de escolaridade apresentaram chance 1,61 vezes maior de terem a amamentação interrompida do aquelas com o pai de escolaridade acima 8 anos. Estudo realizado por Oliveira *et al.*, (2005) em Campinas demonstrou que a baixa escolaridade paterna tem uma influência negativa sobre o desmame com 2,96 vezes mais de desmamar precocemente.

Com relação à atividade profissional remunerada fora do lar exercido pela mãe, o estudo realizado por Volpini e Moura (2005), não encontraram diferença entre a idade de desmame entre as mães trabalhadoras e as mães não trabalhadoras, o que demonstra que o trabalho materno não é causa direta do desmame precoce na população estudada, embora o desejo de trabalhar tenha se associado à interrupção do aleitamento natural. Esse achado vai contra outros estudos que apontaram o trabalho materno como causa de desmame. Todavia, estudos mais recentes, apontam uma maior prevalência de amamentação entre as mulheres trabalhadoras. É necessário nos inquéritos sobre causas de desmame investigar se a mãe estava, de fato, trabalhando, ou se tinha apenas o desejo/necessidade de fazê-lo. Ramos e Ramos (2007) e Vasconcelos *et al.*, (2006) acreditam que trabalhar fora, sendo informal ou não, são fatores causadores do desmame precoce, pois estas mães sentem dificuldades em amamentar seus filhos já que muitas necessitam contribuir com seu trabalho para o sustento da família e desconhecem as leis trabalhistas. De acordo com Kitoko *et al.*, (2000) estudos tem revelado que o trabalho fora do lar é um fator de risco para o desmame precoce e mesmo a licença maternidade sendo útil e usada pela maioria das trabalhadoras para amamentar ainda existe fatores que interferem negativamente no início e manutenção da amamentação, como o acesso ao posto de saúde. Em Ipatinga o fato de a mãe trabalhar fora aumentou a chance de desmame antes dos 2 anos de idade, o que pode ter sofrido influência do tempo destinado a licença maternidade de apenas 4 meses, sendo necessário o retorno ao trabalho após esse período, o que pode ter dificultado a continuidade da amamentação pelo tempo recomendado.

7.4.2 Características ligadas à assistência materno-infantil

Os fatores associados à assistência materno-infantil, que apresentaram associação significativa com o desmame precoce (0 a 6 meses) foram não ter recebido orientação sobre

aleitamento materno na maternidade e o fato de apresentarem fissura mamilar. As crianças cujas mães não receberam orientação sobre aleitamento materno na maternidade apresentaram 1,7 vezes mais chances de desmamar precocemente, quando comparadas com as crianças cujas mães receberam orientação ainda na maternidade. As mães que apresentaram fissura mamilar tiveram 0,5 vezes mais chance de desmamarem precocemente seus filhos, quando comparadas com mães que apresentaram esta complicação.

A única variável que apresentou associação com a interrupção do aleitamento materno antes dos 2 anos de idade (7 a 24 meses) foi o fato da mãe receber orientação sobre aleitamento materno no pré-natal. As crianças cujas mães não receberam orientação sobre aleitamento materno no pré-natal tiveram 0,8 vezes mais chances de interrupção do aleitamento materno antes dos 2 anos de idade.

Existem inúmeros fatores envolvidos na interrupção precoce da amamentação, entre eles a falta de conhecimento das mães sobre aleitamento materno. O acompanhamento pré-natal e o período pós-parto são excelentes oportunidades para as mulheres aumentarem seus conhecimentos com relação à amamentação (GIUGLIANI *et al.*, 1995).

Estudo realizado por Diniz *et al.*, (2007) evidenciou que a maioria das mães (84,1%) afirmou ter recebido orientação sobre amamentação na maternidade, sendo as principais fontes, a enfermeira (50%) e o pediatra (39,7%). As mães que não foram orientadas sobre os benefícios do aleitamento na maternidade apresentaram 1,75 vezes mais chances de desmamar precocemente (IC: 95%), semelhante aos dados encontrados em Ipatinga. Caldeira (1998) não encontrou associação entre a orientação recebida pela mãe no período pós-parto imediato e o tempo de amamentação em Montes Claros, Minas Gerais. Contudo afirma que as ações desenvolvidas dentro do hospital podem reafirmar para mãe uma posição favorável em relação a amamentação. As práticas na maternidade podem ser adotadas de modo a facilitar a amamentação representando um grande estímulo para mãe.

Como apontam Carlon Aviles *et al.*, (2000) 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 o próprio trabalho materno.

Estudos revelam como a orientação no pré-natal e no pós-parto imediato se faz abaixo do que é necessário, como os trabalhos de Harada *et al.*, (1999) que encontraram 57,5% das mães sem orientação no pré-natal e o de Giugliani *et al.* (1992), onde 47% das mães não haviam recebido orientação no pré-natal e 48,0% na maternidade.

No estudo de Vasconcelos *et al.* (2006) as orientações fornecidas às mães sobre aleitamento materno no pré-natal também contribuíram significativamente para o aumento da

mediana do aleitamento, em relação as mães que não receberam esse tipo de orientação. O pré-natal, assim como o período após o parto, é fundamental para a orientação das mães sobre as técnicas corretas e os benefícios do aleitamento materno.

Dentre os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, definidos pela OMS e UNICEF encontra-se, informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno, ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia-hora após o parto, mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos (ARAÚJO *et al.*, 2003).

Assim os profissionais que lidam com gestantes e parturientes, necessitam estar preparados e envolvidos com a amamentação, a fim de favorecer o prolongamento do período destinado a lactação. Como se observou no município de Ipatinga (MG), as orientações recebidas pelas mães tanto no pré-natal quanto no puerpério imediato influenciaram de maneira positiva na duração do aleitamento materno.

Outro fator que interferiu negativamente, favorecendo o desmame precoce foram os aspectos físicos relacionados a fissura ou rachadura mamilar. As fissuras caracterizam-se por causar dor excessiva e, eventualmente sangramentos, surgindo comumente nas primeiras semanas de amamentação, se revelando um facilitador do desmame precoce (FONSECA; FERREIRA, 2000).

Estudo realizado por Shimoda *et al.*, (2005), encontrou que das 1020 nutrízes avaliadas, 538 (52,75%) apresentaram fissura mamilar, indicando uma alta frequência dessa intercorrência. A fissura sendo causadora de dor e sofrimento, interfere na sensação de satisfação da mulher que amamenta, constituindo-se em uma das justificativas para a interrupção do aleitamento materno.

Ramos; Almeida (2003) em uma pesquisa qualitativa encontraram como segundo fator interveniente no curso da lactação, as intercorrências de mama puerperal e a insensibilidade do profissional de saúde frente à dor da paciente, o que não possibilita o apoio necessário à mulher e se configura como um dos fatores de desmame detectados.

No estudo de Alves *et al.*, (2008), o percentual de mães que informaram ter tido dificuldades para amamentar nos primeiros dias após o parto foi elevado e representou risco de menor duração do aleitamento materno.

Segundo Barros *et al.*, (1994), o desconhecimento das mulheres quanto as formas de prevenir e resolver os problemas comuns no início da amamentação ocasiona o seu insucesso. Muitas vezes as mães por não conhecerem as intercorrências mamárias, dentre elas

a fissura mamilar, ou por considerá-las um fator comum da lactação, sofrem desnecessariamente e como consequência da dor gerada, desmamam precocemente.

A dificuldade para amamentar representa o resultado de um conjunto de deficiências na orientação da mãe para aspectos práticos da amamentação, apontando falas desde o preparo das mamas na gestação até a intervenção precoce no pós-parto, sendo, portanto, um bom indicador da qualidade da abordagem recebida pelas mães em relação ao aleitamento materno (GIUGLIANI, 2000).

Observou-se no município de Ipatinga (MG), que o fato da mulher desenvolver a fissura mamilar apresentou uma associação significativa com o desmame precoce, sendo necessárias intervenções efetivas frente às dificuldades vivenciadas pelas mães, que geram insegurança e sentimentos conflituosos entre o ato de continuar amamentando e o sofrimento ocasionado pela lesão do complexo aréolo-papilar.

7.4.3 Variáveis Relacionadas com os Hábitos Alimentares das Crianças

Como discutido anteriormente, observou-se em Ipatinga (MG) e em algumas regiões brasileiras, que ainda hoje a introdução de alimentos líquidos, semissólidos e sólidos, acontece precocemente na nutrição da criança, tendo como consequência a interrupção do aleitamento materno exclusivo. Sabidamente existem diversas desvantagens relacionadas a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, com destaque para a desvantagem nutricional.

A introdução precoce de alimentos complementares, além de substituírem parte do leite materno, mesmo quando a amamentação é continuada, muitas vezes os alimentos complementares são nutricionalmente inferiores ao leite materno. Além disso, a introdução precoce dos alimentos complementares está associada a uma menor duração do aleitamento materno (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Observa-se que a ausência da amamentação ou a sua interrupção precoce e a introdução de outros alimentos a nutrição da criança tem sido frequente, com consequências danosas a saúde do bebê, tais como a exposição precoce a agentes infecciosos e prejuízos referentes ao processo de digestão (CARRASCOZA *et al.*, 2005).

Em Ipatinga, as variáveis associadas significativamente ao desmame precoce, antes dos 6 meses de vida foram o fato da criança ter recebido outro tipo de leite no primeiro dia em casa, onde essas crianças apresentavam 2,6 vezes mais chances de desmamarem precocemente do que crianças que não receberam outro leite. Contrapondo essa variável, as

crianças que receberam somente leite materno no primeiro dia em casa, apresentaram 7,6 vezes mais chances de continuarem sendo amamentadas.

Com relação ao recebimento de alimentos líquidos, semissólidos e sólidos nas últimas 24 horas antes da entrevista, as crianças que receberam água pura nas 24 horas que precederam a entrevista, apresentaram 6,3 vezes mais chances de desmamarem precocemente. Com relação ao recebimento de outro tipo de leite e suco de fruta nas últimas 24 horas, observou-se que o maior risco de desmamarem precocemente aumentou significativamente, sendo 85,4 vezes maior para quem recebia outro tipo de leite e 10,3 vezes a mais para quem recebia suco de frutas. Os alimentos semissólidos e sólidos que se associaram com o desmame precoce foram o recebimento de frutas em pedaço ou amassada, elevando o risco de desmame em 7,4 vezes. A introdução de sopinha/papinha a nutrição da criança representou um aumento na chance de desmame precoce de 5,5 vezes a mais quando comparadas com crianças que não recebiam esses alimentos. As crianças que recebiam a mesma refeição da família sendo também denominada “comida de panela” tiveram 4,2 vezes mais chance de desmamarem precocemente contrastando com as crianças que ainda não recebiam o mesmo tipo de alimentação.

As variáveis relacionadas à interrupção do aleitamento materno antes dos 7 a 24 meses que se mostraram associadas significativamente, também foi o fato da criança receber outro tipo de leite no primeiro dia em casa, onde a chance de interrupção do aleitamento antes dos 2 meses foi 2,6 vezes maior do que as crianças que não receberam outro tipo de leite. As crianças que mamaram somente no peito no primeiro dia em casa, apresentaram 3,1 vezes mais chances de continuarem sendo amamentadas.

Analisando a introdução de alimentos líquidos, semissólidos e sólidos a nutrição da criança nas 24 horas que precederam a entrevista, observou-se que o fato de receber água, chá, suco de frutas e outro tipo de leite também se associaram com uma interrupção do aleitamento antes dos 24 meses, com chances de 1,7 para água pura, 4,9 vezes para quem recebia chá, 1,9 vezes para quem consumia suco de frutas e de 18 vezes mais chances de interromper o aleitamento materno para quem já recebia outro tipo de leite.

Com relação aos alimentos semissólidos e sólidos que se associaram com a interrupção do aleitamento materno antes dos 24 meses, a única variável com análise significativa foi o fato da criança receber a mesma refeição da família, apresentando 2 vezes mais chance de desmame antes dos 2 anos de vida.

Estudo realizado por Audi *et al.*, (2003) no município de Itapira, São Paulo, observou-se que alimentos complementares estavam sendo introduzidos muito precocemente na dieta dos lactentes, tanto como complemento ao leite materno quanto como seu substituto.

É sabido que o consumo de líquidos não nutritivos, nos primeiros seis meses de vida, é prática inadequada, desnecessária sob o aspecto biológico, mesmo em dias quentes e secos, levando a uma redução do consumo total de leite materno, culminando frequentemente com o desmame precoce.

Estudos mostram que no Brasil a introdução de alimentos complementares a nutrição da criança ocorre precocemente. É expressivo o número de crianças que já consomem uma variedade de alimentos aos seis meses, idade em que deveria estar sendo iniciada a alimentação complementar. Parada *et al.*, (2007) em Botucatu (SP), observaram elevado consumo de água e chá, seguido pelo leite de vaca nos menores de quatro meses. Oliveira *et al.* (2002) na cidade de Salvador, encontraram elevada prevalência de desmame precoce, sendo o aleitamento materno exclusivo substituído por fórmulas à base de leite em pó.

Segundo Simon *et al.*, (2003) apesar da maior difusão do conhecimento de que o leite materno, oferecido de forma exclusiva, atende às necessidades de energia e de nutrientes do lactente até cerca de 6 meses de vida, verifica-se que o início do processo de desmame continua sendo precoce. No mesmo estudo encontrou-se que água, chá e leite não materno, frutas, verduras e legumes, cereais e tubérculos são alimentos com início da introdução com idades medianas em menores de seis meses de vida. Além de água ou chá, a idade mediana de introdução de leite não materno evidenciou o início precoce do desmame.

Estudo realizado em creches de Maringá no Paraná objetivou avaliar os tipos de alimentos introduzidos a nutrição da criança e a idade do desmame. Com relação à introdução do alimento de desmame, 60% das mães introduziram o alimento sólido depois do 4º mês. Dentre os tipos de alimento de desmame, 28% das mães utilizaram o leite artificial, seguido pela para salgada com 19,8% e frutas com 3%.

Bruken *et al.*, (2006) na cidade de Cuiabá, identificou que o oferecimento de líquido no primeiro dia em casa mostrou-se um bom preditor da oferta desses líquidos nos primeiros quatro meses de vida. As crianças que recebiam chá no primeiro dia em casa tinham chance quase 2 vezes maior de estar recebendo líquidos no dia da entrevista. Os que receberam água no dia da alta da maternidade tinham cerca de 5 vezes mais chances de estar recebendo água ou chás nos primeiros quatro meses de vida. Os que receberam leite no primeiro dia em casa tinham três vezes mais chance de estar recebendo leite na época da pesquisa.

De acordo com Marques *et al.* Citado por Bueno *et al.*, (2002) em um estudo longitudinal com crianças do nordeste brasileiro, observaram idade mediana de introdução de outro leite de 24 dias e mediana de duração do aleitamento materno de 65 dias para crianças que iniciaram o consumo de leite antes do primeiro mês de vida, e de 165 dias para as demais,

concluindo que a introdução precoce de outro leite esta fortemente relacionada com a interrupção precoce do aleitamento materno.

Segundo Barbosa *et al.*, (2009) o período de desmame, que correspondeu ao tempo entre o início da introdução dos novos alimentos e o tempo de aleitamento materno total foi de 2,7 meses e a mediana de 2 meses. O resultado indicou que as crianças foram desmamadas pouco tempos após a introdução de um novo alimento. O alimento inicialmente introduzido pela família foi o chá aos 2,8 +/- 1,8 meses. Em seguida, introduziu-se água aos 3,4 +/- 2,0 meses, o leite materno aos 3,5 +/- 2,2 meses, o suco aos 4,5 +/- 1,5 meses, para de frutas 5,2 +/- 1,3 meses a papa salgada aos 5,4 +/- 1,3 meses.

Percebeu-se que a introdução de outros líquidos na nutrição da criança, principalmente outro tipo de leite são fortes indicadores de desmame precoce. Em Ipatinga, a introdução tanto de líquidos, quanto de alimentos semissólidos e sólidos se deu muito antes do que é preconizado pela OMS e UNICEF. Grande parte das mães alegaram que o leite materno era insuficiente para criança e que apresentavam “leite fraco” dentre outras alegações, o que justificada a introdução de outros alimentos precocemente, e como evidenciados acima favorecendo o desmame antes do sexto mês de vida.

A partir do sexto mês é recomendada a introdução de outros alimentos de maneira gradativa e sempre associada ao aleitamento materno. Porém, o que se identificou foi que após a introdução de outros alimentos como frutas, sopinhas/papinhas e refeição da família mesmo em crianças na faixa etária de 7 a 24 meses, a interrupção do aleitamento se deu antecipadamente, talvez pelo fato das mães ou cuidadores não julgarem necessário ou desconhecerem os benefícios do aleitamento materno prolongado até os 2 anos de idade.

7.4.4 Uso de Chupeta e Mamadeira

As chupetas e bicos são largamente utilizados em vários países, constituindo importante hábito cultural em nosso meio. São geralmente usadas para acalmar o bebê e não fornecem alimentação, seu uso pode levar à menor frequência de amamentar. Com isto, a estimulação do peito e a retirada do leite da mama podem ficar diminuídas, levando à menor produção do leite, cuja consequência é levar ao desmame (LAMOUNIER, 2003).

A chupeta é universalmente conhecida e sua existência é muito antiga, sendo altamente utilizada, talvez pelo baixo custo e fácil acesso a população. Assume em alguns casos a função de acalmar ou confortar o bebê por meio da sucção não nutritiva (SERTÓRIO; SILVA, 2005).

Em Ipatinga, como em outras regiões do país, grande parte das crianças fazia uso de mamadeiras e chupetas na época da entrevista. A utilização de mamadeira e chupetas foi um fator de risco para o desmame precoce e para a interrupção do aleitamento materno antes dos 24 meses. As crianças na faixa etária entre 0 e 6 meses que usavam mamadeira e chupetas apresentaram 9,5 vezes 4,4 vezes mais chances de desmamarem precocemente quando comparadas com crianças que não recebiam nenhum alimento através da mamadeira e que não usavam chupeta. Para crianças na faixa etária de 7 a 24 meses que usavam mamadeira e chupeta as chances de interrupção do aleitamento materno foi de 8 e 6 vezes a mais do que crianças que não faziam uso nem de mamadeira e chupeta.

Estudo realizado por Cotrim *et al.*, (2002) verificou-se uma associação positiva entre o uso de chupeta e a interrupção do aleitamento materno exclusivo, assim como uma associação significativa entre o uso de chupeta e o desmame precoce, sendo que as crianças que utilizavam chupeta tinham 5,99 vezes mais chance de interrupção do aleitamento materno do que crianças que não utilizavam chupeta. No mesmo trabalho verificou-se que as crianças que usavam mamadeira apresentavam uma menor prevalência de aleitamento materno.

Estudo de Soares *et al.*, (2003) mostraram que as frequências de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo entre as crianças que não faziam uso de chupeta no primeiro mês de vida foram maiores do que as que tinham o hábito de usar chupeta. Observa-se que entre as crianças ainda amamentadas com um mês, a incidência de desmame entre o segundo e o sexto mês foi de 22,4% para as crianças que não usavam chupeta, e de 50,8% para as usuárias de chupeta. Com relação ao aleitamento materno exclusivo, 73,1% das crianças que usavam chupeta deixaram de ser amamentadas exclusivamente até o final do segundo mês, enquanto que, para as crianças que não usavam chupeta, esse índice foi de 44,9%.

Vieira *et al.*, (2004) compararam o uso de chupetas em crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas e observaram diferenças significativas, com maiores prevalências dentre as crianças não amamentadas.

Estudo realizado no Alto Jequitinhonha identificou que o risco de interrupção do aleitamento materno nas crianças que usaram chupeta é de 3,16 vezes maior em relação as que não usaram chupeta.

O uso de chupeta é, algumas vezes recomendado pelos profissionais de saúde, o que demonstra que além da absorção cultural dessas práticas, há também escassez de informações e falta de consenso quanto aos seus possíveis efeitos negativos sobre a amamentação (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006).

A criança que usa chupeta suga menos o seio materno, ocorrendo, conseqüentemente, diminuição do leite. É provável, também, que haja prejuízo no processo de aleitamento materno, considerando a variedade de bicos, que culmina com a confusão para o lactente. Diante destes fatos, é possível dizer que chupeta e mamadeira podem interferir na amamentação (GIUGLIANI, 2002).

Howard *et al.* Citado por Araújo *et al.*, (2008) em um estudo de coorte prospectivo envolvendo 265 mães-filho, estudou o tempo de exposição a bicos artificiais e a interferência na amamentação. Os achados sugerem que a diminuição na duração do aleitamento materno associada ao uso de chupeta pode ser consequência.

O hábito da chupeta e a utilização de mamadeira está arraigada culturalmente em nossa sociedade e muito tem sido discutido sobre o impacto desses hábitos na amamentação. No município de Ipatinga, assim como em outros estudos, observou-se que a introdução de bicos artificiais esteve diretamente ligada a um menor tempo de lactação. Não se pode deixar de considerar a existência de outros fatores ligados ao desmame precoce e a interrupção do aleitamento materno, como a experiência materna com amamentação, o conhecimento dos benefícios do aleitamento materno, influências externas, dentre outros fatores que não foram abordados nesse estudo.

Não se pode aqui esgotar a discussão sobre os fatores associados ao êxito ou fracasso do aleitamento materno. As variáveis envolvidas são muitas e a relação entre elas é complexa. Amamentar é uma escolha materna e para assumir esta opção é necessário que ela se sinta segura do benefício que estará propiciando ao filho.

O grande desafio é conhecer a interferência ou participação de cada variável sobre a decisão da mãe. Isto poderia explicar em partes as divergências de resultados encontrados na literatura, com relação às variáveis. Muitos fatores podem ser necessários para determinar a opção materna pelo aleitamento materno, tendo uma atuação direta em níveis específicos em âmbito biológico, humano e o social.

8 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

8.1 Frequência e Duração do Aleitamento Materno

A proporção de mães que iniciam o aleitamento materno logo após o nascimento é elevada, semelhante às proporções encontradas em outros estudos. Porém uma parcela insatisfatória de apenas 70% o faz de modo exclusivo.

A frequência do aleitamento materno e a mediana encontrada ficaram muito abaixo do que é recomendado quando comparada com pesquisas nacionais, mostrando que a interrupção do aleitamento materno ocorre muito precoce no município de Ipatinga (MG).

A frequência e a mediana do aleitamento materno exclusivo também estiveram aquém das recomendações e se equipararam as taxas encontradas em estudos brasileiros.

Existe um padrão precoce de introdução de outros líquidos a nutrição da criança. Observou-se uma queda acentuada e progressiva do aleitamento materno exclusivo com a introdução antes mesmo do primeiro mês de vida de água, chás e outros leites.

Além da introdução precoce de outros líquidos, observou-se que alimentos semissólidos e sólidos são oferecidos as crianças a partir do primeiro mês de vida, tanto para frutas em pedaço ou amassadas como sopinha/papinha e a mesma refeição da família.

8.1.1 Variáveis Associadas ao Desmame Precoce e a Interrupção do Aleitamento Materno

Entre as variáveis demográficas e socioeconômicas pesquisadas, nenhuma delas se mostrou associadas com o desmame precoce (0 a 6 meses).

Porém quando as mesmas variáveis foram associadas com a interrupção do aleitamento materno antes dos 24 meses de idade, percebeu-se que o fato do pai não residir ou ter uma participação ativa na família, a mãe exercer atividade remunerada fora do lar e a escolaridade paterna acima de 8 anos representam um fator de risco para interromper o aleitamento materno.

Com relação às variáveis materno-infantil o fato de não receber orientação sobre aleitamento materno no pós-parto imediato e apresentar fissura mamilar, mostraram-se como fatores de risco para o desmame precoce.

O fato de não ter recebido orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal apresentou um risco para descontinuidade do aleitamento materno até os 2 anos de idade.

8.1.2 Variáveis Relacionadas aos Hábitos Alimentares

O fato de a criança receber outro tipo de leite no primeiro dia em casa se mostrou associado ao desmame precoce e a interrupção do aleitamento materno antes dos 2 anos de idade. Contrapondo essa variável as crianças que receberam somente leite materno no primeiro dia em casa, apresentaram maiores chances de continuarem sendo amamentadas tanto para crianças na faixa etária de 0 a 6 meses, quanto para crianças após o sétimo mês de vida.

Com relação aos hábitos alimentares nas 24 horas que precederam a entrevista, observou-se que a oferta principalmente de outro tipo de leite, aumenta em muito as chances de desmame precoce. Água, suco, frutas em pedaço ou amassadas, sopinha/papinha e refeição da família introduzidos antes de 6 meses também se mostraram como fatores de risco para o desmame precoce.

A partir do sexto mês de vida da criança, faz-se necessária a complementação alimentar de forma gradativa e associada ao aleitamento materno. O que se observou em Ipatinga-MG foi o fato de que o oferecimento de água, chás, sucos e a mesma refeição da família interferiram negativamente com a continuidade do aleitamento materno até os 24 meses. Associando-se com a interrupção da oferta de leite materno a criança.

O hábito de utilizar chupetas e mamadeiras também esteve associado significativamente com o desmame precoce e com a interrupção do aleitamento materno antes de 2 anos de idade, assim como registram outras pesquisas nacionais.

Após a discussão percebeu-se que as variáveis envolvidas com o desmame se diferenciam dependendo da região ou município pesquisado. O conjunto de variáveis sofre uma forte interferência cultural e devemos considerar a soma de mais do que uma variável como fator de risco para o desmame.

8.2 Recomendações

A partir dos dados explicitados nos resultados e das conclusões apresentadas acima, levando-se em considerações as variáveis que se associaram significativamente com o

desmame precoce e a interrupção do aleitamento materno no município de Ipatinga-MG é possível fazer as seguintes recomendações.

Uma maior atenção deve ser dada a participação do pai no incentivo e apoio ao aleitamento materno, visto que a sua interferência, quando negativa ou ausência de participação afetam a duração e a continuidade do mesmo.

Os profissionais da saúde envolvidos com o binômio mãe-filho devem estar preparados para orientar corretamente mães e ou cuidadores das crianças sobre os riscos envolvidos com a desnecessária utilização de chás, água e outros tipos de leite, assim como a introdução de alimentos semissólidos e sólidos nos primeiros meses de vida.

Deve-se estimular o início das orientações desde o pré-natal e propagar a importância de acompanhar a amamentação no pós-parto imediato e tardio. Não somente incentivar, mas promover e apoiar, pois, grandes dificuldades e dúvidas surgem nas primeiras semanas de amamentação e se não cuidadas podem se tornar fatores de risco para a interrupção do aleitamento materno.

Não foi objetivo da pesquisa avaliar os programas de proteção e apoio ao aleitamento materno, mas baseado nos dados encontrados sobre a frequência do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo, sugere-se uma melhoria na assistência prestada a população sobre os benefícios do aleitamento materno, o tempo ideal de continuidade da amamentação.

Sabidamente alguns hábitos se encontram arraigados culturalmente as sociedades, como o uso de chupetas e mamadeiras, introdução de chás, água e outro tipo de leite já nos primeiros dias após o parto. A criação de grupos de mães, pais e cuidadores poderiam sensibilizar a população, através de discussões pertinentes sobre a amamentação, a época ideal de introdução de outros alimentos a nutrição da criança e aspectos culturais envolvidos.

REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, A.N.C; VITOLO, M.R; PUCCINI, R.F; MORAIS, M.B. Constipação em lactentes: influência do tipo de aleitamento e da ingestão de fibra alimentar. **Jornal de Pediatria** (Rio J) 78(3): 202-08, 2002.
- ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ALMEIDA, J.A.G; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, (Rio J), 80(5 Supl): s119-s125, 2004.
- ALVES, C.R; GOULART, E; COLOSIMO, E; GOULART, L.M. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil entre 1980 e 2004. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 24 (6): 1355-1367, jun, 2008.
- AMANTÉIA, S.L. Baixo peso ao nascer e desmame precoce: novos fatores de risco para aterosclerose. **Jornal de Pediatria** (Rio J), vol. 80, nº4, p.339-340, 2004.
- ARAÚJO, M.F.M; DEL FIANCO, A; WERNER, E.H; SCHMITZ, B.A.S. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 3(2): 195-204, abril/junho.,2003.
- ARAÚJO, R.M; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento Materno: o desafio de compreender a vivência. **Rev. Nutrição**, Campinas, 20(4): 432-438, Julho/Agosto, 2007.
- ARAÚJO, O.D; CUNHA, A.L; NERY, I.S; MENDONÇA, R.C.M; CAMPELO, S.M.A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** 2003, vol.3, n.1, pp.85-93.
- ASSIS, A.M; GAUDENZI, E.N; GOMES, G; RIBEIRO, R; SZARFARC, S.C; SOUZA, S.B. Níveis de hemoglobina, aleitamento materno e regime alimentar no primeiro ano de vida. **Rev. Saúde Pública**. 2004;38(4):543-51
- AUDI, C.A.F; CORREA, A.M.S; LATORRE, M.R.D.O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** 2003, vol.3, n.1, pp.85-93.
- BADER, M. B. Breast-feeding: the role of multinational corporations in Latin America. **Int. J. Health Serv.**, 6: 609-26. 1976.
- BALABAN, G; SILVA, G.A.P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 80(1): 7-16, 2004.
- BARBOSA, M.B; PALMA, D; DOMENE, S.M.A; TADDEI, J.A.A.C; LOPEZ, F.A. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Rev. paul. Pediatr.** 2009 Sep; 27(3):272-281.

BARROS, C.F; HALDERN, R; VICTORA, C.G; TEIXEIRA, A.M.B; BÉRIA, J.U. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.28, n.4, p.277-283,1994.

BORGES, A.L.V; PHILIPPI, S.T. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 11(3):287-92, maio-junho, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNDS 2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, 2008.

BRUNKEN, G.S; SILVA, S.M; FRANÇA, G.V; ESCUDER, M.M; VENÂNCIO, S.I. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among onfants in midwestern Brazil. *J Pediatr (Rio J)* 2006;82:445-51.

BUENO, M.B; SOUZA, J.M.P; PAZ, S.M.R, SOUZA, S.B, CHEUNG, P.P; AUGUSTO, R.A. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. *Rev. bras. Epidemiol.* 2002 aug; 145-152.

CARVALHAES, M.A.B.L; CORRÊA, C.R.H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria (Rio J)** 79(1):13-20, 2003.

CARVALHAES, M.A.B.L; PARADA, C.M.L.P; CÁSSIA, M; VENÂNCIO, S.Y. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 32 (5): 430-6, 1998.

CHAVES, R.G; LAMOUNIER, J.A; CESAR, C.C. Factors associated with duration breastfeeding. **J. Pediatria**. Rio de Janeiro. 83(3): 241-246. 2007

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

COTRIM, L.C; VENÂNCIO, S.I; ESCUDER, M.M.L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** 2002 Dec; 2(3): 245-252.

DEWEY, K.G; HEINIG, M.J; NOMMSEN, L.A. Maternal weight loss patterns during prolonged lactation. **Am J Clin Nutr.** 58:162-6,1993.

DINIZ, A.B; BARBERINO, L; LIMA, F; ABREU, A; MANSÚ, M. SOUZA, L; HORNE, M; TORRES, C; SILVA, L. Influência do perfil sócio-econômico no aleitamento materno em Salvador, Bahia. **Gaz. Méd. Bahia**, 2007;77: (suplemento 1): S13-S22.

ESCUDER, M.M.L; VENÂNCIO, S.I; PEREIRA, J.C.R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública**. 37(3): 319-25, 2003.

EWBANK, T. **Vida no Brasil ou diário de uma visita à terra do cacauero**. São Paulo: Edusp, 1976.

FONSECA, R.P; FERREIRA, V.J. Relação da pressão de sucção e da pega de bebês a termo com o aparecimento de fissuras mamilares no processo de amamentação natural. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.6, n.1, 49-57, jan-mar, 2000.

FRANK, D. A.; Wirtz S. J.; Sorensen, J. R.; Heeren, T. Commercial Discharge packs and breast-feeding counseling: effects on infant feeding practices in a randomized trial. **Pediatrics**, 80:845-54, 1987.

GIGANTE, D; VICTORA, C.G; BARROS, F.C. Breastfeeding has a limited long-time effect on anthropometry and body composition of Brazilian mothers. **J Nutr**. 131:78-84, 2001.

GIUGLIANI, E; ISSLER, R.M; JUSTO, E.B, DEFFRIN, C.F, HARTMAN, R.M; CARVALHO, N.M. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. *Acta Pediatr*. 1992; 81:484-7.

GIUGLIANI, E; ROCHA, V; NEVES, J; POLANCZYK, C.A; SEFRIN, C; SUSIN, L. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **J. Pediatria**. Rio de Janeiro. Vol. 71, Nº2, 1995.

GIUGLIANI, E; VICTORA, C.G. **Alimentação Complementar**. **J. Pediatria**. Rio de Janeiro. Vol. 76, Supl. 3, 2000.

GIUGLIANI, E; GOLDANI, M.Z. Aleitamento materno e desenvolvimento cognitivo. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. Vol. 71, Supl.3, 2000.

GIULGLIANI, E; GOLDANI, M.Z. Aleitamento materno e desenvolvimento cognitivo. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. Vol. 79, nº1, p 97-100, 2003.

GIUGLIANI, E.R.J. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: CARVALHO, M.R; TAMEZ, R.N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan; 2002. P.11-24.

GRAY, R.H; CAMPBELL, R; APELO, S; ESLAMI, S.S. Risk of ovulation during lactation. **Lancet**. 335:25-9, 1990.

HARADA, M.J.C.S; PETERLINI, M.A.S; SCARDONELLI, R; DIAS, E.C. Fatores associados ao desmame precoce e aleitamento misto em crianças internadas em uma enfermaria de pediatria. **Acta Paul Enf**. 1999; 12:27-34.

ICHISATO, S.M.T; SHIMO, A.K.K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 9(5):70-6, setembro-outubro, 2001

ICHISATO, S.M.T; SHIMO, A.K.K. Revisando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev. latino-am Enfermagem**. 10(4):578-85. Julho-agosto, 2002.

KITOKO, P.M; RÉA, M.F; VENÂNCIO, S.I; VASCONCELOS, A.C.C.P; SANTO, E.K.A; MONTEIRO, C.A. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. Vol. 16 n.4 Rio de Janeiro Out./Dec. 2000.

KUMMER, S.C; GIUGLIANI, E.R; SEM, L.O; FOLLETTTO, J.L; WU, N. R. L; SANTOS, L e CAETANO, C. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev. Saúde Pública**, 34 (2): 143-8, 2000.

LAMOUNIER, J.A. Experiência iniciativa hospital amigo da criança. **Rev. Ass Méd Brasil**, 44(4): 319-24, 1998.

LAMOUNIER, J.A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.4, 2003.

LANA, A.P.B. **O livro de estímulo à amamentação: Uma visão biológica, Fisiológica e Psicológica: comportamental da amamentação**. 1ª ED. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

LITTMAN, H; MEDENDORP, S.V; GOLDFAR4B, J. The decision to bresastfeed: the importance of father's approval. **Clin Pediatr** 1994; 33:214-9.

MARQUES, F.A ROSA, F.S.V; MARQUES, F.A; LOPEZ, J.A.P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **J Pediatr** (Rio J), 80(2): 99-105, 2004.

MASCARENHAS, M.L; ALBERNAZ, E.P; SILVA, M.B; SILVEIRA, R.B. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the Firsrt 3 months of life in the South of Brazil. **J pediatr** (Rio J) 2006; 82 (4): 289-294.

MCNEILLY, A.S; GLASIER, A.F; HOWIE, P.W; HOUSTON, M.J. Cook A, Boyle H. Fertility after childbirth: pregnancy associated with breastfeeding. **Clin Endocrinol**. 22:19-32, 1990.

MELTON, L.J; BRYANT, S.C; WAHNER, H.W; O'FALLON, W.M; MALKASIAN, G.D; JUDD, H.L; RIGGS, B.L. Influence of Breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. **Osteoporos Int**. 3:76-83, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da mulher. **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher**, Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. **Brasília – DF**.2008.

MONTE, C.M; GUIGLIANI, E.R. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J.Pediatrics**. Rio de Janeiro. Vol.80. Nº5. P.5131 – 5141, 2004.

MORELLATO, A; ALMEIDA, J; CABISTANI, N. Avaliação da introdução precoce da alimentação complementar em crianças de 0 a 24 meses atendidas em uma unidade básica de saúde. **Revista HCPA**, América do Norte, 29, sep. 2009.

MORTENSEN, E.L; MICHAELSEN, K.F; SANDRES, A.S. The association between duration of bresastfeeding and adult intelligence. **JAMA**. 287:2365-71, 2002.

MONTRONE, V.G. **Formação de agentes comunitários: para a promoção do aleitamento materno e da estimulação do bebê**. 1ª edição. São Paulo: editora Manole. 2002. 98p.

NEIVA, F.C.B; CATTONI, D.M; RAMOS, J.L.A; ISSLER, H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 79(1): 7-12, 2003.

NEWCOMB, P.A; STORER, B.E; LONGNECKER, M.P; MITTENDORF, R; GREENBERG, E.R; CLAPP, R.W, et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. **N Engl J Med**. 330:81-7, 1994.

OLIVEIRA, M.I; CAMACHO, L.A. Impacto of primary health care unit's practice on the duration of exclusive breastfeed. **Rev Bras Epidemiol**, 2002; 5:41-51.

OLIVEIRA, R.L; SILVA, A.N. Aspectos legais do aleitamento materno: cumprimento da lei por hospitais de médio e grande porte de Maceió. **Rev. bras. Saúde mater. Infant.**, Recife, 3(1): 43-48, jan – mar., 2003.

OLIVEIRA. L.P; ASSIS, A.M; GOMES, G.S.S; PRADO, M.S; BARRETO, M.L. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2005 Oct; 21 (5): 1519-1530.

ONIS, M; César G.V.A. Gráficos de crescimento para bebês alimentados com leite materno. **J Pediatr** (Rio J), Vol.80(2), 85-7, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. Código internacional de comercialização de substitutos do leite materno. Genebra, 1981.

PARADA, C.M; CARVALHAES, M.A; JAMAS, M.T. Complementary feeding practices to children during their first year of life. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2007; 15: 282-9.

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

RAMOS, C.V; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Pediatr** (Rio J) 79(5):385-90, 2003.

RAMOS, V.W; RAMOS, J.W. Aleitamento Materno Desmame e Fatores associados. **CERES**; 2007; 2 (1); 43-50.

REA, M. F. substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev. Saúde pública**, São Paulo, 24:241-9,1990.

REA, M.F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J Pediatr** (Rio J). 80(5supl):s142-s146, 2004.

RIBAS, D.L.B; PHILIPPI, S.T; TANAKA; A.C.A; ZORZATTO, J.R. Saúde e estado nutricional infantil de uma população da região Centro-oeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 33 (4): 384 – 65,1999.

ROSENBLATT, K.A; THOMAS, D.B. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Esteroid contraceptives. **Int J Epidemiol.** 22:192-7, 1993.

SEGALL-CORRÊS, A.M; LEÓN, M.L; PANIGASSI, G; REA, M.F; PEREZ-ESCAMILLA, R. Amamentação e alimentação infantil. In: pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2008.

SERTÓRIO, S.C; SILVA, I.A. As faces simbólicas e utilitárias da chupeta na visão de mães. **Rev de saúde pública**, 2005; 39:156-62.

SHIMODA, G.T; SILVA, I.A; SANTOS, J.L.F. Características, frequências e fatores presents na ocorrência de lesão de mamilos em nutrizes. **Rev. Bras. Enferm.** 2005, vol.58, n.5, pp. 529-534.

SILVA, S.M; BRUNKEN, G.S; FRANÇA, G.V; ESCUDER, M.M; VENANCIO, S.I. Evolução do Aleitamento Materno em uma capital da região Centro-Oeste do Brasil entre 1999 e 2004. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 23(7): 1539-1546, Julho, 2007.

SILVEIRA, F.J.F; LAMOUNIER, J.A. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Rev. Nutr.**, Campinas, 17(4): 437-447, out/dez., 2004.

SILVEIRA, F.J.F; LAMOUNIER, J.A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 22(1): 69-77, jan, 2006.

SILVEIRA, F.J.F; LAMOUNIER, J.A. Influência do uso da chupeta e do tabagismo materno na amamentação-revisão de literatura. **Rev Méd Minas Gerais**, 13(2):120-28, 2003.

SIMON, V.G.N; SOUZA, J.M.P; SOUZA, S.B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em hospital universitário no município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2003, vol.6, n.1.

SINGHAL, A; COLE, T.J, FEWTRELL, L.A. Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm: follow-up of a prospective randomised study. **Lancet.** 363:1571-8, 2004.

SIQUEIRA, R.F; MONTEIRO, C.A. Amamentação na infância e obesidade em idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. **Rev. Saúde Pública.** 41(1): 5 – 12, 2007.

SOARES, M.E.M; GIUGLIANI, E.R.J; BRAUN, M.L; SALGADO, A.C.N; OLIVEIRA, A.P; AGUIAR, P.R. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J pediatr** (Rio J) 79(4):309-16, 2003.

SOUZA, L.M. **A situação do aleitamento materno em municípios brasileiros.** 2005. 56 f. Monografia (Especialização em Uroginecologia, Obstetrícia e aspectos de mastologia) – Fundação Educacional Lucas Machado, Faculdade de Ciências Medicas de minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SOUZA, L.M; MARTINS, A.E.B. **O papel do Fisioterapeuta no aleitamento materno: desmame precoce.** 2005. 36 f. Monografia (Conclusão do curso de graduação em fisioterapia) – Centro Universitário do Leste de Minas Gerais-UNILESTE-MG, Ipatinga, 2005.

SOUZA, L.M.B.M. **Do leite fraco à biologia da excepcionalidade – as múltiplas faces da mesma moeda.** 2003. Tese (Instituto Fernandes Figueira/ FICRUZ), Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, S.B; SZARFARC, S.C; SOUZA, J.M.P. Prática alimentar no primeiro ano de vida, em crianças atendidas em centros de saúde do município de São Paulo. **Rev. Nutr., Campinas**, 12 (2): 167-174, maio/ago., 1999.

TRAWITZKI, L.V.V; LIMA-ANSELMO, W.T; MELCHIOR, M; GRECHI, T.H; VALERA, F.C.P. Aleitamento materno e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** V. 71, n.6, 747-51, nov/dez, 2005. ,

VASCONCELOS, M.G.L; LIRA, P.I.C; LIMA, M.C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Revista Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 6 (1): 99 – 105, jan./mar., 2006.

VENANCIO, S.I. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. Vol. 79, nº1, 2003.

VENANCIO, S.I; ESCUDER, M.M.L; KITOKO, P; REA, M.F; MONTEIRO, C.A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, 36 (3): 313-8, 2002.

VICTORA, C.G. et al. A saúde das crianças dos Estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. **Rev. Saúde Pública**. S. Paulo, 25:218-25, 1991.

VIEIRA, G.O; GLISSER, M; ARAÚJO, S.P.T; SALES, A. Indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. **J.Pediatria**. Rio de Janeiro. Vol.74, Nº1, 11-16, 1998.

VIEIRA, G.O. **Alimentação Infantil e morbidade por diarreia na cidade de Feira de Santana**, 2001 {Dissertação de mestrado}. Feira de Santana: Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2002.

VIEIRA, G.O; SILVA, L.R; OLIVEIRA, T.O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, 79(5): 449-54, 2003.

VIEIRA, G.O; SILVA, L.R; VIEIRA, T.O; ALMEIDA, J.A.G; CABRAL, V.A. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. **J Pediatr** (Rio J). 80:411-6, 2004.

VIEIRA, G.O et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno infantil**. Recife, 4(2):143-150, abril/junho, 2004.

VOLPINI, C.C; MOURA, E.C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Rev. Nutrição**. Campinas. 18 (3):311-319, maio/junho., 2005.

XAVIER, C.C; SALIM, M.J; GONÇALVES, A.L. Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso. **Rev. Saúde Pública**., S. Paulo, 25 (5): 381-7, 1991.

WALETZKY, L.R. Husbands' problems with breastfeeding. **Am J Orthopsychiatry** 1979; 49:349-53.

WEIDERPASS, E. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 32 (3): 225-31, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF. Innocenti declaration on protection promotion and support of breastfeeding. **Ecol food Nutr**. 26:271-3, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 I **Washington D.C.**, USA, 2008.



Anexo I

Questionário¹

Fazer as anotações no cabeçalho do questionário (dados demográficos) e o nome do posto de vacinação pesquisado. Anotar o nome do entrevistador e a data da coleta de dados.

A primeira parte do questionário corresponde à coleta dos dados referentes à criança pesquisada.

1. Data de nascimento da “criança”? ____/____/____
2. Quantos meses a “criança” tem neste momento? _____
3. Qual o sexo da “criança”? 1. Masculino () 2. Feminino ()
4. Em que Hospital a “criança” nasceu? _____
5. Esta “criança” nasceu na data prevista?
() Sim () Não () Não sei
6. De quanto tempo “ele” nasceu? _____

¹ Questionário adaptado de VIEIRA, G.O. (2002) Alimentação Infantil e morbidade por diarreia na cidade de Feira de Santana, 2001 {Dissertação de mestrado}. Feira de Santana: Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana; 2002.

7. Esta “criança” ficou internada no berçário?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

A segunda parte do questionário corresponde à coleta dos dados referentes á alimentação e amamentação da criança pesquisada.

8. “Esta criança” mamou no peito na sala de parto?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

9. Após o nascimento, “ele” permaneceu ao seu lado até receberem a alta? ☐ Sim

☐ Não ☐ Não sei

10. Recebeu orientação sobre aleitamento materno, durante o pré-natal desta “criança”? ☐ Sim

☐ Não ☐ Não sei

11. Recebeu orientação sobre aleitamento materno após o parto, enquanto esteve no hospital?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

12. Apresentou alguma dificuldade na amamentação desta “criança”, como:

Rachadura (fissura) dos mamilos? ☐ Sim ☐ Não

Ingurgitamento mamário (leite empedrado)? ☐ Sim ☐ Não

Mastite/abscesso (infecção na mama)? ☐ Sim ☐ Não

Outra dificuldade? ☐ Sim ☐ Não

13. No dia em que nasceu a “sua criança” mamou no peito?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

14. Desde ontem até agora a “sua criança” mamou no peito?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

15. Desde ontem até agora a “sua criança” tomou somente leite do peito?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

16. Desde ontem até agora a “sua criança” tomou algum destes líquidos?

Água:

Chá:

Outro leite (em pó ou de vaca):

Sucos:

17. Desde ontem até agora “sua criança” tomou alguma coisa com mamadeira?

() Sim () Não () Não sei

18. Desde ontem até agora “a sua criança” comeu algum destes alimentos?

Frutas:

Sopinha/Papinha/Purê

Refeição da família:

Outros: _____

19. A “sua criança” usa chupeta?

() Sim () Não () Não sei

Desde quando? _____

Quantas horas por dia? () Menos de 1 hora () De 1 á 5 horas () De 6 á 10 horas () de 11 á 15 horas () De 16 á 20 horas () Mais de 20 horas

20. Qual motivo para a introdução precoce de outros alimentos a nutrição da “sua criança”?

A terceira parte do questionário corresponde à coleta dos dados referentes à mãe e habitação da criança pesquisada.

21. A senhora já engravidou quantas vezes? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____

22. Quantos partos a senhora teve? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____

23. Quantos filhos vivos a senhora tem? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____

24. A senhora é fumante? () Sim () Não

Fuma quantos cigarros por dia? _____

25. Em que bairro a senhora mora? _____

26. Quantos anos a senhora têm? _____

27. A senhora já freqüentou escola ou ainda frequenta? _____

28. A senhora concluiu qual série?

1º Grau: 1 2 3 4 5 6 7 8 2º Grau: 1 2 3 Superior: _____

29. A senhora trabalha fora do lar? () Sim () Não

Quantas horas por dia a senhora fica fora de casa? _____

30. O pai da criança mora junto com a senhora? () Sim () Não

31. O pai da criança já freqüentou a escola ou ainda frequenta? _____

32. O pai da criança concluiu qual série?

Primeiro grau: 1 2 3 4 5 6 7 8 Segundo grau 1 2 3 Superior: _____

33. Qual a renda mensal da sua família? () Menos de 1 salário () 1 Salário () De 1 a 2 salários () De 2 a 3 salários () Mais de três salários

34. Quantas pessoas residem na casa com a senhora? _____

35. Das pessoas que residem na casa com a senhora quantas trabalham fora de casa? _____



Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu entendi qual é a importância de minha participação neste estudo a partir do encontro que tive com os pesquisadores envolvidos. Eu li e compreendi todos os

procedimentos que envolvem esta pesquisa, bem como os seus objetivos e tive tempo suficiente para considerar a minha participação no estudo. Eu perguntei e obtive as respostas para todas as minhas dúvidas. Eu sei que posso me recusar a participar deste estudo, ou que posso abandoná-lo a qualquer momento sem qualquer tipo de constrangimento. Eu também compreendo que os pesquisadores podem decidir a minha exclusão do estudo por razões científicas, sobre as quais eu deverei ser devidamente informado.

Portanto, aqui forneço o meu consentimento para participar do estudo intitulado:

“SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS DE 0 A 24 MESES NO
MUNICÍPIO DE IPATINGA-MG”

Ipatinga-MG, ____ de _____ de ____ .

Assinatura do Voluntário

Declaro que expliquei os objetivos deste estudo ao voluntário, dentro dos limites dos meus conhecimentos científicos.

Pesquisador Responsável