



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Nutrição
Trabalho de Conclusão de Curso 2
Orientadora: Rosemeire Furumoto

Trabalho de Conclusão de Curso



Eliane Santiago Prazer 09/42707

Outubro de 2012
Brasília – DF

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Nutrição
Trabalho de Conclusão de Curso 2
Orientadora: Rosemeire Furumoto

Fatores que Influenciam na Prevalência e Duração do Aleitamento Materno na Região da Vila Planalto – DF

Eliane Santiago Prazer 09/42707

Rosemeire Furumoto
(Orientadora)

Outubro de 2012
Brasília – DF

Conteúdo

1. RESUMO.....	2
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	3
3. OBJETIVO GERAL.....	11
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
5. METODOLOGIA.....	12
6. RESULTADOSE DISCUSSÃO	13
7. CONCLUSÃO.....	31
8. REFERENCIAS	32
9. APÊNDICES.....	38

1. Resumo

Introdução: Hoje já é provado cientificamente que o aleitamento materno é uma prática essencial para a saúde da criança recém-nascida e também é importante para a saúde materna. Entre os principais benefícios para a criança podemos citar a redução de casos de alergias, obesidade, benefício ao desenvolvimento intelectual e motor da criança. Para a mãe a amamentação pode significar uma recuperação mais rápida no pós-parto, redução no risco de câncer de mama e de fraturas ósseas além de aumentar o vínculo da mãe com seu bebê.

Objetivo: Identificar as possíveis variáveis que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo e analisar a sua prevalência na população atendida no Dia Nacional de Multivacinação

Metodologia: Estudo do tipo transversal realizado com 123 crianças com idade entre zero e 2 anos atendidas pelo Dia Nacional de Multivacinação (2011) no Centro de Saúde da Vila Planalto no Distrito Federal. A coleta de dados foi realizada com auxílio de formulário elaborado para este fim. Através dos dados coletados foi analisada a situação de prevalência da amamentação e seus principais fatores associados. Para verificação de associações entre as variáveis utilizou-se o teste qui-quadrado através do programa SPSS versão 16.0 sendo considerados significativos resultados com $p < 0,05$.

Resultados: Entre as mães participantes da pesquisa cerca de 80% eram casadas ou mantinham uma relação estável com o companheiro e 36,6% declararam renda familiar entre um e dois salários mínimos. 62% das mães possuíam o ensino médio completo (de nove a onze anos de estudo) e 20,5% declararam estar cursando ou já haver concluído o ensino superior (12 anos ou mais de estudo). No momento da entrevista, das 123 crianças 75% mantinham o Aleitamento Materno sendo que destas 36,6% apresentavam Aleitamento Materno Exclusivo (AME). A mediana do AME foi de 135 dias sendo que esta pode ser influenciada, na população estudada, pelo peso ao nascer ($p 0,6$), estado civil da mãe ($p 0,02$), orientações sobre o aleitamento materno durante o pré-natal ($p 0,05$) e presença da IHAC na maternidade.

Conclusão: A prevalência de AME encontrado pelo presente estudo revelou uma tendência promissora na manutenção desta prática até os seis meses de vida. Muitos são os fatores que ainda interferem na duração do aleitamento materno além da própria vontade da mãe em amamentar. Os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento no pré e no pós-natal devem ficar mais atentos as orientações dadas durante as consultas visto que muitas mães alegaram não terem recebido nenhuma orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal.

Palavras chave: Aleitamento materno; prevalência; fatores que influenciam na duração.

2. Revisão bibliográfica

O ser humano, como qualquer outro mamífero, sempre dependeu e depende do leite, prioritariamente o materno, para a sua sobrevivência. No entanto, a história mostra que a amamentação está intimamente ligada com a cultura de cada povo. (CASTILHO E BARROS FILHO, 2009)

A história da amamentação no Brasil teve seu início logo após a chegada dos portugueses que se depararam com as índias que amamentavam seus filhos presos ao seio materno por uma tipóia. O ato de aleitar direto do seio, cultivado pelos integrantes da sociedade Tupinambá foi percebido pelos descobridores como algo impróprio para o homem civilizado, já que a cultura europeia daquela época considerava a amamentação como uma tarefa indigna para uma dama. A amamentação dos filhos das classes dominantes cabia as *saloias*, camponesas da periferia, que no Brasil se tornou a figura da *mãe-preta* de aluguel. (ALMEIDA, 2004)

A partir do século XIX a medicina higienista passou a condenar rigorosamente o aluguel de escravas como amas de leite devido às constantes epidemias de febre amarela e cólera que assolavam as cidades e passou a utilizar o aleitamento materno para se fortalecer junto à sociedade e colonizar progressivamente a família. A amamentação foi então construída socialmente para atender a fins estratégicos sob a ótica do determinismo biológico criando um vínculo entre a criança e a família, sobretudo à mãe. (KOUTSOUKOS, 2009; ALMEIDA, 2004)

A primeira fórmula infantil foi desenvolvida por Leibig em 1867 e logo se tornou popular na Europa, esta fórmula era constituída de farinha de trigo, malte e bicarbonato de potássio. A mistura devia ser misturada ao leite quente para se obter um alimento “idêntico” ao leite materno segundo o próprio criador do produto. (CASTILHO & BARROS FILHO, 2009)

Dando continuidade a esta época de mudanças, o século XX trouxe uma série de inovações para a sociedade. A II Guerra Mundial contribuiu para que o leite artificial adquirisse uma grande importância social. A industrialização e o aperfeiçoamento das técnicas de industrialização do leite de vaca propiciaram a produção em larga escala de leites em pó; as indústrias produtoras deste tipo de leite assessoradas por intensa publicidade difundiram a idéia de que o leite em pó seria um substituto satisfatório para o leite materno devido a sua praticidade, condições adequadas de higiene e suprimento completo de todas as necessidades nutricionais do lactente, uma vez que a maioria deles

eram enriquecidos com vitaminas, o que os tornava até “superiores” ao leite materno. (QUEIRÓS, 2009)

Essa superioridade anunciada pela mídia levou a uma degradação da concepção higienista e da idéia que a amamentação é a continuação do processo de crescimento intra-uterino e fundamental pelo desenvolvimento físico e mental da criança. O aleitamento materno passou então a se manter em um âmbito mais individual, mais relacionado à cultura da própria família o grupo social.

Ainda hoje a cultura, a crença e os tabus influenciam de forma crucial a prática do aleitamento materno e determina diferentes significados do ato de amamentar para a mulher. Muitas são as crenças a respeito da amamentação, estudo feito por Queirós em Goiânia/GO identificou alguns discursos envolvidos no universo cultural da amamentação, relatados pelas nutrizes entrevistadas: não poder tomar banho, colocar os pés no chão ou lavar a cabeça depois do parto, não se assustar para que o leite não seque, banhar o bebê com chá de picão, entre outros relatos (QUEIRÓS, 2009).

Os relatos sobre os benefícios do leite materno já eram citados por Hipócrates (377 a. C.) há muitos anos, este declarava que crianças que não recebiam leite materno apresentavam uma maior taxa de mortalidade (VINAGRE, DINIZ & VAZ, 2001). Hoje já é provado cientificamente que o aleitamento materno é uma prática essencial para a saúde da criança recém-nascida e também é importante para a saúde materna. São muitas as vantagens conferidas à prática da amamentação, o que tem sido comprovado por muitos estudos realizados nos últimos anos. O aleitamento proporciona uma combinação única de proteínas, lipídios, carboidratos, vitaminas, minerais, hormônios, antioxidantes e células vivas, sendo considerado o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento para o lactente (BULTE, 2002; NASCIMENTO, 2003).

Os benefícios conferidos pelo aleitamento são observados principalmente nos países em desenvolvimento e se mostra inversamente proporcional ao nível socioeconômico da população. Evidências de países desenvolvidos vem mostrando que sob baixas condições de higiene o aleitamento pode se mostrar um importante determinante de vida ou morte. Estudos demonstram que em 42 países 1,3 a 1,45 milhões de mortes poderiam ser prevenidas com o aumento do tempo de aleitamento materno (LAUER, et. al, 2006).

Há evidências que o aleitamento materno está associado com redução na prevalência de alergias, obesidade, diabetes, hipertensão e melhora no desenvolvimento

motor e intelectual da criança (JACKSON & NAZAR, 2006; SIQUEIRA & MONTEIRO, 2007).

É possível também relacionar o aleitamento materno exclusivo com a redução de doenças infecciosas em crianças de países em desenvolvimento segundo afirma *World Health Organization* (WHO, 2003). Kramer (2003) mostrou em sua pesquisa que nos países desenvolvidos o aleitamento exclusivo nos seis primeiros meses de vida contribuiu para o decréscimo de infecção no trato gastrointestinal quando comparado com ao que receberam leite materno por 3 a 4 meses apenas. Se baseado nestes achados, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda, desde 2001, que todas as crianças sejam amamentadas exclusivamente por seis meses, assim também fazem o programa de incentivo ao aleitamento materno do Ministério da Saúde (MS) e Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Rebhan, et al. (2009) também encontrou diferença significativa com relação à incidência de doenças do trato gastrointestinal como diarreia e infecções entre crianças amamentadas não exclusivamente ou não amamentadas.

Com relação aos efeitos em longo prazo da amamentação, Toma &Rea (2008) realizaram revisão sistemática com dados obtidos dos bancos de dados MEDLINE e ScientificCitation Index Databases (de 1966 a 2006) e concluíram que crianças amamentadas apresentam média mais baixa de pressão sanguínea e de colesterol total, e melhor desempenho nos testes de inteligência. A prevalência de sobrepeso/obesidade e diabetes tipo 2 também se apresentaram menores.

O aleitamento materno não se mostra vantajoso apenas para a criança, os benefícios da amamentação para a mãe incluem redução do sangramento pós parto, tem efeito contraceptivo aumentando assim o intervalo entre as gestações, reduz o risco de câncer de mama na pré-menopausa e reduz o risco de fraturas de fêmur na vida adulta (GARTNER et al,)

O Ministério da Saúde afirma em documentos publicados voltados especialmente para a saúde da mulher, que o aleitamento materno previne complicações hemorrágicas no pós-parto devido a uma maior contração uterina e com isso favorece a regressão uterina ao tamanho normal (MS, 2001).

O aleitamento materno pode ser responsável por $\frac{2}{3}$ da redução do aparecimento de câncer de mama. Segundo Toma &Rea (2008), o risco relativo de se ter câncer decresceu 4,3% a cada 12 meses de duração da amamentação independente da origem, idade, etnia, presença ou não de menopausa e número de filhos das mulheres. Sendo

assim estimou-se que a incidência desta patologia nos países desenvolvidos seria reduzida a metade se as mulheres amamentassem por mais tempo (TOMA & REA, 2008).

Para a mãe o ato de amamentar pode levar a menor incidência de anemias, menor incidência de fraturas ósseas por osteoporose, maior rapidez na perda de peso pós-parto, maior regressão nos fenômenos do puerpério que ocorrem com maior rapidez devido ao efeito da ocitocina na musculatura do útero e ainda a probabilidade da mulher engravidar diminui no período da lactação, ou seja, há um maior espaçamento intergestacional. (QUEIROZ, 1998; SOUSA, 2004; BAPTISTA, 2009)

Stuebe, et al (2005) mostra em seu estudo que o risco de Diabetes tipo 2 e a duração do aleitamento materno são fatores inversamente proporcionais, sendo mães que procuram amamentar seus filhos por mais de um ano apresentaram um risco muito menos de desenvolverem Diabetes ao longo da vida. Pode-se dizer que esta co-relação ocorre devido ao favorecimento de perda de peso durante a lactação o que reduz a incidência de tolerância a insulina contribuindo assim para a redução no desenvolvimento de Diabetes tipo 2 na mãe.

Além dos benefícios para a mãe e a criança, o aleitamento materno também é vantajoso para a família e a sociedade em âmbito econômico. Esta prática se encontra diretamente ligada à redução de gastos para o sistema de saúde com alimentação, medicamentos, entre outras coisas como a não utilização de frascos, bicos e mamadeiras (ALMEIDA, 2004; BAPTISTA, 2009; WEFFORT, 2006)

Em países com grande contingente de habitantes moradores de zona rural, é possível perceber um maior número de mães que amamentam seus filhos. Pesquisa feita por Escamilla (2003) mostra que a variação existente entre meio urbano e meio rural com relação à amamentação, vem sendo reduzida cada vez mais o que pode ser explicado devido ao êxodo rural que vem ocorrendo nos últimos anos.

Desde o ano de 1981, quando foram implantadas as primeiras políticas públicas para a promoção do aleitamento materno, a amamentação vem mostrando uma elevação no número de ocorrências. Estudos realizados em Pernambuco e no Rio Grande do Sul, demonstraram que o número de dias de amamentação duplicou entre os anos de 1982 e 2006. Em Pernambuco o aleitamento materno exclusivo passou de 1,9% em 1997 para 8,5% em 2006 (CAMINHA, 2009; VICTORA, 2008).

Apurou-se que a amamentação exclusiva durou quase dois meses a mais em pacientes de um hospital com Iniciativa Hospital Amigo da Criança que visa à promoção

do aleitamento materno, programa intensivo, quando comparado com um hospital que não possui essa iniciativa. (AUDI, 2005)

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) tem demonstrado cada vez mais sucesso na promoção do aleitamento materno. Esta estratégia vem a somar com as diversas campanhas relacionadas ao AME e com isso aumentar a prevalência desta prática. A IHAC procura trabalhar com os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno que incluem alojamento conjunto, aleitamento materno precoce iniciação e aconselhamento em amamentação, bem como o apoio a partir de profissionais de saúde. (VANNUCHI, et AL, 2004; COUTINHO, et AL, 2005).

Esta iniciativa também apóia o pré-natal de maneira que orientações sobre a amamentação, suas vantagens e benefícios para mãe e filho já comecem a ocorrer antes mesmo do parto buscando assim oferecer um apoio maior na decisão da amamentação(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Defini-se aleitamento materno por recebimento de leite humano pela criança, com ou sem alimentos complementares de qualquer natureza. Amamentar é o ato de a criança obter o leite materno sugando as mamas, ou pela oferta da mama e seu leite pela mãe à criança. Com base nos referenciais teóricos da fisiologia da lactação praticamente toda a mulher tem possibilidade fisiológica de amamentar, porém esse potencial inato não assegura a ocorrência da amamentação. A menina, em muitos casos tem pouca oportunidade de observar o cuidado de mulheres mais velhas com as crianças. Quando a mulher volta para casa depois do parto, muitas vezes se encontra insegura para amamentar, a criança mesmo sugando pode estar em posição inadequada para o aleitamento o que a impede de se alimentar adequadamente. Fatores como apoio da família, marido e da própria rede de saúde são muitas vezes determinantes para o sucesso a lactação. A decisão de amamentar da mulher está interligada a sua história de vida e ao significado que atribui a este ato. (SALES, 2008; ARAÚJO, 2007; PRIMO, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; HELSING citado por ISSLER, 2001)

Tem sido mostrado na literatura que muitos fatores influenciam a decisão da mãe em começar e continuar a amamentação. Estes incluem o conhecimento da mãe a respeito dos benefícios da amamentação, o suporte dos profissionais de saúde, atitude e recomendações dos profissionais nos hospitais, tipo de parto e suporte da família no pós-parto. Cakmak e Kujuglu (2007) concluíram que as mulheres que tiveram parto cesárea necessitam de maior suporte para iniciar a amamentação, particularmente em posicionar a criança adequadamente. Denis (2002) demonstrou associação negativa entre cesariana

e início do aleitamento. O autor demonstrou que a anestesia pode causar início tardio da amamentação.

Uma técnica de sucção eficaz é considerada de vital importância para o sucesso do aleitamento materno garantindo a criação de um vínculo seguro entre mãe e criança assim também promovendo uma pega adequada buscando uma mamada com qualidade (KRONBORG & VAETH, 2009).

Estudos mostram que profissionais de saúde, principalmente os médicos em seus ambientes de trabalho, não possuem o conhecimento necessário para oferecer suporte adequado para promover o sucesso do aleitamento (FREED et al, 1995; HONTARD et al. 1997; SCHANTER et al, 1999).

Grossmanetal (2009) estudando o conhecimento dos médicos e o início do aleitamento materno em hospitais concluiu que a educação intensiva sobre aleitamento materno para os médicos, pode aumentar a prevalência do aleitamento materno nos hospitais.

A amamentação representa a experiência nutricional mais precoce de um recém-nascido e faz parte de um período crítico e específico do desenvolvimento. Essa experiência pode ser considerada fator crucial no desenvolvimento social, psicológico e principalmente metabólico da criança, tanto que organizações nacionais e internacionais preocupam-se em estabelecer e difundir estratégias que incentivam e propiciam a amamentação. (NARCHI, 2008; SIMON, 2009)

A gestão eficiente e prazerosa da amamentação inicialmente é a melhor maneira de estabelecer a prática do aleitamento materno, caso contrário, mesmo as mães que estavam originalmente dispostas ao aleitamento materno podem ter de enfrentar o fracasso. (AUDI, 2005)

Alguns fatores podem ser apresentados como protetores do aleitamento materno exclusivo. Entre os principais podemos citar: a escolaridade e idade da mãe, localização do domicílio, peso superior a 2500g ao nascer, o fato da mãe não trabalhar fora, orientação e apoio nos primeiros dias de amamentação, o sexo da criança sendo feminino, entre outros. (BAPTISTA, 2009; CAMINHA, 2009)

Escamilla (2003) e Pereira et al (2010) mostra em estudo realizado no Rio de Janeiro a associação entre escolaridade materna e duração do aleitamento materno exclusivo. O estudo apontou que mães com escolaridade mais baixa tendem a introduzir

alimentos mais precocemente. Este achado pode estar relacionado com o conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno para a criança e para a própria mãe.

Lande et AL (2003) também mostra a associação entre a escolaridade materna e a duração do aleitamento materno exclusivo, porém traz em sua discussão o fato de que esta associação é mais prevalente e países desenvolvidos.

O mesmo estudo mostra que mães que já possuíam e amamentaram outros filhos contribuiu para o aumento da prevalência de amamentação pelos seis primeiros meses de vida. Este fato reforça a importância de um apoio maior as mulheres que ainda não amamentaram ou que amamentaram por pouco tempo seus filhos (PEREIRA et AL, 2010)

Todas as vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade, não tem sido suficientes para garantir a incorporação de valores culturais capazes de reverter à tendência natural ao desmame. (ALMEIDA, 2004) O relatório do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de 2010 registrou cerca de 10.400 crianças de 6 a 12 meses no Brasil das quais apenas 27,65% apresentaram aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. Na região centro-oeste, foram registradas em torno de 2.400 crianças das quais 29,6% se mantiveram em aleitamento materno exclusivo até os cinco meses de idade. No DF foram avaliadas cerca de 287 crianças e a porcentagem de aleitamento materno exclusivo ficou em 19,16%.

Crianças que apresentam baixo peso ao nascer (< 2500g) apresentam relação negativa com o tempo de aleitamento materno exclusivo. Chaves et AL (2007) afirma que entre as possibilidades de bebês que nascem com baixo peso serem amamentados por menos tempo estão: a maior dificuldade que estes bebês apresentam para sugar o leite e também a crença, por parte de alguns profissionais de saúde, que o grande benefício para estes bebês seria o ganho ponderal mais acelerado levando assim a introdução precoce de fórmulas infantis, farinhas, leite de vaca e açúcar.

Aspectos como o trabalho da mãe fora de casa podem também ser considerado fator importante na determinação do aleitamento materno exclusivo, contudo o fato da mãe não trabalhar fora e dispor de mais disponibilidade de tempo não garante uma maior prevalência do aleitamento materno exclusivo (DAMIÃO, 2008) visto que esta é uma prática que depende de um conjunto estratégias e decisões da própria mãe.

Pesquisa realizada em Salvador/BA por Oliveira (2005), sobre os hábitos alimentares de crianças com idade de até 24 meses, mostra um grande consumo de açúcar mesmo antes dos seis meses de idade, assim como os farináceos e os produtos

enriquecidos, e as frutas que são oferecidas como suco. Foi ainda percebido, na maioria das vezes, uma ingestão energético-protéica excessiva para os padrões da OMS nas crianças submetidas a alimentação complementar.

A introdução do açúcar na alimentação, nessa fase em que a criança está formando seus hábitos, pode levar ao maior consumo de alimentos com alto teor calórico o que pode aumentar o risco de sobrepeso e obesidade. (SIMON, 2009)

A ingestão precoce de alimentos na dieta da criança pode ser prejudicial, já que o seu sistema digestivo e rins são imaturos, tendo dificuldades no manejo dos metabólicos diferentes do leite humano, podendo causar reações de hipersensibilidade e eliminação de solutos de forma inadequada. (SALES,2008)

As crianças cujas mães trabalham fora de casa são colocadas na área de risco para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade. Essas mães quase sempre deixam seus filhos na escola em período integral onde as crianças fazem suas refeições. Muitas vezes, ao sair, a criança já teria jantado, mas não os pais. Isso pode levar a criança a fazer uma nova refeição com a família o que aumentaria o valor calórico da dieta. Outro ponto que leva o trabalho da mãe a se tornar um fator de risco é a tendência de agradar a criança com alimentos altamente calóricos na tentativa de compensar sua ausência devido ao trabalho. (SIMON, 2009)

Bercini (2007) cita alguns estudos realizados por Kitokoet al. (2000), Vieira et al. (2003) e Ministério da Saúde (2004), que tem apontado para a introdução tardia dos alimentos complementares (resultado encontrado em 20% da amostra), resultando em situações preocupantes, uma vez que, após os seis meses de idade, o leite materno já não supre todas as necessidades nutricionais da criança sendo necessária a introdução de alimento complementar mantendo o leite materno até dois anos de idade ou mais.

O comportamento alimentar da criança é determinado pela interação da criança com o alimento, pelo seu desenvolvimento anatomofisiológico e por fatores emocionais, psicológicos, socioeconômicos e culturais. Entretanto a influência mais marcante na formação dos hábitos alimentares é o produto da interação da criança com a própria mãe ou com a pessoa ligada com a sua alimentação. O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares podem ter grande influência na alimentação e nas preferências alimentares e afetar o equilíbrio energético da alimentação pela disponibilidade e composição dos alimentos. (BERCINI, 2007)

3. Objetivo

3.1. Objetivo Geral

Identificar as possíveis variáveis que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo e analisar a sua prevalência na população atendida no Dia Nacional de Multivacinação.

3.2. Objetivos específicos

Relacionar a prevalência de aleitamento materno exclusivo com possíveis fatores externos como: Idade da mãe; Escolaridade materna; Renda Familiar; Realização de consultas de pré-natal e Orientação sobre o aleitamento durante as consultas do pré-natal, entre outros.

4. Metodologia.

Estudo transversal de cunho populacional realizado em agosto de 2011, Dia Nacional de Multivacinação. Pesquisas realizadas no dia da vacinação permitem uma coleta de dados rápida, com baixo custo e de uma amostra representativa da população em questão.

A seleção foi feita entre todos os presentes, mães e/ou responsável de acordo com a disponibilidade e vontade. A coleta de dados foi realizada no Posto de Saúde número 15 da Vila Planalto – DF no momento da vacinação a partir de questionário estruturado exclusivamente para este fim e preenchido por alunas devidamente treinadas do curso de graduação em nutrição. As questões contidas no questionário permitiram uma análise quantitativa a respeito dos dados antropométricos, socioeconômicos e aos fatores associados ao início e duração da amamentação.

O aleitamento foi definido em **Aleitamento Materno Exclusivo**, quando a criança recebe apenas leite materno de sua mãe, ou leite materno ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos. **Aleitamento Materno Misto**, quando a criança recebe leite do peito da mãe e também pode receber água (água açucarada e com sabores, infusões, chá etc.); suco de frutas; solução de sais de hidratação oral (SRO); vitaminas, minerais e medicamentos em gotas ou xaropes, e líquidos cerimoniais (em quantidades limitadas). **Aleitamento Materno Artificial**, quando a criança recebe alimento diferente do leite materno normalmente a base de leite de vaca ou de soja e adaptado de modo a suprir suas necessidades nutricionais. **Aleitamento Materno Complementado**, quando a criança recebe além do leite materno, outros alimentos sólidos, semi-sólidos e líquidos, como papinhas de vegetais e cereais, sopas entre outros.

A mensuração dos dados antropométricos de crianças de 0 a 2 anos foi realizada com balança pediátrica digital que comporta até 25 Kg e possui uma precisão de 10g; e seu comprimento foi aferido com o uso de antropômetro transversal portátil em superfície plana, firme e lisa.

Os dados coletados foram digitados no programa Excel 2007 e analisados estatisticamente no programa SPSS versão 16.0, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$.

5. Resultadose Discussão

A amostra foi constituída de 123 crianças de idades entre um mês e dois anos que compareceram ao Dia Nacional de Multivacinação em Junho de 2011. Nenhuma das crianças foi excluída sendo utilizados todos os dados possíveis obtidos durante a coleta de dados.

Entre as crianças participantes do presente estudo, o maior percentual observado foi de meninas sendo próximo a 54% confirmando assim os resultados populacionais do CENSO de 2010 que revelou 52,2% da população do Distrito Federal sendo do sexo feminino.

Tabela 1: Características gerais da amostra de crianças e mães atendidas no Dia Nacional de Multivacinação no Centro de Saúde da Vila Planalto - DF.

	Frequência	Percentual (%)
Sexo		
Masculino	57	46,3
Feminino	66	53,7
Peso ao nascer		
Peso adequado (>2500g)	110	90,9
Baixo peso (<2500g)	8	6,6
Muito Baixo Peso (<1500g)	3	2,5
Tipo de parto		
Normal	53	43,1
Cesariana	70	56,9
Tempo de gestação		
Não soube informar	4	3,3
Menos que 37 semanas	13	10,6
Entre 37 e 41 semanas	102	82,9
Mais que 41 semanas	4	3,3
Ordem do nascimento da criança		
Primeiro	75	61
Segundo	36	29,3
Terceiro	9	7,3
Quarto	1	0,8
Quinto	2	1,6
Comparecimento as consultas de CD		
Sim	120	97,6
Não	3	2,4

Os dados de peso ao nascer foram coletados diretamente na caderneta da criança buscando evitar possíveis vieses relacionados à memória. Estes mostraram que 90,9% das crianças apresentavam peso adequado ao nascer segundo classificação adotada pelo Ministério da Saúde, e que apenas 2,5% nasceram com muito baixo peso o que foi associado à ocorrência de partos prematuros.

O tempo de gestação juntamente com o tipo de parto são fatores importantes a serem analisadas visto que estudos mostram uma forte relação entre estas variáveis e a duração do aleitamento materno (CAKMAK e KUJUAGLU, 2007; DENIS, 2002; FRAGOSO e FORTES, 2011). Como no presente estudo, Fragoso e Fortes (2011) encontraram maior percentual de crianças nascidas de parto cesárea e com tempo de gestação inferior a 37 semanas, ou seja, pré-termos. Quanto à ordem do nascimento da criança, a maior parte das mães, 61%, não havia outros filhos sendo aquela a primeira experiência com aleitamento materno vivida pela mãe.

O maior percentual das mães entrevistadas relatou acompanhamento regular junto ao ambulatório de Crescimento e Desenvolvimento (CD) sendo que algumas demonstraram dificuldades em se lembrar a quantidade de consultas por não comparecerem com a periodização recomendada, ou seja, mensalmente.

Tabela 2: Características sócio demográficas de crianças e mães atendidas no Dia Nacional de Multivacinação no Centro de Saúde da Vila Planalto - DF

	Frequência	Percentual (%)
Estado civil da mãe		
Solteira	23	18,9
Casada	53	43,4
União Estável	45	36,9
Divorciada	1	0,8
Numero de abortos		
Zero	101	82,1
Um	18	14,6
Dois	3	2,4
Três	1	0,8
Escolaridade da mãe		
Até 4 anos ou menos	6	4,9
De 5 a 8 anos	15	12,3
De 9 a 11 anos	76	62,3
Mais que 12 anos	25	20,5
Mãe trabalha fora		
Sim	44,3	54
Não	55,7	68
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	6	4,9
De 1 a 2	45	36,6
De 2 a 3	15	12,2
De 3 a 5	14	11,4
De 5 a 10	20	16,3
De 10 a 20	5	4,1
Mais de 20 salários mínimos	2	1,6
Não informada	16	13
Mãe realizou pré-natal		
Sim	119	98,3
Não	2	1,7
Fumou durante a gravidez		
Sim	5	4,2
Não	115	95,8

Com relação ao estado civil das mães, o maior percentual encontrado foi de mulheres casadas ou em união estável, o que leva a crer que exista um maior apoio familiar e segurança para a prática do Aleitamento Materno. As mães, em sua maioria alegaram ter frequentado a escola por um período de nove a onze anos (62,3%) que corresponde ao atual Ensino Médio. Cerca de 20% alegaram ter cursado ou estarem cursando o Ensino Superior. Estes dados podem ser relacionados com o percentual de renda familiar entre um e três salários mínimos.

Apenas duas mães (1,7%) alegaram não ter realizado o pré-natal sendo referidos como motivos principais a falta de acessibilidade ao centro de saúde e a falta de tempo para comparecer as consultas.

Cinco mães (4,2%) se declararam fumantes sem a interrupção deste hábito durante a gravidez mesmo sob recomendações médicas. Não foram questionados os motivos que levaram a não interrupção do hábito de fumar.

Tabela 3: Características relacionadas ao pré-natal, pós-parto e prática do aleitamento materno da amostra de crianças e mães atendidas no Dia Nacional de Multivacinação no Centro de Saúde da Vila Planalto - DF

	Frequência	Percentual (%)
Teve orientação médica sobre o aleitamento durante pré-natal		
Sim	90	74,4
Não	27	22,3
Não lembra	4	3,3
Criança permaneceu em alojamento conjunto após o parto		
Sim	103	85,1
Não	17	14
Não lembra	1	0,8
Amamentou nas primeiras 24h de vida da criança		
Sim	106	86,2
Não	15	12,2
Não lembra	2	1,6
Problemas para iniciar o aleitamento		
Sim	33	27,3
Não	88	72,7
Principais problemas para iniciar o aleitamento		
Fissura	8	24,2
Pouco leite	11	33,3
Outros	14	42,4
A criança permanece em aleitamento materno		
Sim	93	76,2
Não	30	23,8

Tabela 3 (continuação): Características relacionadas ao pré-natal, pós-parto e prática do aleitamento materno da amostra de crianças e mães atendidas no Dia Nacional de Multivacinação no Centro de Saúde da Vila Planalto - DF

Duração do aleitamento materno exclusivo	Frequência	Percentual (%)
Não foi amamentada	3	2,5
AME no momento	34	28,6
Menos que 1 mês	7	5,9
Menos que 4 meses	15	12,6
4 meses	13	10,9
5 meses	12	10,1
6 meses	32	26,9
Mais de 6 meses	3	2,5
Principais motivos para a interrupção do AME		
Volta ao trabalho	15	17,9
Introdução a alimentação complementar	41	48,8
Rejeição da mama	10	11,9
Outros	18	21,4
Tipo de aleitamento materno no momento da entrevista		
Aleitamento materno exclusivo	34	27,6
Aleitamento materno (misto ou complementado)	59	47,9
Já sofreram o desmame total	29	23,6
A criança usa chupeta		
Sim	43	35,2
Não	79	64,8
A criança usa mamadeira		
Sim	49	40,2
Não	73	59,8
Experiência da mãe com amamentação		
Este é o primeiro filho	74	60,7
Sim	47	38,5
Não	1	0,8

Uma pesquisa realizada em Singapura entre os anos de 2004 e 2005 reuniu 450 mulheres com idade gestacional de 34 semanas visando realizar intervenção pré e pós-natal avaliando assim os resultados sobre a duração do aleitamento materno exclusivo. A amostra foi dividida em três grupos sendo, um grupo controle que recebeu as orientações do serviço de saúde, outro que recebeu orientações sobre AME no período pré-natal e o terceiro que recebeu orientações sobre AME no período pós-natal. Foi observada diferença significativa entre os grupos que receberam intervenção e o grupo controle, sendo que nestes grupos a presença do AME até os seis meses de vida se mostrou mais elevada, 19% contra 9% do grupo controle, comprovando assim que o apoio tanto no pré-natal quanto no pós-natal pode contribuir positivamente na duração do aleitamento aumentando a confiança da mãe no momento da amamentação (SU et.al., 2007).

Foi questionado durante a entrevista sobre a presença de orientações relacionadas a importância do aleitamento materno durante as consultas do pré-natal, 74% das mães

declararam ter recebido orientações sobre a importância do aleitamento e também sobre as formas adequadas de proceder esta prática. Das demais, 22% declaram não haver recebido nenhuma informação sobre o aleitamento e o restante não se lembrava desta informação.

Os reflexos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mostraram-se presente em mais de 80% das respostas obtidas sobre alojamento conjunto e amamentação nas primeiras 24 horas após o parto sendo assim considerado fator positivo também com relação ao baixo percentual de mães que relataram problemas para iniciar o aleitamento materno.

Das mães que relataram a presença de problemas em iniciar o aleitamento, 33% citaram a pouca quantidade de leite produzida como a principal dificuldade encontrada, 24% sofreram fissura mamilar logo nos primeiros dias de vida da criança. Outras dificuldades citadas pelas mães foram problemas com a “pega” adequada, pouca força de sucção da criança e bico do mamilo invertido.

Das 123 crianças participantes deste estudo, 75,5% se encontravam em Aleitamento Materno sendo que destes 36,6% estavam em AME e 63,4% em Aleitamento Materno misto ou complementado.

A análise dos dados também mostra que o AME na população em questão alcançou os seis meses em sua maioria sendo interrompido pela introdução da alimentação complementar como orientação da OMS e do Ministério da Saúde. Entre os outros motivos citados para a interrupção do AME estão a ocorrência de nova gravidez, redução no volume de leite e opção da própria mãe.

Quanto à utilização de chupetas e mamadeiras foi percebido que a maioria das crianças não fazia uso destes objetos, no entanto o percentual de crianças que utilizava chupetas e mamadeira ainda se mostrou elevado, 35,2% e 40,2% respectivamente, visto que esta prática não é recomendada pelo Ministério da Saúde devido a suas implicações na saúde da criança.

Duração do aleitamento materno exclusivo

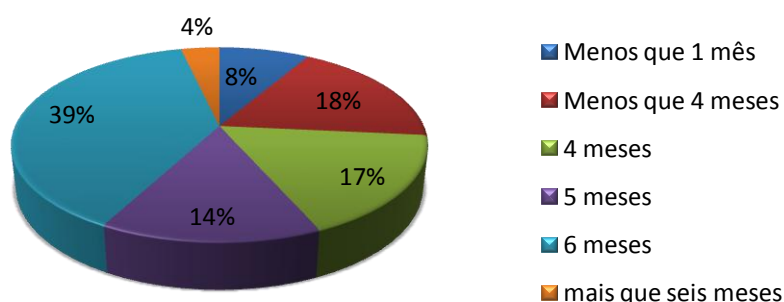


Figura 1: duração do aleitamento materno exclusivo (AME) referente à amostra de crianças atendidas no Dia Nacional de Multivacinação no Centro de Saúde da Vila Planalto - DF

Segundo resultados mostrados no gráfico acima, excluindo as crianças que ainda se encontravam em aleitamento materno exclusivo, 17% das crianças participantes se mantiveram em AME até os quatro meses de vida e 39% até os seis meses. Sena (2007) coletou dados em 25 capitais do Brasil e seus resultados mostraram uma ocorrência de apenas 13,3% de AME aos seis meses de vida, já Saha (2008) mostrou resultados ainda piores em estudo realizado na zona rural de Bangladesh onde o percentual de AME foi de apenas 10,7%, valores que diferem muito dos encontrados por este estudo.

A estimativa de duração média de AME no conjunto das capitais brasileiras de acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e DF foi de 54 dias, ou seja, de um mês e vinte e quatro dias (Ministério da Saúde, 2010). Adams & Rodrigues (2010) obtiveram média de AME entre 12 e 30 dias no estado Rio Grande do Sul. Diferentemente dos resultados acima citados, o presente estudo chegou a uma média de duração do AME em torno de 135 dias, ou seja, 4,5 meses, o que se aproximou mais dos resultados de Saha (2008) cuja mediana se manteve entre 121 dias.

Theofiliannakou et al. (2006) em estudo realizado na Grécia atingiu um percentual de 16% de aleitamento materno em crianças com seis meses de vida e apenas 12% de aleitamento materno exclusivo, resultados estes que concordam com as outras pesquisas realizadas no Brasil aqui citadas.

Com relação aos estudos aqui citados, a duração do AME se mostrou mais adequada, porém este valor ainda se encontra aquém das recomendações do Ministério da Saúde que preconiza a duração do AME por 180 dias.

Tabela 4: Distribuição das crianças de acordo com gênero, peso ao nascer e tipo de parto relacionado a tempo de aleitamento materno exclusivo, Vila Planalto – DF, 2011.

		Não foi amamentada	AME no momento	< 1 mês	< 4 meses	4 meses	5 meses	6 meses	> 6 meses
Gênero									
Feminino	N	4	21	2	6	9	5	17	2
	%	3,3	17,1	1,6	4,9	7,3	4,1	13,8	1,6
Masculino	N	0	15	5	9	5	7	15	1
	%	0	12,2	4,1	7,3	4,1	5,7	12,2	8
p= 0,31									
Peso ao nascer									
Peso Adequado (≥2500g)	N	2	35	6	13	13	11	27	3
	%	1,7	28,9	5	10,7	10,7	9,1	22,3	2,5
Baixo Peso (<2500g)	N	1	0	1	2	0	0	4	0
	%	8	0	8	1,7	0	0	3,3	0
Muito Baixo Peso (<1500g)	N	1	0	0	0	0	1	1	0
	%	8	0	0	0	0	8	8	0
P =0,06									
Tipo de Parto									
Parto normal	N	1	15	3	7	7	4	16	0
	%	8	12,2	2,4	5,7	5,7	3,3	13	0
Parto cesária	N	3	21	4	8	7	8	16	3
	%	2,4	17,1	3,3	6,5	5,7	6,5	13	2,4
P = 0,74									

Não foram encontrados na literatura muitos resultados significativos relacionados ao sexo da criança e a duração do aleitamento materno. VEIRA, et. al. (2004) registrou uma tendência de associação entre estas duas variáveis. Crianças do sexo feminino apresentaram prevalência de AME de 40,9 % enquanto que as do sexo masculino 35,8%.

Os resultados demonstrados na tabela 4, apesar de não mostrarem significância estatística, concordam com o estudo de Veira, et al. (2004). É possível perceber que o sexo feminino apresenta valores maiores de aleitamento materno exclusivo tanto no momento da entrevista, quando nos quatro e seis meses de idade. Um dado que destoa na tabela é que 3,3% do sexo feminino não foram amamentadas em nenhum momento da vida, fato este que não foi observado no sexo masculino.

Como já foi citada anteriormente, a literatura indica uma baixa prevalência de AME em bebês no geral. Estudo realizado por Leone, et al. (2012) mostra que o peso adequado ao nascer pode ser considerado um fator de proteção para uma maior duração do aleitamento materno exclusivo. Na mesma linha de pensamento Sanches et al (2011) mostra que o percentual de AME pode ser ainda menor que os resultados encontrados na população em geral em crianças nascidas com baixo peso ou prematuras.

Desde o ano 2000 está em vigor o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e fazendo parte deste programa a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso também chamado de Método Canguru (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Este método visa aumentar o contato entre a criança e a mãe sendo comprovados por outros estudos como estratégia facilitadora para a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida (ALMEIDA et. al. 2010; VENÂNCIO & ALMEIDA, 2004).

Almeida et al (2010) percebeu um percentual três vezes maior de AME em crianças que nasceram com baixo peso e participaram do método canguru. Para as crianças de seis meses que passaram pelo método foi encontrado percentual de 22,7% enquanto que as crianças do grupo controle apresentaram apenas 5,9%.

Os resultados aqui obtidos mostram resultado relevante com relação à variável peso ao nascer, no entanto para uma maior confiabilidade seria necessário obter dados de crianças com baixo peso ao nascer e com peso adequado na mesma proporção, o que não ocorreu.

O parto normal é outra variável que também pode ser considerada facilitadora no que diz respeito ao aleitamento materno. Fragoso & Fortes (2011) afirmam o parto cesárea quando comparado ao parto normal, reduz as chances de um aleitamento materno duradouro, isto ocorre muitas vezes pelo adiamento do contato entre mãe e filho devido aos efeitos pós-anestésicos e pós-cirúrgicos.

No estudo de Fragoso & Fortes (2011) a maior parte dos partos deu-se em hospitais públicos do DF e revelou um maior percentual de partos do tipo cesárea, porém este resultado não mostrou correlação significativa com a duração do aleitamento materno. O percentual de partos do tipo cesárea encontrados neste estudo (56,9%) confirmou a maior frequência deste em relação ao parto normal (43,1%), o que também foi percebido por Fragoso e Fortes (2011) que encontraram ocorrência de cesáreas em 58,82% e de parto normal em 41,18%.

Segundo dados do Ministério da Saúde, hoje a ocorrência de parto cesárea já alcança a marca de 43% de todos os partos realizados no Brasil, sendo que a recomendação da OMS é que este percentual seja de apenas 15%. Por ser uma cirurgia, a cesariana somente é indicada para os casos que tragam risco para a mãe ou o seu bebê. Quando realizada sem que exista uma indicação médica precisa, aumentam os riscos de complicações e de morte para a mulher e para o recém-nascido.

Tabela 5: distribuição das crianças de acordo com tempo de gestação, ordem do nascimento e número de abortos da mãe relacionado a tempo de aleitamento materno exclusivo, Vila Planalto – DF, 2011.

		Não foi amamenta da	AME no momento	< 1 mês	< 4 meses	4 meses	5 meses	6 meses	> 6 meses
Tempo de gestação									
Não soube informar	N	1	0	0	1	0	0	1	1
	%	0,8	0	0	0,8	0	0	0,8	0,8
Pré-termo	N	1	3	1	2	1	1	3	1
	%	0,8	2,4	0,8	1,6	0,8	0,8	2,4	0,8
A termo	N	2	31	6	12	12	10	28	1
	%	1,6	25,2	4,9	9,8	9,8	8,1	22,8	0,8
Pós-termo	N	0	2	12	0	1	1	0	0
	%	0	1,6	9,8	0	0,8	0,8	0	0
P = 0,22									
Ordem do nascimento da criança									
1º	N	3	24	5	9	8	6	17	3
	%	2,4	19,5	4,1	7,3	6,5	8,9	13,8	2,4
2º	N	0	9	1	6	5	4	11	0
	%	0	7,3	0,8	4,9	4,1	3,3	8,9	0
3º	N	0	3	0	0	1	2	3	0
	%	0	2,4	0	0	0,8	1,6	2,4	0
4º	N	0	0	0	0	0	0	1	0
	%	0	0	0	0	0	0	0,8	0
5º	N	1	0	1	0	0	0	0	0
	%	0,8	0	0,8	0	0	0	0	0
P = 0,18									
Numero de abortos									
0	N	3	28	6	13	10	11	27	3
	%	2,4	22,8	4,9	10,6	8,1	8,9	22	2,4
1	N	1	5	1	2	4	1	4	0
	%	0,8	4,1	0,8	1,6	3,3	0,8	3,3	0
2	N	0	3	0	0	0	0	0	0
	%	0	2,4	0	0	0	0	0	0
3	N	0	0	0	0	0	0	1	0
	%	0	0	0	0	0	0	0,8	0
P = 0,88									

O nascimento “a termo”, ou seja, entre 37 e 41 semanas de gestação foi verificado em 82,9% das crianças deste estudo diferentemente do estudo feito por Fragoso & Fortes (2011) que encontraram 85,3% de nascimento pré-termo. O mesmo estudo mostrou uma correlação entre o tempo de gestação, tipo de parto e a duração de AME. Estes resultados não foram verificados no presente estudo como pode ser observado na tabela 5 porém a amostra não possui divisão igualitária entre partos normais e cesárias, o que pode ter influenciado no resultado.

Como já se sabe o ato de amamentar não é instintivo como se pensava em tempos passados, sendo assim a experiência da mãe com a amamentação pode ser considerada fator de proteção ao aleitamento materno e também um incentivo ao aleitamento exclusivo por um tempo mais prolongado. Veira et al. (2004) e Pereira et al (2010) encontraram uma maior prevalência de aleitamento materno em mães multíparas quando comparadas as primíparas. Apesar de a literatura afirmar esta relação positiva não foi possível observar este resultado no presente estudo. Como 60,7% das mães entrevistadas passavam por sua primeira experiência maternal não foi possível observar tal relação. Entre as mães com mais de um filho apenas uma relatou não ter amamentado a primeira criança não sendo questionado o motivo para tal feito.

A assistência do profissional de saúde para com as mães é de suma importância para o sucesso do aleitamento materno, principalmente quando se trata de mães primíparas, visto que estas se sentem mais protegidas e confiantes (VEIRA, et. al. 2004).

O acompanhamento materno deve ser realizado tanto antes do parto quanto após o nascimento do bebê, este acompanhamento pode e deve ser realizado juntamente com a criança no Ambulatório de Crescimento e Desenvolvimento (CD) sendo assim o binômio mãe-criança tratado em uníssono como um todo por um só profissional fazendo com que a mãe receba o apoio necessário para a retirada de dúvidas e a manutenção adequada do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade como é recomendado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (VEIRA, et. al. 2004).

Apesar de termos conhecimento da importância do acompanhamento ambulatorial para a mãe e para a criança, como já foi citado acima, o presente estudo não encontrou resultados significativos a respeito desta variável. As mães que admitiram não comparecerem as consultas do Ambulatório de CD alegaram falta de tempo para comparecerem ao hospital demonstrando assim, falta de conhecimento ou interesse sobre a importância deste acompanhamento.

Tabela 6: distribuição das crianças de acordo com comparecimento ao ambulatório de CD, estado civil da mãe e escolaridade da mãe, relacionado a tempo de aleitamento materno exclusivo, Vila Planalto – DF, 2011.

		Não foi amamentada	AME no momento	< 1 mês	< 4 meses	4 meses	5 meses	6 meses	> 6 meses
Comparecimento as consultas de CD*									
Sim	N	4	35	7	15	14	11	31	3
	%	3,3	28,5	5,7	12,2	11,4	8,9	25,2	2,4
Não	N	0	1	0	0	0	1	1	0
	%	0	0,8	0	0	0	0,8	0,8	0
P = 0,89									
Estado civil da mãe									
Solteira	N	0	3	4	2	4	3	7	0
	%	0	2,5	3,3	1,6	3,3	2,5	5,7	0
Casada	N	3	17	2	7	1	7	16	0
	%	2,5	13,9	1,6	5,7	0,8	5,7	13,1	0
União estável	N	0	16	1	6	8	2	9	3
	%	0	13,1	0,8	4,9	6,6	1,6	7,4	2,5
Divorciada	N	0	0	0	0	1	0	0	0
	%	0	0	0	0	0,8	0	0	0
P = 0,02									
Escolaridade									
≤ 4 anos	N	0	1	1	1	1	1	1	0
	%	0	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0
Entre 5 e 8 anos	N	0	5	1	1	4	0	4	0
	%	0	4,1	0,8	0,8	3,3	0	3,3	0
Entre 9 e 11 anos	N	2	22	4	10	7	7	21	3
	%	1,6	18	3,3	8,2	5,7	5,7	17,2	2,5
≥ 12 anos	N	1	8	1	3	4	4	6	0
	%	0,8	6,6	0,8	2,5	3,3	3,3	4,9	0
P = 0,94									

Com relação ao estado civil da mãe no período de aleitamento materno, 80,3% das mesmas informaram ser casadas ou apresentarem uma união estável com o companheiro. Diante disso foi percebida correlação significativa com a duração desta prática como pode ser percebido na tabela acima ($p = 0,02$). Este resultado contribui com a afirmação de Barbosa et.al. (2009), onde mães que vivem sem a presença do companheiro apresentam um risco seis vezes maior de abandonar o aleitamento exclusivo precocemente quando comparadas aquelas que vivem com os parceiros.

Outro estudo realizado em Fortaleza – CE evidenciou que para as mães a presença de um parceiro era de suma importância para o sucesso do aleitamento, pois estas entendiam que a ajuda na divisão de tarefas envolvidas com o cuidado do bebê faziam com que as mães se sentissem mais seguras e menos sobrecarregadas (MACHADO,

2008) sendo assim a presença do companheiro durante o período de aleitamento materno exclusivo pode ser considerado um fator de proteção.

Além das informações sobre estado civil, foram coletados dados com relação a idade e escolaridade da mãe. Entre as participantes obtivemos uma média de idade de 26 anos sendo que a maioria delas relataram ter entre 9 e 11 anos de estudo o que equivale ao atual Ensino Médio assim como na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno já citada neste estudo (Ministério da Saúde, 2010).

Estudo realizado no dia de multivacinação no estado de São Paulo no ano de 2008 entrevistou 704 mães e evidenciou que para esta população a escolaridade apesar de não mostrar significância estatística, contribuiu para a duração do aleitamento materno (LEONE, C.R. et. al, 2012). Estes resultados também foram percebidos em nosso estudo, onde a relação tempo de aleitamento materno e escolaridade da mãe se apresentou maior entre as mães que possuíam de 9 a 11 anos de estudo.

Estudo baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2002 – 2003 averiguou que mães que possuem maior escolaridade apresentam maior frequência de aleitamento materno entre crianças de zero até seis meses. Já em crianças com mais de seis meses, a prevalência de aleitamento se inverte ficando maior entre mães com pouca escolaridade. Também foi citada uma possível valorização dos benefícios do aleitamento entre as participantes com maior escolaridade, porém o fim da licença maternidade contribui com o desmame aos seis meses e até mesmo antes disso (WENZEL & SOUZA, 2011).

Tabela 7: distribuição das crianças de acordo com trabalho da mãe, renda familiar, realização do pré-natal e uso de tabaco durante a gravidez relacionado a tempo de aleitamento materno exclusivo, Vila Planalto – DF, 2011.

		Não foi amamentada	AME no momento	< 1 mês	< 4 meses	4 meses	5 meses	6 meses	> 6 meses
Trabalho da mãe									
Sim	N	1	10	4	8	8	8	16	1
	%	0,8	8,2	3,3	6,6	6,6	4,9	13,1	0,8
Não	N	2	26	3	7	6	6	16	2
	%	1,6	21,3	2,5	5,7	4,9	4,9	13,1	1,6
P = 0,45									

Tabela 7 (continuação): distribuição das crianças de acordo com trabalho da mãe, renda familiar, realização do pré-natal e uso de tabaco durante a gravidez relacionado a tempo de aleitamento materno exclusivo, Vila Planalto – DF, 2011.

		Não foi amamentada	AME no momento	< 1 mês	< 4 meses	4 meses	5 meses	6 meses	> 6 meses
Renda Familiar									
Sem informação	N	1	7	0	1	1	0	6	0
	%	0,8	5,7	0	0,8	0,8	0	4,9	0
≤ 1 salário mínimo	N	0	3	0	0	0	1	2	3
	%	0	2,4	0	0	0	0,8	1,6	2,4
Entre 1 e 2	N	1	8	3	6	11	4	9	0
	%	0,8	6,5	2,4	4,9	8,9	3,3	7,3	0
Entre 2 e 3	N	0	8	2	1	1	2	1	0
	%	0	6,5	1,6	0,8	0,8	1,6	0,8	0
Entre 3 e 5	N	1	4	0	3	0	2	4	0
	%	0,8	3,3	0	2,4	0	1,6	3,3	0
Entre 5 e 10	N	1	5	1	4	0	2	7	0
	%	0,8	4,1	0,8	3,3	0	1,6	5,7	0
Entre 10 e 20	N	0	1	1	0	1	1	1	0
	%	0	0,8	0,8	0	0,8	0,8	0,8	0
> 20 salários mínimos	N	0	0	0	0	0	0	2	0
	%	0	0	0	0	0	0	1,6	0
P = 0,44									
Pré-Natal									
Sim	N	2	36	6	15	14	12	31	3
	%	1,7	29,8	5	12,4	11,6	9,9	25,6	2,5
Não	N	0	0	1	0	0	0	1	0
	%	0	0	0,8	0	0	0	0,8	0
P = 0,27									
Uso de tabaco durante a gravidez									
Sim	N	0	1	0	1	2	0	1	0
	%	0	0,8	0	0,8	1,7	0	0,8	0
Não	N	2	35	7	14	12	12	31	3
	%	1,7	28,9	5,8	11,6	9,9	9,9	25,6	2,5
P = 0,63									

O trabalho da mãe fora do lar e de forma assalariada vem sendo apontado na literatura como um dos principais motivos para interrupção na continuidade da amamentação. Resultados mostram que os filhos de mulheres que não trabalham apresentavam o dobro na frequência do AME do que os filhos de mulheres que trabalham. A legislação trabalhista garante 30 minutos de intervalo na jornada de trabalho para a amamentação o que muitas vezes não é respeitado pelas empresas gerando assim uma maior dificuldade na manutenção do aleitamento e criando uma maior necessidade de introdução precoce de outros tipos de alimento (DAMIÃO et al, 2008; BORGES & PHILIPPI, 2003).

Os resultados aqui encontrados relacionados avariável trabalho da mãe não mostraram correlação significativa sendo que das 36 crianças que estavam em AME 72,3% das mães não trabalhavam fora e 27,7% trabalhavam. Das crianças que foram amamentadas exclusivamente até os seis meses de vida o percentual encontrado foi de 13,1% tanto para crianças com mães que trabalhavam fora do lar quanto de mães que trabalhavam ou não foi o mesmo (13,1%) afirmando assim que o trabalho da mãe fora do lar não influencia na duração do aleitamento materno. Este achado contraria os resultados encontrados por Carrascoza et. al. (2011) e Machado & Bosi (2008).

A renda familiar assim como o trabalho da mãe, é considerada por muitos autores fator relevante na duração do aleitamento materno exclusivo. Em países industrializados cujas mulheres possuem maior escolaridade e conseqüentemente um maior percentual destas mulheres possuem trabalho remunerado fora do seu lar percebe-se que as mães com maior renda também apresentam melhores índices de AME até os seis meses de vida da criança, já em países não industrializados o quadro se inverte (FALEIROS, 2006).

Apesar das evidências encontradas por outros autores não foram encontrados resultados significantes relacionando a renda ao tempo de AME. Este fato pode ter como principal motivo o acompanhamento recebido pelas mães atendidas no centro de saúde que acaba por minimizar as dificuldades de acesso a informação dos benefícios do aleitamento materno.

O pré-natal é um acompanhamento de extrema importância tanto para a saúde da mãe quanto do bebê. Além dos exames e acompanhamento de rotina as consultas de pré-natal auxiliam a nova mãe a compreenderem melhor as mudanças corporais, a rotina no cuidado do bebê além de ser um momento adequado para se iniciar as orientações sobre o aleitamento materno, sua importância e suas vantagens para o binômio mãe-filho. Além destas vantagens ainda é importante citar que as consultas de pré-natal têm valor indiscutível em relação à confiança da capacidade de cuidar e amamentar adequadamente (FRAGOSO & FORTES, 2011).

A maior parte das mães participantes do estudo realizou o acompanhamento do pré-natal. Segundo os relatos obtidos durante a entrevista a grande maioria dos atendimentos foram feitos pela equipe do próprio centro de saúde, porém não foi evidenciado a participação efetiva da nutrição.

Das mães que relataram ter feito acompanhamento no pré-natal 74,4% alegaram haver recebido orientação sobre o aleitamento materno o que pode ser considerado um percentual baixo visto que mais que 90% realizou o pré-natal regularmente evidenciando

assim, mais uma vez a importância de uma melhor preparação dos profissionais que realizam este tipo de atendimento.

Outros estudos encontraram percentuais de 64,7% e 77,5% relacionados com a presença das orientações sobre aleitamento no período pré-parto. Em um destes estudos foi identificado risco 53% maior de interrupção precoce do AME pelas mães que não receberam as orientações confirmando assim a importância da atenção básica no acompanhamento da mãe e posteriormente da criança (FRAGOSO & FORTES, 2011; MARTINS, 2011).

Theofiliogiannakouet al. (2006) percebeu que apenas 34% das participantes haviam recebido informações sobre as vantagens do aleitamento materno durante a primeira infância da criança. Este estudo também questionou a procedência destas informações e identificou que a maior parte das orientações são feitas pela equipe da enfermagem (15%), os ginecologistas e pediatras apresentaram percentuais menores de contribuição com estas informações, cerca de 10% cada um, e o nutricionista não foi citado por nenhuma das mães o que leva, mais uma vez, a importância deste profissional no acompanhamento do pré-natal e no pós parto.

Tabela 8: distribuição das crianças de acordo com orientação sobre aleitamento durante o pré-natal, alojamento conjunto e aleitamento nas primeiras 24 horas de vida relacionado a tempo de aleitamento materno exclusivo, Vila Planalto – DF, 2011.

		Não foi amamentada	AME no momento	< 1 mês	< 4 meses	4 meses	5 meses	6 meses	> 6 meses
Orientação sobre aleitamento durante o pré-natal									
Sim	N	2	25	4	10	13	9	24	3
	%	1,7	20,7	3,3	8,3	10,7	7,4	19,8	2,5
Não	N	0	11	1	4	1	2	8	0
	%	0	9,1	0,8	3,3	0,8	1,7	6,6	0
Não Lembra	N	0	0	2	1	0	1	0	0
	%	0	0	1,7	0,8	0	0,8	0	0
P = 0,05									
Alojamento conjunto									
Sim	N	0	34	3	13	12	10	28	3
	%	0	28,1	2,5	10,7	9,9	8,3	23,1	2,5
Não	N	2	2	4	2	1	2	4	0
	%	1,7	1,7	3,3	1,7	0,8	1,7	3,3	0
Não lembra	N	0	0	0	0	1	0	0	0
	%	0	0	0	0	0,8	0	0	0
P = 0,002									

Tabela 8 (continuação): distribuição das crianças de acordo com orientação sobre aleitamento durante o pré-natal, alojamento conjunto e aleitamento nas primeiras 24 horas de vida relacionado a tempo de aleitamento materno exclusivo, Vila Planalto – DF, 2011.

		Não foi amamenta da	AME no momento	< 1 mês	< 4 meses	4 meses	5 meses	6 meses	> 6 meses
Amamentou nas primeiras 24h									
Sim	N	0	34	4	14	14	11	27	2
	%	0	28,1	3,3	11,6	11,6	9,1	22,3	1,7
Não	N	2	2	3	1	0	1	5	1
	%	1,7	1,7	2,6	0,8	0	0,8	4,1	0,8
P = 0,001									

Desde 1990 a OMS em parceria com Unicef mantêm a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que tem como finalidade apoiar, proteger e promover o aleitamento materno. A IHAC tem como base os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Além das orientações já citadas acima também verificamos a ocorrência de alojamento conjunto e aleitamento diretamente no seio materno nas primeiras 24 horas de vida da criança.

Estudo qualitativo realizado por Belintxon-Martin (2011) apresentou resultados que confirmam a estratégia da IHAC com relação ao apoio profissional. A maior parte das mães participantes deste estudo afirmou que a intervenção profissional com relação ao aleitamento materno é de suma importância para a sua manutenção, porém estas mães questionaram a uniformidade das informações prestadas por estes profissionais sendo que muitas vezes estas se mostram contraditórias gerando certa confusão nas mães. Estes resultados confirmam a importância de uma padronização no atendimento como é previsto em hospitais que adotam a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Estudo realizado no ano de 2011 baseado na II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno já citada neste trabalho mostrou uma mediana de 60,2 dias AME em crianças nascidas na IHAC enquanto que crianças nascidas em hospitais que não adotaram a Iniciativa apresentaram mediana de 48,1 dias (VENÂNCIO, 2011). Como já foi citado o presente estudo encontrou uma mediana maior de AME, em torno de 120 dias, porém o tamanho das amostras em questão pode ter superestimado este resultado.

Todas as correlações feitas sobre as variáveis relacionadas à IHAC e a duração do aleitamento materno se mostraram significativas como se pode observar na tabela acima o que só confirma os dados já apresentados. O incentivo a essa prática deve ser cada vez mais incorporado às atividades do profissional nutricionista buscando orientar a mãe

de uma maneira mais completa e adequada a suas necessidades somando assim ao acompanhamento médico.

Tabela 9: distribuição das crianças de acordo com a existência de problemas para iniciar o aleitamento, uso de chupeta e uso de mamadeira relacionado a tempo de aleitamento materno exclusivo, Vila Planalto – DF, 2011.

		Não foi amamentada	AME no momento	< 1 mês	< 4 meses	4 meses	5 meses	6 meses	> 6 meses
Problemas para iniciar o aleitamento									
Sim	N	1	7	4	4	4	2	9	2
	%	0,8	5,8	3,3	3,3	3,3	1,7	7,4	1,7
Não	N	1	29	3	11	10	10	23	1
	%	0,8	24	2,5	9,1	8,3	8,3	19	0,8
P = 0,34									
Uso de chupeta									
Sim	N	1	11	5	8	6	4	7	1
	%	0,8	8,9	4,1	6,5	4,9	3,3	5,7	0,8
Não	N	3	25	2	7	8	8	25	2
	%	2,4	20,3	1,6	5,7	6,5	6,5	20,3	1,6
P = 0,21									
Uso de mamadeiras									
Sim	N	2	1	5	11	8	5	14	3
	%	1,6	0,8	4,1	7,9	6,5	4,1	11,4	2,4
Não	N	2	35	2	4	6	7	18	0
	%	1,6	28,5	1,6	3,3	4,9	5,7	14,6	0
P = 0,000									

Os problemas quanto ao início do aleitamento materno também se mostram desfavoráveis a manutenção do AME em alguns casos. Das entrevistas realizadas 27,3% relataram problemas em iniciar a prática do aleitamento. Estudo realizado em São Paulo a respeito das dificuldades no início do aleitamento, utilizou de questionário estruturado para avaliação da qualidade da mamada entre as mães atendidas por maternidade que não se enquadrava na IHAC (CARVALHAES & CORRÊA, 2003).

O principal resultado encontrado por CARVALHAES & CORRÊA (2003) diz respeito à posição corporal da mãe e do recém-nascido durante a mamada sendo que 22% da amostra apresentou quatro ou cinco atitudes inadequadas para o sucesso da amamentação, entre elas: lábio inferior virado para dentro, sem visualização da língua, bochechas tensas ou encovadas e criança sugando rapidamente, podendo-se ouvir apenas estalos, e não a deglutição.

Os resultados encontrados por este estudo concordam com Carrascozaet al. (2005) onde foi verificado que umas das principais dificuldades na amamentação foi a pouca

quantidade de leite. Outros relatos obtidos pela autora fazem menção ao aparecimento de fissura nos mamilos, assim como foi relatado também neste estudo.

Estes resultados estão diretamente ligados aos de Carvalhaes & Corrêa (2003). A técnica inadequada de amamentação pode gerar outras intercorrências relacionada a pega e sucção do bebê, reduzindo também a quantidade de leite no seio materno visto que este é produzido de acordo com a sucção e necessidade da criança.

Assim como a técnica de amamentação, vários autores tratam da influência da utilização de chupetas e mamadeiras na prática do aleitamento materno. O uso da chupeta foi, por vezes, relacionado à interrupção do AME e ao fato de mães que utilizam desta ferramenta muitas vezes apresentarem problemas ao amamentar e por este motivo necessitarem de estratégias para acalmar o bebê. Neste caso voltamos a importância do apoio pós-parto tanto do serviço de saúde quanto familiar (KRONBORG, 2009; CARRASCOZA et al, 2011; LAMOUNIER, 2003).

Segundo Lamounier (2003), a introdução da chupeta pode representar a insegurança da mãe e a sensação de incapacidade para cuidar do filho de forma apropriada. A introdução do uso da mamadeira também pode ser vista desta forma agregando ao seu significado a crença de que o leite materno sozinho pode não suprir as necessidades nutricionais da criança.

O hábito da utilização de chupetas e mamadeira no dia a dia da criança pode levar a certa confusão para a criança, uma vez que a técnica de sucção do seio, da chupeta e da mamadeira são distintas. Todas estas implicações podem influenciar na saúde e no desenvolvimento oral da criança.

Foi encontrada forte relação entre o uso da mamadeira e o tempo de duração do aleitamento materno confirmando assim os dados de estudos posteriores o que revela que a utilização de mamadeiras precocemente, ou seja, antes do quatro meses de vida aumenta a probabilidade de interrupção do AME e também do AM de forma precoce.

Alguns dos dados coletados, analisados e citados acima demonstraram tanto significância prática quanto estatística, porém os resultados aqui apresentados ficaram a mercê das informações dos responsáveis que acompanhavam as crianças no dia da coleta de dados. Em alguns momentos o fator memória pode ter influenciado nas respostas assim como a compreensão sobre o que é o aleitamento materno exclusivo. Apesar das explicações oferecidas ao início da entrevista algumas mães se mostraram relutantes a concordar que a oferta de água e chás para a criança significava o fim do AME.

6. Conclusão

Apesar das varias campanhas de incentivo a manutenção do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses e do aleitamento materno até os dois anos de idade da criança os últimos estudos realizados no Brasil e em várias localidades do mundo vem revelando que a prevalência desta prática ainda se mostra aquém do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS).

O percentual de AME encontrado pelo presente estudo revelou uma tendência promissora na manutenção desta pratica até os seis meses de vida. O percentual aqui encontrado mostra um valor elevado em comparação a outros estudos já citados o que demonstra o início da mudança de atitude das mães com relação às intervenções feitas tanto pelos profissionais da saúde quanto pelos meios de comunicação em massa.

Muitos são os fatores que ainda interferem na duração do aleitamento materno além da própria vontade da mãe em amamentar. O apoio familiar e o uso de mamadeiras durante a alimentação da criança são fatores culturais que ainda precisam ser mais trabalhados dentro da população visto que estes se mostraram significativos quando correlacionados a duração do aleitamento materno exclusivo.

A orientação durante o acompanhamento do pré-natal também é um fator colaborativo que contribui com a segurança da mãe a respeito de sua capacidade para a lactação. Os profissionais de saúde que realizam este acompanhamento devem ficar mais atentos as orientações dadas durante as consultas já que 22,3% das mães alegaram não terem recebido nenhuma orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal.

A inclusão do nutricionista no acompanhamento pré-natal poderia contribuir para a minimização destes dados já que este é um profissional qualificado para tratar da alimentação em todas as fases da vida. Esta inclusão ainda poderia otimizar o atendimento de médicos e enfermeiros além se ser possível manter continuidade no acompanhamento da mãe ao longo da amamentação, realizando assim orientações a respeito do bebê e da maneira adequada de se proceder o aleitamento materno e orientações relacionadas a alimentação da mãe contribuindo assim para evitar frustrações e o desmame precoce.

7. Referencias

ADAMS, F.; RODRIGUES, F.C.P. Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: Um Desafio para Enfermagem. *Vivências*. Vol.6, N.9: p.162-166, Rio Grande do Sul, Maio, 2010.

ALMEIDA, H. et al. The impact of kangaroo care on exclusive breastfeeding in low birth weight newborns. *Jornal de Pediatria* - Vol. 86, Nº 3, 2010.

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

ARAÚJO, M.F.; ET AL. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4 (2): 135 – 141, abril/junho. Recife, 2004.

ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Revista de Nutrição Campinas*, jul./ago., 2007.

AUDI, C. A. F.; CORRÊA, A. M. S.; LATORRE, M. R. D. O.; ESCAMILLA, R. P. Factors associated with infant feeding practices after hospital discharge. *Revista de Saúde Pública*, jun., v.39, n.3. São Paulo, 2005.

BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H.; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de família de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. *Caderno de Saúde Pública Rio de Janeiro*, março, n.25, p.596-604. 2009.

BARBOSA MB, PALMA D, DOMENE SMA, TADDEI JAAC, LOPEZ FA. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr.*;27(3):272-81. São Paulo – SP, 2009.

BELINTXON-MARTIN, M. et al. El comienzo de lactancia: experiencias de madres primerizas. **Anales Sis San Navarra**, Pamplona, v. 34, n. 3, dic. 2011.

BERCINI, R. O.; MASUKAWA, M. R. T.; MARTINS, M. R.; LABEGALINE, M. P. C.; ALVES, N. B. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. *CiencCuidSaude*, n.6, 2007

Borges AL, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(3):287-292.

BULTE, N.F.; HAPEZ-ALARCON, M.G; GARZA, C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the six months of life. World Health Organization, 2002.

CAMINHA, M. F. C.; FILHO, M. B.; SERVA, V. B.; ARRUDA, I. K. G.; FIGUEIROA, J. N. F.; LIRA, P. I. C. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. Revista de saúde Pública, n.44, p.240-248. 2010.

CARRASCOZA, K.C. et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. Ciência & Saúde Coletiva, 16(10):4139-4146, 2011.

CARRASCOZA, K.C. et al. Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce. Paidéia, 15(30), 93-104, 2005.

CARVALHAES, M.A. & CORRÊA, C.R. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. Jornal de Pediatria - Vol. 79, Nº1, São Paulo – SP, 2003.

CASTILHO, S.D.; BARROS FILHO, A.A. The history of infant nutrition. Jornal de Pediatria Rio de Janeiro, 86(3):179-188. Setembro, 2009.

Chaves R. G.; Lamounier, J.A.; César, C. C. Factors associated with duration of breastfeeding. Jornal de Pediatria Rio de Janeiro - Vol. 83, Nº3, 2007.

COUTINHO, S. B. et al. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. Jornal de Pediatria Rio de Janeiro - Vol. 81, Nº6, 2005.

Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(3):442-452.

DAMIÃO, J. J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. Rev Bras Epidemiologia, 11(3): 442-52, 2008.

ESCAMILLA, R. P. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success story? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S119-S127, 2003

FALEIROS FTV, TREZZA EMC, CARANDINA L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. Rev Nutr. 2006 set/out;19(5):623-30.

FRAGOSO, A.P.R. & FORTES, R.C. Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrizes de um hospital público do Distrito Federal. *Journal of the Health Sciences Institute* 29(2):114-8. São Paulo, 2011.

FREED GL, et al. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA*. 1995 Feb 8;273(6):472-6.

GROSSMAN X, CHAUDHURI J, FELDMAN-WINTER L, ABRAMS J, NEWTON KN, PHILIPP BL, MEREWOOD A. Hospital Education in Lactation Practices (Project HELP): does clinician education affect breastfeeding initiation and exclusivity in the hospital? *Birth*. 2009 Mar;36(1):54-9.

HOWARD CR, SCHAFFER SJ, LAWRENCE RA. Attitudes, practices, and recommendations by obstetricians about infant feeding. *Birth*. 1997 Dec;24(4):240-6.

ISSLER, H.; SÁ, M. B. S. R.; SENNA, D. M. Knowledge of newborn healthcare among pregnant women: basis for promotional and educational programs on breastfeeding. *São Paulo Medical Journal* vol.119 n.1 São Paulo Janeiro, 2001.

JACKSON, K. M.; NAZAR, A. M. Breastfeeding, the immune response, and long-term health. *JAmOsteopathAssoc*; 106:203-7, Virginia – USA, 2006

KOUTSOUKOS, S. S. M. 'Amas mercenárias': o discurso dos doutores em medicina e os retratos de amas – Brasil, segunda metade do século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.305-324. abr.-jun. 2009.

KRONBORG, H.; VAETH, M. How Are Effective Breastfeeding Technique and Pacifier Use Related to Breastfeeding Problems and Breastfeeding Duration? *BIRTH*, março, 2009

KRONBORG, H. How Are Effective Breastfeeding Technique and Pacifier Use Related to Breastfeeding Problems and Breastfeeding Duration?. *BIRTH* 36:1 March 2009.

Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *J Pediatr* 2003; 79(4):284-286.

LANDE, B. et AL; Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: The Norwegian Infant Nutrition Survey. *ActaPediátrica* n 92, p 152 -161, 2003.

LAUER, J.A.; BETRÁN, A.P.; BARROS, A.J. Deaths and years of life lost due to suboptimal breast-feeding among children in the developing world: a global ecological risk assessment. *Public Health Nutrition*, 9, pp 673-685

LEONE, C.R. et. al. Risk factors associated to weaning from breastfeeding until six months of age in São Paulo city. *Rev Paulista de Pediatria*; 30(1):21-6, 2012.

MACHADO, M.M.; BOSI, M.L. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 8 (2): 187-196, abr. / jun., 2008.

MARTINS, C.C. et al. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. *Revista de Saúde Pública*, v.35, supl.1, p.167-178 jan./jun. 2011.

Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Como ajudar as mães a amamentar. Brasília, 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília – DF, 2010. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf (acessado em 28/Março/2012).

Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf. Acessado em 08/06/2012.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. A. Q.; DIAS, L. A.; NOVAIS, D. H. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. *Revista Escola de Enfermagem da USP São Paulo*, n.43, 2009.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Revista do Hospital das Clinicas São Paulo* vol.58 n.1, 2003.

OLIVEIRA, L. P. M.; ASSIS, A. M. O; PINHEIRO, S. M. C.; PRADO, M. S.; BARRETO, M. L. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Revista de Nutrição Campinas*, n.18, p.459-469, jul./ago. 2005.

PEREIRA, R. S. V.; OLIVEIRA, M. I. C.; ANDRADE, C. L. T.; BRITO, A. S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12):2343-2354, dez, 2010.

PRIMO, C. C.; CAETANO L. C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *Jornal de Pediatria Rio de Janeiro*, vol.75, n.6, 1999.

QUEIRÓS, P. S.; OLIVEIRA, L. R. B.; MARTINS, C. A. Elementos que interferem na amamentação exclusiva: percepção de nutrizes. *Revista de SaludPública*, (XIII) 2, 2009.

REBHAN, B. et al. Breastfeeding duration and exclusivity associated with infants' health and growth: data from a prospective cohort study in Bavaria, Germany. *ActaPediatrica* 98, pp. 974–980, 2009

SAHA, K.K. et al. Appropriate infant feeding practices result in better growth of infants and young children in rural Bangladesh. *American Journal Clinical Nutrition* 2008;87:1852–9. Printed in USA.

SALES, C. M.; SEIXAS, S. C. Causas de desmame precoce no Brasil. *Cogitare Enfermagem*, jul./set., 2008.

SANCHES, M.T.C. et al. Factors associated with interruption of exclusive breastfeeding in low birth weight infants receiving primary care. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(5):953-965, mai, 2011.

SCHANLER RJ, O'CONNOR KG, LAWRENCE RA. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 1999 Mar;103(3):E35.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolar. *Revista de Saúde Pública São Paulo*, n 43, p.60-69. 2009

SIQUEIRA, R. S.; MONTEIRO, C. A. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, feb. 2007 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100002&lng=es&nrm=iso. Acessado em: 17/05/ 2011.

SOUZA, F. R. N.; TAVEIRA, G. S.; ALMEIDA, R. V. D.; PADILHA, W. W. N. Aleitamento materno e sua relação com hábitos deletérios e maloclusão dentária. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, vol. 4, n 3. João Pessoa – Pb, 2004

STUEBE, A.M.; et al. Duration of Lactation and Incidence of Type 2 Diabetes. *JAMA*, Vol 294, No. 20. Novembro, 2005. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/294/20/2601>. Acessado em: 12 de abril de 2011.

SU, L.L. et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomized controlled trial. *BMJ* 2007; 335 doi: 10.1136/bmj.39279.656343.55 (Published 20 September 2007).

THEOFILOGIANNAKOU, M. et al. Breast-feeding in Athens, Greece: Factors Associated With Its Initiation and Duration. *J PediatrGastroenterolNutr*, Vol. 43, No. 3, September 2006

Toma, T. S.; Rea, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup2:S235-S246, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>. acessado em 20 de maio de 2011.

VANNUCHI, M. T. O. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista de Saúde Pública* n 38, p 422 – 428, 2004.

VENÂNCIO, S.I & ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científico e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria - Vol. 80, N°5(supl)*, 2004.

VICTORA, C. G.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S.; BARROS, A .J. D.; HORTA, B. L.; BARROS, F. C. Breastfeeding and feeding patterns in three birth cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. *Caderno de Saúde Pública*, n.24. Rio de Janeiro, 2008.

VINAGRE, R. D.; DINIZ, E. M. A.; VAZ, F. A. C. Leite humano: um pouco de sua história. *Pediatria (Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)*. 23(4):340-5. São Paulo, SP, Brasil, 2001.

WEFFORT, V. R. S. Alimentação Láctea no Primeiro Ano de Vida. *Textos Científicos Sociedade Mineira de Pediatria*. Publicado em www.smp.org.br em 27/07/2006.

WENZEL, D & SOUZA, S.D. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. *RevBras Crescimento Desenvolvimento Humano*.; 21(2): 251-258. 2011.

8. Apêndices

8.1. Questionário utilizado no dia da entrevista para crianças menores de dois anos de idade.

DADOS DA CRIANÇA

Nome da Criança: _____ Data de nascimento: __/__/____
 Endereço _____
 Sexo: () Feminino () Masculino
 Peso ao nascer (g): _____ Altura ao nascer (cm): _____
 Tipo de parto: () Normal () Cesárea () Fórceps
 Tempo de gestação: _____ () Não sabe informar
 Ordem de nascimento da criança: _____ Número de abortos: _____
 Peso atual (kg): _____ Altura atual (cm): _____
 Realizou as consultas do CD: () sim Se sim quantas consultas _____
 () não Se não porque _____
 No último mês a criança: () Apresentou diarreia () Apresentou infecção das vias aéreas superiores

DADOS MATERNOS

Nome da mãe: _____ Data de Nascimento: __/__/____
 Estado civil: () Solteira () Casada () Mora com companheiro
 () Divorciada () Viúva () Outro: _____
 Quantos anos freqüentou a escola? _____
 Trabalho da mãe: _____ Ocupação da mãe: _____
 Licença maternidade: () Sim Quantos meses? _____ () Não
 Renda familiar: _____ Número de pessoas na família: _____

PRÉ-NATAL / ALEITAMENTO / ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Mãe fez pré-natal: () Sim () Não
 Se Sim, quantas consultas realizou? _____ Quantos Kg ganhou na gravidez _____
 Fumou durante a gravidez: sim () não () se sim quantos cigarros/dia _____
 Durante o pré-natal teve orientação sobre aleitamento materno: () Sim () Não () Não lembra
 Após o nascimento a criança permaneceu ao seu lado até o momento da alta hospitalar?
 () Sim () Não () Não lembra
 Nas primeiras 24h após o nascimento sua criança tomou leite do peito?
 () Sim () Não () Não lembro
 Teve algum problema para iniciar a amamentação? () Sim () Não
 Quais problemas?

Sua criança está sendo amamentada? () Sim () Não
 Até quando ela foi amamentada exclusivamente: _____ meses
 Por que parou de receber leite materno?

Sua criança usa chupeta? () Sim () Não
 Desde quando? () Nascimento () __ dias () meses
 Sua criança usa mamadeira? () Sim () Não
 Desde quando? () Nascimento () __ dias () meses

Se este não é seu primeiro filho; amamentou os outros? () Sim Quanto tempo? ____
 () Não

Motivo por não amamentar _____

Quando sua criança começou a receber:

Água	___ dias	___ meses	Verduras	___ dias	___ meses
Chás	___ dias	___ meses	Carne	___ dias	___ meses
Suco	___ dias	___ meses	Feijão	___ dias	___ meses
Mamadeira / Mingau	___ dias	___ meses	Arroz	___ dias	___ meses
Sopa instantânea	___ dias	___ meses	Pão	___ dias	___ meses
Frutas	___ dias	___ meses	Gema de ovo	___ dias	___ meses
Biscoito	___ dias	___ meses	Ovo inteiro	___ dias	___ meses
Refrigerantes	___ dias	___ meses	Comida da família	___ dias	___ meses
Sucos artificiais	___ dias	___ meses	Mel, melado ou açúcar	___ dias	___ meses

8.2. Termo de consentimento livre e esclarecido para mães maiores de idade.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília a ser realizada no Centro de Saúde nº15 da Vila Planalto - DF, sobre amamentação na qual será feita uma rápida entrevista com você, sobre o pré-natal, aleitamento e alimentação do seu filho(a). A entrevista deve durar de 10 a 15 minutos.

Você não é obrigada a participar e se você recusar não haverá nenhum problema, mas a sua colaboração será muito importante para a saúde das crianças.

O objetivo desta pesquisa é estudar o perfil antropométrico, ou seja, se o tamanho e o peso do seu bebê está adequado para a idade dele, e ainda o aleitamento materno (exclusivo e complementar) para conhecer se o tempo e as práticas de alimentação para crianças menores de 1 ano estão adequadas, ou seja, dentro do recomendado.

Sabe-se da importância do aleitamento exclusivo e da correta introdução da alimentação complementar para o perfeito crescimento e desenvolvimento da criança. Por isso a importância dessa pesquisa.

Se você tiver qualquer dúvida pode perguntar a qualquer momento da entrevista.

Confidencialidade (sigilo) da informação:

A sua participação será confidencial e o resultado da sua entrevista só será de conhecimento dos pesquisadores envolvidos.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido informações claras eu, voluntariamente, concordo em participar da pesquisa e assino este termo em duas vias.

Assinatura da entrevistada

____/____/____

Data

Em caso de falta de escolaridade:

Nome do paciente: _____

Nome da testemunha/RG: _____

Assinatura da testemunha: _____

(Uma via fica com a equipe de pesquisa e outra será entregue à entrevistada)

Instituição responsável: Universidade de Brasília/Departamento de Nutrição

Campus Universitário tel: 3307-2111

Pesquisador responsável: Rosemeire A. Victoria Furumoto

Comitê de ética CEP-SES/DF: 3325-4955

8.3. Termo de consentimento livre e esclarecido para mães menores de idade.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**(Para mães menores de idade)**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília a ser realizada no Centro de Saúde nº15 da Vila Planalto - DF, sobre amamentação na qual será feita uma rápida entrevista com você, sobre o pré-natal, aleitamento e alimentação do seu filho(a). A entrevista deve durar de 10 a 15 minutos.

Você não é obrigada a participar e se você recusar não haverá nenhum problema, mas a sua colaboração será muito importante para a saúde das crianças.

O objetivo desta pesquisa é estudar o perfil antropométrico, ou seja, se o tamanho e o peso do seu bebê está adequado para a idade dele, e ainda o aleitamento materno (exclusivo e complementar) para conhecer se o tempo e as práticas de alimentação para crianças menores de 1 ano estão adequadas, ou seja, dentro do recomendado.

Sabe-se da importância do aleitamento exclusivo e da correta introdução da alimentação complementar para o perfeito crescimento e desenvolvimento da criança. Por isso a importância dessa pesquisa.

Se você tiver qualquer dúvida pode perguntar a qualquer momento da entrevista.

Confidencialidade (sigilo) da informação:

A sua participação será confidencial e o resultado da sua entrevista só será de conhecimento dos pesquisadores envolvidos.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido informações claras eu, voluntariamente, concordo em permitir que a menor _____ participe da pesquisa e declaro que a mesma o fará de livre e espontânea vontade e, portanto, assino este termo em duas vias.

Nome do responsável pela menor

Grau de parentesco

Assinatura do responsável pela menor

Data

Assinatura da participante

(Uma via fica com a equipe de pesquisa e outra será entregue à entrevistada)

**Instituição responsável: Universidade de Brasília/Departamento de Nutrição
Campus Universitário tel: 3307-2111**

Pesquisador responsável: Rosemeire A. Victoria Furumoto

Comitê de ética CEP-SES/DF: 3325-4955