

MARIA FERNANDA TENÓRIO CAMPANA

**ALEITAMENTO MATERNO: PREVALÊNCIA E FATORES  
ASSOCIADOS EM ÁREAS DE ATUAÇÃO DE EQUIPES DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Zuleika Thomson  
Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Kazue Tanno de Souza

---

Londrina  
2008

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da  
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

C186a Campana, Maria Fernanda Tenório.

Aleitamento materno : prevalência e fatores associados em áreas de atuação de equipes de saúde da família / Maria Fernanda Tenório Campana. – Londrina, 2008.

120f. : il.

Orientador: Zuleika Thomson.

Co-orientador: Regina Kazue Tanno de Souza.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008.

Inclui bibliografia.

1. Amamentação – Estudos transversais – Teses. 2. Família – Saúde e higiene – Teses. 3. Saúde pública – Teses. I. Thomson, Zuleika. II. Souza, Regina Kazue Tanno de. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 613.287.8

MARIA FERNANDA TENÓRIO CAMPANA

**ALEITAMENTO MATERNO: PREVALÊNCIA E FATORES  
ASSOCIADOS EM ÁREAS DE ATUAÇÃO DE EQUIPES DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Profª Drª Zuleika Thomson

**Co-Orientadora:** Profª Dra. Regina Kazue Tanno de Souza

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Profª Drª Regina Kazue Tanno de Souza  
Universidade Estadual de Londrina

---

Profª Drª Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Profª Drª Ana Berenice Ribeiro de Carvalho  
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

### *DEDICATÓRIA*

*A meus pais, Guilon e Maria Helena, pela  
compreensão e pelo suporte irrestrito às minhas  
decisões pessoais e profissionais. Sem a ajuda e  
o apoio de vocês eu não teria conseguido.  
Eternamente, obrigada!*

## AGRADECIMENTOS

A Deus todo poderoso pela vida e pela Sua sublime condução.

À minha querida mãe Maria Helena, sem você para cuidar de meus filhos e me ouvir não teria meios para prosseguir.

Ao meu pai Guilon, pela sua paciência, pelo seu apoio e por ter compreendido a ausência de minha mãe.

Ao meu filho Vítor, que apesar de tão jovem teve comigo imensa paciência, sabendo compreender meus muitos momentos de ausência e impaciência.

Ao meu bebê Enrico, por fazer meu coração sempre sorrir.

Ao meu marido Leandro, pelo seu grande amor, que sempre soube compreender e respeitar minhas escolhas.

À Milene, pela sua amizade e por me encorajar sempre, mesmo estando distante.

A todos meus companheiros de mestrado, que para mim hoje são grandes amigos com os quais aprendi muito.

À minha orientadora Dra. Zuleika, por me encorajar, direcionar e compartilhar comigo sua vasta experiência.

À minha co-orientadora Dra Regina, pela sua imprescindível colaboração e imensa contribuição na construção deste trabalho.

Às duas, Zuleika e Regina, por acreditarem que eu conseguiria, sempre dizendo palavras de estímulo.

A todos os mestres e doutores que com entusiasmo compartilharam conosco suas experiências e conhecimentos.

Ao pessoal do Nesco, por sempre estarem prontos a nos atender e ajudar.

À Aparecida de Lourdes Mariani (Cidinha), pelo eficiente trabalho de organização das referências.

Às alunas do Curso de Nutrição do Cesumar pelo bom trabalho desenvolvido durante a coleta de dados.

À aluna de nutrição Selma, pela dedicação no seu papel de supervisora de campo.

À Secretaria de Saúde de Maringá, pela permissão para o desenvolvimento desta pesquisa, em especial, ao pessoal da Vigilância Epidemiológica, Centro de Informação em Saúde e Planejamento em Saúde.

Às diretoras das Unidades de Saúde Pinheiros, Parigot e Requião/Guaiapó pela colaboração no desenvolvimento desta pesquisa.

Aos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e especialmente aos ACS que estavam sempre dispostos a ajudar.

Às mães e seus bebês pela participação.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para concretização deste trabalho.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição da população entrevistada e não entrevistada (perdas) segundo variáveis relacionadas ao SINASC. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....52
- Tabela 2** - Distribuição das mães residentes em áreas de atuação de ESF, segundo características demográficas e socioeconômicas. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....54
- Tabela 3** - Distribuição das mães residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo características relacionadas ao trabalho materno. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....56
- Tabela 4** - Distribuição das crianças residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo características sociodemográficas e do nascimento. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....57
- Tabela 5** - Distribuição das mães residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo características da assistência pré-natal. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....59
- Tabela 6** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo características do parto e nascimento. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....60
- Tabela 7** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo características da assistência à criança. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....62
- Tabela 8** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo orientação sobre amamentação no pré-natal, durante a internação, na alta hospitalar e na assistência à criança. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....64

- Tabela 9** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo características das atividades de apoio à amamentação. Maringá -PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....66
- Tabela 10** - Distribuição das mães residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo categoria do AM no sexto mês de vida da criança. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....68
- Tabela 11** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo a época de abandono do aleitamento materno exclusivo. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....71
- Tabela 12** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo época de abandono do aleitamento materno. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....72
- Tabela 13** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo variáveis relacionadas à alimentação da criança durante internação hospitalar. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....73
- Tabela 14** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características da mãe. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....77
- Tabela 15**- Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características do trabalho materno. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....80
- Tabela 16** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características da criança. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....81
- Tabela 17** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características relacionadas ao pré-natal. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....83



- Tabela 18-** Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características relacionadas ao parto e nascimento da criança. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.....84
- Tabela 19** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características da alimentação da criança durante a internação hospitalar. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....86
- Tabela 20** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características relacionadas à assistência à criança. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....87
- Tabela 21** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESF, segundo as atividades de apoio à amamentação. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....88
- Tabela 22** – Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo a categorização econômica, o local do pré-natal e da assistência à criança e o número de visitas domiciliares. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....89
- Tabela 23** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo orientação sobre amamentação no pré-natal, durante a internação, na alta hospitalar, na assistência à criança e na visita domiciliar. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007. ....90

**LISTA DE SIGLAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAC	Hospital Amigo da Criança
HUM	Hospital Universitário de Maringá
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LM	Leite Materno
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNIAM	Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VD	Visita Domiciliar
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO .....	14
1.2	PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL.....	19
1.3	PROGRAMAS NACIONAIS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO .....	22
1.4	O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E O ALEITAMENTO MATERNO.....	25
2	OBJETIVOS.....	30
2.1	GERAL.....	30
2.2	ESPECÍFICOS .....	30
3	METODOLOGIA .....	31
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	31
3.2	LOCAL DE ESTUDO .....	31
3.2.1	Município de Maringá.....	31
3.2.2	Área de Abrangência do Estudo .....	35
3.3	POPULAÇÃO DE PESQUISA .....	35
3.4	FONTES DE DADOS.....	36
3.5	COLETA DE DADOS.....	36
3.5.1	Pré-teste .....	36
3.5.2	Primeira Etapa .....	37
3.5.3	Segunda Etapa .....	38
3.5.4	Aspectos Éticos .....	39
3.6	VARIÁVEIS DE ESTUDO E CATEGORIZAÇÃO.....	39
3.6.1	Variáveis Relacionadas à Mãe.....	39
3.6.2	Variáveis Relacionadas à Criança .....	41
3.6.3	Variáveis Relacionadas à Assistência à Saúde .....	42
3.6.3.1	Assistência pré-natal.....	42
3.6.3.2	Assistência ao parto e ao nascimento .....	43
3.6.3.3	Assistência à criança .....	44
3.6.3.4	Atividades de apoio à amamentação .....	45
3.6.4	Variáveis Relacionadas à Alimentação da Criança.....	47
3.7	ANÁLISE DOS DADOS .....	48

4	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	50
4.1	POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	50
4.2	ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	51
4.3	VARIÁVEIS RELACIONADAS À MÃE.....	53
4.4	VARIÁVEIS RELACIONADAS À CRIANÇA .....	57
4.5	VARIÁVEIS RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....	58
4.5.1	Assistência Pré-natal .....	58
4.5.2	Assistência ao Parto e ao Nascimento .....	60
4.5.3	Assistência à Criança .....	62
4.5.4	Atividades de Apoio à Amamentação .....	63
4.6	PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.....	68
4.7	INTRODUÇÃO DE OUTROS ALIMENTOS.....	72
4.7.1	Durante a Internação Hospitalar .....	72
4.7.2	Após a Alta.....	74
4.8	FATORES ASSOCIADOS À AMAMENTAÇÃO.....	76
4.8.1	Fatores Relacionados ao Binômio Mãe-filho.....	76
4.8.2	Fatores Relacionados à Assistência à Saúde.....	82
4.8.2.1	Atividades de apoio à amamentação .....	87
5	CONCLUSÕES.....	94
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	97
	REFERÊNCIAS.....	100
	ANEXOS .....	112
	Anexo A - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde .....	113
	Anexo B – Parecer do Comitê de Ética .....	114
	APÊNDICES.....	115
	Apêndice A – Formulário para Inquérito Domiciliar .....	116
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	120

CAMPANA, Maria Fernanda Tenório. **Aleitamento materno: prevalência e fatores associados em áreas de atuação de Equipes de Saúde da Família.** Londrina, 2008. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

## RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF), considerado estratégia incremental do SUS, nas suas bases prioriza as ações de proteção e promoção à saúde de forma integral e contínua. Em relação à amamentação, as equipes do PSF podem desenvolver atividades educativas, desde a gestação até o estabelecimento e da amamentação, bem como em sua manutenção. O padrão de amamentação varia com o local e com as características da população e dos serviços de saúde. Desta forma, esta pesquisa teve por objetivo estimar a prevalência do aleitamento materno (AM) e do aleitamento materno exclusivo (AME) e investigar os fatores associados à prática da amamentação no sexto mês da criança em áreas de atuação de Equipes de Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo transversal, realizado por meio de inquérito domiciliar. As principais variáveis de estudo foram as relacionadas às características demográficas e socioeconômicas dos binômios mãe-filho, à alimentação da criança, e à assistência à saúde durante o período pré e pós-natal. Foram entrevistadas 241 mães de crianças nascidas entre setembro de 2006 e fevereiro de 2007, residentes em uma das cinco regionais de saúde do município de Maringá-PR, selecionadas a partir do Sistema de Informações de Nascidos Vivos e registros dos Agentes Comunitários de Saúde. As entrevistas foram realizadas aos 180 dias de vida da criança ( $\pm 7$  dias). A análise da associação entre as variáveis independentes e a prática da amamentação (AM + AME) no sexto mês foi realizada a partir do teste de Qui-quadrado com correção de Yates ou pelo teste exato de Fisher ( $p < 0,05$ ). Os resultados revelaram prevalência elevada de AM (66,8%) e baixíssima de AME (2,9%). O abandono do AME foi expressivo apenas a partir do quarto mês. Associaram-se negativamente à prática da amamentação, o baixo peso ao nascer ( $p = 0,004$ ), a idade gestacional inferior a 37 semanas ( $p = 0,02$ ) e o tempo de internação hospitalar após o nascimento superior a sete dias ( $p = 0,003$ ). Nenhuma variável relacionada às características da assistência a saúde associou-se significativamente. A orientação sobre AM foi positivamente referida por 55% das mães durante o pré-natal, 74,4% durante a internação, 56,9% no momento da alta e por apenas 28,2% durante as visitas domiciliares por profissionais das ESF. A visita domiciliar no puerpério foi baixa (42,5%). Concluiu-se que a situação privilegiada da amamentação no sexto mês na área estudada sugere maior influência de fatores sócio-culturais. Porém, acredita-se que a atuação efetiva dos profissionais das ESF priorizando a captação das necessidades das mães, por meio da escuta qualificada, possa elevar a duração do AM, especialmente de sua forma exclusiva.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Programa Saúde da Família. Epidemiologia.

CAMPANA, Maria Fernanda Tenório. **Breastfeeding**: prevalence and associated factors in areas covered by Family Health Teams. 2008. 120f. Dissertation (Master Degree in Community Health). State University of Londrina, 2008.

## ABSTRACT

The Family Health Program (FHP), considered an incremental strategy of the Brazilian National Health Service (SUS), gives priority to actions of health maintenance and promotion, in an integral and continuous manner. Regarding breastfeeding, FHP teams can develop educational activities from the time of gestation until breastfeeding actually takes place, and its support as well. Breastfeeding patterns vary according to locality and the characteristics of the population and health services. As such, the objective of this study was to estimate the prevalence of breastfeeding (BF) and exclusive breastfeeding (EBF) and investigate factors associated with the practice of breastfeeding during the child's sixth month of life in areas served by Family Health Teams (FHTs). It is set up as a cross-sectional study, conducted through at-home interviews. The main study variables were related with demographic and socioeconomic characteristics of the mother-baby pairs, the baby's feeding, and health assistance during pre and post-natal period. Interviews were conducted with 241 mothers of children born between September 2005 and February 2006, who resided within one of the five health districts of the city of Maringá, state of Paraná. These mothers were selected from the Live Births Database and records from Community Health Agents. The interviews were carried out when the children were 180 days old ( $\pm 7$  days). The analysis of the association among the independent variables and the practice of breastfeeding (BF + EBF) during the sixth month of life was conducted based on the chi-square Test with Yates continuity correction or by Fisher's Exact test ( $p < 0.05$ ). The results revealed elevated prevalence of BF (66.8%) and extremely low of EBF (2.9%). EBF was significantly abandoned only in the fourth month. Some negative associations with breastfeeding found were: low birth weight ( $p = 0.004$ ), gestational age below 37 weeks ( $p = 0.02$ ) and post-birth hospitalization over seven days ( $p = 0.003$ ). No variable related to health assistance characteristics had a significant association. Orientation on BF was positively mentioned by 55% of mothers prior to birth, by 74.4% during hospitalization, 56.9% at the moment of hospital discharge, and by only 28.2% during home visits by FHT professionals. Home visits during puerperium achieved low levels (42.5%). It was concluded that the privileged condition of breastfeeding in the sixth month at the studied area suggests a greater influence of socio-cultural factors. However, it is believed that the effective involvement of FHT professionals, prioritizing the understanding of mothers' needs through active listening, can lengthen the duration of BF, especially in its exclusive form.

**Keywords:** Breastfeeding, Family Health Program, Epidemiology.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Em virtude dos muitos benefícios proporcionados pelo leite materno (LM), é recomendado que todas as crianças o recebam com exclusividade até os seis meses de vida e que, a partir desta idade, a amamentação seja complementada com outros alimentos até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2003).

As evidências científicas de que a amamentação é a melhor forma de alimentar a criança pequena se acumulam a cada ano, e as autoridades de saúde recomendam sua implementação por meio de políticas e ações que previnam o desmame precoce (REA, 2004).

Estudos de Popkin *et al.* (1990) e Victora *et al.* (1987) foram dos primeiros e mais conhecidos a comprovar a importância da amamentação exclusiva para um menor risco de morbidade. Amamentar exclusivamente até o sexto mês de vida tornou-se recomendação baseada em revisão extensa da literatura, solicitada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (KRAMER; KAKUMA, 2002).

No Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 9º, o aleitamento materno (AM) é tratado como uma questão de direito à vida e à saúde e como instrumento de direito humano universalmente aceito (BRASIL, 1991).

O real impacto do AM é difícil de ser quantificado. Sabe-se que as crianças que recebem LM adoecem menos, por isso necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos e ocasionam menos faltas dos pais ao trabalho (GIUGLIANI, 2000), além de dispensarem o uso de leites artificiais e mamadeiras. Como resultado, a amamentação pode beneficiar não somente as crianças e suas famílias, mas também a sociedade como um todo (GIUGLIANI, 2005).

Amamentar é a forma mais efetiva de nutrir a criança, por contribuir para o seu crescimento e desenvolvimento, devido às suas vantagens de ordem

nutricional, imunológica, ecológica (SERVA, 2004) e psicológica (MARQUES; LOPEZ; BRAGA, 2004). Segundo Teruya e Coutinho (2001), o LM é uma substância extraordinária, que, além de apresentar composição em perfeito equilíbrio, ajusta-se às modificações da criança que o recebe. Promove ainda a nutrição e adaptação da criança. Assim, o ato de amamentar ultrapassa o prisma biológico e supre também necessidades emocionais, sendo a mãe a primeira professora de amor de seus filhos.

O aleitamento materno exclusivo (AME) é referência e modelo de alimento, sendo que a oferta de outro alimento deve levar em consideração o impacto no crescimento, na saúde e no desenvolvimento, tanto a curto quanto a longo prazo. Em prematuros o AM promove efeitos benéficos, oferecendo proteção e melhorando o desenvolvimento da criança, quando comparado com fórmulas específicas para prematuros (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005).

O efeito mais dramático da não-amamentação é a mortalidade de crianças pequenas decorrente de sua privação dos inúmeros fatores existentes no LM que protegem contra infecções comuns em crianças, como diarreia e doenças respiratórias (GIUGLIANI, 2000). A cada ano ainda morrem mais de dez milhões de crianças menores de cinco anos no mundo. Nas Américas, o Brasil e o México estão entre os 42 países do mundo onde ocorre a maioria das mortes. A amamentação e a alimentação complementar estão incluídas entre as intervenções viáveis, efetivas e de baixo custo (VICTORA; BARROS, 2005).

Com relação às crianças brasileiras, os dados apresentados por Victora e Barros (2005) mostram uma clara desvantagem das crianças pobres quanto à cobertura das intervenções de sobrevivência infantil. Além disso, os autores discutem que não basta alcançar uma boa cobertura, uma vez que, para serem efetivas, as intervenções precisam ser de boa qualidade.

Uma meta-análise baseada em seis conjuntos de dados provenientes de três continentes - América (Brasil), Ásia (Filipinas e Paquistão) e África (Gâmbia, Gana, e Senegal) mostrou uma mortalidade por doenças infecciosas seis vezes maior em crianças menores de dois meses não amamentadas, quando comparadas com crianças alimentadas no peito. A proteção diminuía à medida que



a criança crescia, variando de 1,4 a 4,1 em crianças de 2 a 12 meses e de 1,6 a 2,1 no segundo ano de vida. A proteção contra mortes por diarreia foi muito maior que a proteção contra mortes por infecções respiratórias nos primeiros seis meses; contudo, após esse período, a proteção contra mortes foi semelhante entre essas duas doenças. O estudo chama a atenção para o fato de que, enquanto a proteção contra mortes por diarreia diminui dramaticamente com a idade, a proteção contra mortes por infecções respiratórias se mantém constante nos primeiros dois anos de vida (WHO COLLABORATIVE STUDY TEAM ON THE ROLE OF BREASTFEEDING ON THE PREVENTION OF INFANT MORTALITY, 2000).

Victora *et al.* (1987) verificaram que o risco de morrer para crianças com idade inferior a um ano nas cidades de Pelotas e Porto Alegre foi maior por diarreia, infecção respiratória e outras infecções em, respectivamente, 14,2, 3,6 e 2,5 vezes em crianças que nunca receberam LM do que naquelas amamentadas exclusivamente ao seio.

Pesquisas em países desenvolvidos e em desenvolvimento têm mostrado evidências de que o AM diminui a extensão e gravidade de doenças infecciosas como diarreia, infecção respiratória e urinária, meningite bacteriana, otites, enterocolite necrotizante e sepse em prematuros. O AM está também associado com o melhor desenvolvimento em testes cognitivos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005).

A associação entre AM e melhor desenvolvimento cognitivo foi demonstrada em uma meta-análise que envolveu 20 estudos criteriosamente selecionados. Após ajustes para alguns fatores de confusão, as crianças amamentadas tinham escores de desenvolvimento significativamente maiores do que as crianças, em especial os prematuros, alimentadas com fórmula. Essa diferença foi observada desde os seis meses até os 15 anos de idade, e tinha uma relação direta com a duração do AM (ANDERSON; JOHNSTONE; REMLEY, 1999).

Por sua vez, Giugliani (2003) destaca que não existe consenso quanto à associação entre AM e desenvolvimento cognitivo, sendo este resultante de um processo complexo e influenciado por diversos fatores de ordem genética e

ambiental, que interagem entre si. O AM deve ser considerado como apenas um dos prováveis fatores.

Há especulações sobre os mecanismos envolvidos na possível associação entre AM e melhor desenvolvimento cognitivo. Alguns defendem a presença de substâncias do LM que otimizariam o desenvolvimento cerebral (LUCAS *et al.*, 1992; UAUY; PEIRANO, 1999). Outros acreditam que, além dos fatores nutricionais do LM, fatores comportamentais ligados ao ato de amamentar e à escolha do modo de alimentar a criança estão envolvidos nesta associação (MORTESEN *et al.*, 2002).

Documento da Academia Americana de Pediatria cita ainda uma possível proteção do AM contra a síndrome da morte súbita do lactente no primeiro ano de vida, o diabetes insulino dependente, a doença de Crohn, a colite ulcerativa, o linfoma, as doenças alérgicas e outras doenças crônicas do aparelho digestivo (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005).

Há também evidências de proteção do AM contra leucemia aguda na infância (BENER; DENIC; GALADARI, 2001); otite média e aguda (EUCLYDES, 2000); asma (CHALADA *et al.*, 2003); proteção a longo prazo contra sensibilização alérgica (MARINI *et al.*, 1996; RIORDAN, 1998) na comparação com indivíduos não amamentados, embora alguns estudos ainda não sejam conclusivos.

Os efeitos protetores da amamentação contra infecções do ouvido e pulmão têm-se tornado evidentes nos últimos anos. A imunoglobulina A (IgA) secretora é um anticorpo resultante da resposta da mãe à exposição prévia a agentes infecciosos. Ela sobrevive nas membranas e é resistente à digestão proteolítica, além de impedir a fixação de agentes patogênicos nas células da criança amamentada, limitando efeitos danosos do processo infeccioso (JACKSON; NAZAR, 2006).

Quanto à morbidade por asma há algumas controvérsias. Kuiper *et al.* (2007) mostraram que amamentar protegeu crianças oriundas de 221 famílias com história de atopia comparadas com 308 de famílias sem história. Mahrshahi *et al.* (2007) não encontraram associação entre tempo prolongado de amamentação e

presença de asma, eczema ou atopia em uma coorte de 516 crianças aos cinco anos, também com história de atopia.

A amamentação também apresenta efeitos em longo prazo. Uma revisão sistemática mostrou que crianças amamentadas apresentam médias mais baixas de pressão sanguínea e de colesterol total e melhor desempenho em testes de inteligência. As prevalências de sobrepeso/obesidade e diabetes tipo 2 também foram menores (HORTA *et al.*, 2007).

O AM também traz benefícios para a saúde da mulher. Rea (2004), em revisão de literatura, afirma que não é ampla a literatura sobre os benefícios da amamentação para a saúde da mulher, quando comparada ao avanço do conhecimento sobre o papel da amamentação e do leite humano para a saúde da criança.

A autora refere como os principais benefícios do AM, para a mãe, a menor frequência de doenças como o câncer de mama, certos cânceres ovarianos, fraturas ósseas e menor risco de morte por artrite reumatóide. Destaca também a amenorréia pós-parto e o conseqüente maior espaçamento intergestacional, o retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente e o menor sangramento uterino pós-parto (REA, 2004). Giugliani (2000) cita que a eficácia da lactação como anticoncepcional é de 98% nos primeiros seis meses após o parto, desde que a amamentação seja exclusiva ou predominante e que a mãe se mantenha em amenorréia.

O *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer* (2002), em uma revisão de 47 estudos realizados em 30 países, envolvendo cerca de 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil controles, sugerem que o AM pode ser responsável por dois terços 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 (países desenvolvidos *versus* não-desenvolvidos), idade, etnia, presença ou não de menopausa e número de filhos.

Por outro lado, ter sido amamentada quando bebê também mostrou relação com a incidência de câncer de mama na idade adulta. Análise de uma coorte

de 4999 sujeitos iniciada nos anos 1930 e uma extensa meta-análise de outros estudos concluiu que ter sido amamentada está relacionado a menor risco de câncer na pré-menopausa (MARTIN *et al.*, 2007).

A relação entre duração da amamentação e diminuição do peso pós-parto foi demonstrada em estudo brasileiro com 405 mulheres em que a cada mês a mais de amamentação houve uma média de redução de 440 gramas no peso da mãe (KAC *et al.*, 2004)

Além dos benefícios para a saúde da criança e da mulher, o AM propicia benefícios econômicos. Os benefícios são diretos, quando se compara o baixo custo da amamentação com a utilização dos substitutos do LM e, indiretos, quando gastos com doenças relacionadas ao aleitamento artificial são relacionados (BRASIL, 2002). O único custo da amamentação exclusiva é a produção do LM, que é igual ao conteúdo energético do leite secretado, adicionado da energia necessária para produzi-lo (ARAÚJO *et al.*, 2004).

Estudo realizado por Araújo *et al.* (2004) comparou o custo da alimentação complementar da nutriz com o da alimentação de bebês com substitutos do LM, e evidenciou que garantir a complementação alimentar da lactante gera um custo 75% menor comparado ao custo da alimentação do lactente com fórmula infantil e 21% menor quando a criança é alimentada com leite de vaca. Além disso, a qualidade de vida da nutriz melhor alimentada, das crianças amamentadas e de suas famílias tende a melhorar, na medida em que há menor frequência de morbidade, hospitalizações e fortalecimento do vínculo afetivo.

## 1.2 PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

Apesar da superioridade do LM em relação ao leite artificial, o declínio da amamentação é fenômeno conhecido em todo o mundo, especialmente a partir do final do século XIX, com o advento da Revolução Industrial. As conseqüências desastrosas do desmame precoce, especialmente nos países em

desenvolvimento, levaram a um movimento mundial de retorno à amamentação, que teve início em meados da década de 1970 (VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

Anteriormente a 1970, os dados representativos que refletiam a situação do AM no Brasil eram escassos, mas, por estudos isolados, pode-se estimar que a prática de amamentar registra seus pontos mais baixos na década de 1970 (REA, 2003). O Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), realizado em 1974-1975, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrou que era de 2,5 meses a mediana de amamentação (VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

Em 1981, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, patrocinaram conjuntamente a primeira pesquisa nacional sobre a situação do AM no Brasil, cujos dados foram coletados em Recife e São Paulo. As durações medianas de amamentação reveladas foram respectivamente de 2,4 e 2,8 meses. Porém o desmame foi muito mais precoce em Recife, onde no primeiro mês de vida 68% das crianças recebiam leite artificial e quase 90% estavam desmamadas ao final do segundo mês (BERQUÓ *et al.*, 1984). Isto significa que em cerca de seis anos quase nada havia mudado. Estes dados embasaram as diretrizes do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), lançado em 1981 (REA, 2003).

Em 1986, cinco anos após a primeira avaliação, o que se documenta é que a duração mediana da amamentação na Grande São Paulo passou para 4,2 meses e na Grande Recife para 3,5 meses (REA, 1990).

Estudos realizados pela Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição em 1989 e pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) em 1996 mostraram que a duração mediana da amamentação se elevou de 5,5 para 7 meses e, a mediana de Aleitamento Materno Predominante (AMP) (LM associado a água, chá e/ou sucos) era de 72 dias e de aleitamento materno complementado com outros alimentos era de 134 dias (ARAÚJO, 2005).

Ainda, em 1996 a PNDS mostrou que mais de 40% das crianças entre 0 e 4 meses recebiam AMP e que o aleitamento misto (LM associado a outro tipo de leite) foi de 85,4% naquele ano. Comparando os resultados dessas duas

pesquisas observa-se que a freqüência de amamentação aos quatro meses passou de 61,6% para 71,7%, aos seis meses de 49,9% para 59,8%, aos 12 meses de 29,3% para 37,4% e aos 24 meses de 14,7% para 17,2% (ARAÚJO, 2005).

Em 1991, o Unicef realizou no Nordeste do Brasil um estudo que apontou índices de amamentação exclusiva inferiores a 10% no primeiro mês e inferiores a 3% no terceiro mês de vida. Por outro lado, pesquisas estaduais e municipais realizadas na década de 1990 mostraram melhora do perfil de AME (ARAÚJO, 2005).

Em 16 de outubro de 1999, o Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, realizou um estudo de prevalência do AM em 25 capitais brasileiras (a exceção foi o Rio de Janeiro) e no Distrito Federal, durante a segunda etapa da campanha de vacinação. Um dos objetivos do estudo foi estimar a prevalência do AM em crianças menores de um ano e do AME e predominante em crianças com 180 dias ou menos. Os resultados mostraram que a maioria das crianças brasileiras era amamentada durante o primeiro mês de vida, mas com decorrer do tempo ocorria o desmame, tendo sido a prevalência de AM de 87% aos 30 dias; 77% aos 120 dias; 69% aos 180 dias, e de 35% com um ano de idade. A prevalência de AME estava bem abaixo do que recomendam a OMS, o Unicef e o Ministério da Saúde. Na faixa etária de 0 a 30 dias, 53,1% das crianças eram amamentadas de forma exclusiva. A partir desta faixa etária ocorre uma brusca queda nos índices, que passaram a ser de 21,6% entre 91 e 120 dias e, aos 151 e 180 dias chegam a 9,7% (BRASIL, 2001b).

Na região Sul do País, de acordo com a mesma pesquisa, as prevalências do AM aos 30 dias (82,5%), aos 120 dias (70,7%) e aos 180 dias (60,8%) apresentaram-se elevadas, apesar de aos 180 dias serem inferiores aos das regiões Norte (76,7%) e Centro-oeste (73,1%). Não obstante, em relação ao AME a região Sul destaca-se com as maiores prevalências para todas as idades, tendo sido de 58,5% aos 30 dias, 23,8% aos 120 dias e 10,2% aos 180 dias (BRASIL, 2001b).

Em relação ao município de Maringá apenas um trabalho publicado em 2003 retratou a situação do AM. Este estudo avaliou a prevalência do

aleitamento materno até o 6º mês de idade. Foi um estudo transversal com inquérito domiciliar, com uma amostra de 373 crianças. Os resultados revelaram que as prevalências do AM aos quatro e seis meses foram respectivamente de 60,3% e 54,9%. Quanto ao AME, a prevalência foi de 14,2% e 9,5%, respectivamente, aos 4 e 6 meses (VITURI; BRITO, 2003).

Estudo recentemente publicado analisa a tendência do AM no Brasil no último quarto do Século XX, através da comparação de três inquéritos populacionais. Os resultados apontam para um aumento na frequência da amamentação de 40% em crianças com um mês, 150% no quarto mês, 200% aos seis meses e de 240% ao final do primeiro ano de vida (SENA; SILVA; PEREIRA, 2007b).

Esse aumento em 25 anos tanto pode ser pensado como um sucesso como pode ser visto como algo que poderia estar muito melhor se todas as atividades que se realizaram no país tivessem sido mantidas, avaliadas, corrigidas, bem coordenadas e melhoradas (REA, 2003).

### 1.3 PROGRAMAS NACIONAIS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

A partir da metade da década de 1970 emergiram recomendações mundiais pela retomada do aleitamento natural, as quais no Brasil se consolidaram no Programa Materno-Infantil, em 1974 e, posteriormente, na Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981. Estes programas tiveram como subsídio os dados da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, realizada em 1970, cujos resultados apontaram as altas taxas de mortalidade infantil em crianças brasileiras menores de cinco anos por causas passíveis de prevenção com medidas de alcance coletivo, dentre elas a amamentação e a assistência hospitalar ao parto (JAVORSKI, 1999).

No Programa Materno-Infantil, o AM era abordado de forma superficial e, em caso de insuficiência do LM, recomendava-se a distribuição do leite em pó. A suplementação alimentar para gestantes e lactentes foi a grande ênfase do programa. A comunidade médica, embora tivesse um discurso enaltecido das

vantagens do LM, colaborava com o desmame precoce e com a expansão da indústria produtora de leite em pó, prescrevendo leites maternizados (JAVORSKI, 1999).

Os aspectos mais importantes do PNIAM foram: ter uma coordenação nacional, utilizar a mobilização social de todos os possíveis atores no tema e contar com campanhas bem-elaboradas na mídia (REA, 2003).

Segundo Orlandi (1985), os profissionais de saúde não renunciaram à supremacia do leite humano, porém passaram a estimular, veladamente, o aleitamento artificial. Esta postura, que passou da condenação à aceitação do leite artificial como substituto do LM, permeava o discurso do primeiro programa governamental dirigido à mulher e à criança.

Conforme Rea (2003), é de 1978 o primeiro estudo que descreve as práticas indevidas de *marketing* de substitutos do LM. A influência do *marketing* utilizado pelas indústrias sobre as práticas de alimentação infantil e suas conseqüências sobre o desmame precoce, a desnutrição e a mortalidade infantil preocuparam a OMS e o Unicef. Em conseqüência disso, realizou-se a Reunião Conjunta sobre “Alimentação do Lactente e Crianças Pequenas” em Genebra, 1979. Nesta reunião foi recomendada a criação de um conjunto de normas, fundamentadas em princípios éticos, para nortear a promoção comercial de substitutos do LM. Em 1981, o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do LM foi aprovado pela Assembléia Mundial de Saúde. Em 1988 o Brasil adotou esse código em praticamente todas as suas disposições e a denominou como norma para comercialização de alimentos para lactentes (ARAÚJO *et al.*, 2006).

O PNIAM, durante aproximadamente 16 anos, desenvolveu ações importantes com o objetivo de promover o AME até os seis meses e continuado até dois anos de idade, visando reduzir a desnutrição e a morbimortalidade infantil no país. No início do programa foram realizadas grandes campanhas na televisão com o depoimento de artistas e personalidades influentes na população, para informar sobre a importância e as vantagens da amamentação. Inúmeros materiais



educativos foram produzidos e distribuídos para os serviços de saúde dos municípios brasileiros (ARAÚJO, 2005; REA, 2003).

Em 1984, em meio ao processo de redemocratização do país, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), subdividido em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O PAISC teve como elemento nucleador o acompanhamento sistematizado do processo de crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a cinco anos. Em torno dessa vigilância da saúde da criança se entrecruzariam as outras ações básicas do programa: AM e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das doenças diarreicas, assistência e controle das infecções respiratórias e imunização (JAVORSKI, 1999).

No ano de 1985 é realizado o primeiro evento nacional de aleitamento materno e a Fundação Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro, inicia a expansão de bancos de leite humano, uma atividade antes esporádica nos hospitais (REA, 2003).

Em 1989, a OMS e o Unicef lançam um documento que hoje se pode reputar como fundamental em qualquer atividade programática: a Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades, que resume em dez passos as ações de incentivo do AM que devem ser implementadas nos serviços, os chamados dez passos para o sucesso da amamentação (REA, 2003).

A década de 1990 foi caracterizada pela implementação das ações que estavam em andamento no país, mas principalmente pela capacitação maciça de profissionais de saúde nos diversos cursos de AM oferecidos pelo Ministério da Saúde, incluindo a capacitação de inspetores de saúde das Vigilâncias Sanitárias para a fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), e pela implantação de outras ações, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), as comemorações da Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM), o Programa Carteiro Amigo da Amamentação, o Projeto Bombeiro Amigo, a primeira revisão do Código Brasileiro e o primeiro monitoramento da

NBCAL realizado pelo Ministério da Saúde, e a realização de estudos epidemiológicos e pesquisas na área (ARAÚJO, 2005).

No Brasil, a IHAC começou em 1992. O crescimento de hospitais credenciados foi acelerado até 1996; mas o Ministério da Saúde decidiu agregar pré-requisitos para que os hospitais se credenciem, entre os quais uma baixa taxa de cesáreas, o que desacelera o processo de credenciamento de novos hospitais. A meta proposta para o ano 2000 de 400 hospitais com a iniciativa implantada, não é cumprida nem em 50% (REA, 2003).

O monitoramento da NBCAL consistiu em componente prático das capacitações sobre a NBCAL realizadas junto aos fiscais sanitários, ao pessoal ligado à defesa do consumidor e às procuradorias jurídicas. Os resultados revelaram pontos falhos e a conseqüente necessidade de rever pela segunda vez a norma, o que foi feito nos anos de 2000-2001, publicando-se novas portarias mais abrangentes e melhor detalhadas (REA, 2003).

Em 2002, foi aprovada pela Assembléia Mundial de Saúde, na OMS, a Estratégia Global sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena. As bases desta estratégia significam reafirmar as metas da Declaração de Innocenti (1990), ou seja, a necessidade de incentivar a amamentação exclusiva por seis meses e buscar formas ótimas de promover a alimentação complementar adequada sem interromper a amamentação até pelo menos o segundo ano de vida. Além disso, incluem discussões a respeito de como trabalhar essas recomendações entre mães portadoras do *vírus da imunodeficiência adquirida* (HIV) e famílias em situação de emergência (REA, 2003).

#### 1.4 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E O ALEITAMENTO MATERNO

A Constituição Federal em seu artigo 196, afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Desta forma, a partir de então, o Sistema Único de Saúde (SUS) se estabelece no Brasil incorporando o conceito de saúde em uma perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais (BONGIOVANI, 2006), sendo norteado pelos princípios éticos da universalidade, integralidade e equidade e pelos princípios organizacionais da descentralização, hierarquização e participação popular (CICONI; VENÂNCIO; ESCUDER, 2004)

Em 1990 o SUS passou a ser regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde 8080/90. Essa lei dispõe sobre a integração das ações de saúde e regula a organização e o funcionamento dos serviços e ações de saúde em todo o território nacional, levando em conta os princípios e diretrizes do SUS (BONGIOVANI, 2006).

A partir de então tem início o processo de municipalização, que representou a possibilidade de um avanço para a consolidação dos princípios do SUS, processo regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs), pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAs) e mais recentemente pelo Pacto pela Saúde, publicado na Portaria nº 399/GM de fevereiro de 2006 (BONGIOVANI, 2006).

No entanto, segundo Costa Neto (2000, p. 46):

[...] o modelo assistencial predominante no Brasil nos últimos anos caracterizou-se pela prática médica quase que exclusivamente biológica, individualista e hospitalar, apresentando baixa cobertura com elevado custo, apesar de sua eficiência técnica nas respostas pontuais de procedimentos curativos individuais, em especial nos casos complexos e de realização hospitalar.

O reconhecimento da crise desse modelo no âmbito da saúde coletiva vem suscitando a emergência de propostas que visam à transformação do sistema de atenção em saúde e de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde (PAIM *apud* TRAD; BASTOS, 1998).

Essa necessidade de mudanças nas práticas de atendimento fez com que outros programas fossem criados (CICONI; VENÂNCIO; ESCUDER, 2004). O PSF surgiu em 1994 e teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL,

1997), adotaram-se como referência as experiências internacionais e nacionais de extensão da cobertura à saúde por meio de assistência às famílias no próprio domicílio em articulação com as unidades de saúde. Todavia, o PSF traz o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Propôs-se ainda resolver 85% dos problemas de saúde da população que é assistida.

De acordo com Trad e Bastos (1998), o PSF pode ser considerado a estratégia central na reestruturação do sistema de saúde, colocando em foco a atenção primária, visto que deve desenvolver um conjunto de ações em sintonia com os princípios da territorialização, intersetorialidade, descentralização, coresponsabilização e priorização de grupos populacionais de risco.

Para tanto, o Programa de Saúde da Família (PSF) organiza-se em Equipes de Saúde da Família (ESFs), constituídas idealmente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACSs). Cada equipe se responsabiliza pela atenção a grupos de seiscentas a mil famílias, com limite de 4500 pessoas cadastradas a partir de levantamento domiciliar (BRASIL, 1997).

No âmbito da saúde materno-infantil, o incentivo ao AM se apresenta como uma das principais ações para profissionais da atenção básica (CALDEIRA *et al.*, 2007). Segundo Parada *et al.* (2005), a ESF pode desenvolver atividades educativas desde o período pré-natal, buscando interagir mais efetivamente com as mulheres. Isto possibilita à ESF conhecer as experiências anteriores dessas mulheres e o que significa para elas, naquele momento, a gravidez e outros aspectos subjetivos que possam favorecer ou não o processo do AM, e, ainda, atuar nas intercorrências comuns no início da amamentação. Não obstante, mesmo em áreas de atuação tem sido um desafio melhorar a frequência e duração do AM, especialmente o exclusivo.

Parada *et al.* (2005) estudaram a situação do AM em população assistida pelo PSF e ressaltam que, embora o desenho da investigação não permita apontar os determinantes da melhora encontrada na situação do AM no município

de Conchas - SP, destacam que a implantação do PSF foi, possivelmente, o fator responsável por esta evolução positiva. Além disso, a prevalência do AME em menores de seis meses foi heterogênea, variando de 7,4 a 41,2%. Devido a esta disparidade, chamam a atenção para a importância de diagnósticos desagregados por regiões para o planejamento de ações de promoção do AM.

De acordo com Kummer *et al.* (2000), o incremento na prevalência do aleitamento não é uniforme e varia com o local e com as características da população. Por isso, o conhecimento sobre as tendências locais do padrão de amamentação é fundamental, pois avaliam os serviços e embasam mudanças e ajustes nas práticas de promoção e incentivo ao AM. Segundo a revisão realizada pelas OMS, que incluiu mais de uma centena de trabalhos, a dificuldade metodológica dos estudos também deve ser considerada, visto que diferentes métodos e definições dificultam a comparação (WHO, 1998) e, conseqüentemente, a tomada de decisão acerca das medidas que efetivamente gerarão mudanças.

Em Maringá, de acordo com os relatórios da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área (relatório SSA2), emitidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), referentes ao mês de setembro de 2007, 80% das crianças menores de quatro meses de idade encontravam-se em AME. Os dados para o preenchimento dos relatórios SSA2 são provenientes das fichas A (cadastramento das famílias), B e C (acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários) e D (registro de atividades, procedimentos e notificações), e referem-se às microáreas que constituem a área O preenchimento dessas fichas é de responsabilidade dos ACSs, com exceção da ficha D, que deve ser, a cada mês, preenchida individualmente pelos profissionais da ESF (BRASIL, 2003).

Não obstante, esta informação não se refere a uma estimativa de prevalência, visto que apresenta apenas a proporção das crianças assistidas com idades entre zero e três meses e 29 dias em AME. Assim, não permite verificar em que medida estão sendo atendidas as atuais recomendações (WHO, 2003), no que diz respeito ao monitoramento para que o AME dure até o sexto mês.

Diante do exposto, fez-se necessário o desenvolvimento de pesquisa que priorizasse o sexto mês em uma região, mais especificamente na que

corresponde à área de implantação das primeiras ESFs no município, a qual traz consigo características próprias da população e dos serviços de saúde e, desta forma, é capaz de subsidiar possíveis intervenções que visem ao aprimoramento dos serviços prestados, adaptando-os à realidade.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Analisar a prática do aleitamento materno e fatores associados em áreas de atuação de Equipes de Saúde da Família.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mães e crianças quanto às variáveis demográficas e socioeconômicas;
- caracterizar as mães e crianças quanto às variáveis relacionadas à alimentação e à assistência à saúde;
- estimar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno no sexto mês de vida da criança;
- analisar a época do abandono do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno;
- identificar fatores associados à prática da amamentação no sexto mês de vida.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal com inquérito domiciliar envolvendo o binômio mãe-filho, efetuado em residência das áreas de atuação de equipes de Saúde da Família de Maringá - PR.

#### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

##### 3.2.1 Município de Maringá

O estudo foi realizado em Maringá, cidade situada no Noroeste do Paraná, fundada em 10 de maio de 1947 pela Companhia de Melhoramentos do Norte do Paraná. A sede do município - o qual possui também dois distritos, Iguatemi e Floriano – situa-se a 93km de Londrina, 420km de Foz do Iguaçu e 434km de Curitiba (Capital) (MARINGÁ, 2008).

O município tem 473.064.190m<sup>2</sup> de área, sendo que a zona urbana tem 128.260.000 m<sup>2</sup>. A linha imaginária do Trópico de Capricórnio passa pelo centro da cidade (MARINGÁ, 2008). O município conserva três bosques de matas nativas e está entre as regiões consideradas de alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sendo este maior que 0,8. Comparando-se com outros municípios do Brasil, Maringá ocupa a 63ª posição com relação ao IDH. A renda *per capita* média era de R\$ 465,37 de acordo com Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 2000 e o PIB (produto interno bruto) *per capita* equivalente a R\$ 9.603 segundo o IBGE e o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) de 2003. Os ramos de atividades econômicas mais importantes do município são o comércio varejista e a prestação de serviços (MARINGÁ, 2006).



O Coeficiente de Mortalidade Infantil foi de 9,8/1000 nascidos vivos (nv) em 2007 (40 mortes em 4.079 nv). Houve redução em relação ao ano anterior, que foi de 10,3/ 1000 nv. Este índice é considerado excelente, se comparado aos índices do Paraná e do Brasil, que foram de 14,5 e 21,2/ 1000 nv em 2005, respectivamente. As afecções do período perinatal foram responsáveis pela maioria dos óbitos em crianças menores de um ano. A Secretaria de Saúde tem investido em ações para qualificação do pré-natal e nascimento (MARINGÁ, 2007).

A população do município de Maringá, em primeiro de julho de 2006, de acordo com a estimativa do IBGE era de 324.397 habitantes, sendo a maioria residente em zona urbana. A população de menores de um ano corresponde a, aproximadamente, 1,5% da total (MARINGÁ, 2007).

O município é sede da 15ª Regional de Saúde, cuja população corresponde a aproximadamente 600.000 habitantes (MARINGÁ, 2006), e encontra-se em gestão plena do sistema municipal desde maio de 1998 (SURITA, 2000).

Na área de atenção à saúde, a rede municipal de saúde (própria) conta com 23 unidades básicas de saúde, organizadas em cinco Regionais de Saúde. Fazem parte também da rede três unidades de referência (Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá - CISAM, Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II, e Centro de Atenção Psicossocial para o Atendimento de Pacientes com Dependência de Álcool e Outras Drogas - CAPS AD) e duas policlínicas com consulta e exames especializados (Zona Norte e Zona Sul). Na Unidade de Saúde da Zona Norte funciona também o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), e na Unidade de Saúde da Zona Sul funciona o ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/ Aids. A rede também conta com uma Clínica Odontológica Central para atendimento aos pacientes especiais, Setor de Imunização (sala de vacinação e referência para imunobiológicos especiais), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Laboratório e Farmácia Central, Farmácia de Manipulação, Setor de Transporte e Manutenção, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, além de um hospital público, o Hospital Municipal. Possui ainda os serviços de apoio à gestão (Diretoria de Assistência e Promoção à Saúde, Diretoria Administrativa, Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação, Gerência Financeira e Administrativa, Centro de Capacitação, Planejamento, Centro de Informação, Setor

de Recursos Humanos, Gerência de Controle Social e Comunicação, Gerência do Programa Maringá Saudável e Gerência de Especialidades) (MARINGÁ, 2006).

Além destes serviços, o município dispõe ainda de mais sete hospitais-maternidade. Destes, um é privado não conveniado com o SUS, quatro são privados conveniados com o SUS, um é filantrópico e um é público, o Hospital Universitário de Maringá (HUM) (MARINGÁ, 2007).

Na data de dez de dezembro de 1999 ocorreu a implantação da Estratégia de Saúde da Família com a implantação de ESF nos conjuntos habitacionais Requião e Guaiapó (SURITA, 2000).

A estratégia de Saúde da Família atingiu a cobertura de aproximadamente 80% da população em 2004. Em 2005 a cobertura de equipes ficou prejudicada, chegando a 33,53% (31 equipes) de cobertura da população em dezembro, por problemas relacionados à contratação dos profissionais. Por este motivo a produção de consultas médicas, visitas domiciliares e outros procedimentos não alcançaram os índices esperados para garantir maior resolutividade da rede básica. Embora algumas equipes tenham tido experiências exitosas, houve problemas no processo de trabalho em grande parte delas, com relação ao planejamento das ações, alcance de metas, acolhimento e outras atividades. No ano de 2005 as unidades produziram 578.737 consultas médicas básicas. Este número representou 60,1% do total de consultas. As consultas especializadas corresponderam a 23,1% do total de consultas e as dos serviços de urgência/emergência, 16,8% (MARINGÁ, 2006).

Em Maringá estão cadastradas 53 ESFs e 13 equipes de agentes comunitários de saúde (EACSs), sendo, ao todo, 327 ACSs. A cobertura das ESFs no município no ano de 2007 era de 58,8% e de 70,5% quando somadas às EACSs (MARINGÁ, 2007).

Conforme o Plano Municipal 2006/2009 (MARINGÁ, 2006), as ações previstas para serem desenvolvidas até 2009 no município deverão priorizar a assistência e promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como o fortalecimento da atenção básica nas unidades de saúde, através do Programa de Saúde da Família. Serão implantados serviços novos, como o Centro de Atenção

Psicossocial à Infância – CAPSI, uma nova Residência Terapêutica, mais cinco equipes de Saúde Bucal até 2009, e aumentar de 53 para 70 o número de equipes do PSF. Será implantada a Política Nacional de Humanização e serão contempladas construções, ampliações e reformas de unidades básicas de saúde. O plano contempla, ainda, ações para adultos, idosos, crianças, mulheres, saúde mental, saúde bucal, DST/HIV/Aids, saúde do trabalhador e vigilância em saúde.

Entre as ações realizadas em 2007 no município de Maringá relacionadas ao pré-natal parto e puerpério destacam-se: a formação de uma comissão para revisão do protocolo de pré-natal, parto e puerpério, a qual promoverá, posteriormente, discussões com os profissionais da rede para melhorar a qualidade da atenção; o desenvolvimento de grupos de gestantes nas unidades, com orientações, palestras e atividades para melhorar a qualidade de vida e saúde da mãe e do bebê; e o início de Comissão constituída por algumas unidades básicas de saúde e o HUM, que é referência para gestação de alto risco, com objetivo de melhorar a integração entre os serviços, humanizar a assistência ao pré-natal e parto e melhorar os encaminhamentos (MARINGÁ, 2007).

No que diz respeito ao AM, várias iniciativas têm sido implementadas em Maringá para sua promoção, proteção e apoio. De acordo com o Relatório de Gestão-Saúde, 2007, dentre as ações de prevenção e promoção à saúde desenvolvidas para redução da morbimortalidade infantil estão as referentes à amamentação. Foram realizadas capacitações da IUBAAM (Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação) para todos os funcionários de sete unidades básicas; realização a XII Semana Maringaense da Amamentação, com o lançamento da Cartilha "Mãe Ingá ensinando a amamentar. Aprenda Brincando", realização de palestras aos profissionais, apresentação de peças teatrais à comunidade e realização do I Encontro das Vovós para orientações; criação do instrumento para monitoramento do AM; distribuição de 1500 cartilhas "Mãe Ingá ensinando a amamentar. Aprenda brincando" aos alunos de 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental, de 20 escolas públicas municipais de Maringá, com visita da "Mãe Ingá" e apresentação de peça teatral, brincadeiras; realização da entrega da cadeira de parto "Módulo de Parto Vertical" ao HUM, adquirida com o recurso do Prêmio Bibi Vogel, recebido em 2005 como melhor município do Sul do País a desenvolver

ações em AM. Esta cadeira tem como objetivo humanizar e melhorar a qualidade do parto (MARINGÁ, 2007).

### 3.2.2 Área de Abrangência do Estudo

A área de abrangência do estudo compreendeu a Regional de Saúde Pinheiros, que é composta por três unidades básicas de saúde, todas vinculadas ao PSF. A Regional Pinheiros foi escolhida porque, em sua área de abrangência, das 12 ESFs que atuam 10 foram implantadas no início do programa. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Pinheiros funcionam sete equipes, na UBS Parigot de Souza duas e na UBS Requião/Guaiapó três, totalizando 12 equipes.

Segundo os relatórios de consolidação dos dados emitidos pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), no ano de 2007, residiam na área de estudo 41497 habitantes, dos quais 30,6% eram mulheres de 15 a 49 anos.

### 3.3 POPULAÇÃO DE PESQUISA

Esta pesquisa propôs-se a estudar todas as mães e crianças nascidas vivas no período de setembro de 2006 a fevereiro de 2007, residentes na Regional de Saúde Pinheiros por ocasião do nascimento e aos seis meses de vida.

A opção por estudar o universo dos nascimentos na área deveu-se ao reduzido número de eventos, o que impossibilitou a realização de estudo a partir de amostra. Além disso, considerou-se inviável do ponto de vista operacional estender a coleta por um período superior a seis meses.

Foram admitidos como critérios de exclusão relacionados à criança: os óbitos infantis, as anomalias congênitas que impediam a amamentação, e em caso de gemelaridade, foi considerado o primeiro gemelar.

Em relação às mães, obedecendo-se às recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), foram excluídas as que apresentassem algum fator que constituísse impedimento à amamentação, como uso de drogas ilícitas ou medicamentos excretáveis de forma nociva pelo leite, as portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV), aquelas sob quimioterapia ou radioterapia e também em caso de óbito materno.

No que diz respeito ao binômio mãe-filho, foram excluídos aqueles que mudaram para fora da área de estudo após o nascimento da criança.

### 3.4 FONTES DE DADOS

As fontes de dados utilizadas foram primárias e secundárias. As primárias foram constituídas pelas entrevistas domiciliares realizadas com as mães no sexto mês de vida da criança.

O Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), os cadernos de campo dos ACSs e as fichas-C do PSF (acompanhamento da criança) constituíram as fontes secundárias de dados.

### 3.5 COLETA DE DADOS

#### 3.5.1 Pré-teste

O formulário de pesquisa foi submetido a um pré-teste, com o objetivo de detectar e corrigir possíveis problemas referentes à pertinência e clareza das questões. O teste-piloto foi realizado com 23 mães de crianças com seis meses nascidas em agosto de 2006 residentes na área de abrangência da Regional de

Saúde Pinheiros. As mães foram localizadas a partir dos dados fornecidos pelo SINASC.

### 3.5.2 Primeira Etapa

A primeira etapa da coleta de dados constou da obtenção dos dados secundários. Para viabilizar esta etapa foi necessária a permissão da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, cuja autorização consta no Anexo A.

Os dados secundários coletados foram: dados pessoais e de residência da mãe, tipo de gravidez, duração da gestação, tipo de parto, data de nascimento, sexo e peso ao nascer da criança, código do estabelecimento de ocorrência do nascimento e índices de Apgar no 1º e 5º minutos de vida da criança.

Primeiramente, foi obtida a listagem de nascidos vivos de mães residentes em Maringá, do período compreendido entre primeiro de setembro de 2006 e vinte e oito de fevereiro de 2007. Desses, foram selecionados aqueles residentes nos 33 bairros que compunham a área de abrangência da Regional, mediante a consulta ao código e/ou nome do bairro. Os nascimentos de mães residentes que ocorreram em outros municípios pertencentes à 15ª Regional de Saúde foram posteriormente obtidos na própria Regional, visto que o banco de dados do SINASC fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde continha apenas os nascimentos ocorridos em Maringá.

Além disso, por meio da consulta aos cadernos individuais dos ACSs e fichas-C, foram incluídas mães residentes cujos partos ocorreram fora da área de atuação da 15ª Regional de Saúde.

Após essa seleção, foram aplicados os critérios de exclusão do nascido vivo.

### 3.5.3 Segunda Etapa

A segunda etapa consistiu na realização das entrevistas domiciliares com a aplicação de um formulário estruturado desenvolvido pela pesquisadora (Apêndice A), que abrangiam informações sobre dados demográficos e socioeconômicos da mãe, dados relacionados à alimentação da criança e à assistência à saúde. O principal cuidado metodológico tomado foi a realização das visitas em série, pela data de nascimento da criança ( $\pm 7$  dias), para possibilitar que a entrevista fosse realizada aos seis meses de vida. Isto evitou um tipo de erro denominado *viés de memória* (PEREIRA, 2006), permitindo um diagnóstico de prevalência mais próximo do real.

As entrevistas foram realizadas pela autora e por uma equipe previamente treinada e organizada em cinco duplas. As duplas eram compostas por acadêmicos de nutrição. A entrevista foi iniciada com a identificação da pesquisa e esclarecimento de seus objetivos. Após esses esclarecimentos, o termo de consentimento livre e esclarecido foi lido (Apêndice B), e às mães que aceitaram participar foi solicitada assinatura do referido termo. Somente após o consentimento foi dado prosseguimento à entrevista.

Durante o período no qual a pesquisadora principal necessitou estar ausente, a coleta de dados foi acompanhada por uma supervisora de campo. Cada entrevista durou aproximadamente 15 minutos. Foi considerada perda a mãe que não foi encontrada após três contatos ou que se recusou a participar.

Os dados referentes à caracterização econômica foram obtidos através do Critério de Classificação Econômica Brasil da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2000). Este critério não tem a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”, a divisão de mercado definida por ele é exclusivamente de classes econômicas, ou seja, cumpre a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas (ABEP, 2000).

### 3.5.4 Aspectos Éticos

Em cumprimento às normas estabelecidas pela Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), a pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, segundo o Parecer número 002/2007.

## 3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO E CATEGORIZAÇÃO

### 3.6.1 Variáveis Relacionadas à Mãe

- ❖ Idade materna (anos): esta informação foi obtida na Declaração de Nascido Vivo (DN) e categorizada segundo à OMS (1995) em:
  - 14 a 19
  - 20 a 24
  - 25 a 29
  - 30 a 34
  - $\geq 35$
  
- ❖ Escolaridade materna (anos de estudo completos): esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada conforme a DN:
  - 1 a 3
  - 4 a 7
  - 8 a 11
  - 12 ou mais
  
- ❖ Primeiro filho: a informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não



- ❖ **Categorização econômica:** esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - A2
  - B1 e B2
  - C
  - D
  - E
  
- ❖ **Mora com companheiro:** esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não
  
- ❖ **Escolaridade do companheiro (anos de estudo completos):** esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada conforme a DN:
  - Nenhuma
  - 1 a 3
  - 4 a 7
  - 8 a 11
  - 12 ou mais
  - Não informado
  
- ❖ **Trabalhava na gravidez:** esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não
  
- ❖ **Licença-maternidade:** esta informação foi obtida momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não

- ❖ Trabalho materno: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim, fora do lar
  - Sim, no lar
  - Não
  
- ❖ Jornada de trabalho (horas por dia): esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Até 5
  - 6 a 8
  - 9 a 12
  - Jornada irregular
  - Trabalhava no lar ou não trabalhava

### 3.6.2 Variáveis Relacionadas à Criança

- ❖ Sexo: esta informação foi obtida na DN
  
- ❖ Peso ao nascer (em gramas): esta informação foi obtida na DN e categorizada em:
  - < 2500
  - 2500 a 3499
  - ≥ 3500
  
- ❖ Índice de Apgar: referente ao primeiro e quinto minutos de vida: esta informação foi obtida na DN e categorizada em:
  - 0 a 3
  - 4 a 7
  - 8 a 10

- ❖ Idade gestacional (semanas): esta informação foi obtida na DN e categorizada em:
  - 28 a 31
  - 32 a 36
  - 37 a 41
  - 42 e mais

### 3.6.3 Variáveis Relacionadas à Assistência à Saúde

#### 3.6.3.1 Assistência pré-natal

- ❖ Local: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - UBS
  - Consultório privado (particular ou convênio)
  - UBS e consultório privado
  - Hospital
  
- ❖ Fonte financiadora da assistência pré-natal: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - SUS
  - Convênio + Particular
  - SUS + Convênio + Particular
  
- ❖ Época de início (meses de gestação): esta informação foi obtida durante a entrevista e categorizada em:
  - < 1 mês
  - 1 a 2 meses
  - 3 a 6 meses

- ❖ Número de consultas: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada conforme a DN:
  - nenhuma
  - 1 a 3
  - 4 a 6
  - 7 ou mais

### 3.6.3.2 Assistência ao parto e ao nascimento

- ❖ Local de ocorrência do nascimento: o código do estabelecimento fornecido pelo SINASC permitiu a categorização quanto a ser credenciado ou não junto à IHAC:
  - Sim
  - Não
- ❖ Fonte financiadora do parto: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - SUS
  - Convênio
  - Particular
- ❖ Tipo de parto: esta informação foi obtida na DN e categorizada em:
  - Normal
  - Cesárea
- ❖ Alojamento conjunto: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Integral (24 horas)
  - Parcial (12 horas)
  - Sem alojamento conjunto

- ❖ Tempo de internação hospitalar (dias): esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em
  - Até 3
  - 4 a 7
  - 8 ou mais

### 3.6.3.3 Assistência à criança

- ❖ Local: informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - UBS
  - Consultório privado (convênio ou particular)
  - UBS e consultório privado
  - UBS e hospital (público)
  - Hospital
- ❖ Fonte financiadora: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - SUS
  - Convênio e particular
  - SUS e convênio
- ❖ Época de início (dias de vida): esta informação foi obtida no momento da entrevista e foi categorizada em:
  - Até 30
  - 31 ou mais
- ❖ Época da última consulta (meses de vida): esta informação foi obtida no momento da entrevista e foi categorizada em:
  - Até 3
  - 4 a 6 meses

### 3.6.3.4 Atividades de apoio à amamentação

- ❖ Orientação sobre amamentação durante o pré-natal: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não
  
- ❖ Orientação sobre a amamentação durante a internação: esta informação foi obtida durante a entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não
  
- ❖ Ajuda na prática da amamentação durante a internação: informação obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não
  
- ❖ Orientação sobre a amamentação no momento da alta hospitalar: esta informação foi obtida durante a entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não
  
- ❖ Orientação sobre amamentação durante a assistência à criança: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não
  
- ❖ Participação em grupos de gestantes: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não

- ❖ Fonte do encaminhamento para o grupo de gestantes: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Profissional da UBS ou do PSF
  - Convênio
  - Outros
  - Não participou
  
- ❖ Presença de orientação sobre amamentação durante as reuniões do grupo de gestantes: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não
  - Não participou
  
- ❖ Visita domiciliar (VD) nos seis meses de vida: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não
  
- ❖ VD durante o puerpério (até 42 dias após o parto): esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não
  
- ❖ Número de VDs recebidas: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada conforme recomendação de realização de visita mensal pela ESF:
  - Uma
  - Duas
  - Três
  - Quatro
  - Cinco
  - Seis
  - Sete e mais
  - nenhuma

- ❖ Orientação sobre amamentação durante a VD: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sim
  - Não
  - Sem visita

#### 3.6.4 Variáveis Relacionadas à Alimentação da Criança

- ❖ Época de início da amamentação: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Sala de parto
  - 0,5 a 3 horas de vida
  - 4 a 6 horas de vida
  - 7 horas ou mais de vida
- ❖ Tipo de alimentação recebida pela criança durante o período de internação hospitalar: a definição utilizada para o AM foi a proposta pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001):
  - *Aleitamento Materno Exclusivo (AME)*: a criança recebe apenas LM de sua mãe ou leite ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.
  - *Aleitamento Materno (AM)*: a criança recebe LM (diretamente do peito ou ordenhado)
  - Fórmula infantil exclusiva
- ❖ Categoria do aleitamento materno no momento da entrevista:
  - Aleitamento materno exclusivo
  - Aleitamento materno
  - Não recebe LM



- ❖ Época de abandono do AME e do AM: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - Não amamentou
  - $\leq 30$  dias
  - 31 a 60 dias
  - 61 a 90 dias
  - 91 a 120 dias
  - 121 a 150 dias
  - 151 a 180 dias
  - Não abandonou
  
- ❖ Época de introdução de água e/ou chá, outros leites, suco de fruta e/ou fruta e sopa e/ou papa salgada: esta informação foi obtida no momento da entrevista e categorizada em:
  - $\leq 30$  dias
  - 31 a 60 dias
  - 61 a 90 dias
  - 91 a 120 dias
  - 121 a 150 dias
  - 151 a 180 dias
  - Não introduziu

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados no programa do Epi Info, versão 3.3.2 de 2005 para Windows (DEAN *et al.*, 1995). Para caracterização da população foi utilizada frequência absoluta e relativa. A análise de associação entre as variáveis foi realizada pelo teste de Qui-quadrado, com correção de Yates, ou pelo teste exato de Fisher. Foram considerados significativos os testes que apresentaram valores de  $p < 0,05$ .

Para o cálculo das associações, as variáveis independentes foram dicotomizadas a partir da plausibilidade sugerida pela literatura, quando disponível, e a variável desfecho foi considerada como a prevalência de amamentação (AM + AME) no sexto mês. O reduzido número de mães em AME (7) impossibilitou a investigação de fatores associados a essa categoria de aleitamento.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO

No período compreendido entre setembro de 2006 e fevereiro de 2007, nasceram 2683 crianças em Maringá, sendo 1941 (72,3%) filhos de mães residentes. Destes, 351 residiam na área da Regional de Saúde Pinheiros (Figura 1). A proporção de filhos de mães residentes no município é semelhante à observada no SINASC, em 2005, ano em que nasceram em Maringá 5634 crianças, das quais 74,2% eram filhas de mães residentes (BRASIL, 2005a).

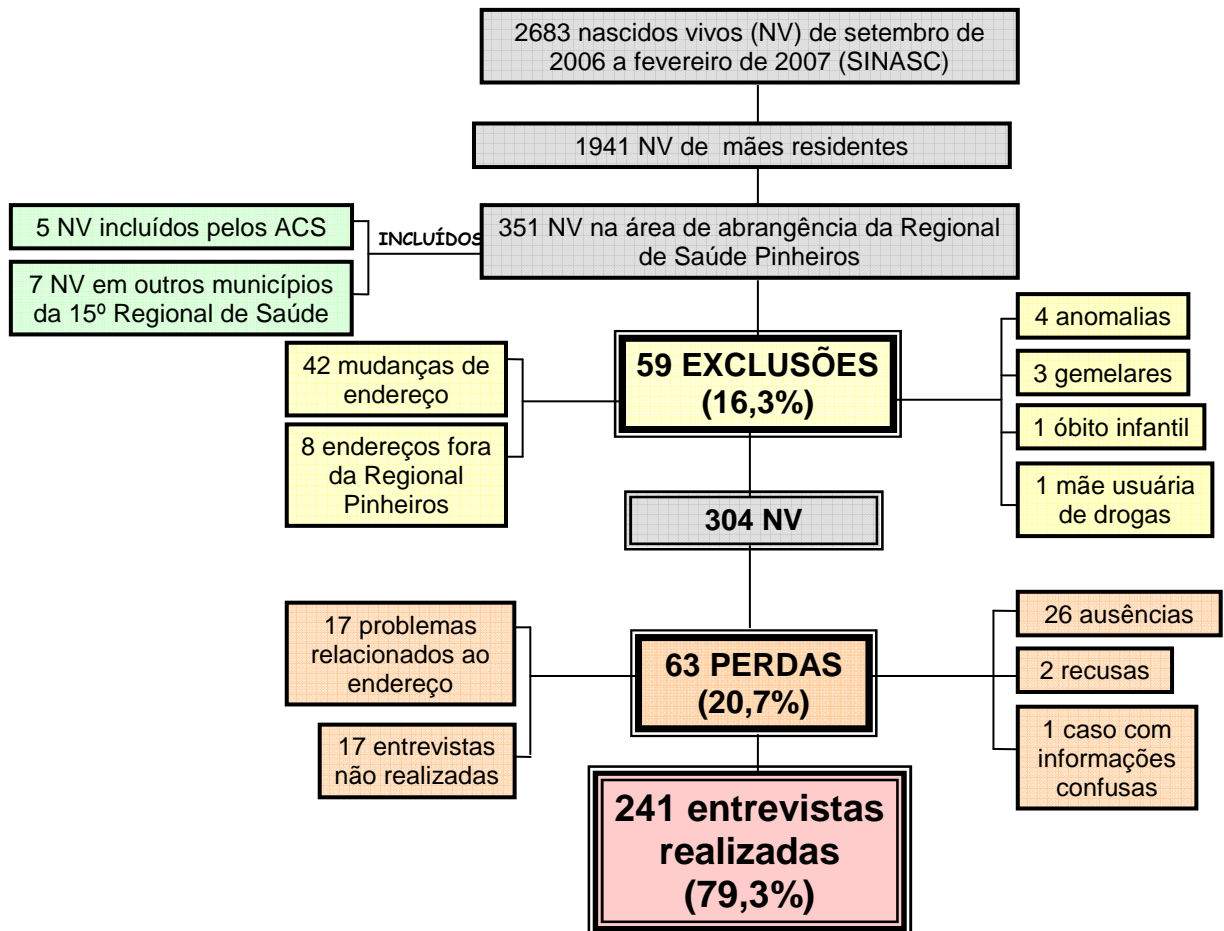
Entre os 351 residentes na Regional, foram incluídos cinco nascidos vivos, após conferência da listagem pelos ACSs, acrescidos de mais sete crianças residentes cujos partos ocorreram fora de Maringá, em outros municípios da 15ª Regional de Saúde.

As exclusões totalizaram 59 casos, e destes, quatro se deveram à presença de anomalia congênita que impossibilitava a amamentação, três a partos gemelares, um a óbito infantil e um a uma criança cuja mãe referiu ser usuária de drogas. As demais exclusões deveram-se, em 42 casos, a mudanças de endereço, e em oito, ao fato de que constavam como pertencentes à Regional no banco de dados, mas no contato domiciliar verificou-se que a rua estava localizada fora da área de abrangência da mesma Regional.

As perdas corresponderam a 63 casos (20,7% do total), dos quais 26 ocorreram devido à ausência após três contatos, 12 ao fato de os endereços não terem sido encontrados, três a serem residentes em bairro não identificado, dois ao fato de as mães nunca terem residido no endereço, dois casos à recusa, e um caso, ao fornecimento de informações confusas e/ou contraditórias.

Além destas, 17 entrevistas não foram realizadas, das quais seis por atraso na obtenção dos dados na Secretaria de Saúde e 11 por não-realização da entrevista dentro do período estabelecido (180 dias  $\pm$  7).

Assim, foram entrevistadas 241 mães.



**Figura 1** - Fluxograma da coleta de dados, Maringá - PR, set./2006 - fev./2007

#### 4.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

No presente estudo alguns aspectos metodológicos merecem destaque. O primeiro refere-se à elevada proporção de perdas (20,7%). Segundo Pereira (2006), as perdas podem representar a possibilidade de introduzir o erro denominado *viés das perdas*, quando na informação obtida em apenas uma parte da amostra se constata diferenças em relação às características dos não participantes. Assim, ao comparar as características da população perdida e da entrevistada a partir dos dados disponibilizados no SINASC, setembro de 2006 a fevereiro de 2007, verificou-se que, com exceção da variável escolaridade materna ( $p=0,01$ ), as diferenças não foram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (tabela 1).

Os dados apresentados na tabela 1 nem sempre se referem aos totais. Isto ocorreu porque algumas mães foram acrescentadas pelos ACSs após conferência da listagem do SINASC, e estes nem sempre forneciam todos os dados.

**Tabela 1** - Distribuição da população entrevistada e não entrevistada (perdas) segundo variáveis relacionadas ao SINASC. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Variáveis	População entrevistada* n= 241	Perda** n= 63	Valor de p
<b>Idade da mãe</b>			
< 20 anos	35	13	0,30
≥ 20 anos	206	49	
<b>Escolaridade materna</b>			
< 8 anos	40	2	<b>0,01</b>
≥ 8 anos	201	58	
<b>Tipo de parto</b>			
Normal	54	19	0,24
Cesárea	186	43	
<b>Local do parto</b>			
Hospital	232	58	1,00
HAC* * *	3	1	(Fisher)
<b>Consultas pré-natal</b>			
< 7 consultas	29	10	0,53
≥ 7 consultas	210	52	
<b>Sexo</b>			
Masculino	128	32	0,85
Feminino	113	31	
<b>Idade gestacional</b>			
< 37 semanas	25	3	0,27
≥ 37 semanas	215	59	
<b>Peso ao nascer</b>			
< 2500	22	3	0,40
≥ 2500	218	59	

\* variáveis cujas somas não são iguais a 241 constituem casos não informados; \*\* variáveis cujas somas não são iguais a 63 constituem casos não informados; \* \* \* Hospital Amigo da Criança.

É importante destacar que a maioria das perdas decorreu dos cuidados metodológicos para evitar um tipo de erro denominado *viés de memória* (PEREIRA, 2006). O rigor no acompanhamento dos eventos, no sentido de assegurar a prevalência no sexto mês de vida ( $\pm 7$  dias), inviabilizou contatos posteriores ao período estabelecido. Sabe-se que, no caso do AM, esta informação pode ser influenciada por vários fatores, entre os quais a dificuldade de referir com exatidão o dia em que a mãe introduziu outros alimentos ou interrompeu a prática do aleitamento. Segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2006), um inquérito epidemiológico no qual se produzem instantâneos da situação de saúde da população, se a coleta, por dificuldades operacionais, estender-se por um período longo, poderá apresentar defeitos metodológicos graves, pois ao final do trabalho de campo algumas situações podem ter-se alterado. Desta forma, no presente estudo, o rigor metodológico para o tempo de coleta procurou evitar que o diagnóstico da situação do AM pudesse se distanciar do real.

Outro aspecto a salientar refere-se à confiabilidade dos dados. Nos contatos posteriores da pesquisadora com as entrevistadas, para preenchimento de alguns campos do formulário incompletos (com exceção dos que se referiam à situação do aleitamento no sexto mês), foram realizadas conferências dos dados e observou-se que as informações fornecidas eram concordantes com as registradas.

Cabe lembrar ainda o grande interesse das mães em participar da pesquisa, visto que das 63 perdas apenas duas ocorreram por recusa.

#### 4.3 VARIÁVEIS RELACIONADAS À MÃE

A idade materna variou de 14 a 47 anos (média de 26,2 anos, desvio padrão  $\pm 5,8$  anos e mediana 26 anos), sendo que a maior parte era jovem e parcela importante tinha menos de 20 anos. Aproximadamente 50% das mães eram primíparas e em sua quase-totalidade moravam com o companheiro (tabela 2). A escolaridade dos companheiros foi bastante semelhante à materna. Em apenas um caso o companheiro não era o pai da criança.

**Tabela 2** - Distribuição das mães residentes em áreas de atuação de ESF, segundo características demográficas e socioeconômicas. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

<b>Características da mãe</b>	<b>n=241</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
14 a 19	35	14,5
20 a 24	61	25,3
25 a 29	74	30,7
30 a 34	52	21,6
≥ 35	19	7,9
<b>Escolaridade materna (anos de estudo completos)</b>		
1 a 3	1	0,4
4 a 7	39	16,2
8 a 11	168	69,7
12 e mais	33	13,7
<b>Primeiro filho</b>		
Sim	122	50,6
Não	119	49,4
<b>Categorização econômica</b>		
A2	1	0,4
B1 + B2	83	34,4
C	125	51,9
D	30	12,4
E	2	0,9
<b>Mora com companheiro</b>		
Sim	221	91,7
Não	20	8,3
<b>Escolaridade do companheiro*</b>		
	<b>n= 240</b>	
Nenhuma	2	0,9
1 a 3	2	0,9
4 a 7	36	16,4
8 a 11	155	70,5
12 e mais	25	11,3

\* uma mãe referiu não lembrar e 20 não tinham companheiro

De acordo com o SINASC, de setembro de 2006 a fevereiro de 2007 a distribuição das mães residentes em Maringá por faixa etária, para o mesmo período, é semelhante ao encontrado no presente estudo, visto que a média de idade foi de 26,7anos (desvio padrão  $\pm$  6,2anos) e a mediana foi de 26 anos. Essa

distribuição é semelhante à do estudo realizado em 111 municípios do Estado de São Paulo (VENÂNCIO, 2002) e ao do realizado em Itapira, do mesmo estado (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003).

Segundo Victora, Barros e Vaughan *apud* Maia *et al.* (2006), mulheres com maior escolaridade podem pertencer a classes mais favorecidas e deter mais conhecimentos. A escolaridade materna e a categorização econômica revelam que a população estudada encontrava-se em situação privilegiada, visto que aproximadamente 70% tinham de 8 a 11 anos de estudo e parcela significativa pertencia às classes A e B e praticamente 50% à classe C. As mães residentes no município, segundo o SINASC, para o mesmo período, apresentaram uma menor proporção de mães com 8 a 11 anos de estudo (59,7%), porém uma maior de mães com 12 e mais anos de estudo (23,1%). Venâncio (2002), no Estado de São Paulo, encontrou proporção bastante superior de mães com primeiro grau incompleto.

Não obstante, é importante ressaltar que o município de Maringá destaca-se no cenário estadual e nacional pela situação favorecida. De acordo com o SINASC (BRASIL, 2005b), mães com 8 a 11 anos de estudo compreendem 36,9% no País, 40,6% no Estado do Paraná e 61,0% em Maringá.

Em relação à primiparidade, outros estudos encontraram proporção um pouco inferior à do presente estudo (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; OLIVEIRA, 2004; VENÂNCIO, 2002). Situação semelhante foi encontrada para a presença de companheiro. TOMA (2008) estudou a população cadastrada no PSF residente em dois municípios do Estado de São Paulo, e encontrou que 74,7% das mães tinham companheiro. No estudo de Maia *et al.* (2006), 71,0% das mães eram casadas ou tinham companheiro fixo.

Quanto ao trabalho materno, verifica-se na tabela 3 que mais da metade das mães exercia alguma atividade remunerada durante a gravidez e aproximadamente 74% destas tiveram licença-maternidade. Por outro lado, após o nascimento da criança, menor proporção de mães trabalhava fora do lar. Entre as que trabalhavam fora, à época da entrevista, a maior parte cumpria jornada de seis a oito horas.



É importante destacar que, das 107 mães que gozaram da licença-maternidade, 61,7% (66) trabalhavam fora de casa na época da entrevista, sugerindo que a maioria das mães que optam por trabalhar fora após o nascimento da criança se constitui daquelas com estabilidade empregatícia prévia.

**Tabela 3** - Distribuição das mães residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo características relacionadas ao trabalho materno. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

<b>Características do trabalho materno</b>	<b>n= 241</b>	<b>%</b>
<b>Trabalhava na gravidez</b>		
Sim	145	60,2
Não	96	39,8
<b>Licença maternidade</b>		
	<b>n= 145</b>	
Sim	107	73,8
Não	38	26,2
<b>Trabalho materno</b>		
Sim, fora do lar	88	36,5
Sim, no lar	20	8,3
Não	133	55,2
<b>Jornada de trabalho</b>		
Até 5 horas/dia	4	1,7
6 a 8	67	27,8
9 a 12	12	5,0
Jornada irregular	5	2,1
Trabalhava no lar ou não trabalhava	153	63,4

O trabalho durante a gravidez e a licença-maternidade foi verificado em menores proporções em estudo realizado em Itapira, São Paulo (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003). A proporção de mães que trabalhavam fora, após o nascimento, foi semelhante à encontrada por Venâncio (2002) em 111 municípios do Estado de São Paulo e superior à observada por Oliveira (2004), que estudou prematuros em um hospital-escola do município de Londrina, por Mascarenhas *et al.* (2006), em Pelotas – RS, e por Maia *et al.* (2006) em Rio Branco – AC.

#### 4.4 VARIÁVEIS RELACIONADAS À CRIANÇA

Mais da metade das crianças estudadas era do sexo masculino, nasceu a termo, com peso adequado para a idade gestacional, tendo sido a variação do peso entre 1605g e 4590g (média 3169g, desvio padrão  $\pm 487$ g, mediana 3203g). Não foram observadas crianças com idade gestacional igual ou inferior a 28 semanas (tabela 4).

**Tabela 4** - Distribuição das crianças residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo características sociodemográficas e do nascimento. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

<b>Características da criança</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	<b>n= 241</b>	
Masculino	128	53,1
Feminino	113	46,9
<b>Peso ao nascer (g)*</b>	<b>n= 240</b>	
< 2500	22	9,2
2500 a 3499	162	67,5
$\geq$ 3500	56	23,3
<b>Índice de Apgar</b>		
<b>Primeiro minuto**</b>	<b>n= 239</b>	
0 a 3	6	2,5
4 a 7	30	12,6
8 a 10	203	84,9
<b>Quinto minuto**</b>	<b>n= 239</b>	
4 a 7	5	2,1
8 a 10	234	97,9
<b>Idade gestacional (semanas)*</b>	<b>n= 240</b>	
28 a 31	1	0,4
32 a 36	24	10,0
37 a 41	214	89,2
42 e mais	1	0,4

\* 1 caso não informado, \*\* 2 casos não informados.

De acordo com os dados do SINASC, de setembro de 2006 a fevereiro de 2007, as características das crianças também são concordantes com as do município, no qual se verificaram, para o período estudado, os seguintes percentuais dados: 50,6% de nascimentos do sexo masculino, 90,9% a termo e peso médio ao nascer de 3132g. Cabe ressaltar que o índice de baixo peso encontrado, superior ao do município (7,3%), talvez se deva a flutuações conseqüentes do reduzido número de eventos analisados, visto que o peso médio ao nascer das crianças estudadas foi semelhante ao daquelas do município.

#### 4.5 VARIÁVEIS RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

##### 4.5.1 Assistência Pré-natal

Destaca-se que, das 241 mães, apenas uma referiu não ter participado do programa de pré-natal. Em relação ao local das consultas de pré-natal, é importante notar que proporção expressiva das mães realizou-o em consultórios privados. O acompanhamento pré-natal parece satisfatório, ao se considerar que 75,9% das mulheres iniciaram-no com até dois meses de gestação e quase 90% realizaram sete e mais consultas (tabela 5).

De acordo com o Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, as ESFs são responsáveis e devem estar atentas à captação da gestante para que iniciem seu acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre de gestação e realizem, no mínimo, seis consultas de acompanhamento (MARINGÁ, 2004).

No presente estudo, verificou-se que as proporções de mães que iniciaram precocemente o pré-natal (66,4%) e realizaram sete ou mais consultas (86,7%) foram menores em UBSs, se comparadas aos consultórios (80,9 e 95,9%).

**Tabela 5** - Distribuição das mães residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo características da assistência pré-natal. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

<b>Características da assistência pré-natal</b>	<b>n = 240</b>	<b>%</b>
<b>Local*</b>		
UBS	131	54,6
Consultório privado	98	40,8
UBS e consultório privado	8	3,3
Hospital	3	1,3
<b>Fonte financiadora</b>		
SUS (UBS + hospital)	134	55,8
Convênio + particular	98	40,8
SUS + convênio ou particular	8	3,4
<b>Época de início (meses de gestação)</b>		
< 1 mês	35	14,6
1 a 2 meses	147	61,3
3 a 6 meses	58	24,1
<b>Número de consultas**</b>		
	<b>n= 239</b>	
1 a 3	2	0,8
4 a 6	27	11,3
7 e mais	210	87,9

\* uma ausência de assistência pré-natal, \*\* uma mãe referiu não lembrar

Bongiovani (2006), em Ribeirão Preto, estudou crianças cadastradas em Núcleos de Saúde da Família (NSFs) e encontrou uma maior proporção de mães que realizaram o pré-natal em NSFs ou UBSs e proporção de apenas 17% que o fizeram em consultórios privados.

A proporção de mães que realizou sete e mais consultas pré-natais no presente estudo foi próxima à verificada, segundo dados do SINASC, de setembro de 2006 a fevereiro de 2007, no município (82,8%); porém outros estudos encontraram menores percentuais. Bongiovani (2006) verificou parcela igual a 81,1%; Neumann *et al.* (2003) estudaram 2208 crianças em Criciúma e verificaram que 77,5% das mães fizeram seis ou mais consultas; e Victora (2001), em artigo de revisão, mostra que na Região Sul, de acordo com o PNDS de 1996, 18% das mães realizaram número insatisfatório de consultas (< 5 consultas).

#### 4.5.2 Assistência ao Parto e ao Nascimento

Todos os nascimentos ocorreram em hospital, sendo apenas três em hospital credenciado à Iniciativa Hospital Amigo da Criança. O SUS foi a fonte financiadora em um pouco mais da metade dos partos. Em relação ao tipo de parto, a proporção de cesáreas foi alarmante, relativamente ao preconizado pelo Ministério da Saúde. O alojamento conjunto em tempo integral foi adotado em aproximadamente 60% e a maioria dos recém-nascidos permaneceu no hospital por um período de até três dias (tabela 6). O tempo de internação variou de um a trinta e três dias (média de 3,5 dias, desvio-padrão de 4,3 e mediana de 3,0).

**Tabela 6** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo características do parto e nascimento. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

<b>Características do parto e nascimento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Hospital credenciado à IHAC*</b>	<b>n= 240</b>	
Sim	3	1,2
Não	237	98,8
<b>Fonte financiadora do parto</b>	<b>n= 241</b>	
SUS	132	54,8
Convênio	70	29,0
Particular	39	16,2
<b>Tipo de parto</b>	<b>n= 240</b>	
Normal	54	22,5
Cesárea	186	77,5
<b>Alojamento conjunto* *</b>	<b>n= 236</b>	
Integral (24 horas)	146	61,9
Parcial (12 horas)	75	31,8
Sem alojamento conjunto	15	6,3
<b>Tempo de internação hospitalar (dias)</b>	<b>n= 241</b>	
Até 3	215	89,2
4 a 7	13	5,4
8 e mais	13	5,4

\* 1 caso não informado, \* \* 5 casos não informados.

Ao comparar a proporção da participação do SUS no financiamento do parto entre a população de estudo e os percentuais descritos em estudos anteriores que envolveram o município de Maringá, observa-se que a cobertura do sistema público já foi de 72,6% em 1989 (SOUZA; GOTLIEB, 1993) e de apenas 47,5% entre as crianças falecidas no período neonatal, entre 1997 e 2000 (SERAFIM, 2002).

O elevado índice de cesáreas verificado na área estudada reflete a realidade do município. Em Maringá, no ano de 2007, dos 4079 nascimentos de mães residentes, 74,7% foram cesáreos (MARINGÁ, 2007), índice bastante elevado se comparado ao do Estado do Paraná, que em 2005 foi de 50,2%, e ao do Brasil, no ano de 2006 (43,2%) (BRASIL, 2005b).

Além de elevado, o índice de cesáreas em Maringá está muito além do que preconiza a Portaria n.º 466/GM de 14 de junho de 2000. Os elevados índices de cesáreas em Maringá já haviam sido discutidos em 1989 por Souza e Gotlieb (1993) (70,6%), por Silva (1997) (79,8%), para o ano de 1995, e por Vituri (2001) (76,1%) em relação ao ano de 1999.

Estudo realizado com crianças nascidas no HUM no período de 1999 a 2000 encontrou menor proporção de cesáreas (48,7%), mesmo sendo hospital de referência para gravidez de alto risco (GONÇALVES *et al.*, 2003). Nas regiões desenvolvidas de Brasília, os índices de cesárea foram considerados elevados (50,5%), porém ainda assim inferiores ao verificado no presente estudo (SENA *et al.*, 2002).

Em relação ao alojamento conjunto, a Portaria n.º 1016/GM do Ministério da Saúde, de 26 de agosto de 1993, tornou obrigatório o alojamento conjunto (permanência 24h do bebê com sua mãe) quando ambos apresentam boas condições de saúde; todavia, desde 1999, são apenas dois os hospitais que adotaram o sistema de alojamento conjunto em Maringá (VITURI, 2001).

### 4.5.3 Assistência à Criança

A quase-totalidade das crianças (240) recebeu assistência até o momento da entrevista; porém a cobertura das ESFs foi baixa, ao se considerar que pouco mais da metade das mães utilizou a UBS. A época do início da primeira e da última consulta sugere uma concentração satisfatória de consultas; entretanto é importante considerar que, das 223 mães que informaram a data exata da primeira consulta de seu filho, apenas 25% iniciaram a assistência na primeira semana de vida, período crítico para o estabelecimento da amamentação (tabela 7).

**Tabela 7** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo características da assistência à criança. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

<b>Características da assistência à criança</b>	<b>n= 240</b>	<b>%</b>
<b>Local*</b>		
UBS	130	54,2
Consultório privado	97	40,4
UBS e consultório privado	9	3,8
UBS e Hospital (público)	1	0,4
Hospital (1 público e 2 privados)	3	1,2
<b>Fonte financiadora</b>		
SUS	132	55,0
Convênio e particular	99	41,3
SUS e convênio	9	3,7
<b>Época de início</b>		
Até 30 dias de vida	217	90,4
31 dias e mais	23	9,6
<b>Época da última consulta</b>		
Até 3 meses de vida	15	6,3
4 a 6 meses	225	93,7

\* 1 ausência de assistência à criança

Em Itapira, São Paulo, a proporção de crianças que receberam atendimento de puericultura na rede básica de saúde do município foi superior à encontrada nesta pesquisa (83,1%) (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003).

Conforme constatado na tabela 2, apesar de mais de 60% da população estudada ser pertencente aos estratos C, D e E, os serviços públicos de saúde apresentaram baixa cobertura assistencial.

Uma análise mais detalhada permitiu verificar que a categoria particular (9 mães) da variável *fonte financiadora da assistência à criança*, foi 100% constituída por mães pertencentes à classe C. Das 90 mães que referiram possuir convênio médico, 31 (34,4%) pertenciam às classes C e D, porém a população estudada é economicamente ativa e algumas vezes as empresas contratantes fornecem planos privados de saúde.

#### 4.5.4 Atividades de Apoio à Amamentação

As atividades promovidas e desenvolvidas pelos serviços de saúde relacionadas ao AM foram aqui consideradas como de apoio à amamentação.

O serviço de orientação sobre amamentação durante todo o período pré- e pós-natal foi deficiente. Porém, durante o período de internação hospitalar o apoio à mãe foi mais freqüente, visto que quase 75% das mães foram orientadas e apenas 55% o foram durante as consultas de pré-natal e da criança (tabela 8).

É importante notar que, no período de internação, o profissional de saúde ajudou a mãe durante a amamentação, em sua prática, em menos de 70% dos casos, e que no momento da alta a parcela de mães orientadas diminuiu (58,9%). Estudo realizado em IHACs mostrou que no momento da alta 89,2% das mães foram orientadas em relação ao aleitamento e estimuladas a praticar o AME (OLIVEIRA, 2004).



**Tabela 8** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo orientação sobre amamentação no pré-natal, durante a internação, na alta hospitalar e na assistência à criança. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

<b>Orientação sobre amamentação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>No pré-natal*</b>	<b>n= 240</b>	
Sim	132	55,0
Não	108	45,0
<b>Na internação* *</b>	<b>n= 234</b>	
Sim	174	74,4
Não	60	25,6
<b>Na alta hospitalar</b>	<b>n= 241</b>	
Sim	142	58,9
Não	99	41,1
<b>Na assistência à criança* * *</b>	<b>n= 240</b>	
Sim	132	55,0
Não	108	45,0
<b>Ajuda na prática da amamentação na internação* *</b>		
Sim	157	67,1
Não	77	32,9

\* 1 ausência de pré-natal; \* \* 7 casos não informados; \* \* \* 1 ausência de assistência à criança.

Quanto à referência de orientação sobre amamentação no pré-natal, outros dois estudos encontraram proporções ainda menores de mães que foram orientadas (ESPÍRITO SANTO, 2006; FELICETTI, 2006). Por outro lado, Bongiovani (2006) verificou que 90,6% das mães alegaram ter recebido alguma orientação quanto à amamentação do pré-natal à puericultura e quase 80% citaram o NSF como fonte desta orientação.

Para que a mãe conheça as vantagens do AM e decida amamentar é necessário que ela receba orientações durante todo o período gestacional e pós-parto (BUENO; TERUYA, 2004). Lana, Lamounier e César (2004) avaliaram o impacto do programa “17 passos” de incentivo ao AM em um centro de saúde na região norte de Belo Horizonte e concluíram que, mesmo não sendo possível avaliar cada passo, houve aumento do grau de informação sobre o AM tanto para as mães

como para os trabalhadores de saúde, levando a uma maior participação da comunidade na promoção, apoio e proteção do AM.

Ao comparar a presença de orientação de acordo com o local da assistência, verificou-se que não houve diferença entre as mães que utilizaram apenas a UBS para o pré-natal ( $p= 0,89$ ) e/ou para assistência à criança ( $p=0,79$ ) e aquelas que freqüentaram outros serviços.

Ao observar os dados da tabela 9 verifica-se que, das 50 mães que participaram de grupos de gestantes, apenas 31 freqüentaram grupos promovidos nas UBSs.

Após o nascimento da criança, a VD de profissionais do PSF não alcançou 60% das mães, e proporção ainda menor foi visitada durante o período puerperal. Além de a cobertura realizada pela equipe ter sido bastante deficiente, a proporção de mães que receberam apenas uma VD foi expressiva e menos de 20% foram visitadas cinco ou mais vezes (média 3,7 visitas).

O quadro se torna ainda mais preocupante quando a mãe foi questionada a respeito da presença de orientação sobre amamentação durante a VD. Mães que não foram orientadas e/ou visitadas somam mais de 70%.

Para que considerações sejam feitas a respeito da situação encontrada em relação à cobertura do PSF, é necessário destacar que, de acordo com informações fornecidas pelos ACSs no período da coleta de dados, das 67 microáreas que compunham a Regional Pinheiros, 16 (23,9%) estavam descobertas. Além disso, os resultados sugerem que, mesmo quando presentes, as equipes foram deficientes na realização de ações pró-aleitamento.

A estratégia de Saúde da Família foi implantada no Brasil buscando reorganizar a assistência à saúde com ênfase em ações de promoção e prevenção. No âmbito da saúde materno-infantil, o incentivo ao AM se apresenta como uma das principais ações para profissionais da atenção básica (CALDEIRA *et al.*, 2007).

**Tabela 9** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo características das atividades de apoio à amamentação. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

<b>Características das atividades de apoio à amamentação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Participação em grupos de gestantes</b>	<b>n= 241</b>	
Sim	50	20,7
Não	191	79,3
<b>Fonte do encaminhamento para o grupo</b>		
Profissional da UBS ou do PSF	31	12,9
Convênio	6	2,5
Outros	13	5,4
Não participou	191	79,2
<b>Presença de orientação sobre amamentação no grupo</b>		
Sim	46	19,1
Não	4	1,7
Não participou	191	79,2
<b>VD* nos seis meses de vida</b>		
Sim	141	58,5
Não	100	41,5
<b>VD no puerpério (≤42 dias)* *</b>	<b>n= 240</b>	
Sim	102	42,5
Não	138	57,5
<b>Número de visitas domiciliares* * *</b>	<b>n= 231</b>	
Uma	36	15,6
Duas	22	9,5
Três	21	9,1
Quatro	13	5,6
Cinco	10	4,3
Seis	21	9,1
Sete e mais	8	3,5
nenhuma	100	43,3
<b>Orientação sobre amamentação na VD</b>	<b>n= 241</b>	
Sim	68	28,2
Não	73	30,3
Sem visita	100	41,5

\* visita domiciliar, \* \* 1 caso não informado, \* \* \* 10 casos não informados

De acordo com o roteiro de monitoramento na Atenção Básica de Saúde, um dos indicadores da atenção à criança é a proporção de menores de quatro meses de idade com aleitamento exclusivo e misto. Segundo o roteiro, os usos desses indicadores compreendem:

Analisar as variações geográficas (microáreas, áreas etc.) e temporais da distribuição do aleitamento exclusivo. Oferecer suporte às possíveis dificuldades no aleitamento. Contribuir para orientar sobre o tipo de alimentação adequada, considerando a importância da amamentação como fator de proteção, principalmente, para a diarreia e a infecção respiratória aguda. Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde da criança (BRASIL, 2004, p. 27).

As concepções predominantes sobre o valor nutritivo dos alimentos, as vivências pessoais e do ambiente social imediato em relação ao aleitamento, o preparo para a amamentação durante o acompanhamento pré-natal, o desejo da gravidez, o tipo de parto, a criança corresponder ao modelo idealizado, o entrosamento da díade mãe-filho e as dificuldades referidas pela mãe, a quantidade do leite, a presença de manifestações clínicas na mãe, a incapacidade da criança para concretizar a mamada, a inserção no mercado de trabalho, a necessidade de cuidar dos outros filhos, entre outros têm influência marcante sobre a prática do aleitamento materno exclusivo. No entanto, as equipes precisam ser cuidadosas ao lidar com os conhecimentos e os valores locais, criando espaços para que se estabeleça uma relação de confiança (BRASIL, 2004, p.34).

A VD é o mais importante elo entre a ESF e a comunidade. A importância da VD situa-se na possibilidade de estabelecer aliança constante entre profissional de saúde e família e uma relação de confiança e co-responsabilização para com a saúde de todos (BONGIONVANI, 2006).

Experiências sobre AM demonstram que o primeiro mês de vida das crianças é o período mais crítico para o seu estabelecimento (HILL *et al.*, 1997; REA *et al.*, 1997). De acordo com Venâncio (2003), a fase em que a mulher necessita de mais apoio à amamentação seria compreendida pelas duas primeiras semanas pós-parto, que a autora caracteriza como o período mais vulnerável, pois tanto pode frustrar as mães previamente decididas a amamentar, como pode incentivar mães receosas, caso a amamentação inicial seja prazerosa e eficiente. Segundo a OMS (2001), nesta fase cabe não apenas aos amigos e familiares, mas também, e

fundamentalmente, às UBSs, o apoio necessário. Por isso a VD realizada durante o puerpério é essencial para orientar e apoiar as mães em suas dificuldades.

#### 4.6 PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

As prevalências do AM e do AME no sexto mês de vida da criança revelaram, por um lado, a elevada taxa de AM, e por outro, a baixíssima taxa de AME (tabela 10). Vale ressaltar que apenas três crianças nunca receberam LM.

**Tabela 10** - Distribuição das mães residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo categoria do AM no sexto mês de vida da criança. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

<b>Categoria do aleitamento materno</b>	<b>n=241</b>	<b>%</b>
Aleitamento materno	161	66,8
Aleitamento materno exclusivo	7	2,9
Não recebe leite materno*	73	30,3

\* três crianças nunca foram amamentadas

Menores índices de AME foram encontrados no ano de 1995 em Botucatu (2,2%) (CARVALHES *et al.*, 1998) e, no ano de 1998, em quatro cidades do Interior de Pernambuco (0,6%) (MARQUES *et al.*, 2001). Pesquisa feita nas capitais brasileiras em 1999 mostra média nacional de 7,7% e as maiores prevalências na Região Sul (Curitiba 8,4%, Florianópolis 14,9% e Porto Alegre 6,5%). Cuiabá foi a capital que apresentou a mais baixa prevalência de AME aos 180 dias, praticamente igual à verificada nesta pesquisa (2,8%) (SENA; SILVA; PEREIRA, 2007a).

Em dois estudos realizados em Maringá, um sobre prevalência do AM até o sexto mês no município e outro com crianças nascidas no Hospital Universitário de Maringá no período de 1999 a 2000, verificaram-se maiores prevalências de AME no sexto mês - respectivamente 9,5% (VITURI, 2001) e 3,25%

(GONÇALVES *et al.*, 2003). No mesmo ano, Venâncio (2002), em estudo envolvendo 111 municípios paulistas, encontrou uma prevalência de AME aos seis meses de vida de 4,0%. Em Londrina, cidade próxima a Maringá, no ano de 1998, a prevalência do AME em menores de seis meses, nascidos no Hospital Universitário da Região Norte do Paraná foi de 21,0% (VANNUCHI, 2002), e em estudo com prematuros nascidos neste mesmo hospital no ano de 2002 a prevalência foi de 6,9% (OLIVEIRA, 2004).

As prevalências do AME aos seis meses verificadas em outros estudos (Porto Alegre, Campinas, Itaúna e Rio Branco) também foram superiores à encontrada no presente estudo, tendo sido respectivamente 6,6%, 5,7%, 5,3% e 12,9% (CECHETTI; MOURA, 2005; CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007; ESPÍRITO SANTO, 2006; MAIA *et al.*, 2006).

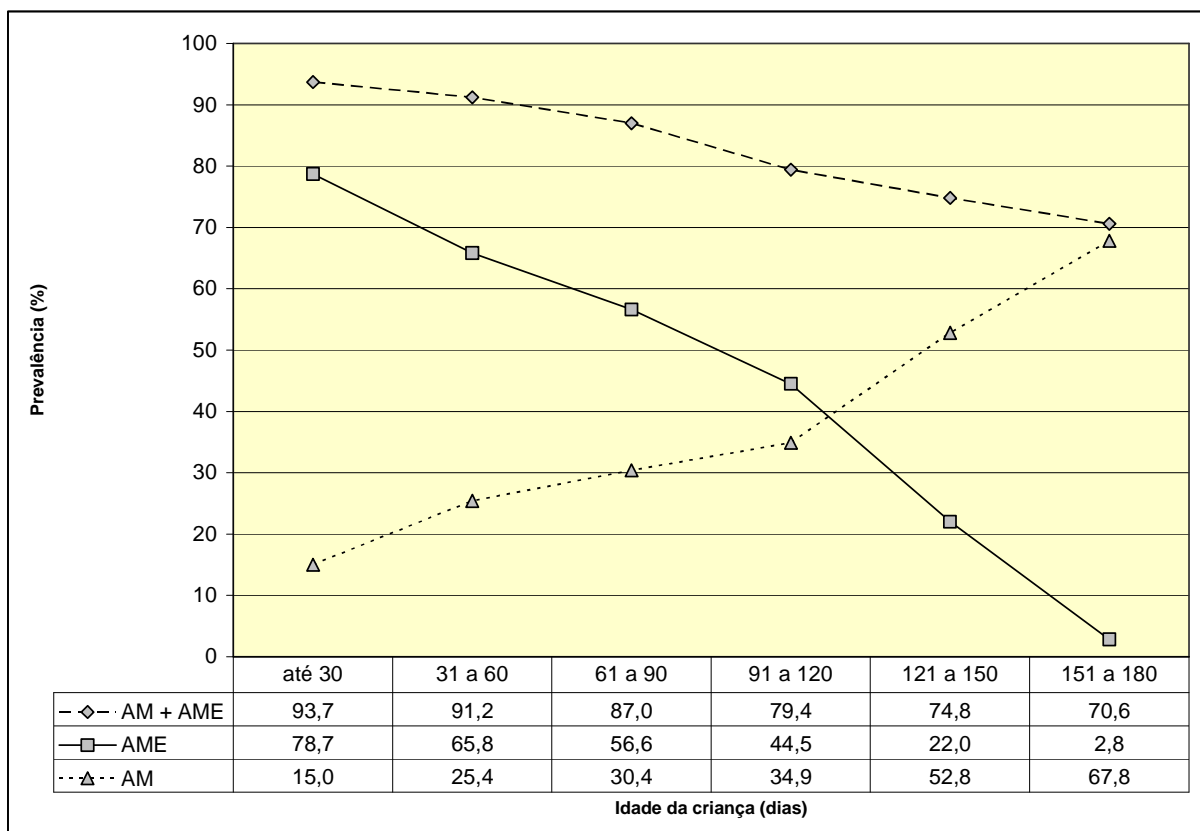
Em relação à prevalência do AM do presente estudo, esta foi superior quando comparada à do município de Maringá no ano de 1999 (54,9%) (VITURI; BRITO, 2003). Dados de pesquisa nacional mostraram que a média do país apresentou valor semelhante (68,6%) e Curitiba teve menor prevalência de AM aos 180 dias (60,9%) (SENA; SILVA; PEREIRA, 2007a). Na região noroeste de Campinas e em Itaúna-MG as prevalências aos seis meses também foram inferiores (54,3% e 58,9%, respectivamente) (CECHETTI; MOURA, 2005; CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007).

Embora haja evidências de melhora da situação do AM entre crianças brasileiras, a situação no País em relação à amamentação exclusiva no primeiro semestre é preocupante, visto que permanece muito aquém da recomendação do Unicef, da OMS e do Ministério da Saúde (SENA; SILVA; PEREIRA, 2007b).

Em resposta às denúncias do uso disseminado de leites artificiais e ao surgimento de inúmeros trabalhos científicos mostrando a superioridade do LM como fonte de alimento, de proteção contra doenças e de afeto, iniciou-se na década de 1970 o movimento global de reabilitação da “cultura da amamentação”. Em resposta, os índices de AM no Brasil aumentaram consideravelmente nas décadas de 80 e 90. A mediana da duração do AM, que era de apenas 2,5 meses

em 1975, passou a ser de 5,5 meses em 1989 e de 7,0 meses em 1996. A última pesquisa em âmbito nacional realizada nas capitais brasileiras indicou uma mediana de duração de AM de 10 meses (REA, 2003).

A figura 2 compara as prevalências do AM e do AME até o sexto mês de vida da criança. Destaca-se que a prevalência do AME se mantém elevada até o quarto mês, reduz-se em mais de 50% no mês subsequente e aos 180 dias alcança uma taxa mínima. No entanto, os índices de amamentação (AM + AME) apresentam pequenas reduções, sendo de aproximadamente 70% aos 180 dias.



**Figura 2** - Prevalência do AM e do AME entre binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Estudos já citados, realizados em Maringá, verificaram menores prevalências de AME no quarto mês (GONÇALVES *et al.*, 2003; VITURI, 2001). Em Cascavel, no Paraná, em estudo que envolveu adolescentes, a prevalência aos 120 dias foi de apenas 4,9% (FELICETTI, 2006). A prevalência do AME aos quatro meses em Itapira, Porto Alegre e Itaúna também foram inferiores à verificada nesta

pesquisa (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007; ESPÍRITO SANTO, 2006).

Inquérito que estudou as práticas alimentares em 84 municípios do Estado de São Paulo, em 1998, mostrou que a prevalência do AME nos primeiros quatro meses de vida raramente alcançou 30% (VENÂNCIO *et al.*, 2002).

A Tabela 11 mostra a distribuição dos binômios mãe-filho de acordo com a época de abandono do AME. O abandono foi intenso no primeiro e no quinto meses de vida da criança. O primeiro mês da lactação é diretamente afetado pelas dificuldades que surgem para o seu estabelecimento, o que, provavelmente, constitui o principal fator que explica o elevado abandono nesse mês. No quinto mês, por outro lado, múltiplos fatores podem explicar a maior proporção de abandono do leite materno, entre eles o trabalho materno, que comumente vem acompanhado da introdução de novos alimentos, bem como influências de ordem cultural.

**Tabela 11** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo a época de abandono do aleitamento materno exclusivo. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

<b>Época de abandono do AME*</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% acumulada</b>
Não amamentou	3	1,3	1,3
≤ 30 dias	48	20,0	21,3
31 a 60	31	12,9	34,2
61 a 90	22	9,2	43,4
91 a 120	29	12,1	55,5
121 a 150	54	22,5	78,0
151 a 180	46	19,2	97,1
<b>Subtotal</b>	<b>233</b>	<b>97,2</b>	-
Não abandonou	7	2,9	100,0
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>	-

\* um caso não informado

A tabela 12 mostra que a proporção de abandono do AM foi baixa até o sexto mês, visto que nessa época aproximadamente dois terços das crianças ainda permaneciam nessa categoria.



**Tabela 12** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo época de abandono do aleitamento materno. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

<b>Época de abandono do aleitamento materno*</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% acumulada</b>
Não amamentou	3	1,3	1,3
≤ 30	12	5,0	6,3
31 a 60	6	2,5	8,8
61 a 90	10	4,2	13,0
91 a 120	18	7,6	20,6
121 a 150	11	4,6	25,2
151 a 180	10	4,2	29,5
<b>Subtotal</b>	<b>70</b>	<b>29,4</b>	-
Não abandonou o AM	161	67,6	-
Não abandonou o AME	7	2,9	100,0
<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>100,0</b>	-

\* três casos não informados

Segundo Sena, Silva e Pereira (2007a), o perfil de amamentação na área urbana do País pode ser considerado satisfatório para o AM e preocupante para o AME. O bom desempenho do AME nos primeiros meses não está garantindo a mesma condição no fim do primeiro semestre.

Estudo de tendência do AM no Brasil sugere que as políticas de proteção e programas de promoção do AM são os possíveis fatores explicativos para a melhora verificada na prevalência de AM com o passar dos anos. Não obstante, embora o aumento da prevalência seja progressivo e persistente, sugerindo um deslocamento do desmame para além do primeiro ano de vida, ainda há espaço para melhoras (SENA, SILVA; PEREIRA, 2007b).

#### 4.7 INTRODUÇÃO DE OUTROS ALIMENTOS

##### 4.7.1 Durante a Internação Hospitalar

Durante a internação 11 crianças não foram amamentadas, mas destas, oito iniciaram a amamentação após a alta.

No que concerne à época de início da amamentação, apenas três mães referiram a sala de parto e elevada proporção (64%) iniciaram tardiamente, com quatro ou mais horas após o parto (tabela 13). A variação para o início do AM foi de 30 minutos a 20 dias, possivelmente em decorrência de complicações do parto, condições de saúde da criança e/ou da mãe, dificuldades na amamentação e rotina hospitalar.

Das 241 mães entrevistadas, a maioria informou o tipo de alimentação que a criança recebeu durante o tempo de internação hospitalar. A quase-totalidade das mães amamentou durante a internação, o que sugere o comprometimento da equipe hospitalar com a promoção e apoio ao AM (tabela 13).

**Tabela 13** - Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo variáveis relacionadas à alimentação da criança durante internação hospitalar. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

<b>Variáveis relacionadas à alimentação da criança durante a internação hospitalar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Época de início da amamentação*</b>	<b>n= 203</b>	
Sala de parto	3	1,5
0,5 a 3 horas de vida	70	34,5
4 a 6	68	33,5
7 e mais	62	30,5
<b>Tipo de alimentação recebida pela criança* *</b>	<b>n= 228</b>	
AME	183	80,3
AM	44	18,9
Fórmula infantil exclusiva	1	0,8

\* 3 casos não informados, 11 mães relataram não ter amamentado durante a internação e 23 relataram não lembrar, \* \* 4 casos não informados e 9 mães forneceram informações inexatas.

Quanto à alimentação durante a internação, estudo realizado em Maringá no ano de 1999 observou proporção semelhante de mães que iniciaram o AM (97%), porém uma proporção inferior das que o iniciaram de forma exclusiva (55%) (VITURI, 2001).

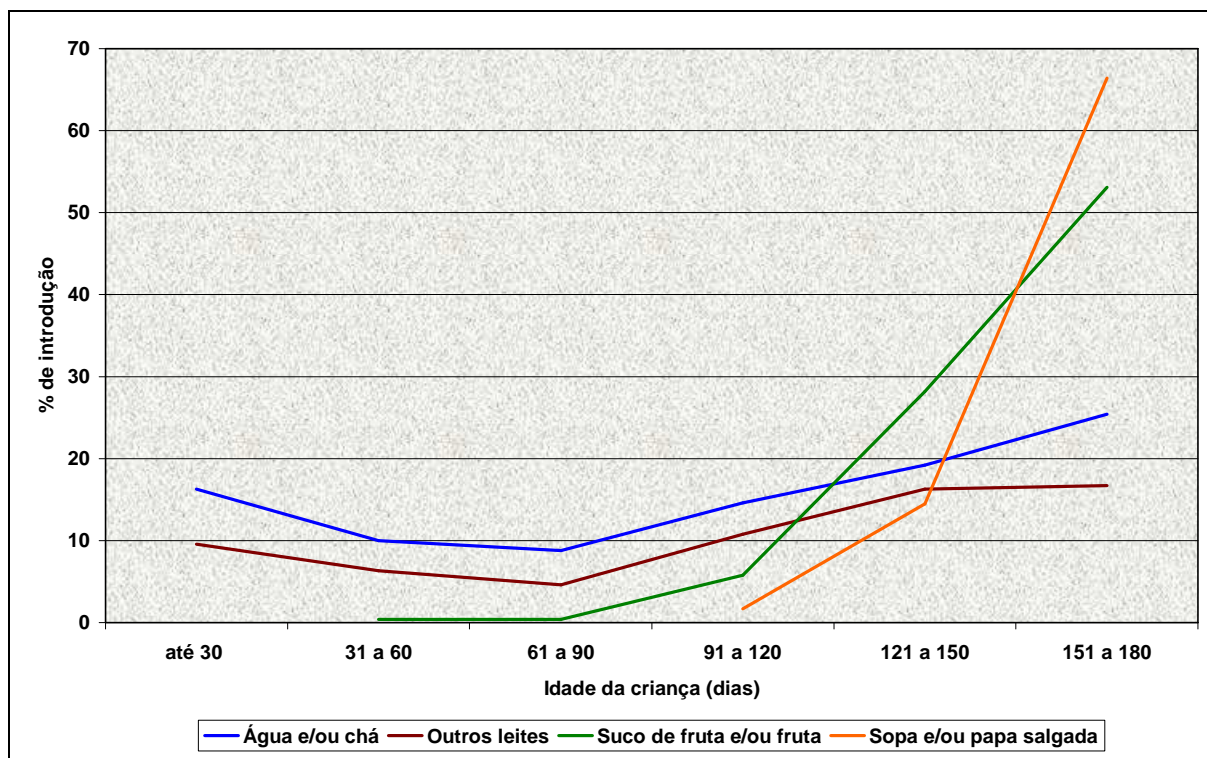
De acordo com os resultados de trabalho realizado em Gana, a promoção da amamentação é a chave para a sobrevivência infantil. Foram

analisados 10947 lactentes não gêmeos residentes na zona rural e verificou-se que iniciar a amamentação depois de um dia de vida esteve associado a um aumento de 2,4 vezes no risco de morte no período neonatal, sendo similar ao do grupo de bebês prematuros, ao de portadores de anomalias congênitas ou ao dos que morreram na primeira semana de vida. Segundo os autores, 16% dos recém-nascidos que morrem no período neonatal poderiam ser salvos se amamentados no primeiro dia de vida, e 22% se amamentados na primeira hora de vida. Observou-se ainda maior risco em bebês que, além do LM, receberam outros tipos de leite, líquidos e/ou sólidos. Desta forma, os programas de amamentação devem incentivar que o início da amamentação seja precoce e que esta seja exclusiva (EDMOND *et al.*, 2006).

Todos os profissionais de saúde envolvidos precisam substituir sua posição apenas de simpatia (ou, eventualmente, até de falta de consideração), possivelmente fruto de sua ignorância, por uma verdadeira empatia (sintonia, sentir o que o outro está sentindo). Isso, no entanto, implica transformar o simples repasse de informações num processo real de aprendizado, o que demanda apoio, estímulo e orientação técnica para evitar ou corrigir o inimigo número um do início da amamentação – a mamada ineficiente (“o bebê que não sabe mamar”) (MURAHOVSKI, 2003, p. 563).

#### 4.7.2 Após a Alta

A figura 3 evidencia a frequência relativa de introdução de outros alimentos por faixa etária. A água e/ou chá (16,3%) e outros leites (9,6%) foram precocemente introduzidos desde o primeiro mês de vida. Suco de fruta e/ou fruta (28,2%) e sopa e/ou papa salgada (14,5%) foram introduzidos de forma expressiva a partir do quinto mês de vida. As proporções foram maiores durante o sexto mês de vida.



**Figura 3** - Proporção e época de introdução de outros alimentos entre binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Suplementos como água, chás e sucos são desnecessários para hidratação do bebê, elevam o risco de morbidade e mortalidade por infecções, não promovem melhoria no ganho ponderal, além de reduzirem a absorção de ferro e zinco (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007). Além disso, Takushi *et al.* (2006) apontam que, mesmo estes sendo introduzidos para fins terapêuticos, em nada contribuem com a oferta de nutrientes, e ainda possuem substâncias que comprometem a absorção de minerais do LM e reduzem a sucção de leite da mama.

A suplementação da amamentação com água e/ou chá é uma prática bastante arraigada nacionalmente. As taxas de introdução de água e/ou chá e outro leite aqui apresentadas foram inferiores às encontradas em estudo nacional (25% e 22% respectivamente - BRASIL, 2002). Em algumas regiões quentes do País, 80% das crianças recebiam esses líquidos já na primeira semana (MARQUES et al., 2001).

Segundo Espírito Santo (2006), a introdução precoce de outros leites parece causar mais prejuízos à saúde da criança do que a introdução isolada de

água e/ou chá. Além disso, não foi encontrada influência entre a introdução precoce, ainda no primeiro mês, de água e/ou chá e as frequências do AM (exclusivo, predominante e parcial) nos primeiros seis meses, mas a introdução precoce de outro leite afetou negativamente as taxas de AM.

#### 4.8 FATORES ASSOCIADOS À AMAMENTAÇÃO

##### 4.8.1 Fatores Relacionados ao Binômio Mãe-filho

A tabela 14 apresenta a prevalência da amamentação segundo as características da mãe. Os resultados revelam a ausência de associação com a prática da amamentação no sexto mês.

A menor prevalência - embora não significativa neste estudo - entre mães menores de 20 anos é concordante com os estudos realizados por Gonçalves *et al.* (2003) e por Chaves, Lamounier e César (2007), nos quais a idade materna superior a 20 anos foi positivamente associada ao AM.

Na mesma linha, Faleiros, Trezza e Carandina (2006) referem que a idade materna mais jovem relaciona-se a menor duração do aleitamento, talvez motivada por dificuldades como, por exemplo, nível educacional mais baixo, poder aquisitivo menor e, muitas vezes, o fato de serem solteiras. Também fazem menção ao fato de o grupo de mães adolescentes realizarem uma média menor de consultas de pré-natal.

É interessante ressaltar que as mães mais jovens apresentaram, escolaridade significativamente, menor ( $p=0,04$ ) e menor proporção de união estável ( $p=0,003$ ), características que talvez tenham contribuído para uma menor amamentação entre elas.

**Tabela 14** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características da mãe. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Características da mãe	Amamentação				Total	Estatística $\chi^2$	Valor de p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Idade (anos)</b>	<b>168</b>	<b>69,7</b>	<b>73</b>	<b>30,3</b>	<b>241</b>		
< 20	19	54,3	16	45,7	35	3,80	0,05
≥ 20	149	72,3	57	27,7	206		
<b>Escolaridade materna</b>							
Analfabeta/ensino médio incompleto	27	67,5	13	32,5	40	0,02	0,89
Ensino médio completo ou mais	141	70,1	60	29,9	201		
<b>Primeiro filho</b>							
Sim	84	68,9	38	31,1	122	0,02	0,88
Não	84	70,6	35	29,4	119		
<b>Categorização econômica</b>							
A2 + B1 + B2	60	71,4	24	28,6	84	0,08	0,78
C + D + E	108	68,8	49	31,2	157		
<b>Mora com companheiro</b>							
Sim	154	69,7	67	30,3	221	0,05	0,82
Não	14	70,0	6	30,0	20		
<b>Escolaridade companheiro</b>	<b>153</b>	<b>69,5</b>	<b>67</b>	<b>30,5</b>	<b>220*</b>		
Analfabeta/primário incompleto	30	75,0	10	25,0	40	0,41	0,52
Primário completo ou mais	123	68,3	57	31,7	180		

\* 1 caso não informado

Não obstante, a associação negativa da pouca idade com a prevalência da amamentação não é consenso entre os autores. Estudo envolvendo 53 crianças de até seis meses cadastradas em núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, São Paulo, não encontrou associação entre pouca idade materna e duração do AM (BONGIOVANI, 2006). Do mesmo modo, Venâncio *et al.* (2002) não verificaram associação entre a idade e a interrupção do AM antes dos 12 meses.

Em relação à escolaridade materna, estudo realizado por Gonçalves *et al.* (2003) também não encontrou associação entre a opção de amamentar da mãe e seu nível de escolaridade. A relação entre a escolaridade materna e o tempo de amamentação é complexa. Alguns estudos não demonstram associação entre esses fatores, porém a maioria demonstra influência (ESCOBAR *et al.*, 2002). Venâncio *et al.* (2002) mostraram que as mulheres com até quatro anos de escolaridade tiveram 2,2 vezes mais chances de interromper o AME nos primeiros meses de vida quando comparadas às mulheres com 13 anos e mais de escolaridade. Adicionalmente, outros estudos realizados no Brasil observaram que o maior nível de escolaridade influenciou positivamente a duração do AM (ESCOBAR *et al.*, 2002; GIUGLIANE *et al.*, 1992).

Embora no presente estudo a primiparidade não tenha sido associada à amamentação no sexto mês, Gonçalves *et al.* (2003) demonstraram associação entre experiência anterior em amamentação e a opção das mães por amamentar. Venâncio *et al.* (2002) encontraram que primíparas têm 1,3 vez mais chance de interromper o AM antes de 12 meses, e Soares *et al.* (2003) verificaram que os primogênitos tiveram um risco 48% maior de serem desmamados precocemente (antes dos seis meses), quando comparados aos não-primogênitos.

Por outro lado, Faleiros, Trezza e Carandina (2006) consideram que cada nascimento se dá em contextos não necessariamente iguais (diferenças de idade, condições socioeconômicas, situação conjugal); desta forma, talvez o simples fato de ter uma experiência prévia não seja suficiente como estímulo para amamentação dos filhos subseqüentes. Destarte, a influência desta variável se deve a múltiplos fatores e às mudanças na dinâmica familiar ocorridas com o passar do tempo.

Em relação ao nível econômico, a ausência de associação com a prática da amamentação também foi verificada por Gonçalves *et al.* (2003) e Felicetti (2006). Por outro lado, trabalhos nacionais verificaram associação entre a amamentação nos primeiros meses de vida e melhor renda familiar (GIGANTE; VICTORA; BARROS, 2001; KUMMER *et al.*, 2000). Ao contrário, estudo realizado em dois municípios (Peruíbe e Itapira) do Estado de São Paulo verificou que o município em pior situação socioeconômica apresentou melhor padrão de

amamentação (TOMA, 2008). Vieira G. *et al.* (2004) demonstraram que crianças nascidas de mães com renda menor ou igual a dois salários-mínimos apresentaram 15% mais chance de serem amamentadas do que as nascidas em famílias de maior renda.

O fato de as mães terem uma união estável e o apoio de outras pessoas, especialmente do marido ou companheiro, parece exercer uma influência positiva na duração do AM. Tanto o apoio social e econômico como o emocional e o educacional parecem ser muito importantes, sendo o companheiro a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de apoio (GIUGLIANI, 1994).

Relativamente à presença do companheiro, Bongiovani (2006) verificou uma maior tendência ao AME entre as mães que referiram apoio paterno, especialmente nos primeiros meses, e 80% delas consideraram a atitude do pai como incentivadora do AM. Em estudo realizado na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, o risco de interrupção do AM foi 1,47 vez maior quando a criança não residia com o pai biológico, e 1,62 vez maior quando a escolaridade paterna era superior ao primeiro grau completo (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006).

Na tabela 15 observa-se que nenhuma característica relacionada ao trabalho materno foi associada significativamente à amamentação, mas é importante salientar que o trabalho materno pareceu exercer influência negativa sobre a amamentação, porquanto mães que trabalhavam fora à época da entrevista apresentaram menor prevalência de amamentação do que as que não trabalhavam.

Análise mais detalhada permitiu observar que, dentre as mães que gozaram da licença-maternidade (107), 66% amamentaram até o sexto mês; mas na análise daquelas mães que, após a licença, optaram por voltar ao trabalho, esta proporção diminuiu para 38,3%.

Gonçalves *et al.* (2003) não encontraram associação entre a opção de amamentar e o fato de a mãe trabalhar ou não fora do lar. Por outro lado, estudo realizado na Paraíba com 11.076 crianças menores de um ano verificou que a prevalência de amamentação total e predominante foi significativamente menor entre mulheres trabalhadoras (VIANNA *et al.*, 2007).



**Tabela 15-** Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características do trabalho materno. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Características do trabalho materno	Amamentação				Total	Estatística $\chi^2$	Valor de p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Trabalhava na gravidez</b>	<b>168</b>	<b>69,7</b>	<b>73</b>	<b>30,3</b>	<b>241</b>		
Sim	99	68,3	46	31,7	145	0,20	0,65
Não	69	71,9	27	28,1	96		
<b>Licença maternidade</b>	<b>100</b>	<b>69,0</b>	<b>45</b>	<b>31,0</b>	<b>145</b>		
Sim	71	66,4	36	33,6	107	0,88	0,35
Não	29	76,3	9	23,7	38		
<b>Trabalho fora do lar</b>	<b>168</b>	<b>69,7</b>	<b>73</b>	<b>30,3</b>	<b>241</b>		
Sim	56	63,6	32	36,4	88	1,99	0,16
Não	112	73,2	41	26,8	153		
<b>Jornada de trabalho (horas/dia)</b>	<b>56</b>	<b>63,6</b>	<b>32</b>	<b>36,4</b>	<b>88</b>		
< 6	6	54,5	5	45,5	11	<i>Fisher</i>	0,52
≥ 6	50	64,9	27	35,1	77		

Em São Paulo, SP, um estudo com 76 mães funcionárias de 13 indústrias verificou que mulheres de melhor nível socioeconômico, que tinham creche no local de trabalho ou sala de coleta e estocagem de leite, amamentaram por mais tempo (REA *et al.*, 1997).

A Constituição Federal de 1988 garante o direito da mulher trabalhadora à licença-gestante de 120 dias. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) protege o vínculo empregatício da mulher durante o matrimônio e a gravidez, e, dá à mulher o direito a dois descansos de meia hora cada um para amamentar até que o seu filho complete seis meses. Ainda de acordo com a CLT, os estabelecimentos nos quais trabalharem pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade deverão ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação (ARAÚJO, 2005).

Em relação às características da criança, o baixo peso ao nascer e a idade gestacional inferior a 37 semanas foram negativamente associados à amamentação. A prevalência da amamentação foi praticamente a mesma entre os sexos (tabela 16).

**Tabela 16** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características da criança. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Características da criança	Amamentação				Total	Estatística $\chi^2$	Valor de p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Sexo</b>	<b>168</b>	<b>69,7</b>	<b>73</b>	<b>30,3</b>	<b>241</b>		
Masculino	89	69,5	39	30,5	128	0,01	0,94
Feminino	79	69,9	34	30,1	113		
<b>Peso ao nascer (g)</b>	<b>168</b>	<b>70,0</b>	<b>72</b>	<b>30,0</b>	<b>240*</b>		
< 2500	9	40,9	13	59,1	22	8,30	0,004
≥ 2500	159	72,9	59	27,1	218		
<b>Índice de Apgar (quinto minuto)</b>	<b>167</b>	<b>69,9</b>	<b>72</b>	<b>30,1</b>	<b>239**</b>		
0 a 7	2	40,0	3	60,0	5	<i>Fisher</i>	0,16
8 a 10	165	70,5	69	29,5	234		
<b>Idade gestacional (semanas)</b>	<b>168</b>	<b>70,0</b>	<b>72</b>	<b>30,0</b>	<b>240*</b>		
< 37	12	48,0	13	52,0	25	5,32	0,02
≥ 37	156	72,6	59	27,4	215		

\* 1 caso não informado, \*\* 2 casos não informados

Esses resultados são concordantes com os de outros estudos. O baixo peso ao nascer já foi descrito como condição individual de risco para a não-prática do AM (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; GONÇALVES *et al.*, 2003; VENÂNCIO *et al.*, 2002). Segundo Chaves, Lamounier e César (2007), o fato de recém-nascidos de baixo peso terem amamentação exclusiva por menos tempo que os demais pode ser explicado pela maior dificuldade que esses bebês apresentam para sugar. Além disso, citam a crença de alguns profissionais de saúde de que o

grande benefício para esses bebês seria o ganho ponderal mais acelerado, lançando mão de fórmulas infantis, farinhas, leite de vaca e açúcar.

Assim, considerando-se que a idade gestacional, o peso ao nascer e o índice de Apgar guardam estreita relação entre si, é preciso maior atenção a essas características, com medidas que passam pelo atendimento pré-natal, parto e acompanhamento às crianças (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007).

#### 4.8.2 Fatores relacionados à assistência à saúde

No que concerne às características da assistência pré-natal, nenhuma variável associou-se significativamente à prática do AM (tabela 17).

A ausência de associação entre a *fonte financiadora do pré-natal* e estar amamentando no sexto mês leva a inferir que não existe diferença em realizar o pré-natal em serviço público ou privado, no que concerne à promoção, proteção e apoio ao AM.

No que diz respeito ao local do pré-natal, os resultados encontrados por Silva e Souza (2005) foram semelhantes aos do presente estudo. Os autores compararam os índices de AME aos 30, 120 e 180 dias em consultórios particulares e centros de saúde e estes foram próximos entre os dois grupos, apesar de ter sido encontrada diferença em relação às condições de renda, estrato social e escolaridade dos pais.

É importante frisar que no presente estudo a prevalência da amamentação foi praticamente a mesma entre as mães com maior ou menor número de consultas (tabela 17).

Como evidenciado no presente estudo, Gonçalves *et al.* (2003) não encontraram associação entre número de consultas de pré-natais e opção da mãe por amamentar. Em contrapartida, Bongiovani (2006) em Ribeirão Preto e Felicetti (2006) em Cascavel encontraram associação entre maior número de consultas pré-natais e maior proporção e duração do AM.

**Tabela 17** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características relacionadas ao pré-natal. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Características do pré-natal	Amamentação				Total	Estatística	
	Sim		Não			$\chi^2$	Valor de p
	n	%	n	%			
<b>Local mais utilizado*</b>	<b>167</b>	<b>69,6</b>	<b>73</b>	<b>30,4</b>	<b>240</b>		
UBS	93	71,0	38	29,0	131	0,14	0,70
Outros locais	74	67,9	35	32,1	109		
<b>Fonte financiadora</b>							
SUS	95	70,9	39	29,1	134	0,13	0,72
Outras fontes	72	67,9	34	32,1	106		
<b>Época de início</b>							
Primeiro trimestre gestacional	128	70,3	54	29,7	182	0,08	0,78
Segundo e terceiro trimestre	39	67,2	19	32,8	58		
<b>Número de consultas</b>							
≤ 6	20	69,0	9	31,0	29	0,02	0,88
> 6	146	69,5	64	30,5	210		

\* 1 ausência de assistência pré-natal

O acompanhamento pré-natal subótimo (menos de seis consultas) foi identificado por Espírito Santo (2006) como fator de risco para interrupção precoce do AME (antes dos seis meses). Essa autora acredita que o número reduzido de consultas pré-natais não se relacione diretamente com a interrupção do AME, e sim, com um perfil de mulher pouco envolvida com cuidados à saúde por dificuldades pessoais, já que o acesso à assistência pré-natal no Brasil é universal e gratuito.

Dentre as características do parto e nascimento, apenas o tempo de internação relacionou-se à prática da amamentação no sexto mês. Entre as crianças que permaneceram no hospital oito ou mais dias após o nascimento, a prevalência foi significativamente menor. Isto está relacionado a características da criança e do parto como, por exemplo, baixo peso ao nascer e a prematuridade (Tabela 18).

Quanto aos demais aspectos, embora a diferença não tenha sido significativa, vale ressaltar a maior prevalência da amamentação entre as crianças que permaneceram no alojamento conjunto integral (RP de 1,14 [IC 0,90-1,44]).

**Tabela 18-** Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características relacionadas ao parto e nascimento da criança. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Características do parto e nascimento	Amamentação				Total	Estatística	
	Sim		Não			$\chi^2$	Valor de p
	n	%	n	%			
<b>Fonte financiadora do parto</b>	<b>168</b>	<b>69,7</b>	<b>73</b>	<b>30,3</b>	<b>241</b>		
SUS	91	68,9	41	31,1	132	0,02	0,88
Convênio ou particular	77	70,6	32	29,4	109		
<b>Tipo de parto*</b>	<b>168</b>	<b>70,0</b>	<b>72</b>	<b>30,0</b>	<b>240</b>		
Normal	35	64,8	19	35,2	54	0,60	0,44
Cesárea	133	71,5	53	28,5	186		
<b>Alojamento conjunto* *</b>	<b>165</b>	<b>69,9</b>	<b>71</b>	<b>30,1</b>	<b>236</b>		
Integral (24horas)	106	72,6	40	27,4	146	1,00	0,32
Parcial (12horas) ou ausente	59	65,6	31	34,4	90		
<b>Tempo de internação (dias)</b>	<b>168</b>	<b>69,7</b>	<b>73</b>	<b>30,3</b>	<b>241</b>		
Até 7	164	71,9	64	28,1	228	<i>Fisher</i>	0,003
8 e mais	4	30,8	9	69,2	13		

\* 1 caso não informado; \* \* 5 casos não informados.

Segundo Venâncio *et al.* (2002), nascer em um município que tenha pelo menos um HAC mostrou associação significativa com o AME e com o AM, o que sugere que este tipo de hospital pode ser disseminador de ações de incentivo à amamentação. Bongiovani (2006) e Felicetti (2006) encontraram associação positiva entre nascer em em *Hospital Amigo da Criança* e maior proporção e duração do AM

Resultados animadores foram observados em Montes Claros, MG, onde os três hospitais existentes tornaram-se *Amigos da Criança*. A duração mediana de amamentação passou de 8,9 para 11,6 meses, enquanto a de amamentação exclusiva aumentou de 27 dias para 3,5 meses (CALDEIRA; GONÇALVES, 2007).

Desta forma, acredita-se que o aumento do número de *Hospitais Amigos da Criança* em Maringá seria uma boa estratégia para elevar a prevalência do AM, particularmente o exclusivo, uma vez que apenas o HUM é credenciado como *Amigo da Criança*. Somente três mães tiveram seus filhos nesse hospital e, destas, duas amamentaram até seis meses.

A ausência de associação entre a fonte financiadora do parto e a prevalência da amamentação leva a inferir que, em nível hospitalar, o serviço público e o privado, em Maringá, são equivalentes no que concerne à promoção, proteção e apoio ao AM.

Quanto às características da alimentação da criança durante a internação, essas não foram associadas à prática da amamentação aos seis meses; porém é importante frisar que a prevalência da amamentação no sexto mês foi maior entre as mães que iniciaram a amamentação com até 6 horas de vida e amamentaram durante a internação em comparação com as mães que iniciaram o AM com sete horas e mais e aquelas que não amamentaram durante a internação (tabela 19). Chaves, Lamounier e César (2007) verificaram que quando a primeira mamada ocorria após seis horas do nascimento a duração do AM foi menor.

**Tabela 19** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características da alimentação da criança durante a internação hospitalar. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Características da alimentação durante a internação	Amamentação				Total	Estatística $\chi^2$	Valor de p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Época de início da amamentação*</b>	<b>147</b>	<b>72,4</b>	<b>56</b>	<b>27,6</b>	<b>203</b>		
Até 6 horas após o nascimento	106	74,6	36	25,4	142	0,84	0,36
7 horas e mais	41	67,2	20	32,8	61		
<b>Tipo de alimentação recebida pela criança* *</b>	<b>168</b>	<b>70,9</b>	<b>69</b>	<b>29,1</b>	<b>237</b>		
Aleitamento materno presente	162	71,7	65	28,3	226	<i>Fisher</i>	0,48
Aleitamento materno ausente	6	54,5	4	45,5	11		

\* 3 casos não informados, 11 mães relataram não ter amamentado e 23 relataram não lembraram; \* \* 4 casos não informados.

Na tabela 20 verifica-se a ausência de associação entre as variáveis relacionadas à assistência à criança e a prevalência de amamentação no sexto mês. Conforme já comentado, provavelmente, a semelhança da assistência pública e privada pode explicar também essa ausência de associação.

Estudo realizado com 599 crianças em São Paulo, no ano de 1998, não encontrou associação entre acompanhamento regular da criança no posto de saúde e o tempo de AM (ESCOBAR *et al.*, 2002). Por outro lado, Bongiovani (2006) encontrou associação entre realizar a puericultura em NSF e proporção e duração do AM e AME, que, segundo a autora, pode ser entendida como resultado do seguimento longitudinal que envolve toda família, bem como das atividades pró-aleitamento presentes nestes serviços.

**Tabela 20** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo características relacionadas à assistência à criança. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Características da assistência à criança	Amamentação				Total	Estatística	
	Sim		Não			$\chi^2$	Valor de p
	n	%	n	%			
<b>Local mais utilizado*</b>	<b>167</b>	<b>69,6</b>	<b>73</b>	<b>30,4</b>	<b>240</b>		
UBS	93	71,5	37	28,5	130	0,33	0,57
Outros	74	67,3	36	32,7	110		
<b>Fonte financiadora</b>							
SUS	94	71,2	38	28,8	132	0,22	0,64
Outras	73	67,6	35	32,4	108		
<b>Época de início (dias de vida)</b>							
até 30	152	70,0	65	30,0	217	0,06	0,81
31 e mais	15	65,2	8	34,8	23		
<b>Época da última consulta</b>							
0 a 90 dias de vida	11	73,3	4	26,7	15	<i>Fisher</i>	1,00
91 a 180 dias de vida	156	69,3	69	30,7	225		

\* 1 ausência de assistência à criança.

#### 4.8.2.1 Atividades de apoio à amamentação

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a ESF deve garantir a integralidade da atenção por meio de realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, sendo a unidade de saúde, o domicílio e demais espaços comunitários os locais prioritários para a realização de tais ações (BRASIL, 2006).

Conforme o protocolo de atenção à saúde da criança do município de Maringá, uma das principais atividades a serem desenvolvidas pela Atenção Básica refere-se ao AM. O protocolo informa os profissionais quanto à importância do AM, as definições criadas pela Organização Pan-Americana de Saúde/OMS, os malefícios do desmame precoce, composição do LM, vantagens do AM para a mãe,



o bebê, a família e o planeta. Traz ainda explicações sobre as principais dificuldades da amamentação (ingurgitamento mamário, fissura do mamilo, mastite e ducto bloqueado) e seu manejo, qual deve ser a postura do profissional diante dos mitos e tabus acerca da amamentação, e reforça o papel do obstetra e do pediatra no estímulo ao AM (MARINGÁ, 2004).

Ao se observar a tabela 21, merece destaque a maior prevalência, embora não significativa, entre as mães que participaram de grupos de gestantes e receberam VD durante o puerpério.

Vale ressaltar que das 50 mães que participaram do grupo de gestantes, as quatro que referiram ausência de orientação sobre amamentação amamentaram até seis meses.

**Tabela 21** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESF, segundo as atividades de apoio à amamentação. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Atividades de apoio à amamentação	Amamentação				Total	Estatística	
	Sim		Não			$\chi^2$	Valor
	n	%	n	%			
<b>Participação em grupos de gestantes</b>	<b>168</b>	<b>69,7</b>	<b>73</b>	<b>30,3</b>	<b>241</b>		
Sim	38	76,0	12	24,0	50	0,84	0,36
Não	130	68,1	61	31,9	191		
<b>Visita domiciliar (VD) após o nascimento</b>	<b>168</b>	<b>69,7</b>	<b>73</b>	<b>30,3</b>	<b>241</b>		
Sim	99	70,2	42	29,8	141	0,00	0,95
Não	69	69,0	31	31,0	100		
<b>Visita durante o puerpério *</b>	<b>98</b>	<b>70,0</b>	<b>42</b>	<b>30,0</b>	<b>140</b>		
Sim	73	71,6	29	28,4	102	0,21	0,65
Não	25	65,8	13	34,2	38		
<b>Número de visitas domiciliares **</b>	<b>94</b>	<b>71,8</b>	<b>37</b>	<b>28,2</b>	<b>131</b>		
1 a 3	60	75,9	19	24,1	79	1,25	0,26
4 e mais	34	65,4	18	34,6	52		

\* 1 caso não informado; \*\* 10 casos não informados.

É importante notar que a prevalência da amamentação foi maior entre as mães que receberam menor número de visitas domiciliares comparada às que receberam quatro e mais (tabela 21). Uma investigação mais detalhada revelou que mães que pertenciam às classes A e B ( $p=0,02$ ), que realizaram o pré-natal ( $p=0,06$ ) e assistência à criança ( $p=0,04$ ) fora da UBS, receberam um menor número de visitas domiciliares (tabela 22). Talvez o fator que explica a maior prevalência de amamentação entre as mães menos visitadas relacione-se às melhores condições socioeconômicas e, conseqüentemente, melhor nível de informação.

**Tabela 22** – Distribuição dos binômios mãe-filho residentes em áreas de atuação de ESFs, segundo a categorização econômica, o local do pré-natal e da assistência à criança e o número de visitas domiciliares. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Variáveis	Número de VD				Total	Estatística	
	1 a 3		4 ou mais			$\chi^2$	Valor
	n	%	n	%			
<b>Categorização econômica</b>	<b>79</b>	<b>60,3</b>	<b>52</b>	<b>39,7</b>	<b>131</b>		
A + B	33	75,0	11	25,0	44	5,09	0,02
C + D + E	46	52,9	41	47,1	87		
<b>Local do pré-natal*</b>	<b>78</b>	<b>60,0</b>	<b>52</b>	<b>40,0</b>	<b>130</b>		
UBS	43	53,1	38	46,9	81	3,55	0,06
Outros	35	71,4	14	28,6	49		
<b>Local da assistência à criança* *</b>	<b>78</b>	<b>60,0</b>	<b>52</b>	<b>40,0</b>	<b>130</b>		
UBS	40	51,9	37	48,1	77	4,31	0,04
Outros	38	71,7	15	28,3	53		

\* 1 ausência de pré-natal, \* \* 1 ausência de assistência à criança.

A orientação acerca da prática da amamentação durante todo o processo de assistência ao binômio mãe-filho constitui outro aspecto relevante na promoção do aleitamento. O período de acompanhamento da mãe e seu filho deve ter início no pré-natal e estender-se, prioritariamente, até os 12 meses de vida da criança. Ao se observar a tabela 23 evidencia-se que a orientação durante todo esse período não resultou em aumento significativo da prevalência da amamentação no

sexto mês. Ao contrário do esperado, as prevalências foram maiores entre as mães que referiram não ter sido orientadas do que entre as que referiram orientação, com exceção da orientação durante a VD, embora as diferenças não tenham sido significativas.

**Tabela 23** - Prevalência da amamentação no sexto mês em áreas de atuação de ESFs, segundo orientação sobre amamentação no pré-natal, durante a internação, na alta hospitalar, na assistência à criança e na visita domiciliar. Maringá - PR, setembro/2006 a fevereiro/2007.

Orientação sobre Amamentação	Amamentação				Total	Estatística $\chi^2$	Valor de p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>No pré-natal*</b>	<b>167</b>	<b>69,6</b>	<b>73</b>	<b>30,4</b>	<b>240</b>		
Sim	89	67,4	43	32,6	132	0,44	0,51
Não	78	72,2	30	27,8	108		
<b>Durante a internação* *</b>	<b>165</b>	<b>70,5</b>	<b>69</b>	<b>29,5</b>	<b>234</b>		
Sim	117	67,2	57	32,8	174	2,91	0,09
Não	48	80,0	12	20,0	60		
<b>Ajuda na prática da amamentação durante a internação* *</b>	<b>165</b>	<b>70,5</b>	<b>69</b>	<b>29,5</b>	<b>234</b>		
Sim	109	69,4	48	30,6	157	0,14	0,71
Não	56	72,7	21	27,3	77		
<b>Na alta hospitalar</b>	<b>168</b>	<b>69,7</b>	<b>73</b>	<b>30,3</b>	<b>241</b>		
Sim	93	65,5	49	34,4	142	2,44	0,12
Não	75	75,8	24	24,2	99		
<b>Na assistência à criança* * *</b>	<b>167</b>	<b>69,6</b>	<b>73</b>	<b>30,4</b>	<b>240</b>		
Sim	91	68,9	41	31,1	132	0,01	0,92
Não	76	70,4	32	29,6	108		
<b>Na visita domiciliar</b>	<b>99</b>	<b>70,2</b>	<b>42</b>	<b>29,8</b>	<b>141</b>		
Sim	50	73,5	18	26,5	68	0,42	0,52
Não	49	67,1	24	32,9	73		

\* 1 ausência de assistência pré-natal; \* \* 7 casos não informados; \* \* \* 1 ausência de assistência à criança.

Não obstante, esses resultados precisam ser analisados com cautela. O fato de as mulheres referirem ausência de orientação pode não significar necessariamente que os profissionais assim procederam durante a assistência. Segundo Becker (2001), observa-se discrepância de percepção entre profissionais e mães com relação a certas atividades e ao momento em que ocorrem.

Ilustram bem esta situação os resultados descritos por Ciconi, Venâncio e Escuder (2004) quanto às sugestões citadas pelos próprios profissionais das ESFs para melhorar o trabalho de incentivo à amamentação, que foram a necessidade de educação em saúde, material educativo e espaço físico adequado para o atendimento, campanhas de promoção sobre AM nos meios de comunicação e treinamento periódicos sobre AM, principalmente aos ACSs. Por outro lado, no estudo de Souza e Bispo (2007), quando a mãe foi questionada quanto à sua opinião sobre o que a ESF pode fazer para estimular o AM, a maioria referiu que a orientação, explicação, aconselhamento e conversa são meios de estímulo para a amamentação.

Assim, há que considerar, conforme Sena, Silva e Pereira (2007a), as diferentes condutas dos grupos populacionais em relação à amamentação, as quais, em sua maioria, são moduladas por preferências pessoais e culturais, circunstâncias sociais e econômicas, características demográficas e aplicação de programas e ações voltadas para evitar o desmame precoce.

Souza e Bispo (2007) verificaram que a maioria das mães atendidas pelo PSF referiu ter recebido orientação, porém consideraram que as instruções não estão sendo transmitidas da forma adequada, por ainda haver falhas no processo de amamentação. É preciso atentar para o processo de comunicação, sendo necessários conhecimentos e habilidades no manejo das diversas fases de lactação. Aconselhamento no pré-natal, orientação e ajuda no período de estabelecimento da amamentação e avaliação criteriosa da técnica adequada, quando surgem os problemas relacionados com o aleitamento, são algumas tarefas que a ESF deve dominar.

O Programa de Saúde da Família, promovendo a proximidade e a responsabilização da equipe para com a comunidade atendida e tendo à sua

disposição os ACSs, apresenta-se como locus ideal para a execução destas atividades (BECKER, 2001). É provável que uma combinação de apoio pré-natal, no hospital e após a alta atue sinergicamente. Talvez a combinação do apoio diário da comunidade, juntamente com uma ajuda mais especializada dos serviços de saúde quando a necessidade aparece, possa ser mais efetiva do que qualquer apoio realizado isoladamente (OMS, 2001).

No Rio de Janeiro, Oliveira e Camacho (2002) avaliaram o impacto de um conjunto de procedimentos e estratégias realizado durante o pré-natal e no seguimento após o parto. Com base em dados de revisão sistemática de estudos experimentais e quase-experimentais, publicados entre 1980 e 1999, os autores descrevem serem efetivas as intervenções que combinam os seguintes procedimentos: ouvir as preocupações e dificuldades das mulheres, informá-las sobre a importância do início precoce da amamentação, as vantagens da amamentação exclusiva e continuada e da livre demanda, como o LM é produzido, os riscos do uso de leites artificiais, mamadeiras e chupetas, pega, posição, ordenha, contracepção e influência do *marketing*.

Deste modo, na realidade estudada, a melhoria dos índices de aleitamento passa, conforme a OMS (1989), pelo adequado aprendizado das mães com participação ativa dos profissionais de saúde, propiciando orientações e suporte oportunos para as gestantes e lactantes. Essa participação ativa deve pressupor a capacitação das equipes para o desenvolvimento adequado das suas atribuições, principalmente no que se refere à qualificação da escuta das necessidades dos usuários em todas as ações, propiciando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2006).

Desta forma, considerando-se, por um lado, a elevada prevalência de AM (66,7%) e, por outro, o baixo índice de AME (2,9%) observados no presente estudo, avanços posteriores serão obtidos a partir da reformulação das orientações de acordo com as características do grupo-alvo, pois, conforme a OMS (2001), em comunidades nas quais a amamentação seja a norma, pode não haver necessidade de motivar as mulheres a escolherem o AM, sendo esperada esta atitude. O principal objetivo deve ser ajudar as mães a otimizarem o aleitamento e evitarem

dificuldades. Não obstante, informar as mães sobre as vantagens do AM ainda se faz necessário para aquelas que não se decidiram.

Além disso, outro desafio consiste no desenvolvimento de estratégias por parte da ESF para estender a duração do AME, notadamente a partir do quarto mês de vida, visto que ocorre queda abrupta a partir deste período. Assim sendo, é fundamental que programas de saúde sejam acompanhados pelo desenvolvimento de políticas públicas que favoreçam a prática da amamentação.

## 5 CONCLUSÕES

Os resultados da presente pesquisa permitiram as conclusões que seguem.

- No que diz respeito às mães, a maioria tinha de 25 a 29 anos de idade. A categorização econômica e a escolaridade revelaram que a maioria delas estava em situação privilegiada, se comparada ao Estado e até mesmo ao País. Cerca de 50% delas eram primíparas e mais de 90% moravam com companheiro. A escolaridade do companheiro foi semelhante à materna.
- Quanto ao trabalho materno, pouco mais da metade das mães exercia alguma atividade remunerada durante a gravidez e destas aproximadamente 70% tiveram licença-maternidade. Por outro lado, após o nascimento da criança, menor proporção de mães trabalhava fora do lar. Entre as que trabalhavam fora, à época da entrevista, a maior parte cumpria jornada de seis a oito horas.
- Em relação às características da criança, mais de 50% eram do sexo masculino, nasceram a termo, com peso adequado para a idade gestacional. Não foram observadas crianças com idade gestacional igual ou inferior a 28 semanas.
- Características da assistência à saúde
  - *Quanto ao pré-natal* - apenas uma mãe referiu não-participação no programa de pré-natal; proporção expressiva de mães realizou-o em consultórios privados. Grande parte das mães iniciou o pré-natal no início da gestação e realizou sete e mais consultas.
  - *Quanto ao parto e nascimento* - todos os nascimentos ocorreram em hospital, apenas três em HAC; o SUS financiou pouco mais da metade dos partos; a proporção de cesáreas foi alarmante (77,5%); aproximadamente 60% adotaram o sistema de alojamento conjunto em

tempo integral; a maioria dos recém-nascidos permaneceu no hospital por um período de até três dias.

- *Quanto à assistência à criança* - apenas uma criança não recebeu assistência, porém a cobertura das ESFs foi baixa; as épocas do início da assistência e da última consulta sugerem um bom acompanhamento dos serviços de saúde.
- Quanto às atividades de apoio à amamentação - quase 50% das mães referiram ausência de orientação sobre amamentação durante as consultas de pré-natal e de assistência à criança. A orientação sobre amamentação durante a internação não foi realizada para aproximadamente um quarto das mães, e no momento da alta, aproximadamente 40% das mães não foram orientadas; e menos de 70% receberam ajuda na prática da amamentação. Apenas um quinto das mães participou de grupo de gestantes; a VD realizada pelas ESFs não alcançou 60% das mães, e proporção ainda menor foi visitada durante o período puerperal; e mais de 70% não receberam orientação sobre AM.
- As prevalências do AM e do AME no sexto mês de vida da criança revelaram, por um lado, a elevada taxa de AM, e por outro, a baixíssima taxa de AME; apenas três crianças nunca receberam LM. O índice do AME manteve-se consideravelmente elevado até o quarto mês e seu abandono foi intenso no primeiro e no quinto meses de vida da criança.
- A respeito da introdução de outros alimentos
  - *Durante a internação* - a quase-totalidade das mães amamentou, sendo que apenas 36% iniciaram o AM até três horas após o parto; apenas uma criança recebeu fórmula infantil exclusiva.
  - *Após a alta* - as proporções de introdução de outros alimentos foram maiores durante o sexto mês de vida. A água e/ou chá e outros leites foram precocemente introduzidos desde o primeiro mês de vida. Suco



de fruta e/ou fruta e sopa e/ou papa salgada foram introduzidos de forma expressiva a partir do quinto mês de vida.

- As variáveis associadas à prática de amamentação (AM + AME) no sexto mês foram: peso da criança ao nascer ( $p= 0,004$ ), idade gestacional ( $p= 0,02$ ) e tempo de internação hospitalar ( $p= 0,003$ ). Crianças que nasceram com menos de 2500g, com menos de 37 semanas e que permaneceram sete ou mais dias no hospital apresentam prevalência significativamente menor de amamentação aos 180 dias. Nenhuma variável relacionada às características da assistência à saúde associou-se significativamente à prática da amamentação.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No sexto mês, a prevalência do AM foi elevada e a do AME foi baixíssima, porém é necessário considerar que o índice do AME sofreu considerável queda apenas a partir do quarto mês. Tal situação pode indicar que a recomendação para que o AME durasse até o quarto e sexto mês de vida da criança foi incorporada tornando-se uma prática cultural. Assim, reforça a necessidade de desenvolver e implementar ações que enfatizem os seis primeiros meses como período ótimo para duração do AME.

Dentre outros fatores, aqueles relacionados à assistência à saúde foram aqui investigados, e ao contrário do esperado, não se associaram à prevalência da amamentação no sexto mês. Tais resultados sugerem que residir em área de atuação das ESFs pareceu não ter contribuído para a elevada taxa de amamentação. Os fatores associados restringiram-se ao peso da criança ao nascer, idade gestacional e tempo de internação hospitalar; ou seja, as influências não têm sido primordialmente dos serviços e indicam fatores sociais e culturais a influenciar marcadamente a prática da amamentação. Não obstante, responder a estas questões não foi do alcance deste estudo, desta forma, sugere-se a realização de pesquisa com metodologia adequada para responder a este objetivo.

Em vista da associação negativa entre o baixo peso ao nascer e idade gestacional e conseqüente maior tempo de internação hospitalar sobre a prática da amamentação no sexto mês, vê-se a necessidade de melhorias na atenção durante o período gestacional. Ao se considerarem os resultados relacionados à assistência ao pré-natal obtidos na presente pesquisa, vê-se a necessidade de uma captação precoce de um maior número de gestantes pelas ESFs a fim de otimizar o acompanhamento.

Ao considerar-se o impacto que a IHAC tem sobre os índices de AM, sugere-se o credenciamento do maior número possível de hospitais-maternidade a fim de ampliar esta rede de apoio e incentivo à amamentação. Porém para viabilizar o credenciamento, vários requisitos devem ser atendidos. Alguns resultados encontrados no presente estudo apontam as mudanças necessárias: diminuição na

proporção de cesáreas, aumento da adesão dos hospitais ao alojamento conjunto 24 horas, bem como no início da amamentação ainda na sala de parto. Além disso, a cobertura da orientação sobre amamentação na internação e alta hospitalar e o apoio prestado pelos profissionais em forma de ajuda prática no estabelecimento da amamentação deve ser ampliada.

Várias têm sido as ações implementadas em Maringá para promoção, proteção e apoio ao AM. Porém em nível de atenção básica merece destaque o longo caminho a percorrer acerca das capacitações da IUBAAM, visto que do total de 23 UBS, existentes no município, apenas sete unidades foram capacitadas. Iniciativas que envolvam a comunidade também devem ser mantidas, ampliadas e aprimoradas. Acredita-se que a implantação de um centro de lactação constituiria medida importante para promoção e proteção à amamentação, além de ser referência para aquelas mulheres com dificuldades para amamentar. Seria ainda local privilegiado para capacitação de profissionais e estudantes no que se refere ao manejo da lactação.

Apesar dos resultados apontarem a equivalência entre os serviços públicos e privados, no que concerne ao apoio à amamentação, acredita-se que a estratégia de Saúde da Família, ao considerar o cumprimento de seus princípios básicos de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, tenha o potencial de elevar os índices de AM encontrados, principalmente o exclusivo no sexto mês de vida. Para tanto se faz necessário que as equipes estejam completas para que possam garantir também os princípios da territorialização e cadastramento da clientela e do trabalho multidisciplinar.

Não obstante, acredita-se que elevar a duração do AM, especialmente do AME, situa-se além do cumprimento das diretrizes operacionais, em vista das baixas proporções de mulheres que se sentiram orientadas sobre amamentação durante todo o processo de assistência. Os profissionais precisam estar atentos para captar as necessidades das mães, e as propostas de educação permanente precisariam contemplar o preparo para a escuta qualificada das necessidades dos usuários, reordenando assim o processo de trabalho em todos os níveis de atenção, bem como na integração com a comunidade.

As instituições formadoras também exercem papel primordial nesta mudança, visto que para humanizar a atenção em saúde, faz-se necessário a formação de profissionais capazes de integrar equipes multiprofissionais e com visão holística do ser humano.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUARYOL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 4. Ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, Evanston, v. 115, n. 2, p. 496-506, 2005.

ANDERSON, J.; JOHNSTONE, B.; REMLEY, D. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 70, n. 4, p. 525-535, 1999.

ARAÚJO, M. F. M. et al. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 513-520, 2006.

ARAÚJO, M. F. M. et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 135-141, 2004.

ARAÚJO, M. F. M. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil . In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 269-281.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. 2000. Disponível em: <[http://www.abep.org/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf)> Acesso em: 06 nov. 2006.

AUDI, C. A. F.; CORRÊA, A. M. S.; LATORRE, M. R. D. O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 85-93, 2003.

BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. 2001. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

BENER, U. M.; DENIC, S.; GALADARI, S. Longer breastfeeding patterns morbidity childhood leukemia and lymphomas. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 37, n. 2, p. 234-238, 2001.

BERQUÓ, E. et al. **Caracterização e determinantes do aleitamento materno na Grande São Paulo e na Grande Recife**. São Paulo: CEBRAP, 1984. (Cadernos CEBRAP, Nova Série, 2).

BONGIOVANI, R.G. **Aleitamento Materno e Programa Saúde da Família: a prática do aleitamento materno de crianças de 0 a 6 meses cadastradas em Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto**. 2006. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2006.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Alimentação e nutrição: estado nutricional da clientela da Saúde da Família e do ICCN da Região Nordeste. **Informe da Atenção básica**, Brasília, ano 2, n.8, p.1-2, 2001a.  
<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo8.pdf>.> Acesso em: 13 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. **Amamentação e uso de drogas**. Brasília, DF, 2000a.

\_\_\_\_\_. **Anais de reunião técnica dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família, Brasil**. Brasília, DF, 2000b. 84p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>. Acesso em: 30 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. DATASUS. **Nascimentos por ocorrência e residência segundo Município, período 2005a**. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/>>. Acesso em: 26 out. 2007.

\_\_\_\_\_. DATASUS. **Nascidos vivos, período 2005b**. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/>>. Acesso em: 26 out. 2007.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília (DF), 1991. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8069.htm>>. Acesso em: 6 nov. 2006.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 107). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_crianças.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_crianças.pdf)> Acesso em: 12 set. 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília, DF, 2001b.

BUENO, L. G. S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 126-130, 2004. Suplemento.

CALDEIRA, A. P. et al. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família em Montes Claros, MG, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1965-1970, 2007.

CALDEIRA, A. P.; GONÇALVES, E. Avaliação do impacto da implantação da iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 127-132, 2007.

CARVALHES, M. A. B. L. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do sudoeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 430-436, 1998.

CECCHETTI, D. F. A.; MOURA, E. C. Prevalência do aleitamento na região noroeste de Campinas, Brasil, 2001. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n. 2, p. 201-208, 2005.

CHALADA, P. et al. Breast-feeding and the prevalence of asthma and wheeze in children: analyses from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. 1988-1994. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, St. Louis , v. 111, n. 2, p. 328-336, 2003.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Factors associated with duration of breastfeeding. **Journal of Pediatrics**, New York, v. 83, n. 3, p. 241-246, 2007.

CICONI, R. C. V.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 193-202, 2004.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. **Lancet**, London, v. 360, n. 9328, p. 187-195, 2002.

COSTA NETO, M. M. (Org.). **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia saúde da família**: médico e enfermeiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; COULOMBIER, D.; BRENDEL, K.A.; SMITH, D.C.; BURTEN, A.H.; et al. **Epi Info version 6**: word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA; 1995.

EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 117, n. 3, p. e380-e386, 2006. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/117/3/e380>>. Acesso em: 20 fev. 2008

ESCOBAR, A. M. U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p. 253-261, 2002.

ESPIRITO SANTO, L. C. **Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e influência do padrão de aleitamento no primeiro mês de vida na duração da amamentação**. 2006. 136 f. Tese (Doutorado em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.



EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente**: base científica para uma alimentação adequada. 2. ed. Viçosa: UFV, 2000.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-30, 2006.

FELICETTI, C. R. **Aleitamento materno até o quarto mês de vida entre mães adolescentes, zona urbana de Cascavel - Paraná**: fatores associados. 2006. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

GIGANTE, D. P.; VICTORA, C.G.; BARROS, F. C. Breastfeeding has a limited long-time effect on anthropometric and body composition of Brazilian mothers. **Journal of Nutrition**, Philadelphia, v. 131, n. 1, p. 78-84, 2001.

GIUGLIANI, E. R.J. Aleitamento materno e desenvolvimento cognitivo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 97-100, 2003. Resposta da autora.

\_\_\_\_\_. Amamentação exclusiva. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: bases científicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 15-25.

\_\_\_\_\_. Amamentação: como e por que promover. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n.3, p. 138-151, 1994.

\_\_\_\_\_. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, Supl. 3, p. 238-252, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J. et al. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 81, n. 6/7, p. 484-487. 1992.

GONÇALVES, M. B. et al. Prevalência do aleitamento materno entre crianças nascidas no Hospital Universitário de Maringá no período de 1999-2000, Maringá, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 115-124, 2003.

HILL, K. et al. Factors affecting the continuance of breastfeeding. **Pediatrics**, Evanston, v. 126, n. 1, p. 87-92, 1997.

HORTA, B. L. et al. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding**: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int>.> Acesso em: 12 mar. 2008.

JACKSON, K.M.; NAZAR, A. M. Breastfeeding, the immune response, and long-term health. **Journal of the American Osteopathic Association.**, Chicago, v. 106, n.4, p. 203-207, 2006.

JAVORSKI, M. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 35, n.1, 1999. Disponível em: <<http://www.aleitamento.com>> Acesso em: 30 jun. 2006.

KAC, G. et al. Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 79, n. 3, p. 487-493, 2004.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**: a systematic review. Geneva: WHO, 2002.

KUIPER, S. et al. Trends in exclusive breastfeeding: findings from the 1990s. **Journal of Human Lactation**, Davis, v. 22, n. 3, p. 272-276, 2007.

KUMMER, S. C. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2000.

LANA, A. P. B.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 235-240, 2004.

LUCAS, A. et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. **Lancet**, London, v. 339, n. 8788, p. 261-264, 1992.

MAIA, M. G. M. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno nas crianças menores de seis meses de idade, da cidade de Rio Branco (Acre). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 191-192, 2006.

MARINGÁ. O portal da cidade. **Perfil de Maringá**. 2008. Disponível em: <http://www.maringa.com/perfil/>. Acesso em: 25 jun. 2008.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão - saúde**: 2007. Maringá, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006/2009**. Maringá, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolos de Atenção Básica**. Maringá, 2004.

MARINI, A. et al. Effects of a dietary and environmental prevention programme on the incidence of allergic symptoms in high atopic risk infants: three years' follow-up. **Acta Paediatrica**, Oslo, Suppl. 414, p. 1-21, 1996.

MARQUES, N. M. et al. Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. **Pediatrics**, New York, v. 108, n. 4, p. 1-7, 2001.

MARQUES, R.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 99-105, 2004.

MARTIN, R. M. et al. Evidence based practices for the fetal to newborn transition. **Journal of Midwifery & Womens Health**, Amsterdam, v. 52, n. 3, p. 262-272, 2007. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/558124>> Acesso em: 13 fev. 2008.

MASCARENHAS, M. L. W. et al. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the south of Brazil. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 82, n. 4, p. 289-294, 2006.

MIHRSHAH, S. et al. The association between infant feeding practices and subsequent atopy among children with a family history of asthma. **Clinical and Experimental Allergy**, London, v. 37, n. 5, p. 671-679, 2007.

MORTESEN, E. L. et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. **JAMA**, Washington, v. 287, n. 18, p. 2365-2371, 2002.

MURAHOVSKI, J. Amamentação: repensando as dificuldades. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 563-565, 2003.

NEUMANN, N. A. et al. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 307-318, 2003.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 41-51, 2002.

OLIVEIRA, M. M. B. **Aleitamento materno de prematuros em hospital escola do município de Londrina, PR**. 2004. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

OMS. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Brasília: OPAS, 2001.

OMS. **La salud de los jovens: un reto y una esperanza**. Ginebra, 1995.

OMS. UNICEF. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis**. Ginebra, 1989.

ORLANDI, O. **Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil**. São Paulo: Jorge Zahar, 1985.

PARADA, C. M. G. L. et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo Programa de Saúde da Família – PSF. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 407-414, 2005.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia e prática**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

POPKIN, B. M. et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. **Pediatrics**, Evanston, 86, n. 6, p. 874-882, 1990.

REA, M. F. et al. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 149-56, 1997.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5, p.142-146, 2004.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 37-45, 2003.

REA, M. F. The Brazilian National Breastfeeding Program: a success story. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, Orlando, v. 31, Suppl. 1, p. 79-82, 1990.

RIORDAN, J. The biologic specificity of breastmilk. In: RIORDAN, J., AUERBACH, K.G. **Breastfeeding and human lactation**. 2. ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1998. p. 121-161.

SENA, M. C. F. et al. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 613-621, 2002.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F.; PEREIRA, M. G. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 520-524, 2007a.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F.; PEREIRA, M. G. Tendência do aleitamento materno no Brasil no último quarto do Século XX. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 499-505, 2007b.

SERAFIM, D. **Mortalidade neonatal em Maringá-PR, 1997-2000**. 2002. 109 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SERVA, V. B. Manejo da lactação. In: LIMA, G. S.; BRAGA, T. D. A.; MENESES, J. A. (Ed.). **Neonatologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2004. p. 75-94.

SILVA, A. P.; SOUZA, N. Prevalência do aleitamento materno. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 301-310, 2005.

SILVA, R. L. D. T. **Cesáreas: frequência e conseqüências maternas e perinatais**. Maringá, PR –1995. 1997. 139f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1997.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 69-77, 2006.

SOARES, M. E. M. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

SOUZA, T. O.; BISPO, T. C. Aleitamento materno exclusivo e o Programa Saúde da Família da Chapada, município de Aporá (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 38-51, 2007.

SOUZA, R. K. T.; GOTLIEB, S. L. D. Sub-registro de nascimentos vivos hospitalares em área urbana da região sul do Brasil, em 1989. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 177-184, 1993.

SURITA, R. T. S. **Identificação do Programa Saúde da Família no município de Maringá**. 2000. 44 f. Monografia (Especialização em Gestão Municipal) - Centro de Ensino Superior de Maringá, Maringá, 2000.

TAKUSHI, S. A. M. et al. Perspectiva da alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 115-125, 2006.

TERUYA, K.; COUTINHO, S. B. Sobrevivência infantil e Aleitamento materno. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 5-19.

TOMA, T. S. **Alimentação de crianças de 0 a 18 meses assistidas pelo Programa Saúde da Família em dois municípios do Estado de São Paulo**: um estudo de intervenção. 2008. 156 f. Tese (Doutorado em Nutrição) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sociocultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

UAUY, R.; PEIRANO, P. Breast is best: human milk is the optimal food for brain development. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 70, n. 4, p. 433-434, 1999.

VANNUCHI, M. T. O. **Implantação e avaliação da iniciativa hospital amigo da criança na unidade de neonatologia do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná**, Londrina, PR. 2002.141f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2002.

VENÂNCIO, S. I. **Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em 111 municípios do estado de São Paulo**. 2002. 156 f. Tese (Doutorado em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 1-2, 2003.

VENÂNCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 313-318, 2002.

VENÂNCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 40-49, 1998.

VIANNA, R. P.T et al. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2403-2409, 2007.

VICTORA, C. G. et al. Evidence for protection by breastfeeding against infants deaths from infections diseases in Brazil. **Lancet**, London, v. 2, n. 8554, p. 319-322, 1987.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.3-69, 2001.

VICTORA, C.; BARROS, F. C. A questão da sobrevivência infantil no mundo e sua relevância para as Américas. **Cadernos ESP – Escola de Saúde Pública do Ceará**, Fortaleza, v. 1, n.1, 2005. Disponível em: <[http://www.esp.ce.gov.br/images/documentos/cad\\_esp\\_vol01\\_n01.pdf](http://www.esp.ce.gov.br/images/documentos/cad_esp_vol01_n01.pdf).> Acesso em: 19 mar. 2008.

VIEIRA, G. O. et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 143-50, 2004.

VITURI, S. C. **Prevalência do aleitamento materno em crianças até o sexto mês de idade na cidade de Maringá**, 1999. 73 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, 2001.

VITURI, S. C.; BRITO, A. S. J. Prevalência do aleitamento materno em crianças até o sexto mês de idade na cidade de Maringá, estado do Paraná, Brasil. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 141-146, 2003.

WHO COLLABORATIVE STUDY TEAM ON THE ROLE OF BREASTFEEDING ON THE PREVENTION OF INFANT MORTALITY. How much does breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases? A pooled analysis of six studies from less developed countries. **Lancet**, 355, p. 451-455, 2000

WHO. Division of Child Health and Development. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva, 2001.

\_\_\_\_\_. Division of Child Health and Development. **Evidence for the ten steps to successful breastfeeding**. Geneva, 1998. Disponível em: <[http://www.who.int/nutrition/publications/evidence\\_ten\\_step\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf).> Acesso em: 10 set. 2006.

\_\_\_\_\_. **Global Strategy for infant and young child feeding**. Geneva, 2003. Document A 54/7. Disponível em: <[http://www.who.int/nutrition/publications/gf\\_infant\\_feeding\\_text\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_eng.pdf).> Acesso em: 20 out. 2006.



**ANEXOS**

**Anexo A - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde**

Ofício nº 2794/2006

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CECAPS**  
**Centro de Formação e Capacitação Permanente**  
**dos Trabalhadores da Saúde**

Maringá, 21 de dezembro de 2006.

Informamos que foi autorizada a realização da pesquisa "Aleitamento materno no sexto mês: prevalência e fatores associados em áreas de atuação de Equipes de Saúde da Família", nas UBS Pinheiros, Parigot de Souza e Guaiapó/Requião, no período de 02/01 a 31/08/2007.

Solicitamos que após a conclusão do trabalho, seja enviada uma cópia ao CECAPS.

Atenciosamente,

  
Rosane Aparecida Dalge Paixão  
COORDENADORA DO CECAPS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
MARINGÁ - PARANÁ

---

**Rosane Aparecida Dalge Paixão**  
**Assessora CECAPS**

**Maria Fernanda T. Campana**  
Aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva  
UEL

## Anexo B – Parecer do Comitê de Ética



**Universidade Estadual de Maringá**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**


Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998



CAAE N.º 0003.0.093.000-07/2007

PARECER N.º 002/2007

<b>Pesquisador(a) Responsável:</b> Zuleika Thomson	
<b>Centro/Departamento:</b> Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem - UEL	
<b>Título do projeto:</b> Aleitamento materno no sexto mês: Prevalência e fatores associados em áreas de atuação de equipes de Saúde da Família.	
<p><b>Considerações:</b></p> <p>O Projeto de Pesquisa de dissertação de mestrado, desenvolvido pela acadêmica Maria Fernanda Tenório Campana sob a orientação da PROFª.DRA. Zuleika Thomson tem como objetivo geral caracterizar o aleitamento materno e fatores associados no sexto mês de vida em áreas de atuação de Equipes de Saúde da Família. Essa caracterização será feita em relação às mães e às crianças quanto às variáveis demográficas socioeconômicas e relacionadas à assistência à saúde.</p> <p>O estudo será realizado no município de Maringá em áreas de abrangência de três Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou seja, UBS de Pinheiros, Parigot de Souza e Guaiapó, no período de 02/01/2007 à 31/08/2007, conforme autorização anexada ao projeto.</p> <p>A população de estudo será composta pelas mães e crianças nascidas no período de setembro a dezembro de 2006, residentes nas áreas de atuação de PSF. No entanto, serão excluídos os lactentes cujas anomalias congênitas impeçam a amamentação e, em caso de generalidade, será considerado o primeiro gemelar. Quanto às mães serão excluídas as usuárias de drogas de uso não médico ou medicamentos excretáveis de forma nociva ao leite, as portadoras do vírus HIV e àquelas sob quimio ou radioterapia.</p> <p>Utilizar-se-á como fontes de dados primários as entrevistas domiciliares realizadas com as mães no sexto mês de vida da criança e como fontes de dados secundários serão utilizadas o SINASC (Sistema de informações de nascidos vivos), SIAB (Sistema de informação da atenção básica) e cadernos de campo dos ACS.</p> <p>Serão selecionadas e treinadas as acadêmicas do curso de nutrição do município de Maringá, como entrevistadoras. O questionário para inquérito domiciliar está anexado ao processo (Anexo B). O anexo A refere-se aos critérios de exclusão do lactente e o anexo C relativo ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deverá ser assinado pelas mães dos lactentes.</p> <p><b>Parecer:</b></p> <p>Considerando que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, está de acordo com o exigido pela Res. 196/96-CNS, as deverá ser assinado pelas mães participantes da pesquisa.</p> <p>Considerando que este projeto foi cadastrado no SISNP (folha de rosto n.º. 120182).</p> <p>Considerando que a documentação apresentada possui folha de rosto preenchida, projeto de pesquisa, cronograma de execução e orçamento definidos, currículo da pesquisadora, autorização dada pela Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.</p> <p>Diante do exposto a cima, somos de parecer favorável à aprovação do presente projeto.</p>	
Situação: <b>APROVADO</b>	
CONEP: ( X ) para registro ( ) para análise e parecer      Data: <b>16/02/2007</b>	
<b>O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 31/05/2008</b>	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução n.º 196/96 e complementares do CNS/MS, na 128ª reunião do COPEP em 16/02/2007.</p>	 PROFª.DRª. Ieda Harumi Higarashi <b>Presidente do COPEP</b>

## APÊNDICES

## Apêndice A – Formulário para inquérito domiciliar

Nº DO FORMULÁRIO:

A. Nº DA FICHA DE NASCIDO VIVO:

Nome da mãe: _____		<u>NOMEMAE</u>
Bairro: _____		<u>BAIRES</u>
Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<u>CODBAIRES</u>	
Logradouro: _____		<u>ENDRES</u>
complemento: _____	<u>COMPLRES</u>	nº _____ <u>NUMRES</u>
Data de nascimento da criança: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<u>DTNASC</u>
Hospital amigo da criança?	( 1 ) SIM (2587335)	( 2 ) NÃO <u>IHAC</u>
UBS: _____		Área/ ESF: <input type="text"/> <input type="text"/> Microárea: <input type="text"/> <input type="text"/>

### 1. CARACTERIZAÇÃO DA MÃE

#### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA MÃE

- ▶ Você tem algum problema de saúde?  sim  não
- ▶ Se, sim quais? \_\_\_\_\_
- ▶ Faz algum tratamento? \_\_\_\_\_
- 
- ▶ Atualmente, você toma algum tipo de medicamento?  sim  não
- ▶ Se, sim quais? \_\_\_\_\_
- ▶ Você fuma ou bebe bebidas alcoólicas?  sim  não
- ▶ Você já fez uso de alguma droga?  sim  não
- ▶ E hoje, você faz uso?  sim  não

Telefone da mãe: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Outro para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Você está estudando ou já estudou?  sim  não

**Se sim, qual foi a última série que você tinha completado quando seu filho nasceu?**  
 \_\_\_\_\_ (anos de estudo concluídos) ESCOMAE

Você estava trabalhando quando engravidou?  sim  não

**Se sim, quantas horas você trabalhava por dia? \_\_\_\_\_ horas**

**TRABGRAV**

**Você teve licença maternidade? ( 1 )SIM ( 2 )NÃO**

**LICENCA**

Você exerce atividade remunerada?

**ATVREMU**

( 1 )SIM, FORA DO LAR (ir para 1.14) ( 2 )SIM, NO LAR ( 3 )NÃO

**Se sim, quantas horas por dia você está trabalhando? \_\_\_\_\_ horas**

**JORNTRAB**

Você vive permanentemente com um companheiro? ( 1 )SIM ( 2 )NÃO

**VIVCOMP**

**Se sim, é o pai da criança? ( 1 )SIM ( 2 )NÃO**

**MORAPAI**

Qual foi a última série e o grau que seu companheiro completou? \_\_\_\_\_

**ESCOMP**

Esta criança é seu primeiro filho? ( 1 )SIM ( 2 )NÃO

**PRIFILHO**

## 2. DADOS DO NASCIMENTO

Seu parto foi pelo SUS, convênio ou particular? \_\_\_\_\_

**FINPARTO**

Após o nascimento, na maternidade, seu filho ficava no seu quarto?

**ALOCONJ**

( 1 )SIM, 24 HORAS ( 2 )SIM, 12 HORAS ( 3 )SEM ALOJAMENTO CONJUNTO

Quantos dias seu filho ficou no hospital? \_\_\_\_\_

**TEINHOSP**

## 3. DADOS SOBRE A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

No hospital, seu filho(a) mamou no peito?  sim  não

**Se sim, quanto tempo após o nascimento seu filho(a) iniciou a amamentação?**

**INICAM**

\_\_\_\_\_ horas de vida  sala de parto  não lembra

Durante a internação você foi orientada sobre como amamentar seu bebê?

**ORIAMIN**

( 1 )SIM ( 2 )NÃO

Durante a internação, alguém te ajudou na prática da amamentação?

**AJDPRTAM**

( 1 )SIM ( 2 )NÃO

Qual alimentação seu filho recebeu durante o tempo que ele ficou no hospital? **ALIMINT**

No momento da alta hospitalar, você foi orientada sobre amamentação?

**ORAMALT**

( 1 )SIM (ir para 3.8) ( 2 )NÃO

Seu filho mama no peito?  sim  não

**Se não, parou com que idade? \_\_\_\_\_**

A criança toma água ou chá?  sim  não

**Se sim, com que idade começou a dar água ou chá?** \_\_\_\_\_ INTRAGUA

A criança toma outro tipo de leite?  sim  não

**Se sim, com que idade foi introduzido?** \_\_\_\_\_ INTRLEIT

A criança já começou a tomar suco ou comer fruta?  sim  não

**Se sim, com que idade começou a dar fruta?** \_\_\_\_\_ INTRFRUT

A criança já começou a comer sopa ou papinha salgada?  sim  não

**3.18 Se sim, com que idade começou a comer papinha?** \_\_\_\_\_ INTRASOP

#### 4. DADOS DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

Você fez pré-natal? ( 1 )SIM ( 2 )NÃO PNAT

Seu pré-natal foi pelo SUS, convênio ou particular? \_\_\_\_\_ FINPNAT

Onde você fez seu pré-natal? (no caso de resposta múltipla perguntar qual o serviço de saúde que foi mais usado pela mãe) \_\_\_\_\_ LOCPNAT

Quando você foi a sua primeira consulta pré-natal? \_\_\_\_\_ INICPNAT

Quantas consultas de pré-natal você fez? \_\_\_\_\_ CONSPNAT

Durante seu pré-natal você foi orientada sobre amamentação? ORAMPNAT

( 1 )SIM ( 2 )NÃO

#### 5. DADOS DA ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA

Seu filho foi levado para consulta depois do nascimento? ASSTPED  
( 1 )SIM ( 2 )NÃO

**Se sim, quando foi a primeira vez?** \_\_\_\_\_ INCASSTPED

A assistência ao seu filho(a) é feita pelo SUS, convênio ou particular? \_\_\_\_\_ FINPED

Onde ele foi levado? (no caso de resposta múltipla perguntar qual o serviço de saúde mais usado pela criança) \_\_\_\_\_ LOCPED

Quando foi a última vez que ele foi levado? \_\_\_\_\_ ULTCONPED

Durante a(s) consulta(s) do seu filho, você foi orientada sobre amamentação?

\_\_\_\_\_ ORAMPED

#### 6. DADOS SOBRE AS ATIVIDADES DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

Você participou de algum grupo de gestantes? \_\_\_\_\_

GRUGEST

Se sim, onde? \_\_\_\_\_

Como você ficou sabendo? \_\_\_\_\_

FONTGRU

Durante as reuniões do grupo teve orientação sobre amamentação? \_\_\_\_\_ ORAMGRU

Você já recebeu alguma visita domiciliar dos profissionais do posto de saúde, depois do nascimento de seu filho(a)? \_\_\_\_\_

VDPOSNSC

Quando foi a primeira vez? \_\_\_\_\_

VDPUERP

Quantas visitas você já recebeu? \_\_\_\_\_

NUMVD

Durante a visita o(s) profissional(s) te orientou em relação à amamentação?

\_\_\_\_\_ ORAMVD

### 7. CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP – CCEB)

Posse de itens	Não tem	Tem 1	Tem 2	Tem 3	Tem 4
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (separado ou duplex)	0	1	1	1	1
<b>Grau de instrução do chefe de família</b>					
Analfabeto/primário incompleto					0
Primário completo (1ª a 4ª série) /ginasial incompleto					1
Ginasial completo (5ª a 8ª série) /colegial incompleto					2
Colegial completo (2º grau completo) /superior incompleto					3
Superior completo					5
<b>Total ABEP</b>					



## Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **ALEITAMENTO MATERNO NO SEXTO MÊS DE VIDA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS EM ÁREAS DE ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Eu \_\_\_\_\_ concordo em participar da pesquisa “Aleitamento materno no sexto mês de vida: prevalência e fatores associados em áreas de atuação das equipes de saúde da família”. Esta pesquisa tem por objetivo caracterizar o aleitamento materno e fatores associados no sexto mês de vida entre mães residentes em áreas de atuação das Equipes de Saúde da Família.

Entendo que serão feitas perguntas a respeito de minha vida e de meus filhos, minhas características pessoais, minhas condições em relação à alimentação de meu filho.

Estou ciente que as informações por mim fornecidas são confidenciais e quando divulgados os resultados do trabalho serão de forma global e anônima. Sei também que não precisarei efetuar qualquer pagamento por isso.

Em caso de dúvidas poderei esclarecer com a própria pesquisadora, a Senhora Maria Fernanda Tenório Campana ou com a coordenadora da pesquisa a Dra. Zuleika Thomson pelo telefone (43) 3371-5750. Entendo que tenho a liberdade de aceitar ou não responder às questões da entrevista e de me recusar a participar no momento em que eu quiser, sem qualquer prejuízo para mim ou minha família.

Autorização: \_\_\_\_\_ ou

impressão digital



Maringá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador

Obs: Este termo deverá ser feito em duas vias (uma deverá ser entregue ao entrevistado e a outra retida).