

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CLARICE FUMIE HAMANAKA

**PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE CACOAL – RO,
BRASIL - 2006**

**BRASILIA –DF
2006**

CLARICE FUMIE HAMANAKA

**PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE CACOAL – RO
BRASIL- 2006**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em ciências da saúde do convênio centro-oeste (UnB, UFG, UFMS, UNIR) como requisito parcial para a obtenção do grau de mestrado em ciências da saúde.

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a MARIA CLOTILDE H. TAVARES

Brasília

2006

CLARICE FUMIE HAMANAKA

Perfil do Aleitamento Materno no Município De Cacoal – RO, Brasil,
2006/ Clarice Fumie Hamanaka - Cacoal, RO: UnB, 2007.

i-x, 69 p. : il

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de
Brasília, 2006.

Orientador – Prof^a. Dr^a. Maria Clotilde H. Tavares

Bibliografia: p. 51-61.

- 1- Aleitamento Materno.
- 2- Serviços de Saúde.
- 3- Saúde Pública.

Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais, em especial a minha mãe, (*in memoriam*) que sempre acreditou e confiou em mim. Onde quer que esteja, estará feliz pela realização desse sonho. Saudades.

A minha pequena grande família, que incansavelmente está sempre apoiando, compreendendo e incentivando tanto em minha vida profissional como pessoal.

Obrigada, amo vocês!

Meus sinceros agradecimentos

A minha orientadora prof^a Dr^a Maria Clotilde Tavares pela confiança e paciência na realização deste trabalho.

Aos professores do programa de pós-graduação em ciências da saúde, em especial o Prof^o Dr Carlos Alberto Paraguassu Chaves, pelos ensinamentos que me permitiram o amadurecimento na elaboração do trabalho durante as aulas e na pesquisa.

As gerentes das unidades básicas de saúde: Maria da Penha Souza Menezes, Maria Aparecida Mendes, Sueli Nóbrega e Regina Eller, pela colaboração na realização das entrevistas.

Aos acadêmicos do curso de graduação de enfermagem pela valiosa ajuda.

Enfim, a todos aqueles que participaram de uma maneira ou de outra com seu apoio e carinho, transmitindo confiança e credibilidade, sem os quais a realização deste trabalho não seria possível.

“A partir do momento em que uma mãe leva pela primeira vez o recém-nascido ao peito, ela passa, a saber, instintivamente, que as mensagens amorosas que acompanham a amamentação é tão importante, para o bem estar do bebe, quanto o próprio leite. E ela tem razão. Sem essas mensagens, o alimento não bastaria para estimular o desenvolvimento emocional- e até mesmo físico – da criança.”

T. Berry Brazelton

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada no município de Cacoal, Estado de Rondônia, trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal que visou avaliar o perfil do aleitamento materno entre crianças menores de dois anos de idade. Foram pesquisadas 233 crianças com idade inferior 24 meses de vida. As mães responderam a um formulário para averiguar sobre dados da mãe, do recém nascido, do pré-natal e do aleitamento, visando avaliar o conhecimento dessas mães em relação ao aleitamento materno. O formulário foi aplicado em 4 unidades básicas de saúde, que atendem crianças da zona urbana e rural do município. A idade média das mães foi de 24,4 anos (DP = 3,5 anos), sendo que 9% delas adolescentes. 55,8% das mães eram casadas e 72,5% residiam na zona urbana do município. 79% das mães possuíam renda familiar inferior a 2 salários mínimos, e 97,9% eram alfabetizadas. A prevalência de aleitamento materno entre as crianças nos primeiros dias de vida foi de 98,7%, porém no momento da entrevista somente 64,4% estavam sendo amamentadas, mas em aleitamento exclusivo estavam apenas 28,3% delas. Entre as crianças com 1 mês de idade somente 50,0% delas estão em amamentação exclusiva, enquanto que com 3 meses de idade essa taxa diminui para 27,3% e ao final do quinto mês é de 18,2%. A mediana para o aleitamento materno foi de 4 meses, enquanto que para o aleitamento materno exclusivo foi de apenas 30 dias (1 mês). Isso mostra que a prevalência de aleitamento materno no município de Cacoal-RO está abaixo das recomendações da OMS que mostra a necessidade de se melhorar a capacitação dos profissionais que realizam o exame de pré-natal, implementar ações voltadas para a promoção, proteção e apoio as mães, cabendo aos profissionais de saúde todos os esforços, na tentativa de melhorar os serviços de saúde do município.

Palavras-chave: aleitamento materno, serviços de saúde, saúde pública.

ABSTRACT

This study was done in Cacoal city, Rondônia state it is a descriptive, transversal study which aims to assess the maternal lactation profile among children under two years old who live in the city. 233 under 24-month-old children were described in the study. The mothers answered a questionnaire to check the information about them, the newborn child, pre-natal and about the lactation, objecting to check their knowledge of the maternal lactation. The questionnaire was applied in 4 basic health units which attend native children from urban and rural areas. The mothers age average was 24,4 years old (DP= 3,5 years), and among them 9% were still adolescent. 55,8 % of the mothers were married and 72,5% of them lived in the urban area of the city. The familiar income of 79% of the mothers was lower than 2 minimum wage, and 97,9% were literate. The prevalence of the maternal lactation among the children in the first days of the life was 98,7%, so at the interview moment only 64,4% of the children were being breastfed, but only 28,3% of them were receiving exclusive lactation. Among one-month-old children only 50,0% of them were receiving exclusive lactation, when they complete three months old the rate falls to 27,3% and by the end of the fifth month this rate is of 18,2%. The average for the maternal lactation was of 4 months, while the exclusive lactation was only 30 days (1 month). This shows that the prevalence of the maternal lactation, in Cacoal City, is below the OMS recommendation and it shows the necessity of improving the professional capacitation of whom carries out the pre-natal exam and, to implement promotion actions, protection and support to the mothers, giving to health professionals the responsibility to do their best on health services of the city.

Key -words: maternal breast-feeding, services of health, public health.

LISTA DE FIGURAS

- Tabela 1: Distribuição das mães entrevistadas sobre o perfil do aleitamento materno, no município de Cacoal-RO, segundo faixa etária, estado civil, local de residência33
- Tabela 2: Distribuição das mães entrevistadas sobre o perfil do aleitamento materno, no município de Cacoal-RO, segundo as características socioeconômicas34
- Tabela 3: Distribuição das mães entrevistadas sobre o perfil do aleitamento materno, no município de Cacoal-RO, quanto às informações sobre aleitamento materno e local de realização de pré-natal35
- Tabela 4: Distribuição das mães entrevistadas sobre o perfil do aleitamento materno, no município de Cacoal-RO, quanto às informações sobre aleitamento materno.....36
- Figura 1: Distribuição das mães das crianças de até 24 meses de vida, segundo o conhecimento pessoal da importância aleitamento materno, Cacoal, 200637
- Tabela 5. Distribuição do número e percentual das crianças de até 24 meses de vida segundo aleitamento materno e as variáveis de análise38
- Tabela 6. Distribuição do número e percentual das crianças de até 24 meses de vida segundo aleitamento materno exclusivo e as variáveis de análise38
- Tabela 7. Distribuição do número e percentual das crianças de até 24 meses de vida segundo aleitamento materno exclusivo e a faixa etária40
- Tabela 8. Distribuição do número e percentual das crianças com idade atual de até 6 meses de vida segundo aleitamento materno exclusivo40

LISTA DE ABREVIATURAS

AAP	-	Academia Americana de Pediatria
AM	-	Aleitamento Materno
AME	-	Aleitamento Materno Exclusivo
ANVISA	-	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	-	Código de Defesa ao Consumidor
CLT	-	Consolidação das Leis Trabalhistas
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
FACIMED	-	Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal-RO
IBFAN	-	International Baby Food Action Network
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
INAN	-	Instituto Nacional Alimentação e Nutrição
INCRA	-	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
kcal/d	-	Kilocalorias por dia
MGRS	-	Multicentre Growth Reference Study
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Pan-americana de Saúde
PNIAM	-	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNUD	-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
I.H.A.C	-	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	-	Ministério da Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas pela Infância
USAID	-	United States Agency for International Development

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. REFERENCIAL TEÓRICO	06
2.1.As Políticas de Saúde Pública em Relação à Alimentação Infantil.....	06
2.1.1. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM).....	08
2.1.2. Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)	09
2.2. A Amamentação	12
2.3. Leite Materno.....	15
2.4. Alimentação Complementar.....	17
2.5. Vantagens do Aleitamento Materno.....	19
2.6. O Desmame.....	24
3. OBJETIVOS	26
3.1. Objetivo Geral.....	26
3.2. Objetivos Específicos	26
4. MATERIAIS E MÉTODOS	27
4.1.. Considerações Éticas	27
4.2 Tipo de Estudo.....	27
4.3. Características do Município em Estudo	27
4.4. Amostra	29
4.4.1. Critérios de Inclusão.....	30
4.4.2. Critérios de Exclusão.....	30
4.5. Instrumento Para Coleta de Dados.....	30

4.6. Procedimento.....	31
4.7. Análise de Dados.....	32
5. RESULTADOS	33
6. DISCUSSÃO.....	42
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICES	62
APÊNDICE A.....	63
APÊNDICE B.....	64
APÊNDICE C.....	68

INTRODUÇÃO

É indiscutível que o aleitamento materno é o melhor e mais seguro método para alimentar lactante, ou seja, o leite humano é o alimento perfeito para as crianças. No entanto, a interrupção precoce da amamentação ocorre de maneira significativa (PERCEGONI *et al.*, 2002). As vantagens do leite materno, principalmente quanto a sua adequação às necessidades nutricionais do lactente e seus benefícios em relação à sobrevivência, desenvolvimento e à qualidade de vida infantil fazem da promoção do aleitamento materno uma das estratégias essenciais para a melhoria da saúde das crianças. Contudo, no Brasil, embora a maioria das crianças inicie a amamentação, a introdução de outros alimentos é intensa logo nos primeiros dias de vida (PNIAM/INAN/UNICEF, 1995).

O Ministério da Saúde tem desenvolvido muitos programas com relação à alimentação infantil e principalmente a divulgação da importância do aleitamento materno. Essa divulgação tem envolvido principalmente os profissionais da área da saúde que estão trabalhando direta ou indiretamente com as mães. É de suma importância a conscientização desses profissionais para que possam contribuir para a saúde das crianças a longo do prazo (BRASIL, 1994).

Em 1990, a Academia Americana de Pediatria (AAP) em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), recomendaram fortemente que os lactantes recebessem leite materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida, isto significa que os bebês não devem receber nada além de leite materno, nem mesmo água, e que continuem a receber o leite materno com alimentos complementares até o 2º ano de vida. Para que essa meta seja atingida, a família deve ser provida de apoio e

educação em saúde por parte de profissionais médicos. Suporte emocional combinado com o conhecimento e como estabelecer e continuar o aleitamento ajudarão a dupla em lactação a ser bem sucedida, superando as muitas barreiras existentes (UNICEF, 1993).

São inúmeras as vantagens do aleitamento materno especialmente do ponto de vista nutritivo e imunológico, e mais ainda o valor psicológico que é imensurável. A amamentação estabelece uma ligação mais íntima entre a mãe e o bebê, satisfazendo as necessidades emocionais de ambos, oferecendo ao bebê uma maior garantia de equilíbrio interno. O aleitamento materno confere segurança emocional, estreitando o vínculo entre mãe e filho, construindo um momento insubstituível.

Por outro lado, ainda há os benefícios que a amamentação traz para a mulher tais como: a redução da hemorragia pós-parto por intermédio das contrações uterinas; o aumento do espaçamento entre as gestações, desde que seja praticada a amamentação exclusiva e sobre livre demanda; e a diminuição da ocorrência de anemias, devido ao atraso menstrual e a redução de risco de câncer mamário e ovariano (OMS, 1993).

Como se vê são muitas as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade em geral. O efeito mais dramático da ausência da amamentação se dá sobre a mortalidade de crianças pequenas, graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno, que as protegem contra infecções comuns como diarreia e doenças respiratórias agudas.

A associação entre a mortalidade infantil e a ausência de aleitamento materno é modificada por diversos fatores de ordem demográfica, socioeconômica, dietética e ambiental. A proteção conferida pelo leite materno contra mortes infantis é maior em

crianças pequenas, exclusivamente amamentadas, residindo em locais onde há pobreza, promiscuidade, água de má qualidade, alimentos contaminados e de baixa densidade energética. Além de proteção contra as doenças, o aleitamento materno propicia uma nutrição de alta qualidade para as crianças, promovendo seu crescimento e desenvolvimento (GIUGLIANI, 2000).

Em 1989, a Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância publicaram uma declaração conjunta “Protegendo, Promovendo e Apoiando a Amamentação: o papel principal dos Serviços Materno-Infantis” visando globalizar as ações de assistência à saúde na defesa do aleitamento materno nas instituições (AUDI, 1999).

Desta publicação surgiu “Dez passos para o sucesso da amamentação”, uma diretriz destinada às maternidades e casas de parto, para serem seguidas assegurando que a amamentação seja seguida e adotada nestes serviços (AUDI, 1999). A maternidade que colocar em prática estes passos receberá a designação de “Hospital Amigo da Criança” (OMS/UNICEF, 1989).

A iniciativa “Hospital Amigo da Criança”, (I.H.A.C.), começou em 1992 e maternidades por todo o mundo trabalharam para obter esta certificação. Como incentivo às essas instituições, em 1994, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1113, assegura o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto nos Hospitais Amigos da Criança que são vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A mulher pode contar com a Proteção Legal ao aleitamento materno por meio da Constituição federal, Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Código de Defesa do Consumidor (CDC), e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em síntese, podemos destacar: licença maternidade,

direito à garantia de emprego, direito à creche, pausas para amamentar e alojamento conjunto onde mãe e filho ficam juntos, no mesmo quarto, 24hs por dia (HECK, 2004).

Contudo dados sobre a evolução das práticas de alimentação nos países não desenvolvidos ainda são escassos e permitem generalizações menos seguras do que as efetuadas para os países desenvolvidos (UNICEF, 1980). O abandono do aleitamento materno como forma natural de alimentar a criança pequena parece ocorrer de forma expressiva nos países não desenvolvidos apenas após a Segunda Guerra Mundial. A intensidade deste processo tem variado conforme as características de cada país e tem sido maior junto à população de melhor nível sócio-econômico. Revendo-se resultados referentes a sete países da Ásia e da América Latina, para os quais há dados representativos sobre a evolução recente da freqüência de aleitamento materno, confirma-se à tendência de queda da prática da amamentação e detecta-se relação evidentemente inversa entre nível sócio-econômico e freqüência de aleitamento materno (NOTZON, 1984). Em apenas um dos países (Singapura), houve indícios de que na segunda metade da década de 70 poderia estar se iniciando um fenômeno de ressurgimento da amamentação, nos mesmos moldes do fenômeno observado nos países desenvolvidos (NOTZON, 1984).

Para o Brasil como um todo, os dados disponíveis não permitem que se conheça a situação real da prática da amamentação em nosso meio. Mas de acordo com Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição (PNSN) realizada em 1989, mostrou que 97% das mulheres iniciavam a amamentação, com duração mediana de 134 dias, porém com apenas 72 dias de aleitamento materno predominante (LEÃO *et al.* 1992). Comparado com os dados do Estudo Nacional de Despesa Familiar desenvolvido (ENDEF) em 1974–75, constatou-se aumento considerável no índice de amamentação,

pois o tempo mediano de aleitamento materno mais do que praticamente duplicou no período, elevando-se de 2,5 para 4,5 meses (VENÂNCIO e MONTEIRO, 1998). Dados mais recentes, embora referentes apenas às capitais dos estados, mostraram que a mediana do aleitamento materno passou para 9,9 meses em 1999, porém a mediana do aleitamento materno exclusivo mantinha-se somente em 33 dias (BRASIL, 2001). Entretanto a tendência do desmame precoce continua, e o número de crianças amamentadas segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde, ainda é pequeno.

Levando em consideração todos esses fatores e também a escassez de estudos sobre a prevalência do aleitamento materno no município de Cacoal. A importância do presente estudo recai na necessidade de avaliação da situação do aleitamento materno em Cacoal que permitam levantar parâmetros para avaliar impacto das ações executadas pela Secretaria de Saúde local.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. As Políticas de Saúde Pública em Relação à Alimentação Infantil

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. No plano individual e em escala coletiva, esses atributos estão consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada há 50 anos, os quais foram posteriormente reafirmados no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e incorporados à legislação nacional em 1992.

No preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, está inscrita a condição do ser humano de sujeito do desenvolvimento, a qual é explicitada, na Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento da ONU (1986), nos seguintes termos:

Todos os seres humanos são responsáveis pelo desenvolvimento, individualmente e coletivamente, levando em conta a necessidade do respeito integral de seus direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como suas obrigações para com a comunidade, que podem garantir a livre e completa realização do potencial humano (BRASIL, 2003).

No Relatório do Brasil para a Cúpula Mundial de Alimentação, Roma – 1994.

“... o acesso à alimentação é um direito humano em si mesmo, na medida em que a alimentação constitui-se no próprio direito à vida... negar este direito é, antes de mais nada, a primeira condição para a cidadania, que é a própria vida.”

No início da década de 90, em Florença, na Itália, pesquisadores e formuladores de políticas públicas, reuniram-se em conferência patrocinada pela Organização

Mundial da Saúde (OMS), pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), Agência dos Estados Unidos para Desenvolvimento Internacional (USAID-United States Agency for International Development) e Agência Sueca de Desenvolvimento Internacional sobre o tema “A Amamentação nos Anos 90: Uma Iniciativa Global”, onde produziram e adotaram a “Declaração de Innocenti”, cujas metas operacionais estabeleciam que até o ano de 1995 os governos deveriam ter:

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

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

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

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

Também se requer às organizações internacionais que:

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

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

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

2.1.1. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)

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

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

No ano de 1981, o PNIAM foi lançado oficialmente e na sua campanha utilizaram-se meios de comunicação de massa por 45 dias. Além disso, foram realizados seminários para profissionais de saúde, população e autoridades de saúde e outras, com a discussão das normas para instalação de alojamento conjunto,

implementação da legislação trabalhista e tentativa de implementação de um código de comercialização de substituto do leite materno (BERQUÓ, 1988).

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

- de março a julho de 1982 (primeiras tentativas, campanhas do Ministério da Saúde, primeira avaliação),
- de agosto de 1982 a dezembro de 1983 (período de maior intensidade, 2ª campanha, passou a fazer parte das ações integradas de saúde),
- de janeiro a dezembro de 1984 (impactos assistenciais),
- janeiro a dezembro de 1985 (desativação do PNIAM).

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

2.1.2. Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC):

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

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

Os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” refere-se aos serviços de saúde que oferecem atenção à maternidade e cuidado ao recém-nascido que são:

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

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

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

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

A efetividade da promoção da amamentação é comprovada por meio de pesquisas científicas e explicada pela mudança do comportamento global, ou seja, todos aqueles que fazem parte diretamente do processo, pais, mães, profissionais de saúde e poder público. A promoção deve ter início precocemente no pré-natal, no sentido de fornecer suporte ao nascimento e principalmente, no primeiro mês pós-parto, quando os problemas de amamentação são mais prováveis de ocorrer. O desafio à

frente é implementar assessoria na prática da alimentação infantil, suporte aos serviços de saúde e programas que atendam a comunidade (LUTTER, 2000).

2.2. A Amamentação

A amamentação é uma forma inigualável para prover o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento sadios da criança: é também uma parte integrante do processo reprodutivo com implicações importantes para a saúde das mães. Como recomendação de saúde pública global, os lactentes devem ser exclusivamente amamentados durante os primeiros seis meses de vida para terem um crescimento, desenvolvimento e saúde ótimos. (OMS/IBFAN, 2003).

Para REZENDE *et al.*, (2000), a amamentação é um comportamento humano complexo que contribui para a diminuição dos índices de morbidade e mortalidade infantil. Porém, a vivência da amamentação sob o ponto de vista da nutriz, demonstra que essa experiência é, muitas vezes, dolorosa, tanto física quanto psicologicamente. O profissional de saúde precisa estar preparado para cuidar dessas nutrizes, o que inclui habilidade para comunicar-se.

A amamentação é influenciada por condições culturais, sociais, psíquicas e biológicas, o que faz com que se configure como comportamento humano complexo. A amamentação é um símbolo do mais puro amor, aquele entre mãe e filho. O ato de amamentar sempre foi passado de geração em geração nas mais diversas culturas de maneira natural, sem que houvesse a necessidade de campanhas para estimular este hábito. Hoje em dia, este ato está longe de ser natural. Após a Segunda Guerra

Mundial, com o desenvolvimento tecnológico e a industrialização do leite de vaca, a imagem do bebê está associada a chupetas e mamadeiras.

Para ALMEIDA e NOVAK, (2004), a amamentação, além de biologicamente determinada, é socialmente condicionada, tratando-se, portanto de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas da vida. Por intermédio da análise compreensiva, sob a perspectiva do realismo histórico, torna-se possível evidenciar os condicionantes sociais, econômicos políticos e culturais que a transformaram em um ato regulável pela sociedade. Dependendo da realidade social a ser considerada, a ambigüidade amamentação/desmame pode traduzir-se como um embate entre saúde e doença, entendendo-se que esses processos se associam em todos os momentos a variáveis econômicas e sociais. A dinâmica dessas relações, no que concerne às questões estruturais, termina por configurar a amamentação como um dos atributos que caracterizam a maternidade como um bem social compartilhado.

As mudanças mais radicais de todos os tempos na alimentação infantil ocorreram entre 1850 e 1970, época em que o leite materno foi gradativamente sendo substituído por leites de outras espécies, cada vez mais modificado na tentativa de “assemelharem-se” ao leite humano (HAMBRAEUS, 1977). Em resposta ao crescente abandono da prática da amamentação e diante das denúncias das conseqüências desastrosas para a saúde infantil da utilização indiscriminada de leites industrializados, especialmente em populações desprivilegiadas, iniciou-se, na década de 70, um movimento que visava à retomada da amamentação como forma preferencial de alimentar crianças pequenas (PACIORNIK, 1997).

Para isso, seria necessário conscientizar as pessoas sobre os benefícios da amamentação, provando que o leite de outras espécies usado em substituição ao leite

que a natureza havia levado milhões de anos aperfeiçoando, poderia aumentar o risco de agravo à saúde das crianças. Assim, despertou-se o interesse de cientistas de todo o mundo, que passaram a estudar vários aspectos do leite humano e da amamentação (GIUGLIANI e LAMOUNIER, 2004). Como resultado, foi construído um amplo referencial provando inequivocamente, a superioridade do leite materno sobre os seus pretensos substitutos. No entanto, apesar de todo o avanço científico e dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, estão bastante aquém do recomendado (GIUGLIANI, 2004).

O Ministério da Saúde (1998), conforme sugerido pela OMS define:

- **Amamentação:** ato da nutriz dar o peito e o lactente mamá-lo diretamente; ato ou efeito de amamentar.

- **Aleitamento Materno:** conjunto de processos - nutricionais comportamentais e fisiológicos - envolvidos na ingestão, pela criança, do leite produzido pela própria mãe, seja diretamente no peito ou por extração artificial.

- **Aleitamento materno exclusivo:** - quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.

- **Aleitamento materno predominante** – quando o lactente recebe além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás.

- **Aleitamento materno complementar:** quando o lactente recebe além do leite materno, alimentos sólidos (incluindo leite não-humano).

- **Desmame precoce:** quando esse processo acontece antes dos 6 meses de idade.

- **Desmame:** processo que se inicia com a introdução de qualquer alimento na dieta da criança que não seja o leite materno – incluindo os chás e a água - e que termina com a suspensão completa do leite materno.

- **Lactação:** fenômeno neuro-endócrino (hormonal), de produção de leite materno pela puérpera no pós-parto, independentemente dela estar ou não amamentando.

- **Desnutrição:** deficiência nutritiva energético-proteico, deficiência de micronutrientes, que seriam casos específicos de desnutrição ou de doenças carenciais.

2.3. Leite Materno

Cada espécie de mamífero proporciona leite específico para seu filhote, assim o leite da mãe do recém nascido humano tem o potencial para atender às necessidades do neonato. (SHORT, 1999 *apud*, FOGLIANO 2000). Logo, o alimento ideal para os recém-nascidos humanos é o leite materno por possuir de forma equilibrada todas as substâncias que a criança necessita para o seu crescimento e desenvolvimento durante os seis primeiros meses de vida (BRASIL, 1998).

O leite materno é muito mais que uma simples coleção de nutrientes, é uma substância viça de grande complexidade biológica, ativamente protetora e imunomoduladora, direcionada para adaptação extra-uterina do recém-nascido. Reúne mais de 150 substâncias diferentes, todas com funções biológicas definidas. Seus

principais nutrientes são: água, proteínas, gorduras, carboidratos, sais minerais e vitaminas. (LAWRENCE, 1994, *apud* FOGLIANO, 2000).

Os lipídios constituem a principal fonte de energia, fornecendo até 50% das necessidades diárias do recém-nascido. Sua concentração é muito variável e é alterada com o tempo de gestação, período de lactação, durante o dia, durante a mamada e de gestante para gestante. Além disto, sua qualidade varia conforme a alimentação materna. (ALMEIDA, 1999 *apud* FOGLIANO, 2000).

Os carboidratos proporcionam cerca de 40 a 50% das necessidades energéticas do recém-nascido, sendo a lactose o principal carboidrato. As proteínas do soro fornecem ao recém-nascido o mais importante benefício do leite materno, por conter a maioria dos fatores de proteção. Adicionalmente, o leite humano fornece todos os aminoácidos essenciais ao ser humano (LAWRENCE, 1994).

Os minerais presentes no leite são classificados em macro minerais (potássio, cloro, cálcio, sódio, fósforo e magnésio) aqueles em maior quantidade, e micro minerais (zinco ferro, cobre, iodo, cromo, selênio, flúor, etc), aqueles em menor quantidade. As principais vitaminas presentes no leite são o beta-caroteno e demais vitaminas hidrossolúveis. A vitamina K, além do leite materno também é produzida pela flora intestinal normal do bebê (ALMEIDA, 1999 *apud* FOGLIANO, 2000).

A água é o componente mais abundante do leite, cujo teor é totalmente suficiente para as necessidades hídricas do bebê. Desempenha papel fundamental na regulação da temperatura corporal, eliminando grande parte do calor via evaporação pulmonar e dérmica (CARVALHO, 2000).

Segundo LAURENCE (1994), distinguem-se três fases de produção do leite: colostro, leite de transição e leite maduro, cada uma com características distintas.

O colostro é o primeiro produto de secreção láctea da nutriz e permanece, em média até o quinto dia pós-parto é um alimento de alta densidade e pequeno volume. Sua principal função é prover substâncias para um crescimento rápido e proteção do trato gastrointestinal. O leite de transição está presente de seis a quinze dias após o parto. O nível de imunoglobulinas decresce e aumentam as concentrações de lactose, gordura e vitaminas solúveis em água, quando comparado ao colostro (LAWRENCE, 1994).

A partir do 15º dia após o parto, está presente o leite maduro que comparado ao colostro é mais rico em água. O leite maduro constitui uma importante fonte calórica para o lactente. O terço inicial do leite maduro é considerado leite anterior e tem baixa concentração de gordura e os próximos dois terços são os leites posteriores com alta concentração de gordura (LAWRENCE, 1994).

A superioridade do leite humano para o aleitamento dos recém-nascidos, além de sua especificidade, é demonstrada por sua composição química balanceada, melhor digestibilidade, ausência de fenômenos alérgicos, adequação às peculiaridades fisiológicas do metabolismo da criança, valor imunológico, proteção conferida contra infecção, e promoção do vínculo mãe-filho (BRASIL, 1998).

2.4. Alimentação Complementar

Alimentos complementares são quaisquer alimentos que não o leite humano oferecidos para as crianças amamentadas. São alimentos preparados especialmente para as crianças pequenas até que passem a se alimentar de alimentos consumidos

pela família, por isso são chamados de alimentos de transição. O processo de introdução de alimentos complementares no Brasil não é oportuno nem adequado, caracterizando-se pelo uso predominante de alimentos lácteos e alimentação monótona e inadequada do ponto de vista calórico e nutricional (BRASIL, 2001).

Na idade em que o alimento complementar é introduzido, inicia-se o processo do desmame que, do ponto de vista fisiológico, é visto como um processo complexo envolvendo alguns ajustes nutricionais, microbiológicos, imunológicos, bioquímicos e psicológicos. Estudos demonstraram que a idade do desmame e a introdução de alimentos complementares é importante prognóstico da ocorrência de desnutrição (LAWRENCE, 1989; SAYED, 1995; LUTTER, 2000).

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

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

2.5. Vantagens do Aleitamento Materno

São inquestionáveis as vantagens do aleitamento materno para a vida da criança, especialmente nos primeiros meses de vida. A superioridade do leite humano está diretamente relacionada à sua digestibilidade, à sua composição química balanceada, à ausência de fenômenos alergênicos e à sua ação anti-infecciosa. A amamentação é valorizada ainda como importante fator na promoção da interação mãe e filho, o que é recomendável para o bom desenvolvimento psico-emocional e social da criança (BRASIL, 2000).

Assim, o aleitamento materno foi instituído e reafirmado ao longo dos tempos, como estratégia simplificada em nível de atenção primária para a redução da mortalidade e da morbidade infantil, principalmente em países do Terceiro Mundo. As

políticas na área da saúde da mulher e da criança têm colocado a amamentação como de extrema relevância social, particularmente para a classe social mais pobre e / ou para bebês que nascem com baixo peso, onde deve ser amplamente estimulada por ser vital à sobrevivência das crianças no primeiro ano de vida, em razão das condições desfavoráveis de vida que trazem implicações para a saúde infantil (PEREIRA, *et al.*, 2004).

Segundo ALDEN (2000), as vantagens do aleitamento materno incluem:

Para o bebê:

- O leite materno favorece a maturação do trato gastrointestinal dos recém-nascidos e contém fatores imunológicos que contribuem para uma ocorrência menor de doenças diarréicas, celíaca e doença de Chron.
- Os recém-nascidos amamentados recebem antibióticos específicos e fatores imunológicos mediados pelas células que protegem contra a otite média e contra as doenças respiratórias.
- O leite humano proporciona efeitos protetores contra alergias nos recém-nascidos de famílias de alto risco.
- Há um menor risco da síndrome da morte súbita infantil entre as crianças amamentadas.
- As crianças amamentadas têm uma incidência menor de câncer infantil.
- As respostas dos anticorpos às vacinas orais e parenterais são melhores nas crianças amamentadas.

- As crianças amamentadas quando bebês mostram melhor desempenho nos testes de desenvolvimento ou cognição tem melhor capacidade verbal e demonstram melhor desempenho escolar.

RAISLER *et al.* (1999), estudaram a relação entre aleitamento materno e a ocorrência de doenças nos primeiros seis meses de vida de 7.092 crianças. Foi observada menor ocorrência de problemas respiratórios e gastrintestinais em crianças amamentadas exclusivamente, quando comparadas com aquelas em aleitamento parcial e artificial, sendo que nos dois últimos grupos, ocorreram os maiores índices de problemas de saúde.

Um trabalho realizado por VON KRIES *et al.* (2000), com 9.206 crianças alemãs com idade entre 5 e 6 anos, mostrou o impacto da amamentação sobre a obesidade infantil. A prevalência de obesidade em crianças que não foram amamentadas foi de 4,5% contra 2,8% entre as crianças que receberam o aleitamento materno.

Uma avaliação sobre a importância do incentivo a amamentação no pré-natal feito por GRANZOTO *et al.* (1992) por meio de palestras entre o oitavo e nono mês de gestação com 348 primíparas de parto normal, sendo que 174 mães receberam incentivos pré-natais e as demais não, servindo este como grupo de controle. As mães receberam alta hospitalar antes de 48 horas após o parto sem complicações e amamentando seus filhos exclusivamente ao seio. As visitas domiciliares iniciaram na primeira semana pós-parto e continuaram mensalmente até o sexto mês de vida do bebê. Os autores encontraram uma diferença significativa a favor da amamentação no grupo que recebeu incentivo pré-natal, concluindo que estes são eficientes na prevenção da ocorrência do desmame precoce.

A amamentação natural na prevenção do desenvolvimento de rinite alérgica foi abordada por BLOCH *et al.*, (2002), analisando o aleitamento materno exclusivo (AME) durante os três primeiros meses de vida concluiu que este protege as crianças contra o desenvolvimento de quadros clínicos de rinite alérgica, tanto em famílias com ou sem histórico da doença.

Para a mãe:

- As mulheres que amamentam têm menores riscos de câncer ovariano, uterino e de mama pré-menopáusicas.
- A amamentação promove a involução uterina e está associada à menor incidência de hemorragia pós-parto.
- As mulheres que amamentam tendem a retornar ao peso pré-gestacional mais rapidamente e tem menor incidência de obesidade no futuro.
- As mulheres que amamentam têm menor probabilidade de desenvolver osteoporose no futuro.
- A amamentação proporciona uma experiência de ligação exclusiva e favorece a aquisição do papel materno.

Para a família e a sociedade:

- A amamentação representa um custo mais baixo para as famílias. O custo das mamadeiras é duas vezes maior do que o da alimentação adicional para o lactente.
- Os custos de atendimento de saúde diretamente ligados à amamentação ficam mais baixos para as famílias e para a sociedade, que poderiam representar grande economia para os governos locais, estaduais e federais.

- As incalculáveis vantagens para as famílias e para a sociedade englobam a melhor qualidade de vida, em razão dos benefícios psicológicos para as mães e para os recém-nascidos, melhores comportamentos maternos e mais tempo livres para a interação com a família e com os amigos, juntamente com menor preocupação associada à doença dos filhos.

Para GIUGLIANI (2004), não basta a mulher estar informada das vantagens do aleitamento materno e optar por esta prática. Para levar adiante sua opção, ela precisa estar inserida em um ambiente favorável à amamentação e contar com o apoio de um profissional para ajudá-la, se necessário. Mas nem sempre o profissional de saúde tem conhecimentos e habilidades suficientes para manejar adequadamente as inúmeras situações que podem servir de obstáculo à amamentação bem-sucedida, em parte porque o aleitamento materno é uma “ciência” relativamente nova, e nem sempre estão disponíveis materiais didáticos apropriados para o assunto. Para promover, proteger e apoiar a amamentação com eficiência, o profissional de saúde, além do conhecimento em aleitamento materno e competência clínica, precisa ter habilidade em se comunicar eficientemente com a nutriz.

REZENDE *et al.* (2002), dizem que a tecnologia comunicativa é o principal recurso dos profissionais de saúde para ajudar a nutriz a viver a amamentação de modo mais saudável, mais integrada consigo mesma, o que provavelmente, será útil para que possa amamentar seu bebê em todos os sentidos: biológico, sensorial e psíquico.

Com base nos comprovados benefícios da amamentação à saúde das crianças e da mulher que amamenta, a Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, a partir de então, a introdução de

alimentos complementares com a manutenção da amamentação até 2 anos de idade ou mais (OMS, 2001). Contudo, apesar do consenso acerca de inúmeras vantagens do aleitamento materno e da mobilização mundial nas últimas décadas para recuperação da cultura da amamentação, o desmame precoce ainda é uma prática comum em todo o mundo (DAMIÃO, 2002).

2.6. O Desmame

Não existe um padrão de desmame, pois o mesmo ocorre das mais diferentes formas e motivos em várias partes do mundo, sendo que vários fatores têm influenciado a introdução precoce de alimentos complementares (JELLIFFE, 1970b; SOUSA, 1975a; DETTWYLER, 1987; HERVADA, 1992; BOHLER, 1995).

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

O trabalho materno também tem se associado inversamente com a prática do aleitamento materno (AUDI, 2002). A Organização Internacional do Trabalho (OIT) recomenda às mulheres trabalhadoras 12 semanas de licença-maternidade. No Brasil, desde a Constituição de 1988 (RÉA, 1997), o período é de 4 meses e em abril de 2002, essa lei estendeu os benefícios à mãe adotiva (AUDI, 2002). Embora esse benefício

seja útil e usado pela maioria das mulheres trabalhadoras para amamentar, outros fatores são fundamentais para a manutenção da lactação após o retorno ao trabalho. Estes fatores podem incluir a retirada periódica do leite materno durante a jornada de trabalho, creche no local de trabalho ou ações que permitam a proximidade mãe e filho (VALDÉS, 2000).

Dessa forma se faz necessário trazer a responsabilidade da amamentação para o âmbito social, pois se ela depende da mãe e sua parte biológica, e esta por estar inserida socialmente, leva a responsabilidade para todos que a rodeia. Assim se faz necessário que todos contribuam de alguma forma, buscando a prática da amamentação e que esta seja vivenciada de forma tranqüila e prazerosa.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar o perfil alimentar dos recém-nascidos e os fatores associados ao aleitamento materno no município de Cacoal – RO, nos meses de novembro e dezembro de 2006, nas unidades básicas de saúde Cristo Rei, Nova Esperança, Princesa Izabel e Fundação Nacional de Saúde, a partir de informações fornecidas por mães de crianças de até 2 anos de idade em período de aleitamento.

3.2. Objetivos Específicos

- Verificar os indicadores do aleitamento materno baseado na situação alimentar das crianças menores de 2 anos de idade e identificar os fatores que podem estar associados ao desmame precoce, bem como apontar a época do desmame parcial e total do aleitamento materno para os sujeitos estudados.
- Mensurar a prevalência do uso de alimentação complementar e analisar os possíveis fatores associados a este uso, em lactentes de até 2 anos de vida.
- Mensurar a prevalência do aleitamento materno exclusivo nos lactantes de 0 a 6 meses de idade.
- Verificar a proporção do aleitamento materno em crianças menores de 2 anos de idade e a magnitude do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 2 anos de idade.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Considerações Éticas

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deve levar em conta a liberdade e a dignidade dos indivíduos que participarão da mesma. Assim o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal-RO – FACIMED (apêndice A).

4.2. Tipo de Estudo

O presente estudo teve caráter descritivo, transversal e avaliou o perfil do aleitamento materno no município de Cacoal-RO.

4.3. Características do Município em Estudo

Situada no sudoeste da região Amazônica, Cacoal foi criada em 1977, pela Lei Federal nº 6448, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República (KEMPER, 2002).

Em Cacoal, predomina o clima tropical, quente e úmido, com duas estações: verão chuvoso e inverno seco, com a temperatura em média de 25° C (KEMPER, 2002).

O município de Cacoal possui atualmente uma área geográfica de 3.808,5 Km², o que corresponde a 1,57 % da área total do Estado. O crescimento populacional

ocorreu com a instalação do INCRA em 1972 (KEMPER, 2002).

Cacoal possui atualmente aproximadamente 76.417 habitantes, 53.385 habitantes na área urbana, o que representa 69,86 %, e 23.032 na área rural, o que representa 30,14 % da população (IBGE, 2004). Há uma predominância da população masculina, que é de 37.176, sobre a feminina que é de 36.351. A densidade demográfica é de 19,3 habitantes por Km² (IBGE, 2004).

A taxa de urbanização cresceu 14, 11, passando de 61,22% em 1991 para 69, 86% em 2000. Em 2000, a população do município representava 5,33% da população do Estado, e 0,04% do País (IBGE, 2004).

A renda *per capita* média do município cresceu 36,27%, passando de R\$ 168,82 em 1991 para R\$ 230,05 em 2000. A pobreza (média pela proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 75, 50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) diminuiu 41,48%, passando de 51,4% em 1991 para 30,1% em 2000 (IBGE, 2004).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Cacoal é de 0,755. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). Em relação aos outros municípios do Brasil, Cacoal apresenta uma situação relativamente boa: ocupa a 1713^o posição, sendo que 1712 municípios (31,1%) estão em situação melhor e 3794 municípios (68,9) estão em situação pior ou igual. Em relação aos outros municípios de Estado, Cacoal apresenta uma situação boa: ocupa a 3^a posição sendo que 02 municípios (3,8) estão em situação melhor e 49 municípios (96,2%) estão em situação pior ou igual (IBGE, 2004).

A economia cacoalense tem como base as atividades agropecuárias. Possui

também um comércio forte e diversificado. A industrialização vem crescendo de forma significativa nos últimos anos.

Cacoal possui ainda lavouras bem desenvolvidas, com boa produtividade, que estão ligadas as características e à qualidade do solo que é próprio para vários tipos de cultura. De acordo com o censo do IBGE, realizado em 1996, existiam em Cacoal 6.172 propriedades rurais, sendo a agropecuária a atividade responsável pelo maior número de mão-de-obra empregada e pela instalação de muitas empresas ligadas ao setor, especialmente ao café (KEMPER, 2002). No Estado de Rondônia, segundo dados do IBGE, na safra 2001/2002 foram produzidos 1.560.040 sacas de café em 140.967 ha. Estima-se que a cadeia produtiva do café no Estado proporciona trabalho a mais de 80.000 pessoas e de cujo sucesso depende diretamente de 44.000 famílias. Conforme dados do IBGE, na safra de 2001, o Município de Cacoal produziu 30.852 toneladas de café colhido nas 22.037 ha plantadas da lavoura cafeeira.

O município de Cacoal continua mantendo o seu crescimento e desenvolvimento com: 15 escolas da rede estadual; 66 escolas da rede municipal; 13 escolas particulares, 04 instituições de ensino superior, o que faz com que o município tenha uma taxa de alfabetização de 89,3% de sua população. Cacoal tem ainda 08 hospitais da rede pública e particular, lagoa de tratamento de esgoto e 05 agências bancárias.

4.4. Amostra

A amostra foi constituída de 233 mães de crianças, valor este obtido com base no número de crianças com idade inferior a 2 anos atendidas nas unidades básicas de saúde: - Cristo Rei, no Bairro Floresta; - Princesa Izabel, no bairro Princesa Izabel; -

Nova Esperança, no bairro Novo Cacoal e Fundação Nacional de Saúde, no centro da cidade, nos três últimos meses que antecederam a esta pesquisa, que foi um total de 536 crianças. Estas unidades básicas apesar de se localizarem na zona urbana da cidade de Cacoal, são responsáveis por atender as pessoas provenientes da zona urbana e da zona rural.

4.4.1. Critérios de inclusão

Nesse estudo foram incluídas as mães de bebês até 2 anos de idade levados para serem vacinados nas respectivas unidades básicas de saúde e provenientes da zona urbana ou rural do município de Cacoal-RO, que se dispuseram a participar do estudo.

4.4.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos as mães dos lactentes com idades superior a 2 anos ou que residiam em outro município.

4.5. Instrumento Para Coleta de Dados

Utilizou-se como instrumento, um formulário semi-estruturado elaborado pela pesquisadora, com base em estudos anteriores (DAMIÃO, 2002; AUDI, 2002), e adaptado a realidade local. O formulário que consta de 38 perguntas, destas as questões de 1 a 8, são sobre os dados de identificação socioeconômicos da mãe, de 9

a 14 os dados sobre o pré natal, de 15 a 25 os dados sobre o lactente e de 26 a 38 dados sobre aleitamento materno (vide modelo – apêndice B).

4.6. Procedimento

As mães foram abordadas nas respectivas unidades de saúde anteriormente citadas pela pesquisadora, ocasião em que se informava a respeito dos objetivos do estudo e era solicitado o seu consentimento livre e esclarecido (vide apêndice C) para participação. Todas as mães convidadas concordaram em fazer parte do estudo.

A aplicação do instrumento foi realizada pela pesquisadora e por acadêmicos voluntários devidamente treinados pela pesquisadora, do 7º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Cacoal – FACIMED, nos meses de abril e maio de 2006, porém em virtude de dados incorretos e informações incompletas uma nova coleta se fez necessário e esta foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2006.

As mães eram inicialmente abordadas e convidadas pelos pesquisadores a participarem do estudo e caso concordassem, assinavam o Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido. Posteriormente, os formulários eram individualmente aplicados e suas respostas eram anotadas pelos pesquisadores. A duração de aplicação do instrumento era cerca de 15 minutos para cada mãe entrevistada.

Os 233 formulários aplicados nas quatro unidades de Saúde foram assim distribuídos: 44 (18,9%) no Centro de Saúde Princesa Isabel, 73 (31,3%) no Centro de Saúde Nova Esperança, 69 (29,6%) no Centro de Saúde Cristo Rei e 47 (20,2%) na Fundação Nacional de Saúde.

4.7. Análise de Dados

Os dados dos questionários foram transcritos para planilha em Programa MS Excel Office XP. Posteriormente, os dados foram preparados através do EPI-INFO (DEAN, 1994) para a realização da análise estatística descritiva.

5. RESULTADOS

Participaram do estudo 233 mães de crianças até 2 anos de idade, para as quais verificou-se que a idade média das mães era de 24,4 anos (DP = 3,5 anos), e entre elas 9% eram ainda adolescentes. Dentre essas mães, a grande maioria (55,8%) possui uma relação conjugal estável, ou seja, são casadas ou vivem em união consensual (27,9%). Dessas, 72,5 % residem no meio urbano, enquanto 27,5% vivem no meio rural.

Tabela 1: Distribuição das mães entrevistadas sobre o perfil do aleitamento materno, no município de Cacoal-RO, segundo faixa etária, estado civil, local de residência.

Variáveis	n	%
Idade da Mãe		
14 a 21 anos	77	33,0
22 a 28 anos	109	46,8
29 a 35 anos	35	15,0
36 a 42 anos	11	4,7
43 anos ou mais	1	0,4
Total	233	100,0
Estado Civil		
Casada	130	55,8
Divorciada	3	1,3
Solteira	34	14,6
União consensual	65	27,9
Viúva	1	0,4
Total	233	100,0
Local de Residência		
Rural	64	27,5
Urbano	169	72,5
Total	233	100,0

Quanto às características socioeconômicas das entrevistadas foi constatado um baixo poder aquisitivo, onde 79 % sobrevivem com uma renda familiar de menos de dois salários mínimos e apenas 17,2% residem em locais cedidos por terceiros. Mesmo assim, 54,9% das entrevistadas possuem residência própria. Apesar do baixo poder econômico, a grande maioria das mães era alfabetizada (97,9%). Também foi observado que 73,6% das mães não gozaram de licença maternidade e trabalharam durante toda a gestação. Dentre as que puderam gozar desse benefício 5%, ainda fizeram outros serviços “bicos” durante esse período.

Tabela 2: Distribuição das mães entrevistadas sobre o perfil do aleitamento materno, no município de Cacoal-RO, segundo as características sócio-econômicas.

Variáveis	n	%
Renda Familiar		
0 a 2 salários	183	78,5
3 a 5 salários	47	20,2
6 ou mais	3	1,3
Total	233	100,0
Tipo de Residência		
Alugada	65	27,9
Cedida	40	17,2
Própria	128	54,9
Total	233	100,0
Escolaridade		
Analfabeta	5	2,1
Fundamental	157	67,4
Nível médio	67	28,8
Superior	4	1,7
Total	233	100,0

Conforme a tabela 3 entre as mães entrevistadas, 99,6% fizeram o pré-natal. Mesmo assim, constatou-se que 22,3% dessas mães não receberam qualquer informação sobre aleitamento materno. Entre as mães que receberam informações

sobre o aleitamento, 99% receberam informações de profissionais da saúde e o restante (1%) de amigos e familiares.

Sobre as informações que receberam, 53% das mães disseram que foram sobre amamentação exclusiva, 29% disseram que foram sobre a importância da amamentação e 18% sobre técnicas de amamentação. Ainda sobre estas informações 53,8% das mães disseram ter recebido nas consultas de pré-natal, 10,3% receberam na maternidade, 3,3% no puerpério e as demais 32,6%, receberam em todas as situações citadas.

Tabela 3: Distribuição das mães entrevistadas sobre o perfil do aleitamento materno, no município de Cacoal-RO, quanto ao recebimento de informações sobre aleitamento materno e local de realização de pré-natal.

Informação Sobre Aleitamento Materno						
Variável	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Onde fez o pré-natal						
Serviço Público	171	95,0	50	96,2	221	95,3
Serviço Particular	9	5,0	2	3,8	11	4,7
Total	180	100,0	52	100,0	232	100,0

Com relação as informações sobre aleitamento materno, a tabela 4 mostra que entre todas as mães, 76,4% das entrevistadas fizeram mais de cinco consultas e 63,8% não são primigestas.

Tabela 4: Distribuição das mães entrevistadas sobre o perfil do aleitamento materno, no município de Cacoal-RO, quanto ao recebimento de informações sobre aleitamento materno.

Variável	Informação Sobre Aleitamento Materno					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Consultas de Pré-natal						
Até 5 consultas	40	22,1	15	28,8	55	23,6
6 consultas ou mais	141	77,9	37	71,2	178	76,4
Total	181	100,0	52	100,0	233	100,0
Paridade						
Primeiro filho	66	36,5	18	34,6	84	36,1
Mais de um filho	115	63,5	34	65,4	149	63,9
Total	181	100,0	52	100,0	233	100,0

Entre as mães multíparas, 89,4% praticaram aleitamento materno, sendo que o mesmo teve uma duração média de 10 meses.

Questionadas sobre o fato de terem sofrido algum tipo influência de pessoas de convivência pelo fato de também terem amamentado, 28,6% destas mães disseram que sim, que o fato de terem acompanhado outras mães amamentando fizeram com que essas mães também tivessem vontade de amamentar.

A figura 1 mostra a opinião das mães sobre a importância do leite materno para o bebê, 93,9% das entrevistadas relataram conhecimentos e manifestaram as seguintes opiniões: o leite é mais saudável para o bebê (36,7%), o leite materno previne doenças (51,2%), o leite é importante para o desenvolvimento da criança (8,4%) é o melhor alimento (3,7%).

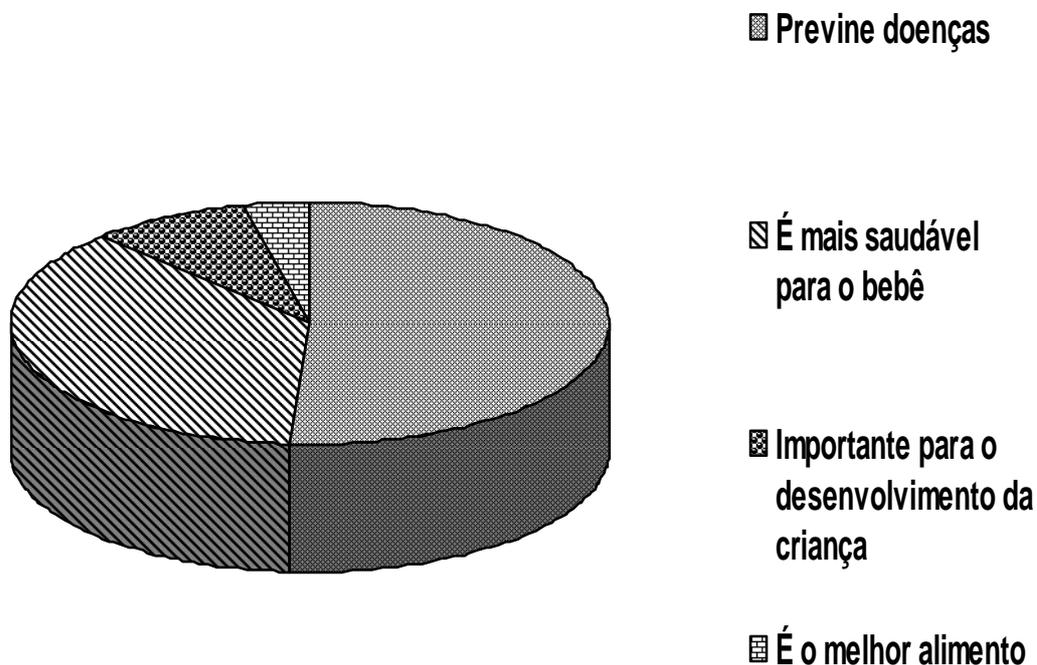


Figura 1: Distribuição das mães das crianças de até 24 meses de vida, segundo o conhecimento pessoal da importância do aleitamento materno, Cacoal, 2006.

Quanto às crianças cujas mães fizeram parte deste estudo, elas possuíam uma média de idade de 9,6 meses. Entre as que ainda mamavam essa média passa para 5,6 meses. Elas nasceram com uma idade gestacional média de 39 semanas (DP= 2 semanas). A tabela 5 mostra que as nascidas a partir de parto cesarianas representaram 54,5% do total, embora neste caso não tenha sido discriminado se a cesariana foi de urgência ou eletiva. Para o total de crianças, a média de peso ao nascer foi de 3.254,5g (DP= 531,9 g) sendo que 10% delas apresentaram peso inferior a 2.500 g.

Tabela 5. Distribuição do número e percentual das crianças de até 24 meses de vida segundo aleitamento materno e as variáveis de análise.

		Aleitamento Materno (n=233)					
		Sim		Não		Total	
Variável	Categoria	n	%	n	%	n	%
Tipo de parto	Cesariana	82	54,7	45	54,2	127	54,5
	Normal	68	45,3	38	45,8	106	45,5
	Total	150	100,0	83	100,0	233	100,0
Peso ao nascer	Até 2500 g	14	9,3	8	9,6	22	9,4
	Mais 2500 g	136	90,7	75	90,4	221	90,6
	Total	150	100,0	83	100,0	233	100,0

A introdução de outros líquidos que não fosse leite materno se deu com uma média de 3 meses de idade (DP= 2,6 meses) e a mediana foi de apenas 2 meses. Dessas 82,8% tomam chás ou sucos, 51,7% tomam outros tipos de leite e 56,2% já comem outros alimentos.

Tabela 6. Distribuição do número e percentual das crianças de até 24 meses de vida segundo aleitamento materno e as variáveis de análise.

		Aleitamento Materno (n=233)					
		Sim		Não		Total	
Variável	Categoria	n	%	n	%	n	%
Chupa chupeta	Sim	31	20,7	34	41,0	65	27,9
	Não	119	79,3	49	59,0	168	72,1
	Total	150	100,0	83	100,0	233	100,0
Toma água ou chás	Sim	110	73,3	83	100,0	193	82,8
	Não	40	26,7	0	0,0	40	17,2
	Total	150	100,0	83	100,0	233	100,0

Foram verificados também outros fatores que podem influenciar na amamentação, é o caso do intervalo entre nascimento e primeira mamada, em que

37,4% mamaram em um intervalo de até 1 hora, 24,3% mamaram depois de 2 horas e 37,8% das crianças mamaram após um intervalo de 3 horas ou mais. Entre essas crianças, 36,4% receberam algum tipo de alimento, que não foi o leite materno na maternidade.

O uso da chupeta também esteve presente em 27,9% das crianças estudadas desta totalidade 53,8% fizeram uso da mesma desde o nascimento e 30,8% começaram a fazer uso no primeiro ou no segundo mês de vida.

O aleitamento materno foi iniciado em 98,7% das crianças, mas a mediana da duração foi de apenas 4 meses, enquanto que o aleitamento materno exclusivo obteve uma mediana de apenas 1 mês. Entre todas as crianças estudadas 64,4% ainda estavam sendo amamentadas na ocasião da realização deste estudo, enquanto 35,6% já tinham sido desmamadas.

Com relação às crianças que já foram desmamadas, este desmame ocorreu com uma mediana de 6 meses. As razões atribuídas para este desmame foram as mais diversas, entre eles: não tinha leite 26,2%, o bebê rejeitou ou não quis mais 32,2%, achava que o leite não era suficiente 14,3% e doença 9,5% foram as mais freqüentes.

Em aleitamento exclusivo, foram classificadas as crianças somente alimentadas com leite materno, não sendo permitido o uso de chás, água ou qualquer outro alimento. Dessa forma, o aleitamento exclusivo de seis meses ou mais foi observado para apenas 16,8% das crianças, assim considerando as crianças que já haviam cessado completamente o uso do leite materno, bem como aquelas que ainda estavam sendo amamentadas e com idade inferior a 6 meses de vida.

Tabela 7. Distribuição do número e percentual das crianças de até 24 meses de vida segundo aleitamento materno exclusivo e a faixa etária.

Faixa Etária	Aleitamento Exclusivo					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 6 meses	37	52,8	84	51,5	121	51,9
Mais de 6 meses	33	47,2	79	48,5	112	48,1
Total	70	100,0	163	100,0	233	100,0

Considerando somente as crianças com idade superior a 6 meses é possível verificar que a média de crianças que foram amamentadas exclusivamente com leite materno sobe para 29,5%.

Ainda com relação ao aleitamento exclusivo, verificou-se que com o aumento da idade, menores foram os índices de amamentação exclusiva. Com 1 mês de idade 50,0% das crianças entrevistadas estavam recebendo amamentação exclusiva, enquanto que com 3 meses de idade essa taxa caiu para 27,3% e ao final do quinto mês essa taxa foi de 18,2%.

Tabela 8. Distribuição do número e percentual das crianças com idade atual de até 6 meses de vida segundo aleitamento materno exclusivo.

Idade atual	Aleitamento Exclusivo					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
1 mês	17	50,0	17	50,0	34	28,1
2 meses	8	27,6	21	72,4	29	24,0
3 meses	3	27,3	8	72,7	11	9,1
4 meses	5	23,8	16	76,2	21	17,4
5 meses	2	18,2	9	81,8	11	9,1
6 meses	2	13,3	13	86,7	15	12,4
Total	37	30,6	84	69,4	121	100,0

Entre as crianças já desmamadas 41% delas faziam uso chupeta, 72,3% moravam na cidade, 54,2% nasceram de parto cesariano e 82,7% eram oriundas de famílias que tinham renda inferior a 2 salários mínimos mensais.

6. DISCUSSÃO

As baixas taxas de amamentação exclusiva em todo o mundo geraram dúvidas a respeito da viabilidade de se recomendar uma dieta infantil que é tão pouco praticada. Contudo, evidências recentes demonstram que o aconselhamento a respeito de amamentação com leite materno dispensado em hospitais e na comunidade é uma forma economicamente viável de aumentar as taxas de amamentação exclusiva (MORROW, *et al.* 1999; ALBERNAZ e VITORIA, 2003). Isso pode ser comprovado através do Estudo Multicêntrico de Referência para o Crescimento, da OMS (Multicentre Growth Reference Study, MGRS), realizado entre 1997 e 2003, que enfocou a coleta de dados de crescimento e outros dados relacionados de aproximadamente 8.500 crianças de meios étnicos e culturais bastante diversos, inclusive um grupo de crianças brasileiras (ARAÚJO, *et al.* 2004).

Muitos fatores estão diretamente ligados à questão do insucesso do aleitamento materno. A literatura afirma, por exemplo, que mães primigestas e adolescentes teriam maior dificuldade para amamentar devido à inexperiência e imaturidade psicológica (SUSIN, *et al.*, 1998). Entre as mães que estudamos havia 36,1% que eram primigestas, porém não houve grande diferença entre prevalência na amamentação entre primíparas e múltiparas. Dentre as primíparas, 63,1% estavam amamentando comparadas a 65,1% das múltiparas. Entre as adolescentes apenas 42,9% estavam amamentando seus filhos, o que é um fato preocupante para a manutenção do aleitamento materno para a criança.

Há autores que também relacionam o baixo poder socioeconômico, situação conjugal e a menor escolarização com a interrupção precoce e o não-aleitamento

materno, devido à falta de conhecimento e compreensão das informações recebidas (SUSIN, *et al.*, 1998). No entanto, esses resultados não foram verificados entre as mães que participaram de nosso estudo, onde 63,4% das mães com renda familiar menor que dois salários estavam amamentando. Entre as analfabetas ou apenas com ensino fundamental, 65,2% amamentavam, porém apenas 17,5% de forma exclusiva. Esta observação causa preocupação, considerando-se que a baixa escolaridade é um fator determinante da prática, duração e continuidade da amamentação. Segundo XAVIER *et al.*, (1991), o nível de instrução materna indicou associação positiva com a incidência e duração do aleitamento materno. Além disso, FADUL e XAVIER (1983) relataram a ocorrência mais precoce de desmame em grupo de mães com baixa escolaridade. Já GIUGLIANI *et al.*,(1995) observou em seu trabalho que o índice de interrupção precoce da amamentação foi semelhante para mães com diferentes graus de instrução.

O ato de amamentar envolve não apenas o instinto materno e do recém-nascido, como também a ajuda sobre técnicas que possam contribuir para a efetividade do aleitamento. Para que haja sucesso no aleitamento, são necessárias algumas orientações dadas pela equipe de saúde, na tentativa de desmistificar alguns mitos e crenças que venham interferir na amamentação além de outros fatores, tais como, tipo de parto, meio em que vive, o uso de chupeta, introdução de outros líquidos, etc

Conhecimentos adquiridos previamente durante a gestação são fundamentais para que se obtenha êxito na amamentação, por isso o pré-natal passa a ter um papel fundamental. O percentual de 99,6% corresponde às mães que fizeram pré-natais, mesmo assim 22,3% delas relataram não ter recebido qualquer informação sobre aleitamento materno. Entre as que receberam esta orientação, 50,8% foram orientadas sobre amamentação exclusiva, 27,3%, sobre a importância da amamentação e 21,9%,

sobre as técnicas de amamentação e sobre a importância do leite materno para a criança. Questionadas sobre a importância do leite materno para o bebê, 93,9% das entrevistadas dizem que conhecem a importância de amamentar e manifestaram a opinião que o leite é mais saudável para o bebê (36,7%). Outras 51,5% relatam que a leite previne doenças, que o leite é importante para o desenvolvimento da criança (8,4%) e que ele é o melhor alimento (3,7%).

Teoricamente, todas as mães podem amamentar desde que tenham informações exatas e apoio dentro de suas famílias e comunidades e por parte do sistema de saúde. O ideal seria que o apoio à amamentação pela mãe deveria ser oferecido exclusivamente pelos profissionais dos serviços de saúde. Embora no presente estudo 98,9% das mães que receberam alguma orientação sobre amamentação terem dito que essas vieram de profissionais de saúde, mesmo assim apenas 18% delas praticaram aleitamento exclusivo até os seis meses. Isso mostra a necessidade de treinar trabalhadores da saúde do município de Cacoal-RO para que possam auxiliar as mães na construção de uma autoconfiança, melhorar técnicas de alimentação e evitar ou resolver os problemas de amamentação

O desconhecimento sobre o aleitamento materno pode colocar em risco o sucesso da amamentação (GIUGLIANI *et al.*, 1995). No estudo apresentado por MOURA & ARAÚJO (1984), verificou-se que apenas 55,0% das mães acompanhadas no pré-natal disseram ter conhecimento da importância da amamentação e que o leite humano era o melhor alimento para seu filho.

Uma influência positiva do incentivo ao aleitamento materno no pré-natal foi demonstrada por KISTIN *et al.*, (1990), em um estudo desenvolvido nos Estados Unidos no qual notou-se aumento de 22,0% na incidência da amamentação após a introdução

de aulas sobre este procedimento durante o pré-natal. Para VALDÉS *et al.* (1996), a falta de assistência adequada pelos profissionais de saúde às mães acarreta a diminuição da prática do aleitamento.

Entre as crianças com peso inferior a 2500 g apenas 16,7% estão em amamentação exclusiva e 77,8% foram completamente desmamadas antes do 4º mês. A exemplo, MONTEIRO (1995), detectou que 42,0% das crianças de peso inferior a 2000 gramas nunca foram amamentadas e que a prematuridade foi a variável que antecedeu o desmame pela maior permanência hospitalar.

Embora se tenham tantas dificuldades quanto ao aleitamento, os resultados obtidos neste estudo mostram que quase a totalidade (98,7%) das crianças pesquisadas, pelo menos iniciou o aleitamento materno. No momento da entrevista, 64,4% das crianças estavam sendo amamentadas, apesar da amamentação ser recomendada até os dois anos ou mais.

Verificou-se que o processo de desmame nesta pesquisa aumentou proporcionalmente com o aumento da faixa etária. Entre as crianças menores de 6 meses, 89,8% estavam sendo amamentadas, porém com amamentação exclusiva esse índice cai para 28,3% e para os menores de quatro meses, 91,6% das crianças estão sendo amamentadas sendo que 25,3% em amamentação exclusiva. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por SENA *et al.* (2002), no Distrito Federal, que relatou para menores de 4 meses taxas de 85,3% e 26,8% de crianças em amamentação e amamentação exclusiva respectivamente.

Ainda com relação à amamentação exclusiva os resultados se tornam preocupantes devido ao declínio das taxas com relação à idade das crianças. Para se ter uma idéia 50,0% das crianças pesquisadas com 1 mês de idade estão em

amamentação exclusiva, enquanto que com 3 meses de idade essa taxa cai para 27,3% e ao final do quinto mês essa taxa é de 18,2%. A mediana aqui encontrada foi de 30 dias, valor este que está abaixo de outros estudos, que observam percentuais maiores 33 dias na PNDS (Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 2001) e 57 dias segundo o Ministério da Saúde (2002) para o estado de São Paulo. Esses dados indicam que a situação da amamentação exclusiva é crítica no município de Cacoal assim como ocorre em outras localidades do Brasil e que medidas precisam ser tomadas para mudar essa realidade.

Uma prática bastante disseminada entre as mães de recém nascidos é o uso de chás por creditar neles propriedades calmantes ou laxativas. Entretanto, estudos demonstram que a complementação do leite materno com líquidos não-nutritivos, nos primeiros 6 meses de vida, é uma prática inadequada e desnecessária sob o aspecto biológico (SACHDEV *et al.* 1991). Essa prática leva as crianças amamentadas à redução do consumo total de leite materno, podendo culminar com o desmame total e precoce (MARCHIONE, 1999). Portanto o uso desses líquidos é inversamente associado com a prática do aleitamento materno exclusivo. AUDI *et al.* (1999), verificaram que quase um quarto das crianças com menos de 90 dias recebiam água ou chá no Município de Itapira/SP. CÉSAR *et al.* (1996), entrevistando todos os médicos que prestavam atendimento a crianças em Pelotas/RS, verificaram que cerca da metade deles recomendavam o uso de chás para crianças menores de seis meses, para o tratamento de cólicas, ainda que não haja evidências científicas comprovando esse efeito benéfico.

Outra variável que pode interferir na prática do aleitamento é o uso da chupeta, que esteve presente entre 27,9% das crianças aqui estudadas. Em Londrina/PR

encontrou-se percentual de 48,1% (VANNUCHI *et al.* 2005), mostrando que as crianças que não usam chupeta possuem uma chance 2,23 vezes maior para a amamentação exclusiva e de 7,59 vezes maior para o aleitamento materno. Esses resultados estão de acordo com os encontrados por SOARES *et al.* (2003) e AARTS *et al.* (1999) que confirmam a associação entre o uso de chupeta e menor duração do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo. Para HOWARD *et al.* (1999) e MARQUES *et al.* (2001), o fato de a chupeta aumentar o intervalo entre as mamadas e diminuir o estímulo para a produção do leite explica em parte a associação confirmada entre o uso dessa ferramenta e a menor duração do Aleitamento Materno. Mesmo assim, para LAMOUNIER (2003), tal associação necessita ser mais estudada e explicada, principalmente porque esses hábitos são muito difundidos e culturalmente arraigados no Brasil e em outros países.

Em um contexto geral, os benefícios do leite materno são indubitavelmente fundamentais para o crescimento e desenvolvimento infantil, principalmente nos primeiros meses de vida. Acreditamos que o esforço dos profissionais de saúde no acompanhamento da saúde das crianças pode aumentar a prevalência do aleitamento materno para essa população.

O principal desafio agora é procurar uma forma de estabelecer programas bem-sucedidos de aconselhamento para amamentação, buscando entender os diversos fatores que determinam a amamentação exclusiva em diferentes situações.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento das práticas alimentares na infância é de grande interesse para a saúde coletiva uma vez que subsidia o planejamento e a avaliação de ações de promoção de práticas alimentares saudáveis na infância, as quais integram as estratégias que visam maior sobrevivência infantil e melhoria da qualidade de vida da população (DAMIÃO, 2002).

Para prestar assistência de forma integral à gestante e/ou à puérpera, a equipe de saúde necessita trabalhar de forma interdisciplinar, utilizando-se da comunicação como instrumento importante em sua práxis. Um protocolo escrito possibilita a todos da equipe usar a mesma linguagem, assegurando que as orientações dadas às gestantes não sejam contraditórias, sejam sempre as mesmas, independentemente de opinião pessoal de cada membro da equipe.

Após investigarmos os mitos e as crenças mais comuns referente à amamentação, verificou-se o quanto estes podem interferir na lactação, tanto em caráter positivo como negativo, facilitando ou dificultando a atuação da equipe de saúde junto à nutriz.

Os dados do presente estudo reforçam e revelam a necessidade de se melhorar a qualidade do pré-natal e do atendimento ao parto, de que sejam implementadas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, cabendo aos profissionais de saúde envidar todos os esforços nos serviços de saúde do município, com vistas a aumentar a adesão das mães em relação a amamentação exclusiva em crianças menores de 6 meses e prolongar o tempo total de amamentação. Destaca-se que a educação das gestantes e puérperas é fundamental para a promoção do

aleitamento materno, porém tão importante quanto, é a educação dos profissionais de saúde, que devem ter conhecimento sobre o assunto e manter atitudes positivas em relação ao mesmo. Além da orientação no pré-natal e pós-parto imediato, ALBERNAZ e VICTORA (2003), ressaltam a importância do apoio às mães após a alta hospitalar, com a inclusão de orientações relacionadas à técnica de aleitamento e resolução de problemas que a mãe venha a encontrar durante a amamentação.

As ações que fazem parte do "Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno" implantado pelo Ministério da Saúde devem ser implementadas pelos municípios. Dessa forma, serão maiores as chances de se ter aleitamento exclusivo até o sexto mês no município de Cacoal. Dentre essas ações podemos destacar: o treinamento dos profissionais envolvidos em aleitamento materno; a implantação do "Hospital Amigo da Criança" e Bancos de Leite Humano; a realização de atividades na "Semana de amamentação"; o desenvolvimento de políticas públicas municipais de aleitamento materno; monitorização da "Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes", visando à diminuição do consumo desses produtos no município de Cacoal. É importante que o profissional de saúde, enfocando aqui o enfermeiro, sinta-se responsável pelos casos de desmame precoce em mães sob sua orientação e que busque a razão de cada caso de insucesso, refletindo sobre o que poderia ter feito para evitá-lo.

A OMS tem como meta que 100% das crianças até os seis meses de vida recebam apenas o leite materno como alimento, logo inquéritos como estes passam a ser importantes instrumentos de acompanhamento e avaliação das políticas públicas municipais que visam aumentar a promoção do aleitamento materno e a prevalência da amamentação exclusiva.

Espera-se que os dados do presente estudo sirvam como base para outras investigações dessa natureza que possam colaborar para elaboração de planos que visem o aleitamento materno exclusivo e o sucesso da amamentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARTS A, HÖRNELL A, KYLBERG E, HOFVANDER Y, GEBRE-MEDHIN M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. **Pediatrics** 1999; 104(4): p. 50-60.

ALBERNAZ E, VICTORA CG. **Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão.** Pan Am J Public Health. 2003; p. 14; 17-24.

ALDEN, K. R. **Atlas Clínico de Amamentação. Nutrição e Alimentação do Recém-Nascido.** Capítulo 21. São Paulo, Revinter, 2000.

ALMEIDA, J.A.G.- Amamentação Um Híbrido Natureza – Cultura. In: **Dimensões Socioculturais da Amamentação no Brasil.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999. p. 27-54.

ALMEIDA, J A G; NOVAK, F R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal Pediatria.** (Rio de Janeiro), Porto Alegre, v. 80, n. 5, 2004.

ARAÚJO CL, ALBERNAZ E, TOMASI E, VICTORA CG. Implementation of the WHO Multicentre Growth Reference Study in Brazil. **Food Nutr Bull.** 2004; 25 Suppl: 53-59.

ARORA, S. MCJUNKIN, C., WEHRER, J., KUHN, P. Major Factors influencing breastfeeding rates: perception of Father's Attitude and milk supply. **Pediatrics** 106(5): p. 1-5, 2000.

AUDI, C.A.F: **Práticas alimentares: aleitamento materno, alimentos complementares e uso de mamadeira e chupeta, Itapira, 1999.** Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas Campinas, SP: [s.n.], 2002.

AUDI CAF, CORRÊA AMS, LATORRE MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao AM exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2003; 3(1): p. 85-93.

AVOA, A. e FISHER, P.R., 1990. The Influence of Perinatal Instruction about Breastfeeding on Neonatal Weight Loss. **Pediatrics**, 86(2): p. 313-315.

BEKELE A, BERHANE Y. Magnitude and Determinants of Bottle Feeding in Rural Communities. **East African Medical Journal**, 1999; 76(9): 516-519.

BERQUÓ, E . **Avaliação do Programa Nacional de Aleitamento Materno região Metropolitana da Grande Recife**. CEBRAP/FINEP/MS 308 p. 1988 (Relatório Final)

BLOCH A. M., MIMOUNI D., MIMOUNI M., GDALEVICH M. Does breastfeeding protect against allergic rhinitis during childhood? A meta-analysis of prospective studies. **Acta Pediátrica**. 2002; 91: p. 275-279.

BOHLER, E; BERGSTROM, S. Premature Weaning in East Bhutan: If Mother is Pregnant Again. **J. Biosoc.**, 27: p. 253-265, 1995.

BLOOM, K. Factores affecting the continuance of Breast feeding. **Acta Pediátrica Scandinava**. (Suppl) 300 p. 9-14, 1982.

BRASIL. (MS) **Como ajudar as mães amamentar**. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Brasília, 1994.

BRASIL. (MS) **Normas e Diretrizes para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. (Portaria n. 155, 14 de setembro de 1994).

BRASIL. (MS) Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília, DF, 1998. 178p.

BRASIL (MS). **Secretaria de Assistência à Saúde**, Portaria N. 572/GM Em 10 de junho de 2000, 2000.

BRASIL.(OMS). **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Tradução de Maria Cristina Gomes do Monte. Brasília 2001, OPAS. 134p.

BRASIL. Consolidação Leis do Trabalho. Estende à mãe adotiva o direito à licença maternidade e ao salário-maternidade. Alterando a Consolidação Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1o de maio de 1943. E a Lei n.8.213, de 24 de junho de 1991. **Diário Oficial da União**. Brasília, abril de 2002.

BRASIL, (MS): **Práticas Adequadas de Alimentação Infantil**. Brasília, 2006.

BRASIL, (MS) Secretaria de Políticas de Saúde Área de Saúde da Criança. **Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal**. Brasília, 2001.49p.

BRASIL (IBGE). **Síntese de indicadores sociais 2000**. Caderno de Informações de Saúde de Rondônia. IBGE, 2002.

BUENO, S B. **Aleitamento materno e desenvolvimento do sistema estomatognático**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, 2005.

CARVALHO, M R. **Amamentação: Bases Científicas para a Prática Profissional**. Guanabara Koogan, S.A. Rio de Janeiro, 2000.

CÉSAR JA, KUHN D, DEVENS ES, MARTINS E, AGUIAR, MRC, HOLTHAUSEN RS, TEIXEIRA AMB, HORTA BL. Prescrição de chás para crianças menores de seis meses: a opinião dos médicos de uma cidade de porte médio do sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, 1996; 72(1): p. 27-31.

CORRÊA, A.M.S., 1996. **Aleitamento Materno: Estudo sobre o Impacto das Práticas Assistenciais**. Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, para a obtenção de Título de Doutor em Medicina, área de concentração em Saúde Coletiva.

DAMIÃO. J. J. **Amamentação em Crianças Menores de Um Ano no Município do Rio de Janeiro: Fatores Associados à Amamentação Exclusiva e Comparação Entre Métodos de Avaliação da Ingestão Alimentar**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

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

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

FADUL, F.D., XAVIER, L.F. Fatores que contribuem para o desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.36, n.2, p.213-220, 1983.

FOGLIANO, R.R.F.: **Estudo Microbiológico do Leite Humano Cru e Congelado**; tese (mestrado) UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo; Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2000.

GIUGLIANI, E R. J. **Indicadores do Aleitamento Materno: A Caminho da Uniformização, 2001**. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br>, Acesso em 09 abril 2004.

GIUGLIANI, E R. J. O Aleitamento Materno na Prática Clínica. **Jornal de Pediatria**. V. 76. Suplemento novembro e dezembro de 2000.

GIUGLIANI, E. R. J; LAMOUNIER, J.A. Breastfeeding: a scientific contribution to the practice of the health care providers. **Jornal de Pediatria**. (Rio de Janeiro). Porto Alegre, v. 80, n. 5, 2004

GIUGLIANI ERJ, ROCHA VLL, NEVES JM, POLANSCZYK CA, SUSIN LO. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, 1995; 71(2): p. 77-81.

GRANZOTO JA, BERTONI AL, VECCHI AA, RODRIGUES E. A importância do incentivo pré-natal na amamentação de primíparas. **Jornal de Pediatria**. 1992; 68(1/2): p. 34-37.

HAMBRAEUS L. **Leites industrializados versus leite humano na alimentação do lactente. Uma apreciação crítica do ponto de vista nutritivo**. Clínicas Pediátricas da América do Norte. 1977; 24: p. 17-36.

HECK, R. **O Direito Legal de Amamentar**. Disponível em: <http://aleitamento.com>. Acesso 04 abril de 2004.

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

HORTA, B.L., OLINTO, M.T.A., VICTORA, C. G., BARROS, F.C., GUIMARÃES, P.R.V Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Caderno de Saúde Pública** 12(1): 1-10, 1996.

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

HOWARD CR, HOWARD FM, LANPHEAR B, DEBLIECK EA, EBERLY S, LAWRENCE RA. The effects are early pacifier use on breastfeeding duration. **Pediatrics** 1999, 103(3):33-8.

INEICHEN, B; PIERCE, M & LAWRENSON R., 1997. Teenage mothers as Brest feeders: Attitudes and behaviors. **Journal of adolescents**, 20: p.505-509.

JELLIFE, D.B. **La Nutrición Infantil en las Zonas tropicales y Subtropicales** Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1970a.361p. (Séries de Monografias, 29).

KEMPER, L. **Cacoal, Sua História sua Gente**. Goiânia: Grafopel, 2002.

KISTIN, N., BENTON, D., RAO, S., SULLIVAN, M. Breastfeeding rates among black urban low-income: effect of prenatal education. **Pediatrics**, Evanston, v.86, n.51, p.741-746, 1990.

KRAMER, S.M., BARR, G.R., DAGENAIS, S., YANG, H., JONES, P. Pacifier use, Early weaning, and Cry/Fuss Behavior. **JAMA** 2001; 286(3): p.322-326.

LAMOUNIER JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria** (Brasil) 2003; 79(4): p. 284-286.

LAWRENCE, P. B. Breast Milk. **Pediatric clinics of North America**. V. 41, n. 5, p. 925-40, 1994.

LEÃO, M. M. COITINHO DC, RECINE E, COSTA LAL, LACERDA AJ. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: **Fundação IBGE. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil - 1989**. Rio de Janeiro, 1992, p.97-109.

LUCAS, A; COLE T.J. Breast milk and neonatal necrotizing enterocolitis. **The Lancet** 336: p. 1519-1523, 1990.

LUTTER, C; PEREZ-ESCAMILLA, R & CORRÊA, A.M.S. **The effectiveness of a Hospital-Based Program to Promote Exclusive Breast-feeding among Low-Income Women in Brazil**. Am.J Public Health, 87: p. 659-663, 1997.

LUTTER, C.K., 2000. Breastfeeding Promotion – Is Its Effectiveness Supported By Scientific Evidence and Global Changes in Breastfeeding Behaviors? **Adv Exp.Med. Biol**, 478 p. 355-368.

MARCHIONE DML. **Alimentação no primeiro ano de vida: prevalência de consumo de alimentos em dois centros de saúde do município de São Paulo**. [Dissertação – Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.

MARQUES SM, LIRA PIC, LIMA MC, SILVA NL, BATISTA FILHO M, HUTTLY SRA, Ashworth Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal Study. **Pediatrics** 2001, 108(4): p. 66-72.

MONTEIRO CA. A evolução da desnutrição infantil. In: Monteiro CA. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1995. P.153-171.

MORROW AL, GUERRERO ML, SHULTS J, CALVA JJ, LUTTER C, BRAVO J, Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. **Lancet**. 1999; 353: p. 1226-1231.

MOURA, E.F.A., ARAÚJO, V.L.C. Aleitamento ao seio: resultado de inquérito realizado junto às pacientes internados na maternidade do hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.56, n.3, p.120-122, 1984.

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

NOTZON, F. Trends in infant feeding in developing countries. **Pediatrics**, 74 (4 pt. 2 suppl.): p. 648-666, 1984.

OMS. **Modalidade de la lactancia natural en la actualidad**. Ginebra, 1981.

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

(OMS), Organização Mundial da Saúde, 1998. **Evidence for the ten steps to successful Breastfeeding**. WHO: Geneva.

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

(OMS) Organização Mundial da Saúde. **The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding**. Note for the Press n.7, 2 April 2001, p. 1-6.<http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>.

(OPAS) Organização Pan-Americana da Saúde – **Normas Alimentares para Crianças Brasileiras menores de dois anos**. Brasília-DF, 1997 62p.

OPAS/OMS. **Encuesta sobre enseñanza de la lactancia materna en escuelas universitarias de América Latina**. Relatório mimeografado da OPS; 1993.

PACIORNIK, M. **Aprenda a nascer e a viver com os índios**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997.

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

PERCEGONI, N, ARAÚJO R. M.A.I, SILVA M.M.S., EUCLYDES M. P., TINÔCO A. L. A. Knowledge about maternal nursing of mothers attended at two hospitals in the city of Viçosa, Minas Gerais, Brazil. **Revista de Nutrição de Campinas**, v. 15, n. 1, 2002.

PEREIRA AC. e COLABORADORES. **Odontologia em saúde coletiva, planejando ações e promovendo saúde. Normas operacionais para execução de levantamentos em odontologia**, Porto Alegre: Artmed, p. 83-116, 2003.

PÉREZ-ESCAMILLA R, MILLÁN SS, DEWEY KG. Autoalimentación con biberón en Uma población urbana de bajos ingresos en México. **Bol Oficina Saint Panam** 1995, 119(4): p. 283-291.

PÉREZ-ESCAMILLA, R; SEGURA – MILLAN, S; POLLITT, E; DEWEY, K.G, 1993. Determinants of Lactation Performance Across Time In Na Urban Population From Mexico. **Soc. Sci. Med.**, 37(8): p. 1069-1078.

PNIAM/INAN/UNICEF. **Aleitamento Materno e o Município**. Rio de Janeiro: Coronário, 1995.

POPKIN, B.M., ADAIR L, AKIN JS, BRISCOE J, FIELGER W. Breast-feeding and Diarrheal Morbidity. **Pediatrics**. , 86(6): p. 874-882, 1990.

RAISLER J, Alexander C, O'Campo P. **Breast-feeding and infant illness: a oseresponse relationship**. Am J Public Health. 1999; 89(1): p. 25-30.

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

REA, M.F; VENANCIO, S.I; BATISTA, L.E; SANTOS, R.G; GREINER, T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública** 131(2): p. 149-156, 1997.

REZENDE. M.A. Amamentação é uma necessária mudança de enfoque. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V. 34. n 2, p 226, 9 de janeiro de 2000.

REZENDE. M. A. SIGAUD. C. H. S., VERISSIMO, M. R. O processo de Comunicação na Promoção do aleitamento Materno. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2002 (março-abril); 10(2): p.234-238.

SACHDEV HPS, KRISHNA J, PURI RK, SATYANARAYANA L, KUMAR S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the Tropics. **The Lancet**. 1991, 337: p. 929-933.

SAYED, Z.T.A., LATHAM, M.C., ROE D.A. Prolonged Breastfeeding without the introduction of supplementary feeding **J of trop Pediatrics** 45: p. 29-33, 1995.

SENA MCF, SILVA EF, PEREIRA MG. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2002, 18(3): p. 613-621.

SHORT, R. **Amamentação, Fertilidade e Crescimento populacional**. 1999. [on line] Disponível em <<http://aleitamento.org.br>>, acessado em 20 de abril de 2004.

SOARES MEM, GIUGLIANI ERJ, BRAUN ML, SALGADO ACN, OLIVEIRA AP, AGUIAR PR. Uso de chupeta e sua relação precoce em população de crianças nascidas em hospital amigo da criança. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro) 2003; 79: p. 309-316.

SOUZA, L.R; BARROS, C.F; PINHEIRO, M.N.G; GAZZALLE, R.V. Patterns of Weaning in South Brazil. **Envir. Child. Health** 21: p. 210-211, 1975.

SUSIN LRO, GIUGLIANI ERJ, KUMMER SC, MACIEL M, BENJAMIN ACW, MACHADO DB, BARCORO M, DRAGHETTI. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Jornal de Pediatria**, 1998; 74 (5): p. 368-375.

TOMA TS, MONTEIRO CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública** 2001; 35 (5): p. 409-414.

UNICEF. **Subsídios preparados pela OMS e UNICEF**. Brasília, UNICEF, 1980

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

VALDÉS, V., SANCHIEZ, A.P., LABBOK, M. Manejo clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: **Revinter**, 1996. 128p.

VALDÉS, V; PUGIN, E; SCHOOLEY, J; CATALÁN, S; ARAVENA, R. –Clinical Support Can Make the Difference in Exclusive Breastfeeding Success Among Working Women. **J of Trop Pediatrics**. 46: p. 149-154, 2000.

WAMBACH, K.A & Cole, S., 2000. **Breastfeeding and Adolescents.** JOGNN, 29: p. 282- 294.

VANNUCHI, M T. O. et al. Breastfeeding profile in babies below one year old in the municipality of Londrina, State of Paraná, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 5, n. 2, 2005.

VENÂNCIO SI, MONTEIRO CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 1998; 1(1): 40-9.

VICTORA CG, SMITH PG, VAUGHAN JP, NOBRE LC, LOMBARDI C, TEIXEIRA AM,. Evidence for protection by breast-feeding against infant Deaths from infectious diseases in Brazil. **The Lancet**; 1987, p. 319-321.

VICTORA, C.G; HUTTLY, F.C; BARROS, F.C; VAUGHAN, J VICTORA, C.G; HUTTLY, F.C; BARROS, F.C; VAUGHAN, J.P- Caesarean section and duration of breast-feeding among Brazilians. **Arch of Disease in Childhood** 65: p. 632-634, 1990.

VICTORA VG, FUCHS SC, KIRKWOOD BR, LOMBARDI C, BARROS FC- Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhea in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**. , 70(4): p. 467-475, 1992.

VON KRIES R, KOLETZKO B, SAUERWALD T, VON MUTIUS E. Does breast-feeding protect against childhood obesity? **Adv Exp Med Biol**. 2000; 478: p. 29-39

WAGNER, C.L; WAGNER, M.T; HULSEY, T.C. Factors influencing a mother's decision to breastfeed. **Adv. Exp. Med Biol.**, 478: p. 435- 436, 2000.

WEIDERPASS, E; BARROS, C. F; VICTORA, C. G; TOMASI, E; HALPERN, R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto estudo longitudinal no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública** 32(3): p. 225-231, 1998.

XAVIER, C.C., JORGE, S.M, GONÇALVES, A.L. Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, p.381-387, 1991

YAMAUCHI, Y; YAMANOUCHI, I. Breast- Feeding Frequency During the 24Hours After Birth in Full-Term Neonates. **Pediatrics**; 86(2): p. 171-175, 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE A



Sociedade Regional de Educação e Cultura Ltda – SOREC
Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED
Centro de Formação Técnica e Profissional de Cacoal – CETEC
Comitê de Ética e Pesquisa – CEP-FACIMED

PARECER

Aos dias 12 e 18 de abril de 2006 às 16h e 30 min. Estiveram reunidos na FACIMED – Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, os componentes do CEP-FACIMED: nessa pauta tratava da análise dos protocolos da Graduação e da Pós-Graduação (Mestrado).

Os protocolos foram apresentados e consecutivamente analisados por esta Comissão, aos quais foram deliberados, ou, colocados em pendência com a condição de serem reformulados e novamente encaminhados à Comissão do CEP. Segue parecer sobre o seu Projeto, ressaltando que o mesmo foi apresentado por título sendo omitido à sua autoria, objetivando a impessoalidade, formalidade e objetividade no processo avaliativo.

PROJETO (042-06) – **NÍVEL:** MESTRADO - **TÍTULO:** PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE CACOAL-RO, SUDOESTE DA AMAZÔNIA – BRASIL -

PARECER: O projeto é viável, tem objetivos claros e metodologia apropriada, não apresenta riscos aos informantes, e não fere a ética de pesquisa. **RESULTADO:** APROVADO.

Cacoal, 19 de abril de 2006.

Prof. Ms. Davys Sleman de Negreiros
Coordenador CEP-FACIMED

APÊNDICE B

Instrumento utilizado para coleta de dados

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1- Estado Civil:

- Solteira Casada Divorciada
 União consensual Viúva

2- Escolaridade:

- Analfabeta Nível Fundamental Nível médio
 Nível Superior Outros

3- Numero de gestações anteriores:

- nenhuma 1 2
 3 4 5 ou +

4- Idade da mãe:

5- Residência

- Rural Urbana

6- Local de residência. (casa, apartamento, sítio ou chácara).

- próprio alugado cedido

7- Renda Familiar: (em salários mínimos)

- 0 – 2 3 – 5 6 ou +

DADOS SOBRE O PRÉ-NATAL

8- Quantas consultas de pré-natal você fez?

9- Onde você fez o pré-natal?

- serviço público serviço particular

10- Você recebeu orientações sobre a amamentação no pré-natal?

- Sim Não

Em caso positivo na questão 10, responder as questões. 11, 12 e 13.

11- Onde?

- no pré natal
 na maternidade
 no puerpério
 todos acima

12- Que tipo de orientação? _____

13- Quem forneceu estas orientações?

- Profissional de saúde
 Família
 Amigas
 outros

DADOS SOBRE O RECEM NASCIDO

14- Idade Gestacional ao nascer: (em semanas)

15- Peso ao nascer:

16- Tipo de parto:

Normal

Cesariana

outros

17- Idade atual da criança:

18- A Sra. teve licença maternidade?

Sim

Não

Em caso positivo na questão 18, responder a questão 19.

20- Mesmo tendo licença maternidade, mas devido à necessidade foi preciso fazer algum "bico"?

Sim

Não

20- A criança chupa chupeta

sim

não

Em caso positivo, desde quando? _____

21- Mama no peito?

Sim

Não

Em caso negativo, desde quando? _____

22- Toma água, chá ou sucos?

Sim

Não

Em caso positivo, desde quando? _____

23- Toma outro leite?

Sim

Não

Em caso positivo, desde quando? _____

24- Come outros alimentos?

Sim

Não

Em caso positivo, desde quando? _____

DADOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

25- Teve orientações sobre técnica de amamentação como: (marque um x em todas em que teve a orientação)

- pega
- retirada
- limpeza
- arrote;
- outros; _____

26- Foi oferecido algum tipo de complemento alimentar para o bebê na maternidade? (água, chá ou outro leite)

- sim
- não

27- Intervalo entre o nascimento e a primeira mamada:

- 1 hora
- 2 horas
- + de 3 horas

28- Aleitamento exclusivo: (Somente leite materno)

- 0 a 30 dias
- 31 a 60 dias
- 61 a 90 dias
- 91 a 120 dias
- 121 a 180 dias
- + de 181 dias

29- Que idade o seu bebe tinha quando bebeu outros tipos de líquidos além do leite materno? _____

Questões 30, 31 e 32 somente para as mães que já pararam de amamentar.

30- Que idade tinha seu filho quando você parou de amamentar?

31- Qual a razão de você ter desmamado?

- doença
- não tinha leite
- o bebê não quis mais
- estética, (medo de cair os seios)
- achava que o leite não era suficiente
- trabalho
- o bebê rejeitou
- falta de orientação
- não teve razões

32- Se você pudesse teria amamentado seu filho por mais tempo?

- Sim
- Não

33- Em sua família ou meio de convivência houve outras mães que amamentaram?

sim

não

Em caso positivo na questão 33, responder as questões 34 e 35

34- Isto influenciou no fato de você amamentar também o seu bebê?

sim

não

35- De que forma foi esta influência?

36- Praticou aleitamento em bebês anteriores?

sim

não

primeiro filho

37- Por quanto tempo?

38- Você sabe qual a importância do leite materno para a criança?

sim

não

Cite alguns exemplos:

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidada a participar, como voluntária da pesquisa- **PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE CACOAL**, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

NOME DA PESQUISA: PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE CACOAL – RO SUDOESTE DA AMAZÔNIA – BRASIL

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: CLARICE FUMIE HAMANAKA

ENDEREÇO: R. ANÍSIO SERRÃO, 1884 CACOAL-RO

TELEFONE: 69-34414338

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Teresinha Cícera, Cibele, Mariana.

PATROCINADOR: Pesquisadora Responsável.

OBJETIVOS: O presente estudo tem como objetivo traçar o perfil do aleitamento materno no município, tendo em vista a importância do mesmo com relação à saúde pública e à mortalidade infantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se concordar em participar da pesquisa você terá que responder a um questionário sobre a amamentação, cujas respostas serão indicadores que levarão o pesquisador ao cumprimento do objetivo principal do estudo em questão.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os pesquisadores garantem que não há riscos de qualquer natureza para os participantes desta.

BENEFÍCIOS: Através da avaliação dos questionários, o pesquisador pretende levar os resultados ao conhecimento da Secretaria Municipal de Saúde do município, onde mostrara possivelmente a necessidade um programa destinado ao aleitamento através dos índices de desmame precoce pela falta de conhecimento das mães sobre sua real importância.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação, como também você não receberá nenhum pagamento pela sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: O pesquisador garante o sigilo quanto a sua identificação.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

TERMO CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu,,declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informada pelo pesquisador(a)dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso, confidencialidade da pesquisa e concordo em participar da mesma. Fui esclarecida que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso resulte em qualquer penalidade.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA: _____

NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL (menor de 18 anos):

Nome por extenso

Assinatura