UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

RENATA GIANNECCHINI BONGIOVANNI

Aleitamento Materno e Programa de Saúde da Família –
A prática do aleitamento materno de crianças de 0 a 6 meses cadastradas
em Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto

2006

RENATA GIANNECCHINI BONGIOVANNI

Aleitamento materno e Programa de Saúde da Família -
A prática do aleitamento materno de crianças de 0 a 6 meses cadastradas
em Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto

Dissertação apresentada ao Departamento de
Medicina Social da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre

Área de Concentração: Saúde na Comunidade
Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo G.
Guimarães Caccia-Bava

Ribeirão Preto

2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Bongiovanni, Renata G.

Aleitamento Materno e Programa Saúde da Família – A prática do aleitamento materno de crianças de 0 a 6 meses cadastradas em Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2006.

104p. : il., 30 cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: Caccia-Bava, Maria do Carmo G. Guimarães.

1. Aleitamento materno. 2. Saúde da Família 3. Puericultura.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Renata Giannecchini Bongiovanni

Aleitamento Materno e Programa Saúde da Família – A prática do aleitamento materno de crianças de 0 a 6 meses cadastradas em Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto

Dissertação apresentada ao Departamento de
Medicina Social da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre
Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria do Carmo G. Guimarães Caccia - Bava

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Luiz Antônio Del Ciampo

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

**Aos meus pais, com muito amor, carinho,
admiração e gratidão por sua compreensão e
por estarem sempre presentes na minha vida.**

AGRADECIMENTOS

Aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos Núcleos de Saúde da Família (NSF) I, III, IV e V pelo trabalho que desenvolvem.

Às enfermeiras dos NSF I, III, IV e V por possibilitarem maior integração com os ACS e pela disponibilidade.

À Profa. Dra. Maria do Carmo G. Guimarães Caccia-Bava, pela atenção no processo de orientação.

Ao Prof. Dr. Edson Zangiacomi Martinez por seus conhecimentos, valiosas contribuições e disponibilidade.

A Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira por seus conhecimentos na área do aleitamento materno e por suas contribuições.

Ao Prof. Dr. Luiz Antônio Del Ciampo por seus conhecimentos em saúde da criança e aleitamento materno e pelas contribuições.

Aos Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) – USP pelo campo de trabalho.

Ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) - USP por possibilitar a realização deste trabalho.

Ao Renato Kishi pela paciência, apoio e compreensão.

À Fabiana G. Bongiovanni pelo apoio.

A todos os amigos e colegas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

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

O aleitamento materno é um dos principais instrumentos para a promoção da saúde infantil. O leite materno é o alimento completo para o crescimento e desenvolvimento das crianças até os 6 meses. O objetivo deste estudo foi avaliar as práticas do aleitamento materno entre as crianças de 0 a 6 meses cadastradas em Núcleos de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto (SP) e caracterizar as mães quanto a variáveis socioeconômicas e demográficas, assistência pré-natal e natal, às características dos recém-nascidos; verificar a associação do aleitamento materno exclusivo com as variáveis e analisar a duração do aleitamento materno exclusivo. Foi realizado inquérito domiciliar com uma amostra de 53 crianças, através de questionários, para caracterizá-las de acordo com as variáveis e verificar a duração do aleitamento materno exclusivo. Na análise da duração do aleitamento materno exclusivo e suas variáveis foi utilizada a curva de Kaplan-Meier. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 70 dias. Encontramos associação positiva entre duração do aleitamento materno exclusivo e as seguintes variáveis: crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança, não uso de chupeta, não uso de mamadeira, realização de puericultura em unidade de saúde da família.

Palavras - chave: Aleitamento materno exclusivo. Saúde da Família. Puericultura

ABSTRACT

BONGIOVANNI, R.G. **Breastfeeding and Family Health Program** – Breastfeeding practices among children under 6 months registered in Family Health Units in Ribeirão Preto city, 2006. 104p. Dissertation (Master) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Breastfeeding is one of the most important tools to promote children's health. Breast milk is a complete food for children's growth and development until the sixth month. The objective of this study is to evaluate the breastfeeding practices in Ribeirão Preto city, state of São Paulo (SP), Brazil and to characterize the mothers regarding social, economical and demographic variables, prenatal and natal assistance and newborn characteristics, verify the relation between variables and exclusive breastfeeding and also, verify the exclusive breastfeeding duration. A domiciliary inquire, through questionnaire, was fulfilled with a sample of 53 children, to characterize them according to the variables and to verify the duration of breastfeeding. In the analysis of the breastfeeding duration and its variables, the Kaplan-Meier curve was used. The median duration of exclusive breastfeeding was 70 days. We found positive association between exclusive breastfeeding duration and the following variables: born in Baby Friendly Hospital, no use of pacifiers, no use of bottle and children accomplishment in Family Health Units.

Key words: Exclusive breastfeeding. Family Health. Child Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das mães de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V, segundo profissão referida, Ribeirão Preto, 2005.....	47
Tabela 2 - Distribuição segundo paridade das mães de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V, Ribeirão Preto, 2005.....	48
Tabela 3 - Medicações usadas pelas mães de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V, Ribeirão Preto, 2005.....	49
Tabela 4 – Local de realização do pré-natal das mães de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V, Ribeirão Preto, 2005.....	50
Tabela 5 - Distribuição dos lactentes entre 0 e 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V, segundo local de realização de puericultura, Ribeirão Preto, 2005.....	51
Tabela 6 – Período de aquisição de informações a respeito da amamentação, referidas pelas mães dos lactentes de 0 a 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V, Ribeirão Preto, 2005.....	52
Tabela 7 – Fontes de informação quanto ao aleitamento materno referidas pelas mães dos lactentes de 0 a 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V, Ribeirão Preto, 2005...	52
Tabela 8 – Queixas relativas às dificuldades em aleitarem referidas pelas mães de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V, Ribeirão Preto, 2005.....	53
Tabela 9 – Percentagem de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V sob AME, segundo duração em dias, para variáveis demográficas e sócio-econômicas maternas, Ribeirão Preto, 2005.....	55
Tabela 10 - Frequência de crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V sob AME, segundo duração em dias, para sexo da criança e tipo de parto, Ribeirão Preto, 2005.....	62
Tabela 11 – Percentagem de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, segundo uso de bicos artificiais, Ribeirão Preto, 2005.....	67
Tabela 12 - Percentagem de crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V amamentadas exclusivamente, segundo tempo (em dias) e dificuldade em amamentar referida pelas mães, Ribeirão Preto, 2005.....	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Duração do aleitamento materno exclusivo, em dias, e proporção acumulada de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V amamentadas exclusivamente, Ribeirão Preto, 2005.....	54
Figura 2. Crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em aleitamento materno exclusivo e sua duração, segundo escolaridade materna, Ribeirão Preto, 2005.	56
Figura 3. Crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em aleitamento materno exclusivo e sua duração, segundo trabalho materno, Ribeirão Preto, 2005.....	57
Figura 4. Crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V amamentadas exclusivamente e sua duração, segundo paridade materna, Ribeirão Preto, 2005.....	58
Figura 5. Lactentes de 0 a 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V em aleitamento materno exclusivo e sua duração, segundo local de realização do pré-natal, Ribeirão Preto, 2005.....	59
Figura 6. Crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em aleitamento materno exclusivo e sua duração, segundo número de consultas de pré-natal, Ribeirão Preto, 2005.....	60
Figura 7. Crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em aleitamento materno exclusivo e sua duração, segundo idade gestacional ao nascer, Ribeirão Preto, 2005.....	61
Figura 8. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em aleitamento materno exclusivo e sua duração, segundo sexo, Ribeirão Preto, 2005.....	62
Figura 9. Lactentes menores de 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V amamentados exclusivamente e sua duração, segundo tipo de parto, Ribeirão Preto, 2005.....	63
Figura 10. Lactentes menores de 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, segundo local de nascimento (HAC), Ribeirão Preto, 2005.....	64
Figura 11. Lactentes menores de 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, de acordo com o uso de chupeta, Ribeirão Preto, 2005.....	65
Figura 12. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, categorizadas de acordo com o uso de mamadeira, Ribeirão Preto, 2005...	66
Figura 13. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, segundo uso de bicos artificiais, Ribeirão Preto, 2005.....	67

Figura 14. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, segundo local de puericultura, Ribeirão Preto, 2005.....	68
Figura 15. Lactentes menores de 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, categorizados de acordo com o acesso de suas mães a orientações sobre amamentação, Ribeirão Preto, 2005.....	69
Figura 16. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, segundo intercorrências na amamentação referidas por suas mães, Ribeirão Preto, 2005.....	70
Figura 17. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, segundo incentivo dos pais para amamentação, Ribeirão Preto, 2005....	71
Figura 18. Duração do aleitamento materno (em dias) e proporção acumulada de crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V amamentadas, Ribeirão Preto, 2005.....	72
Figura 19. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AM e sua duração, segundo idade materna, Ribeirão Preto, 2005.....	73
Figura 20. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AM e sua duração, segundo uso de bicos artificiais, Ribeirão Preto, 2005.....	74
Figura 21. Lactentes menores de 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V em AM e sua duração, segundo local de realização do pré-natal, Ribeirão Preto, 2005.....	75
Figura 22. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AM e sua duração, segundo número de consultas no pré-natal, Ribeirão Preto, 2005.....	76
Figura 23. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AM e sua duração, de acordo com local de nascimento (HAC), Ribeirão Preto, 2005.....	77
Figura 24. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AM e sua duração, segundo local de puericultura, Ribeirão Preto, 2005.....	78

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Aleitamento materno: Vantagens e Recomendações	13
1.2. Aspectos Históricos e Sócio-culturais do Aleitamento Materno no Brasil	20
1.3. Prevalência do Aleitamento Materno no Brasil	26
1.4. A Estratégia de Saúde da Família.....	28
2. JUSTIFICATIVA	32
3. OBJETIVOS	35
3.1. Geral	35
3.2. Específicos.....	35
4. METODOLOGIA.....	36
4.1. Delineamento do Estudo	36
4.2. Local do estudo	36
4.3. População do estudo	40
4.4. Período de estudo	40
4.5. Instrumento para coleta de dados	41
4.6. Variáveis de estudo	41
4.7. Análise dos dados	44
5. RESULTADOS	46
6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	79
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
APÊNDICES	96
ANEXOS	101

APRESENTAÇÃO

O interesse para o estudo de assuntos relacionados à saúde materna e infantil surgiu desde os primeiros contatos com as gestantes e puérperas ainda na faculdade, pois se trata de um período envolto de expectativas, sonhos, esperanças de saúde e felicidade para a mãe e sua família.

No decorrer da minha vida acadêmica e profissional percebi que as imagens guardadas da minha família e das construções reafirmadas através da mídia que representavam a gravidez como um momento sempre esperado, resultando em um bebê saudável que se alimentava ao seio da sua mãe, sem que nada pudesse atrapalhar esta relação, nem sempre condiziam com a realidade.

A gestação muitas vezes não era planejada, as grávidas durante o pré-natal estavam cheias de dúvidas a respeito do seu próprio corpo, apresentavam insegurança na relação familiar e social, e nutriam expectativas às vezes conflituosas em relação àquela criança. Com a aproximação do parto os temores quanto às dores, o tipo de parto e a saúde do bebê eram cada vez mais vivenciados pelas famílias, e os papéis de cuidadores, educadores e promotores de saúde dos profissionais, cada vez mais requeridos. Os partos, felizmente, eram bem sucedidos na maioria das vezes, para a alegria da equipe e de todas as famílias envolvidas.

No puerpério, quando as mães colocavam seus filhos no colo, percebi a angústia de diversas mulheres ao não saberem o que fazer com aqueles recém-nascidos que choravam e pareciam não terem nascido sabendo mamar, e nem a jovem mãe era igual a todos os mamíferos que aleitam sua prole tão facilmente.

Dei-me conta, então, que aquele momento outrora idealizado como tão simples ganhava uma complexidade tal, que se a mãe não contasse com um suporte familiar e

profissional, para além do desejo de aleitar, a lactação duraria muito pouco tempo ou nem se iniciaria. Mas muitas vezes, apesar de todos os esforços dos profissionais de saúde no hospital incentivando o aleitamento materno, várias desistiam desta tarefa, fato observado nas consultas de puericultura já nos primeiros meses.

Isto me intrigou, pois se amamentar era, teoricamente, natural para o binômio mãe-filho, se os benefícios do leite materno eram tão conhecidos para a população e no meio científico, onde estavam os nós desta relação? Faltavam informações às mães e suas famílias? Seria a formação deficiente dos profissionais de saúde em relação à amamentação, dificultando a promoção do aleitamento materno e o manejo dos problemas relacionados à lactação? Poderiam ser consequência do modelo assistencial vigente? Quais os fatores que poderiam influenciar o tipo e duração do aleitamento?

Na tentativa de responder parte dos meus questionamentos e de conhecer a realidade da amamentação exclusiva na clientela onde realizei minha formação como médica de família e comunidade este estudo foi concebido, voltando-se, assim, para as famílias adscritas aos Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

1. INTRODUÇÃO

A fim de abordar aspectos do aleitamento materno que são importantes para contextualização deste trabalho sobre as práticas de amamentação entre lactentes menores de 6 meses cadastrados em Unidades de Saúde da Família, este capítulo encontra-se organizado da seguinte forma:

Aleitamento Materno - vantagens e recomendações, considerando o período e o tipo de aleitamento recomendado pelas diversas instituições nacionais e internacionais e suas vantagens a partir de estudos de relevância para o tema.

Aspectos históricos e sócio-culturais do aleitamento no Brasil, considerando também a evolução das políticas a favor da amamentação.

Prevalência do Aleitamento materno no Brasil através da apresentação de diversos estudos realizados para verificar a percentagem, tipo e duração da amamentação em várias regiões do país.

Estratégia Saúde da Família: por se tratar do cenário de investigação, considerando seus aspectos legais, operacionais, suas ações e evolução desde a sua implantação.

1.1. Aleitamento Materno: Vantagens e Recomendações

Sendo o aleitamento materno um dos principais instrumentos para a promoção da saúde infantil, tem-se como objetivo alcançar o maior número de crianças que se alimentem

do leite humano. Pelas suas múltiplas vantagens a Organização Mundial de Saúde e diversas entidades nacionais e internacionais recomendam que o aleitamento materno exclusivo (AME), situação em que o lactente só recebe o leite materno, sem nenhum outro líquido ou alimento sólido, com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicações (WHO, 1991), estenda-se até os seis meses de idade. Preconiza-se, também, que após esta idade, deve ser iniciada complementação alimentar, mantendo-se o aleitamento materno até o segundo ano de vida.

Diversos estudos têm demonstrado a importância do aleitamento materno para a saúde materno-infantil. O leite materno contém todos os nutrientes, anticorpos, hormônios e antioxidantes de que uma criança necessita (BUTTE, LOPEZ-ALARCON, e GARZA, 2002). Protege a criança contra doenças infecciosas e crônicas, como diabetes mellitus, obesidade e hipertensão arterial, além de promover o desenvolvimento motor, sensorial e cognitivo (UNICEF, 1999; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1997). A manutenção do aleitamento até os dois anos de idade, acompanhado de dieta complementar apropriada, mantém o bom estado nutricional da criança e ajuda a prevenir diarreia (UNICEF, 1999).

A prática da amamentação atualmente salva a vida de seis milhões de crianças a cada ano, diminuindo a mortalidade infantil secundária às doenças comuns na infância, como diarreia e pneumonia. A amamentação exclusiva é recomendada, pois confere maior proteção contra infecções (VICTORA et al, 1987; BROWN et al, 1989). O efeito protetor do leite materno contra as diarreias pode diminuir quando a criança recebe qualquer outro alimento ou líquido, além do leite humano (FEACHEM e KOBLINSKY, 1984; POPKIN et al, 1990). A melhora das práticas de amamentação poderia salvar cerca de 1,5 milhões de crianças ao ano e promover o desenvolvimento mais adequado de milhões de outras crianças (UNICEF, 1999).

A suplementação do leite materno com outros líquidos nos primeiros meses de vida da criança pode interferir negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, diminuir a quantidade de leite materno ingerido, levar a menor ganho ponderal, aumentar o risco para diarreia, infecções respiratórias e alergias e reduzir a duração do aleitamento materno (WHO, 1996 e 1997).

O uso de água e chás nos primeiros meses de vida não é necessário, mesmo em locais com climas quentes e secos. A necessidade de água em lactentes saudáveis varia de 80-100 ml/kg na primeira semana de vida, a 140-160 ml/kg entre 3 e 6 meses. Quando o lactente saudável recebe a quantidade de leite materno adequada para suprir as suas necessidades (média de 699g/dia - 1 mês, 854g/d - 6 meses), recebe o aporte de água suficiente, mesmo em ambientes quentes (BROWN et al, 1986; BARNESS e CURRAN, 1996; BUTTE, LOPEZ-ALARCON e GARZA, 2002).

Nos países em desenvolvimento, a maior vantagem potencial em manter o AME até os seis meses, em comparação ao AME até os quatro meses, está vinculada com a morbidade e mortalidade relacionadas às doenças diarreicas (WHO, 2002; UNICEF et al, 2002).

É vasta a literatura nacional e internacional que compara os benefícios do aleitamento materno e os prejuízos de quando esta prática não é adotada.

Chandra (1979) ao analisar os resultados de três estudos prospectivos realizados na Índia e Canadá para determinar os benefícios imunológicos do aleitamento, apreendeu que nos dois países todas as crianças aleitadas tiveram incidência significativamente menor de doenças respiratórias - pneumonias e otites - (Canadá e Índia) e diarreias (principalmente na Índia), bem como de suas complicações quando comparadas a crianças que usavam mamadeira. No grupo de crianças com história familiar de atopia, aquelas aleitadas tiveram uma redução importante na incidência de eczema atópico e chiado recorrente. A partir destes

estudos concluiu-se também que seis semanas de aleitamento materno exclusivo é efetivo na redução da possibilidade de hipersensibilidade e incidência de doença alérgica manifesta em suscetíveis.

Na Finlândia foi desenvolvido um estudo prospectivo a fim de verificar o papel protetor do aleitamento materno em relação às atopias. Saarinen e Kajosaari (1995) seguiram até os 17 anos de idade um grupo de crianças saudáveis, nascidas a termo, nos primeiros meses de 1975, no Hospital Central da Universidade de Helsinque. A população do estudo foi dividida em três grupos de acordo com o período de amamentação (amamentação prolongada - LM como única fonte de leite por 6 meses ou mais; amamentação intermediária - LM 1 a 6 meses e amamentação curta ou ausente). Verificou-se que a prevalência de atopia foi maior no grupo com amamentação curta ou ausente ($p<0,05$); o eczema atópico teve prevalência menor no grupo de amamentação prolongada nas idades de 1 e 3 anos ($p=0,03$), e a alergia respiratória foi mais prevalente entre aqueles que o tempo de amamentação foi menor de 1 mês ($p=0,01$), para as idades de 5, 10 e 17 anos.

Victora et al. (1987) em estudo caso-controle para investigar a relação entre a alimentação infantil e mortalidade por doenças infecciosas em menores de um ano, nas áreas metropolitanas de Porto Alegre e Pelotas, no sul do Brasil, constataram que as crianças que recebiam leite materno tinham proteção contra óbitos por diarreia e infecções respiratórias, especialmente nos primeiros meses de vida. As crianças que não recebiam leite materno tinham riscos 14,2 vezes maiores de morrer por diarreia, 3,6 vezes por doenças respiratórias e 2,5 vezes de morrer por outros tipos de infecções e aquelas que recebiam além do leite humano fórmula infantil ou leite de vaca tinham riscos 4,2 vezes maiores de morrer por diarreia e 3,6 vezes por doenças respiratórias, quando comparadas às crianças que recebiam somente leite materno, sem complementos.

Citamos ainda o estudo das quatro coortes de recém-nascidos vietnamitas seguidas até o quarto ano de vida para verificar a associação entre início prematuro de alimentos complementares e crescimento físico. Hop et al (2000) concluíram que as crianças amamentadas exclusivamente ou predominantemente cresceram mais rápido em altura do que aqueles desmamados ou parcialmente amamentados e que a morbidade por diarreias e infecções respiratórias agudas foi menor para as crianças amamentadas exclusivamente por 3 meses ou mais.

Singhhal, Cole e Lucas (2001) aferiram as pressões arteriais de crianças aos 13 – 16 anos que nasceram pré-termo e foram alimentadas com leite humano de banco de leite (associado ou não ao leite materno) ou com fórmulas infantis e foram objetos de uma coorte realizado no Reino Unido. Constataram que a pressão arterial média e a pressão diastólica foi mais baixa nas crianças alocadas na categoria de alimentadas com leite humano, evidenciando que a hipertensão arterial no adulto deve ter, ao menos em parte, relação com o tipo de alimentação no início da vida, sendo benéfico o aleitamento natural.

Escuder, Venâncio e Pereira (2003), analisando o impacto do aleitamento materno sobre a mortalidade infantil em 14 municípios da Grande São Paulo através do cálculo dos coeficientes de mortalidade proporcional por diarreia e por infecção respiratória e da prevalência do aleitamento materno nos municípios estudados, obtiveram que se as crianças fossem amamentadas as principais causas de óbito após o período neonatal precoce (pneumonia e diarreia) poderiam ser significativamente reduzidas (fração de mortalidade evitável por amamentação supera 60% para as infecções respiratórias e 80% para diarreia), em todos os municípios.

Balaban et al. (2004) realizaram estudo transversal em Pernambuco com crianças entre 2 e 6 anos de idade que freqüentavam creches da prefeitura, em 2002, a fim de estabelecer a relação entre o aleitamento materno e sobrepeso. Observou-se que as crianças

que receberam aleitamento materno exclusivo por menos de 4 meses apresentaram maior prevalência de sobrepeso do que as que receberam por mais de 4 meses (22,5% e 13,5%, respectivamente).

A amamentação contribui também para a saúde e bem estar das mães, ajudando a aumentar o espaço entre as gestações, a reduzir o risco de câncer ovariano e de mama, e o retorno mais rápido ao peso pré-gravídico.

A lactação é responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas (WHO, 1996). A gestação entre mulheres em amamentação exclusiva, associada à amenorréia causada pela lactação é rara. O LAM (Lactational Amenorrhoea Method) é o uso informado do aleitamento como um método anticoncepcional em lactantes amenorréicas que não fornecem suplementos para seus bebês por até 6 meses após o parto e fornece proteção próxima de 98% para nova gravidez.

Consenso publicado sobre o uso do aleitamento como método de planejamento familiar revisou 13 estudos prospectivos feitos em países desenvolvidos e em desenvolvimento, revelando que o efeito máximo do espaçamento entre as gestações é obtido quando a mulher amamenta exclusivamente ou quase e se mantém em amenorréia, atingindo mais de 98% de proteção de gravidez nos primeiros seis meses (KENNEDY, RIVERA, McNEILLY, 1989).

Avaliando nove estudos prospectivos, Kennedy e Visness (1992) verificaram que o LAM possibilita baixas taxas de gravidez e altas taxas de abandono do método, devendo, portanto, ser estimulado através da educação sobre boas práticas da amamentação, o que possibilitaria maior número de mulheres praticando AME e em amenorréia, condições necessárias para sua utilização.

Foi realizado um estudo prospectivo multicêntrico com mulheres lactantes da China, Guatemala, Austrália, Índia, Nigéria, Chile e Suíça relacionando gestação, tempo de

amenorréia e tipo de alimentação do lactente. Considerando todos os centros combinados, as mulheres que ainda amamentavam e se mantinham em amenorréia ao final dos 6 meses tiveram uma taxa cumulativa de gestação de 0,8% (CI = 0,2 a 1,4%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION TASK FORCE ON METHODS FOR THE NATURAL REGULATION OF FERTILITY, 1999).

Rea (2004) publicou artigo de revisão evidenciando os benefícios da amamentação para a lactante, dentre eles: a redução do câncer de mama que sofre influência também da duração da amamentação, fator de proteção para alguns tipos de cânceres ovarianos, recuperação de peso pré-gestacional, redução de fraturas por osteoporose em alguns grupos e amenorréia lactacional.

No que diz respeito a aspectos econômicos e sociais relacionados ao aleitamento materno, podemos citar seu efeito positivo na economia, eliminando os gastos com fórmulas infantis e possibilitando a redução de gastos com doenças e mortes em consequência do aleitamento artificial, além do sofrimento humano evitado, este de valor imensurável. Especialmente em países em desenvolvimento, deve ser considerado também o efeito do leite materno na economia familiar, uma vez que ele provê toda a energia e nutrientes necessários a uma criança até os seis meses de idade (UNICEF, 1999; ARAÚJO et al., 2004).

Todavia, mesmo perante os fatos incentivadores do aleitamento materno citados anteriormente, deve-se considerar que esta prática extrapola os aspectos meramente biológicos. Por ser uma prática social, definida por Vázquez¹ (1977 apud Silva, 1986, p. 23) como aquela que fundamenta e orienta a transformação da prática correspondendo às necessidades humanas, sofre influências e influencia os hábitos de uma sociedade.

Sob essa óptica, Badinter (1985) mostra que as mulheres francesas do final do século XVIII e início do século XIX, precisaram de outros argumentos, além dos biológicos

¹ VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da Práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 128p

(redução da mortalidade infantil) e naturalistas (amamentar como sendo um ato natural e instintivo das mulheres para com a sua prole) para amamentarem seus filhos. O discurso a favor da amamentação teve que englobar os aspectos sociais, como a elevação da mulher a um posto de maior importância perante a sociedade. Se estas mulheres se tornassem mães dedicadas amamentando seus filhos, contariam com o amor destes (submissão à mãe) e deixariam de estar submissas ao marido, pois agora cumpririam um papel que seria impossível para os homens (amamentação). Seriam também responsáveis pela educação dos seus filhos, diminuindo o poder paterno dentro da família, dando à mulher considerada uma boa mãe (responsável direta pelos cuidados de seus filhos) um papel central dentro da família.

1.2. Aspectos históricos e sócio-culturais do aleitamento materno no Brasil

O aleitamento materno era regra entre os índios tupinambás no Brasil até a chegada dos europeus. Na sociedade tupinambá a alimentação da criança acompanhava seu desenvolvimento. Na fase em que a criança permanecia no colo, sua alimentação era praticamente restrita ao seio materno. Quando a criança pudesse caminhar ela passaria a se alimentar da comida dos adultos, mas sem deixar o leite materno. O desmame só ocorria em caso de morte materna, doença grave da mãe e quando a criança era indesejada (SILVA, 1990).

A partir da colonização, as mulheres européias trouxeram o hábito de não aleitar seus filhos e de entregá-los a amas-de-leite, reproduzindo o valor cultural europeu vigente de que a amamentação enfraquecia a mãe, não era uma tarefa nobre e causava prejuízos à beleza

física e aos relacionamentos sexuais da mulher (SILVA, 1990; BADINTER, 1985 e ALMEIDA, 1999).

A bagagem cultural trazida pelos colonizadores do Brasil associada à possibilidade de utilizar as escravas como fontes de leite humano, levaram à apropriação das negras que eram separadas ainda puérperas de seus filhos, para serem amas-de-leite das crianças brancas. A capacidade de lactação destas escravas foi apropriada pelos seus donos que as comercializavam. Desta forma, foi introduzida no Brasil a cultura da mãe não amamentar seus filhos, permitindo a construção da figura da ama-de-leite. O leite humano passou a figurar como fonte de lucro, inicialmente para os donos das escravas produtoras de leite, estendendo-se às mulheres de camadas sociais mais baixas que assumiram o papel de amas-de-leite como forma de subsistência. Com a urbanização, a figura da ama-de-leite se difundiu entre as novas camadas sociais, gerando a mercantilização dessa prática por meio do aluguel de amas-de-leite (SILVA, 1990 e ALMEIDA, 1999).

No século XIX foi estabelecida uma aliança entre o Estado e a medicina, constituindo a medicina higienicista, que reconstruiu socialmente o ciclo gravídico-puerperal buscando resgatar a maternidade e a amamentação como fatores vitais para a sobrevivência dos filhos. O papel de mãe passou a ser valorizado e a mulher a assumir a responsabilidade sobre a saúde de seu filho. Tais mudanças visavam à transformação da mãe em nutriz, considerando especialmente o determinismo biológico para a amamentação (os mamíferos devem aleitar suas crias). Implantaram a censura ao desmame, responsabilizando a mulher pelo insucesso do aleitamento. A partir da necessidade de se explicar o fracasso de algumas mulheres em exercerem o papel de nutriz, mesmo seguindo todas as recomendações médicas, surgiu a figura do leite fraco (ALMEIDA, 1999).

No início do século XX, as transformações econômicas que estavam ocorrendo no Brasil possibilitaram o surgimento e a ascensão de uma nova classe social, a burguesia. Com a

urbanização e a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho o aleitamento misto foi adotado como uma solução para as necessidades das mulheres que saíam do seu lar para trabalhar.

As indústrias de leite apresentaram o leite industrializado como uma solução higiênica às dificuldades em amamentar (recusa ou impossibilidade) e utilizaram propagandas para influenciar o meio científico e a sociedade, introjetando a idéia de que o leite industrializado era a opção ideal para as mulheres urbanas e modernas, facilitando suas vidas. Em 1921 a Nestlé abriu sua primeira fábrica de leite condensado no Brasil, em Araras, interior do estado de São Paulo. O leite condensado e a farinha láctea, em associação com o leite industrializado e a mamadeira, possibilitaram uma alternativa para a alimentação do lactente (ALMEIDA, 1999; REA, 1990).

As indústrias de leites artificiais aproveitavam o discurso médico sobre as necessidades nutricionais dos lactentes para explicarem as vantagens e a adequação dos seus produtos. A fabricação em larga escala dos leites industrializados teve como consequência a ampliação das exceções ao aleitamento materno pelo discurso médico, que passou da condenação do desmame ao estímulo ao aleitamento artificial, sem negar as superioridades do leite materno (ALMEIDA, 1999; SOUZA e ALMEIDA, 2005).

No início da década de 40 começaram a existir no Brasil os programas de suplementação alimentar com a distribuição de leite em pó, o que de certa forma garantia o mercado para esses produtos e demonstrava o endosso profissional ao uso deste leite, uma vez que eram distribuídos indiscriminadamente para crianças desde o seu nascimento, influenciando desfavoravelmente as práticas de alimentação infantil (REA, 1990).

Em 1943 foi implantado o primeiro Banco de Leite Humano (BLH) no Brasil no então Instituto Nacional de Puericultura, atualmente, Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz. O principal objetivo era coletar e distribuir leite humano para atender a

situações especiais como prematuridade, distúrbios nutricionais e alergias ao leite de vaca, reiterando, desta forma, que o aleitamento artificial seria a regra para o lactente normal, pois a excepcionalidade receberia o leite humano de forma terapêutica. Seguindo este modelo foram criados mais cinco BLH entre 1943 e 1979. Neste período os BLH não realizavam promoção e estímulo à amamentação. A ação conjunta da Fundação Oswaldo Cruz e do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) estimulou a criação de novos BLH, atingindo mais de 100 unidades após uma década, porém com nova reorientação, passando a ser um local para promoção do aleitamento materno, além de realizar a coleta e distribuição do leite materno (ALMEIDA, 1999; SOUZA e ALMEIDA, 2005; REDE NACIONAL DE BANCO DE LEITE HUMANO).

Em 1974 foi publicado o documento denominado *The Baby Killer*, que denunciou a ação das indústrias de produtos alimentícios para lactentes na África, iniciando os questionamentos a respeito da qualidade dos leites industrializados. A diarreia e a desnutrição passaram a ser relacionadas como as principais conseqüências do desmame (SOUZA e ALMEIDA, 2005). No Brasil, no fim da década de 70, a mortalidade infantil alcançava 88% e o desmame no primeiro mês atingia 50% e 80% dos lactentes de São Paulo e Recife, respectivamente (INAM², 1991 apud SOUZA; ALMEIDA, 2005, p.23).

As altas taxas de mortalidade infantis aliadas à associação entre diarreia, desnutrição, desmame e uso de leites artificiais reforçaram a necessidade de se estimular a amamentação. A partir da década de 80 os benefícios do leite materno foram amplamente aceitos no meio científico e divulgados para o público em geral. A promoção do aleitamento materno passou, então, a ser alvo de políticas do governo e gerou ampla mobilização social (ALMEIDA, 1999).

² INAN. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

Com o reconhecimento científico de que o leite materno é o melhor alimento para a criança nos primeiros meses de vida e que a amamentação é uma das formas mais eficazes para a manutenção da saúde da criança, promovendo crescimento e desenvolvimento adequados e, conseqüentemente, levando a menor coeficiente de mortalidade infantil, a OMS e a UNICEF tomaram medidas de apoio ao aleitamento materno.

Em 1981, foi lançado no Brasil o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição e com o apoio de diversos segmentos da sociedade civil organizada, como estratégia para reverter a situação da baixa duração do aleitamento materno no Brasil. Este programa contou com coordenação nacional, importante mobilização social e campanhas na mídia visando ao aumento da duração do aleitamento materno, treinamento de profissionais da saúde e esclarecimento à população quanto à necessidade do início e manutenção do aleitamento e desmistificar algumas crenças, como a do leite fraco. A partir de então, o aleitamento materno passou a ser uma prioridade de política pública de saúde, como um dos instrumentos para a redução da mortalidade infantil (REA, 2003; OBREGÓN, 2001).

Em 1989, a fim de melhorar os índices de aleitamento materno mundial foi criada uma estratégia da OMS em conjunto com a UNICEF – a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (WHO, UNICEF, 1989). A melhora dos serviços da maternidade com a qualificação de recursos humanos em prol do incentivo ao aleitamento e o seguimento dos Dez Passos para o Sucesso da Amamentação (Anexo A) promoveu um aumento nos índices de aleitamento materno exclusivo. Tais medidas foram adotadas por diversos países. No Brasil, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança começou em 1992 (REA, 2003).

Em 1990 o Brasil assinou a Declaração de Innocenti, comprometendo-se em incentivar a prática do aleitamento materno exclusivo até 4-6 meses e a partir desta idade

iniciar complementação alimentar adequada, eliminando os obstáculos que pudessem existir contra estas práticas no sistema de saúde, nos locais de trabalho e na comunidade.

A operacionalização deste compromisso dependeu da incorporação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, do Código Internacional para Propaganda de Substitutos do Leite Materno e da adequação das ações e políticas de saúde a favor do aleitamento.

A promoção do aleitamento materno passou a fazer parte integrante das ações programáticas da Saúde da Criança. Estas ações, que inicialmente tinham um caráter vertical, passaram a se adaptar às realidades locais e suas necessidades. Buscando promover o cuidado integral da criança, a fim de evitar a prática assistencial pontual e curativa, foi considerada de suma importância a implantação de rede de atendimento acessível a toda a população, onde, no nível primário seriam desenvolvidos os programas de assistência à gestante, criança e adulto. Nesta rede primária foram incorporadas as ações de caráter assistencial individual, às de saúde pública e educativa. Dentre elas destacam-se a promoção e o manejo do aleitamento materno como estratégia para reduzir a morbi-mortalidade infantil, especialmente pela desnutrição e doenças diarréicas (NEMES, 1993).

Atualmente, as ações de incentivo ao aleitamento materno no Brasil estão baseadas no apoio, promoção e proteção à prática do AME até os seis meses e AM complementado até dois anos ou mais e contam com a Rede de Bancos de Leite Humano, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Unidade de Saúde Amiga da Criança, Semana Mundial da Amamentação (desde 1992) e Dia Nacional de Doação do Leite Humano (desde 2003). Além destes instrumentos de incentivo, existem medidas de proteção à amamentação, como uma legislação que apóia a mãe trabalhadora, Empresa Amiga da Amamentação e a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças da Primeira Infância

e de Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) que teve a sua primeira versão em 1992 e em 2006, se tornou lei nacional (lei 11265 de 03 de janeiro de 2006) (MONTEIRO, 2006).

1.3. Prevalência do Aleitamento Materno no Brasil

Diversos estudos têm sido feitos em diferentes regiões do país para caracterizar o perfil do aleitamento nestas áreas, a fim de subsidiar ações locais de promoção da amamentação e avaliar o impacto das ações pró-aleitamento materno.

No período de outubro de 1973 e maio de 1974, foi realizado, em Ribeirão Preto, estudo com aplicação de questionário às mães de crianças menores de dois anos (816 crianças) através de visitas domiciliares em duas áreas administrativas da cidade (setores 1 e 5), utilizando-se a técnica de amostragem por conglomerados. Este mostrou que 50% das crianças estavam desmamadas aos 2 meses e meio. Se considerado o aleitamento materno exclusivo, apenas 12% das crianças recebiam somente o leite materno aos 6 meses e 26,19% aos 2 meses e meio (RICCO, 1975).

No Brasil, em 1996, a proporção de crianças amamentadas era de 92%. Entre as crianças não amamentadas, as fórmulas especiais para lactentes foram apontadas como principal fonte de alimentação. O uso de mamadeiras é maior entre estas crianças, tornando-as mais susceptíveis a contraírem infecções devido à falta de higiene. A duração mediana da amamentação era de sete meses. Observou-se que a escolaridade materna não exerceu influência importante em relação à duração da amamentação, porém quando se considera apenas a amamentação exclusiva, existiu uma clara correlação entre maior mediana de AME e melhores condições socioeconômicas. Em geral a mediana de duração do aleitamento materno

exclusivo se encontrava ao redor de 1 mês, porém em São Paulo e na região Sul, são maiores, 1,9 e 1,7 respectivamente (BEMFAM e DHS, 1997).

Estudos avaliando a situação do aleitamento materno têm sido realizados utilizando-se do recordatório alimentar das últimas 24 horas (current status). Dentre eles destacam-se aqueles que são realizados durante dias de campanhas nacionais de vacinação.

Em uma análise comparada entre as práticas de aleitamento em Florianópolis e em João Pessoa, realizada em 1997 durante campanha de vacinação, foi observado que nas duas cidades o início da amamentação era quase universal, porém logo nos primeiros meses já se observou uma diminuição da prevalência do aleitamento materno, especialmente o exclusivo. Em Florianópolis 46,3% das crianças menores de 4 meses estavam em amamentação exclusiva; já em João Pessoa, 23,9%. Em relação à duração mediana da amamentação exclusiva em Florianópolis e João Pessoa, foram de 53,3 e 16,5 dias, respectivamente (KITOKO et al., 2000).

Venâncio et al. (2002) analisando os dados obtidos nas campanhas de vacinação através do projeto Aleitamento Materno e Municípios verificaram que a frequência da amamentação exclusiva em menores de quatro meses apresenta ampla variação nos 84 municípios do estado de São Paulo estudados. Em apenas 32 % desses municípios a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi superior a 20%, enquanto o aleitamento predominante esteve acima de 20% em 85,7% dos municípios estudados. A interrupção do aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses está associada significativamente com as seguintes variáveis: escolaridade materna (maior escolaridade, maior o AME), criança ter nascido em município com Hospital Amigo da Criança (sim, maior AME), ter nascido em HAC (sim, maior AME), ser primeiro filho (sim, menor AME) e idade materna (maior de 20 anos, maior AME).

Em 1999, em Ribeirão Preto, a prevalência do AME em menores de 4 meses era de 18,8% e do AMP, 40,3%. Apenas 12,7% das crianças menores de 6 meses estavam em AME. A duração média da amamentação foi de 6 meses (PEREIRA et al., 2004).

Em Feira de Santana, 2001, Vieira et al. (2004a) observaram que o AME em menores de 4 meses foi de 48,3% e em menores de 6 meses, 38,5%. Das variáveis estudadas, as que apresentaram associação significativa com o aleitamento materno exclusivo, foram: paridade (entre as crianças filhas de multíparas foi maior a prevalência do AME) e renda familiar (quanto menor a renda, maior o AME).

Em Campinas, no ano 2002, a mediana da amamentação exclusiva foi de 68 dias e da amamentação total 6,4 meses. A prevalência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses foi de 38,1% (CAMILO et al, 2004).

Em 2003, em Ribeirão Preto, 60,7% das crianças menores de 1 ano tinham recebido leite materno nas últimas 24 horas. Entre as crianças menores de 4 meses, 35,3% estavam em AME, 21,9% AMP e 85,6% AM. Apenas 24,2% das crianças menores de 6 meses estavam em AME (ALEITAMENTO MATERNO RIBEIRÃO PRETO 2003).

Em Conchas, cidade com 100% de cobertura por Equipes de Saúde da Família, a prevalência do AME em menores de 4 meses foi de 25,4% e de 21,1% em menores de 6 meses, no ano de 2003.

1.4. A Estratégia de Saúde da Família

O Sistema Único de Saúde (SUS) se estabelece no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, através dos seus artigos 196 a 200, incorporando o conceito de saúde numa

perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais. A saúde passa a ser considerada como um direito social universal, derivado do exercício da cidadania plena e os serviços e ações de saúde são caracterizados como de relevância pública.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), passou a regulamentar o SUS a partir de 1990. Esta lei dispõe sobre a integração das ações de saúde e regula a organização e o funcionamento dos serviços e ações de saúde em todo o território nacional, considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. São princípios éticos do SUS a universalidade, a integralidade e a equidade, e princípios operacionais a regionalização, a hierarquização, a descentralização e o controle social.

O processo de municipalização iniciado desde então representou a possibilidade de um avanço para a consolidação desses princípios do SUS e vem sendo regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas - NOBs; pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS e mais recentemente pelo Pacto da Saúde, Portaria 399 de fevereiro de 2006.

Segundo Costa Neto (2000, p.46),

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

Buscando mudanças na prática assistencial vigente e como forma de enfrentamento das péssimas condições de saúde de algumas regiões do Nordeste do Brasil, foi criado em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O impacto positivo do PACS e o reconhecimento da crise do modelo assistencial resultaram na formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família (PSF) que foi lançado em 1994.

O PSF constitui-se em uma estratégia para consolidação do SUS e proposta para reorganização da atenção básica, priorizando ações de promoção e prevenção junto à comunidade, possibilitando uma relação permanente e mais humanizada entre profissionais da equipe de saúde e a comunidade, através do rompimento da dicotomia entre assistência médica individual e saúde pública e entre práticas educativas e assistenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

De acordo com o Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde (2000, p.317):

Por seus princípios, o Programa de Saúde da Família é, nos últimos anos, a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública do Brasil. Junto ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – com o qual se identifica cada vez mais – permite a inversão da lógica anterior, que sempre privilegiou o tratamento da doença nos hospitais.

De acordo com estudo realizado pelo Ministério da Saúde e Universidade Federal da Bahia (2002), no ano de 2001 existiam 3.902 municípios com o Programa de Saúde da Família implantado, o equivalente a 70,2% dos municípios brasileiros. A expansão do PSF continua ocorrendo de forma progressiva nos municípios brasileiros, ampliando, gradativamente, sua cobertura.

Segundo o Ministério da Saúde (2002b), em maio 2002, o Brasil contava com 15.201 equipes de saúde da família distribuídas pelas cinco regiões do Brasil. Em fevereiro de 2005, o PSF estava presente em 4.590 municípios, com 21.391 equipes atendendo cerca de 69 milhões de pessoas. Atualmente conta já com 23.000 equipes.

Os princípios básicos do SUS, incorporados pela estratégia saúde da família, vêm sendo praticados através das equipes de saúde da família. A Unidade de Saúde da Família é uma importante porta de entrada para o SUS e o seu primeiro nível de atenção, devendo estar integrada e articulada com uma rede de serviços de outros níveis de complexidade, operando

através de adequado sistema de referência e contra-referência, garantindo a resolutividade e possibilitando o acompanhamento longitudinal dos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a e 2002b).

As equipes de saúde da família são multiprofissionais e sua composição mínima é um médico generalista, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. A partir de 2001, o PSF passa a incorporar as ações de saúde bucal, integrando o cirurgião dentista e o técnico de saúde bucal à equipe. Em municípios em que o PSF está adequadamente implantado e com equipe capacitada, podem ser solucionados até 85% dos problemas de saúde da população acompanhada nos serviços de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Nas áreas cobertas pelo PSF a mortalidade infantil apresentou queda de 15,22% entre os anos de 1999 e 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b) e mantém-se em queda. A capacidade do PSF em contribuir para a redução da mortalidade infantil, advém de que esta estratégia tem como uma de suas prioridades a atenção à saúde da criança, visando, para isso, o aumento do número de crianças com aleitamento materno exclusivo até os seis meses, o controle de doenças mais prevalentes na infância, o aumento da cobertura vacinal e a ampliação do acesso aos serviços de saúde.

A Estratégia Saúde da Família, como passa a ser denominada a partir da Portaria 399/06, ao adotar o grupo familiar como eixo organizador da assistência, possibilita que se estabeleçam novas relações entre os profissionais de saúde, as pessoas, suas famílias e comunidades. Assim, considera os aspectos sócio-culturais presentes nas referências familiares e o significado das diferentes práticas e ações de saúde propostas às famílias, dentre elas a do aleitamento materno.

2. JUSTIFICATIVA

Dados do Banco Mundial para o Aleitamento Materno - OMS, que agrega 65% da população mundial abaixo de 01 ano, estimam que apenas 35% dessas crianças recebem leite materno exclusivamente entre 0 e 4 meses de idade (GLOBAL DATA BANK ON BREASTFEEDING, 2003).

Embora mais de 95% das mulheres iniciem a amamentação na América Latina, a grande maioria não pratica o aleitamento materno exclusivo, o que pode representar um fator de desestímulo às mulheres que optam pelo AME até os seis meses, como é o recomendado. Falsas crenças a respeito da amamentação, como, por exemplo, a não produção de leite suficiente para sustentar a criança, ou a necessidade de outros alimentos e líquidos, ainda são aspectos culturalmente muito presentes nesses países (UNICEF, 1999).

A amamentação é uma prática social complexa, que envolve a decisão da mãe por aleitar, aprender técnicas corretas de amamentação, perseverar quando surgirem dificuldades e, algumas vezes, até contrariar normas culturais.

O aleitamento natural deve ser ativamente estimulado por toda a equipe de saúde envolvida na relação mãe-filho e família, dada sua importância para a mulher e a criança. O aconselhamento quanto ao aleitamento deve ser iniciado já no pré-natal, pois muitas mulheres fazem escolhas importantes a respeito da alimentação da criança neste período (MEYERS, 2001; ABÁS et al, 2001). Após o nascimento da criança, o aconselhamento deve ser mantido e também deve ser possibilitado à nutriz o acesso a um serviço que conte com profissionais da saúde que saibam lidar com os principais problemas relacionados à amamentação.

Desta forma, mães e outros cuidadores precisam de um suporte ativo para estabelecer e manter práticas apropriadas de amamentação. Estudos realizados em diversos países demonstraram impactos positivos das ações de aconselhamento nas comunidades e nos

serviços de saúde em melhorar as práticas de amamentação, ingesta alimentar e crescimento (WHO, 2003). A continuidade do aleitamento materno exclusivo pode ser fortalecida pelo acompanhamento sistemático da família por profissionais da saúde que atuam fora das maternidades.

A equipe de saúde da família, ao acompanhar de forma próxima, abrangente e contínua todos os membros de uma família, está numa posição ideal para promover, incentivar e dar esse suporte necessário ao aleitamento materno.

Conhecendo as referências sócio-culturais do grupo familiar, pode-se trabalhar sobre os medos, tabus e outros fatores dificultadores das práticas de amamentação, desmistificar falsas concepções sobre o amamentar e oferecer informações adicionais às tradicionalmente já oferecidas.

O conhecimento do contexto familiar poderá permitir ao médico e demais membros da equipe de Saúde da Família intervir a favor da amamentação junto às mães e outros familiares desde a gestação, desmistificando algumas práticas em relação à alimentação da criança, orientando quanto à superioridade do leite materno, seus benefícios para o lactente, mãe e família e cuidados com as mamas. Esta prática contextualizada configurando-se no exercício de uma clínica ampliada poderá propiciar uma melhor adesão e manutenção do aleitamento materno, a partir da incorporação de seus significados sócio-afetivos para a mãe e para a família.

No que diz respeito à associação entre Programa de Saúde da Família e aleitamento materno há estudos que apontam que nas áreas assistidas pelo PSF, a prevalência do aleitamento materno exclusivo é maior do que em outras áreas. “Em 2001, 64,1% das crianças menores de 4 meses recebiam aleitamento materno exclusivo, enquanto a média nacional era de 35,6%.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b, p.7).

No estudo realizado em Ribeirão Preto, em 2003, durante campanha nacional de imunização com crianças até 01 ano de idade, observou-se que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses, segundo o local de atendimento de puericultura da criança é de 36,6% para as que seguem em serviços particulares ou convênio, 33,9% em Unidade Básica de Saúde e 42,8% em Programa de Saúde da Família (ALEITAMENTO MATERNO RIBEIRÃO PRETO 2003).

Considerando a forma de assistência da Saúde da Família que possibilita o aconselhamento e intervenções contextualizadas durante o pré-natal, puerpério, puericultura e, muitas vezes, no período pré-gestacional, justifica-se a realização desta investigação para estudar a prevalência de aleitamento materno exclusivo entre as crianças de 0 a 6 meses, cadastradas em unidades de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral:

Estudar as práticas do aleitamento materno entre as crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

3.2. Específicos:

- Conhecer as práticas da amamentação entre lactentes de 0 a 6 meses de idade
- Caracterizar as mães quanto variáveis socioeconômicas e demográficas, assistência pré-natal e natal
- Identificar hábitos individuais/ familiares que possam interferir na manutenção do aleitamento materno
- Verificar procedência e tipo de orientações recebidas pela mãe quanto à amamentação

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do estudo:

Trata-se de um estudo transversal, com coleta de informações atuais e retrospectivas visando à busca de informações em relação ao aleitamento materno exclusivo de crianças de 0 a 6 meses, cadastradas nos Núcleos de Saúde da Família (NSF) I, III, IV e V do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

4.2. Local do estudo:

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, situado no nordeste do estado de São Paulo, a 313 km da capital, ocupando uma área territorial de 642 km².

Ribeirão Preto, com 543.885 habitantes, é considerado um importante pólo científico, tecnológico e de formação nas diversas áreas (FUNDAÇÃO SEADE, 2005).

A partir de 1984, devido ao compromisso de adesão do município às Ações Integradas de Saúde que visavam a universalidade do atendimento, a integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, democratização e planejamento do sistema, o município, inserido no Sistema Nacional de Saúde iniciou o processo de ampliação da sua estrutura física com Unidades Básicas de Saúde e dos seus recursos humanos através de contratações e capacitações. Iniciou ainda a implementação de programas específicos como o de Saúde da Mulher, da Criança e do Adulto (PEREIRA, 1996).

A fim de organizar a assistência à saúde para a população e garantir a acessibilidade ao atendimento básico e de pronto atendimento próximo ao local de residência, o município foi dividido em cinco regiões denominadas de Distritos de Saúde. Cada um deles compreende uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) e diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ribeirão Preto atualmente possui 23 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo 13, no distrito Oeste (Anexo B).

As UBDS funcionam 24 horas por dia, são responsáveis pelo atendimento básico da população de sua área de abrangência e são referência para algumas especialidades para toda a área do distrito, assim como para o atendimento a urgências e emergências,. As UBS e ESF devem prestar atendimento básico (atenção primária) nas áreas médicas, de enfermagem e odontológica. No nível secundário, a rede pública conta com a oferta de algumas especialidades em unidades distritais e 7 ambulatórios. A assistência hospitalar conta com 1.675 leitos para o SUS, distribuídos entre as instituições conveniadas e HCFMRP-USP (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2003).

A Secretaria Municipal de Saúde a partir de 1988, em parceria com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, através do Núcleo de Aleitamento Materno (NALMA) iniciou a implantação de ações a favor do aleitamento que se estenderam a toda a rede municipal de saúde através da capacitação técnica dos profissionais da rede básica e da sistematização e descentralização das ações. Em 1996, o Programa de Aleitamento Materno da Secretaria Municipal da Saúde (PALMA) foi oficializado. (REIS, 2005).

O programa do aleitamento materno visa à diminuição da morbi-mortalidade infantil, à promoção do aleitamento natural e à assistência aos casos de intercorrências mamárias, que podem levar ao desmame precoce em consonância com outros programas da secretaria, como os de Saúde da Mulher, da Criança, Imunização e serviço de assistência domiciliar. Todas as unidades de saúde de Ribeirão Preto possuem enfermeiros capacitados

em aleitamento e realizam atendimento às queixas relacionadas ao aleitamento materno, visitas domiciliares à mãe e o seu filho e grupos de educação em saúde (PROGRAMA DE ALEITAMENTO MATERNO, 2005).

Além das ações em favor do aleitamento materno na atenção básica, Ribeirão Preto dispõe de Banco de Leite Humano e de três hospitais credenciados à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Maternidade do Complexo Aeroporto, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Sociedade Beneficente Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto), todos com leitos disponíveis para o Sistema Único de Saúde.

Esta cidade conta também com o projeto Floresce uma Vida, resultante das parcerias entre Secretaria Municipal da Saúde (SMS), Universidade de São Paulo e hospitais. Este tem por objetivo reduzir a mortalidade infantil e diminuir as deficiências em menores de um ano através do atendimento pré-natal de qualidade, promoção do aleitamento materno, garantia de seguimento em puericultura nos recém-nascidos, busca ativa de recém-nascidos de risco e integração dos diferentes programas da Secretaria Municipal de Saúde que estejam envolvidos na saúde da criança.

Para garantir a atenção ao recém-nascido, o Projeto Nascer conta com auxiliares de enfermagem que visitam diariamente as maternidades do SUS a fim de orientar as mães quanto aos serviços da rede básica de saúde (atendimento médico, de enfermagem, teste do pezinho, imunização, cuidados com as mamas e promoção do aleitamento materno). Além das orientações, as crianças são cadastradas no sistema Hygia (sistema de informatização da rede básica do município) e é agendada a primeira consulta de puericultura com médico ou enfermeira na Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência materna. Se não houver comparecimento à consulta previamente agendada é preconizada a realização de visita domiciliar e agendamento de nova consulta para seguimento, se a criança não estiver sendo acompanhada em nenhum outro local (PROGRAMA FLORESCE UMA VIDA, 2005).

O município de Ribeirão Preto ainda atua na proteção da amamentação através do

monitoramento de resoluções da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e 1ª. Infância, participando da rede IBFAN, assegurando o direito do horário amamentação para as servidoras e participando da elaboração do Projeto Empresas Amigas de

Em 1999, os Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP iniciaram o Programa de Saúde da Família neste município, sendo habilitados a partir de outubro de 2001 junto ao Ministério da Saúde. A primeira unidade foi organizada a partir da iniciativa de docentes do Departamento de Medicina Social e recursos do Centro de Saúde Escola da mesma Faculdade tendo como marco o início do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Em 2001, através de convênios estabelecidos com a FAEPA - Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP e com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde foram captados recursos que viabilizaram a instalação de três novos Núcleos, administrativamente vinculados ao CSE (CACCIA-BAVA, 2004).

Os Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V, locais deste estudo, estão localizados no Distrito de Saúde Oeste e fazem parte da área básica da UBDS/CSE Sumarezinho. O Núcleo de Saúde da Família II foi excluído deste estudo por localizar-se geograficamente fora do Distrito de Saúde Oeste, no Distrito Central.

Cada um dos Núcleos de Saúde da Família tem cerca de 850 famílias cadastradas. Contam com um médico de família, médicos residentes do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, auxiliares de enfermagem, odontólogo, agentes comunitários de saúde e enfermeira capacitada em aleitamento materno, visitas puerperais para mãe e bebê e grupos de educação em saúde que abordam esta temática.

4.3. População do estudo:

Todas as crianças até 6 meses de idade e suas mães cadastradas nos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (NSF).

Os possíveis sujeitos da pesquisa (68) foram obtidos a partir dos cadastros familiares feitos pelos agentes comunitários de saúde dos Núcleos de Saúde da Família, que dispondo dos endereços das famílias elegíveis, possibilitaram a realização das visitas domiciliares.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão:

Não consentimento da mãe em participar da pesquisa,

Mãe HIV positivo,

Mães não encontradas após 3 tentativas de visitas domiciliares em dias e horários diferentes.

4.4. Período de estudo:

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora através de visitas domiciliares às famílias cadastradas nos Núcleos de Saúde da Família citados, no período de 01 de julho de 2005 a 31 de agosto de 2005, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CSE – FMRP (Anexo C).

4.5. Instrumento para coleta de dados:

A partir do reconhecimento dos sujeitos e seus respectivos domicílios, foram realizadas visitas domiciliares para esclarecimento da pesquisa e seus objetivos, agendamento da entrevista no próprio domicílio ou aplicação do questionário, nos casos em que as mães estavam disponíveis naquele momento.

Após o consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) da entrevistada, no seu próprio domicílio, foi aplicado às mães das crianças entre 0 e 6 meses cadastradas nos Núcleos de Saúde da Família, questionário semi-estruturado (Apêndice B).

O questionário foi pré-testado em uma região com características semelhantes à das áreas de estudo.

A escolha pelo ambiente domiciliar para a aplicação do formulário vinculou-se à compreensão de que nele a mãe ou responsável pudesse sentir-se mais à vontade para informar a dieta realmente adotada. O ambiente do serviço de saúde poderia favorecer a uma seletividade na informação buscando corresponder às expectativas e orientações da equipe.

4.6. Variáveis de estudo:

4.6.1. Variável dependente: Duração do aleitamento materno exclusivo

A categorização do aleitamento materno será realizada com base no recordatório alimentar da criança nas últimas 24 horas precedentes à entrevista e obedecerá à definição preconizada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1991).

Critérios para categorização:

A criança foi considerada em aleitamento materno exclusivo (AME) quando só recebia o leite materno, sem nenhum outro líquido ou alimento sólido, com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicações.

Aleitamento predominante (AMP) no caso da fonte nutricional predominante ser o leite materno, porém o lactente receber água, chás, água com açúcar, suco de frutas e solução de sais de rehidratação oral.

Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano.

4.6.2. Variáveis independentes:

4.6.2.1. Variável relacionada ao local de residência:

NSF: Unidade de Saúde da Família em que a família da criança é cadastrada

4.6.2.2. Variáveis relacionadas à mãe:

Idade da mãe: considerada em anos, no momento da entrevista

Estado marital: solteira, casada/união estável, separada/desquitada ou viúva

Escolaridade: anos completos de estudo. As mães foram divididas em 5 grupos: analfabeta, 4 anos ou menos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos, mais que 12 anos

Ocupação: mãe trabalha fora ou não (do lar)

Renda familiar mensal: total de rendimentos da família

Paridade: primípara e múltípara

Hábitos: uso de cigarro, bebida alcoólica e medicações

4.6.2.3. *Variáveis relacionadas à criança:*

Idade: em dias na data da entrevista

Sexo: feminino e masculino

Peso ao nascimento

4.6.2.4. *Variáveis relacionadas à gestação e parto da criança:*

Idade gestacional: a termo, menos de 37 semanas e 42 semanas e mais

Tipo de parto: vaginal ou cesárea

Pré-natal: realização ou não do pré-natal, número de consultas e local

Local do nascimento: hospital particular ou convênio, hospital SUS, domicílio, UBS e outros. Os nascimentos ocorridos em hospitais foram categorizados em sendo ou não participantes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança

4.6.2.5. *Variáveis relacionadas às orientações e práticas em relação ao aleitamento materno:*

Orientação para o aleitamento materno: local, responsáveis, época de realização

Uso de chupeta

Uso de mamadeira

Dificuldade em amamentar

Apoio do pai da criança em relação ao aleitamento natural

4.6.2.6. *Variáveis relacionadas ao serviço de saúde:*

Local de realização do pré-natal, parto e puericultura

4.7. **Análise dos dados:**

A partir dos questionários respondidos foi criado um banco de dados no EpiData

3.1.

Para análise descritiva das variáveis foi utilizado o programa EpiData Analysis

V1.0

As frequências de crianças sob aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno conforme o tempo (em dias) foram estimadas pelo método de Kaplan-Meier (BLAND e ALTMAN, 1998) e descritas graficamente, utilizando-se o programa R (IHAKA e GENTLEMAN, 1996). Estas frequências de aleitamento foram ainda

estimadas segundo categorias de variáveis de interesse e comparadas pelo teste de Gehan-Wilcoxon modificado por Peto e Peto (HARRINGTON e FLEMING, 1982). Este teste tem por hipótese nula que inexistência de associação entre as frequências de aleitamento materno exclusivo e AM ao longo do tempo e estas variáveis, sendo considerado nível de significância de 5%.

5. RESULTADOS

Foram realizadas visitas às 68 famílias que tinham crianças até 6 meses de idade cadastradas nos NSF I, III, IV e V no período do estudo (julho e agosto de 2005). Destas, 3 mães não aceitaram participar do estudo, 1 foi excluída por ser HIV positivo e 11 não foram encontradas em nenhuma das três visitas realizadas em diferentes horários e dias da semana. Portanto, foram realizadas 53 entrevistas.

A partir da análise dos dados dos questionários respondidos, observa-se que das 53 mães entrevistadas, 43 delas (81,1%) têm união estável, 9 (16,9%) são solteiras e 1 (1,9%) é separada. A idade das mães variou de 16 a 39 anos, com média de 25,6 (DP = 6,0) e mediana de 25. Apenas 5 (9,4%) tinham menos de 18 anos.

Quanto à escolaridade materna, identificou-se que 3 mulheres (5,7%) apresentam mais de 12 anos de estudo, 23 (43,4%) de 9 a 11 anos, 16 (30,2%) de 5 a 8 anos, 10 (18,9%) até 4 anos e 1 (1,9%) delas é analfabeta.

Das 53 mães entrevistadas, 25 (47,2%) se intitularam do lar. A segunda ocupação mais encontrada foi empregada doméstica (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das mães de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V, segundo profissão referida, Ribeirão Preto, 2005.

Profissão	Frequência absoluta	%
Analista de crédito	1	1,9
Artesã	1	1,9
Atendente de loja	1	1,9
Auxiliar de dentista	1	1,9
Auxiliar de enfermagem	1	1,9
Bióloga	1	1,9
Copeira	1	1,9
Cozinheira	2	3,8
Do lar	25	47,2
Empregada doméstica	8	15,1
Estudante	2	3,8
Manicura	2	3,8
Promotora de vendas	1	1,9
Secretaria	1	1,9
Serviços gerais	2	3,8
Tele operadora	3	5,7
Total	53	100,0

As mães que estão exercendo trabalho remunerado (16 – 30,2%) têm salários entre de 60 (0,2 salários³ mínimos–SM) e 600 reais (2SM), com média de 392,13 (1,3SM) e mediana de 425 reais (1,4SM). Metade dessas mulheres está de licença-maternidade.

A renda familiar mensal média é de 804,46 reais (2,7 salários mínimos) variando entre 0 e 5000 reais (16,7SM), com mediana de 600 reais (2SM). Das 48 entrevistadas que forneceram esta informação, 12,50% (6) referiram que as famílias não têm nenhum rendimento. Cinco entrevistadas não souberam informar.

Considerando a paridade observamos que a média do número de filhos foi de 2,2 e que 45,3% (24) das mães são primíparas (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição segundo paridade das mães de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V, Ribeirão Preto, 2005

Número filhos	Frequência absoluta	%
1	24	45,3
2	14	26,4
3	8	15,1
4	1	1,9
5	4	7,5
8	2	3,8
Total	53	100,0

³ salário mínimo vigente em 2005 (MP248 de 20/04/2005) = R\$ 300,00

Quanto aos hábitos maternos temos que, 44 (83,0%) não fumam e entre as tabagistas, 7 fumam dez cigarros ou menos ao dia. 90,6% (48) delas não fazem uso de bebida alcoólica, as 5 mães que ingerem álcool, referiram beber cerveja e 3 tomam mais de três doses de cerveja por semana. 31 mães (58,5%) referiram fazer uso de medicações, especialmente o anticoncepcional a base de progestágeno, seguido da suplementação com sulfato ferroso (Tabela 3).

Tabela 3 - Medicações usadas pelas mães de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V, Ribeirão Preto, 2005

Medicações	Frequência absoluta	%
Sulfato ferroso	9	29,0
Anticoncepcional progestágeno	18	58,1
Anticoncepcional combinado	2	6,5
Outros	2	6,5
Total	31	100,0

Todas as mulheres durante a gestação destas crianças fizeram ao menos 1 consulta de pré-natal, sendo que 81,13% delas fizeram mais de 7 consultas. Mais da metade (58,49%) dos pré-natais foi realizado em um dos Núcleos de Saúde da Família de referência (Tabela 4).

Tabela 4 – Local de realização do pré-natal das mães de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V, Ribeirão Preto, 2005

Local	Frequência absoluta	%
NSF	31	58,5
UBS	7	13,2
Consultório particular/ convênio	9	17,0
Hospital	6	11,3
Total	53	100,0

Apenas uma criança não nasceu no hospital, nascendo na ambulância. Das 52 crianças nascidas em hospital, 80,8% (42) nasceram em hospitais credenciados à Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

A maioria das crianças é do sexo feminino (34/64,2%). Das 53 crianças, 45 (84,9%) nasceram a termo, 7 (13,2%) pré-termo e 1 (1,9%) pós-data. Quanto o tipo de parto, 25 (47,2%) nasceram de cesárea e 28 (52,8%) de parto vaginal. O menor peso ao nascer foi de 2145 gramas e o maior 3915 gramas. A média de peso foi 3045,4 g (DP=368,1). Uma das mães não soube informar o peso de nascimento da criança. Quando categorizados em relação ao peso obtivemos os seguintes resultados: 48 (90,6%) crianças nasceram com mais de 2500 gramas. A idade das crianças variou entre 11 e 180 dias, com média de 104,5 dias (DP = 47,8). Considerando o uso de bicos artificiais, verificamos que 62,3% das crianças usam mamadeira e 45,3% , chupeta.

Apenas uma criança não está fazendo seguimento de puericultura. Das 52 crianças que vão à consultas periódicas para puericultura, 78,8% freqüentam o NSF de referência para a sua família (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos lactentes entre 0 e 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V, segundo local de realização de puericultura, Ribeirão Preto, 2005

Local	Frequência absoluta	%
NSF	41	78,8
UBS	3	5,8
Consultório particular/ convênio	8	15,4
Total	52	100,0

A maioria das mães (90,6%) recebeu alguma orientação em relação ao aleitamento materno. Os principais locais de orientação foram os NSF (38/79,2%) e os hospitais (36/75,0%). Durante o pré-natal, apenas 60,4% das mães receberam informações sobre o AM, enquanto, 81,2% no puerpério e 62,5% durante as consultas de puericultura (Tabela 6). Os principais agentes vinculadores destas informações foram os profissionais de enfermagem (85,4%), seguido pelos médicos (66,7%), familiares (58,3%) e agentes comunitários de saúde (10,4%) (Tabela 7).

Tabela 6 – Período de aquisição de informações a respeito da amamentação, referidas pelas mães dos lactentes de 0 a 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V, Ribeirão Preto, 2005

Período de Orientação		Frequências
Pré-Natal	Sim	29 (60,4%)
	Não	19 (39,6%)
Puerpério	Sim	39 (81,2%)
	Não	9 (18,8%)
Puericultura	Sim	30 (62,5%)
	Não	18 (37,5%)

Tabela 7 – Fontes de informação quanto ao aleitamento materno referidas pelas mães dos lactentes de 0 a 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V, Ribeirão Preto, 2005

Fontes de Informação		Frequências
Agente Comunitário de Saúde	Sim	5 (10,4%)
	Não	43 (85,6%)
Enfermeiro/auxiliar de enfermagem	Sim	41 (85,4%)
	Não	7 (14,6%)
Familiares	Sim	28 (58,3%)
	Não	20 (41,7%)
Médico	Sim	32 (66,7%)
	Não	16 (33,3%)
Meios de comunicação	Sim	4 (8,3%)
	Não	44 (91,7%)
Outros	Sim	2 (4,2%)
	Não	46 (95,8%)

Quando as mães foram questionadas sobre orientações dadas por familiares ou amigos, 64,2 % (34) referiram que pelo menos alguém da família ou amigo deu algum tipo de orientação. As pessoas mais citadas foram mães (11), amigas (10), sogras (6) e irmãs (5). As recomendações feitas por estas pessoas foram agrupadas e versaram a respeito das vantagens do aleitamento materno (67,7%), técnica de amamentação (23,5%) e contra o aleitamento, a favor da introdução de alimentos líquidos ou sólidos (26,5%).

Cinco mulheres não têm contato com o pai de seu filho. Dentre as 48 mães que mantém algum tipo de relação com o pai da criança, 41 (85,4%) consideram que os mesmos são ou foram incentivadores do aleitamento materno.

21 (39,6%) lactantes referiram ter apresentado dificuldade em amamentar em algum período. As queixas relatadas foram agrupadas em traumas mamilares, problemas relacionados à pega, pouco leite, ingurgitamento mamário, mastite e outros. Doze disseram ter apresentado mais de uma intercorrência (Tabela 8).

Tabela 8 – Queixas relativas às dificuldades em aleitarem referidas pelas mães de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V, Ribeirão Preto, 2005

Queixas referidas	Frequências
Traumas mamilares	15 (71,4%)
Ingurgitamento mamário	6 (28,6%)
Problemas relacionados à pega	7 (33,3%)
Pouco leite	5 (23,8%)
Mastite	2 (9,5%)
Outras	3 (14,3%)

Através da análise da curva de Kaplan – Méier tem-se que a mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 70 dias. Aos 30 dias, 76,8% dos lactentes estavam em AME, com 60 dias - 52,9%, 90 dias - 31,4% e com 120 dias apenas 12,1% recebiam apenas leite materno (Figura 1).

Figura 1. Duração do aleitamento materno exclusivo, em dias, e proporção acumulada de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V amamentadas exclusivamente, Ribeirão Preto, 2005

Foi realizada comparação das curvas de Kaplan –Meier segundo as variáveis de interesse pelo teste de Gehan – Wilcoxon modificado por Peto e Peto (HARRINGTON e FLEMING, 1982).

A tabela 9 mostra a percentagem de crianças em aleitamento materno segundo sua duração, em dias, para as seguintes variáveis: idade materna, escolaridade e trabalho. Não

verificamos associação estatisticamente significativa entre aleitamento materno exclusivo e idade, escolaridade ou trabalho materno. Porém, nesta amostra as mães com até 4 anos de estudo apresentam uma tendência a amamentarem exclusivamente mais do que as de melhores níveis educacionais, especialmente nos primeiros meses (Figura 2) e aquelas que não trabalham oferecem mais o leite materno de forma exclusiva aos seus filhos do que aquelas que trabalham (Figura 3).

Tabela 9 - Percentagem de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V sob AME, segundo duração em dias para variáveis demográficas e sócio-econômicas maternas, Ribeirão Preto, 2005

		% sob aleitamento exclusivo					
	<i>n</i>	30 dias	60 dias	90 dias	120 dias	144 dias	<i>p</i> valor
Idade							
<20 anos	9	75,0	37,5	37,5	18,8	0	0,963
20 anos ou +	44	77,0	56,1	30,9	10,8	10,8	
Escolaridade							
Até 4 anos	11	90,9	68,2	22,7	0		0,543
> 4 anos	42	73,0	48,9	33,8	14,5	7,3	
Trabalha							
Sim	16	74,0	37,4	22,4	0	0	0,274
não	37	78,0	59,5	35,2	15,4	7,7

Figura 2. Crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em aleitamento materno exclusivo e sua duração, segundo escolaridade materna, Ribeirão Preto, 2005

Figura 3. Crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em aleitamento materno exclusivo e sua duração, segundo trabalho materno, Ribeirão Preto, 2005

Quando analisada a associação entre AME e número de filhos, percebemos uma discreta tendência de as mães que já haviam tido outros filhos anteriormente amamentaram exclusivamente mais do que as primíparas, entretanto sem significância estatística (Figura 4)

Figura 4. Crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V amamentadas exclusivamente e sua duração, segundo paridade materna, Ribeirão Preto, 2005

Quando observamos a relação entre local de realização do pré-natal, categorizando em NSF e outros serviços, encontramos que as mulheres que o fizeram nos NSF amamentam exclusivamente mais do que as que realizaram em outros serviços, mas sem significância estatística (Figura 5). Quanto ao número de consultas de pré-natal e AME, aquelas que têm mais de 7 consultas aleitam de forma exclusiva, mais e com maior duração

do que as com menos consultas, porém também não foi encontrada significância estatística (Figura 6). A proporção de crianças nascidas a termo que receberam leite materno exclusivamente nos primeiros meses de vida (30 dias: 77,6%, 60 dias: 57,1%, 90 dias: 34,5%) é maior do que os pré-termos (30 dias: 71,4%, 60 dias: 28,6%, 90 dias: 14,3%), contudo sem significância estatística (Figura 7).

Figura 5. Lactentes de 0 a 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V em aleitamento materno exclusivo e sua duração, segundo local de realização do pré-natal, Ribeirão Preto, 2005

Figura 6. Crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em aleitamento materno exclusivo e sua duração, segundo número de consultas de pré-natal, Ribeirão Preto, 2005

Figura 7. Crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em aleitamento materno exclusivo e sua duração, segundo idade gestacional ao nascer, Ribeirão Preto, 2005

Quando analisamos a distribuição das crianças em AME, segundo as variáveis: sexo e tipo de parto, não foram verificadas associações estatisticamente significativas (Tabela 10). Nesta amostra percebemos que as crianças do sexo feminino tendem a serem amamentadas exclusivamente mais do que as do sexo masculino (Figura 8). E que as crianças nascidas de parto vaginal receberam leite materno de forma exclusiva em maior proporção do que as nascidas por cesárea nos primeiros dois meses de vida, invertendo-se esta relação após este período (Figura 9).

Tabela 10 – Frequência de crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V sob AME, segundo duração em dias, para sexo da criança e tipo de parto, Ribeirão Preto, 2005

		% sob aleitamento exclusivo					
	<i>N</i>	30 dias	60 dias	90 dias	120 dias	144 dias	<i>p</i> valor
Sexo do RN							
Feminino	34	88	58,1	32,8	28,1	8,4	0,344
Masculino	19	68,4	62,2	29	0		
Tipo de parto							
Vaginal	28	88,7	69,2	18,3	0		0,142
Cesariana	25	76	66,5	46	27,6	13,8

Figura 8. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em aleitamento materno exclusivo e sua duração, segundo sexo, Ribeirão Preto, 2005

Figura 9. Lactentes menores de 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V amamentados exclusivamente e sua duração, segundo tipo de parto, Ribeirão Preto, 2005

A relação entre crianças que nasceram em Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno exclusivo foi estatisticamente significativa quando comparadas àquelas que nasceram em hospitais que não fazem parte da IHAC (Figura 10).

A associação entre o uso de mamadeiras e chupetas e AME teve significância estatística. A percentagem do AME ao longo do tempo entre os lactentes que utilizam chupeta (Figura 11) é menor do que entre aqueles que não utilizam, assim como entre os que usam mamadeiras (Figura 12). Quando agrupados mamadeira e chupeta, como bicos artificiais (Figura 13), têm-se que aqueles que não utilizam nenhum bico artificial mamam exclusivamente mais e por mais tempo (Tabela 11).

Figura 10. Lactentes menores de 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, segundo local de nascimento (HAC), Ribeirão Preto, 2005

Figura 11. Lactentes menores de 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, de acordo com o uso de chupeta, Ribeirão Preto, 2005

Figura 12. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, categorizadas de acordo com o uso de mamadeira, Ribeirão Preto, 2005

Figura 13. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, segundo uso de bicos artificiais, Ribeirão Preto, 2005

Tabela 11 – Percentagem de crianças de 0 a 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, segundo uso de bicos artificiais, Ribeirão Preto, 2005

		% sob aleitamento exclusivo					<i>p</i> valor
	<i>n</i>	30 dias	60 dias	90 dias	120 dias	144 dias	
Uso de chupeta							
sim	24	66,7	40,4	18	0		
não	29	85,7	64,2	45	19,7	9,8	0,031
Uso de mamadeira							
sim	33	66,7	39,4	12,1	3	0	
não	20	94,4	79,9	79,9	66,6	66,6	<0,001
Uso de bicos artificiais							
sim	19	63,2	31,6	5,3	0		
não	34	84,7	66,3	50,1	22,3	11,1	0,001

A proporção de crianças amamentadas de forma exclusiva em seguimento de puericultura nos NSF é maior e estatisticamente significativa em relação às que realizam este acompanhamento em outra unidade (Figura 14).

Figura 14. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, segundo local de puericultura, Ribeirão Preto, 2005

Quando analisadas a relação entre AME e as variáveis: orientação quanto amamentação (Figura 15), dificuldade em aleitar (Figura 16) e incentivo paterno (Figura 17), não se verificou associação com significância estatística. Todavia, percebemos que a proporção de crianças em AME entre as mães que relataram ter tido algum tipo de dificuldade para amamentar foi menor (Tabela 12).

Figura 15. Lactentes menores de 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, categorizados de acordo com o acesso de suas mães a orientações sobre amamentação, Ribeirão Preto, 2005

Figura 16. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, segundo intercorrências na amamentação referidas por suas mães, Ribeirão Preto, 2005

Figura 17. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AME e sua duração, segundo incentivo dos pais para amamentação, Ribeirão Preto, 2005

Tabela 12 - Percentagem de crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V amamentadas exclusivamente, segundo tempo (em dias) e dificuldade em amamentar referida pelas mães, Ribeirão Preto, 2005

	n	% sob aleitamento exclusivo					p valor
		30 dias	60 dias	90 dias	120 dias	144 dias	
Dificuldade em amamentar							
Sim	21	65,8	49,7	27,6	0		
não	32	84	54,8	34,1	17,5	8,8	0,243

Quanto ao aleitamento materno, aquele em que a criança recebe leite materno e outros alimentos ou leites, a mediana foi além do período estudado (Figura 18).

Figura 18. Duração do aleitamento materno (em dias) e proporção de crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V amamentadas, Ribeirão Preto, 2005

As frequências de aleitamento materno segundo as variáveis: idade (Figura 19), trabalho e escolaridade materna não apresentaram significância estatística, assim como para o AME.

Figura 19. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AM e sua duração, segundo idade materna, Ribeirão Preto, 2005

Vale ressaltar que apesar da não significância estatística entre idade menor de 20 anos e AM, todas as crianças de mães com menos de 20 anos, estavam em aleitamento no período, enquanto a frequência de crianças amamentadas, para o grupo de mães com mais de 20 anos, declinou.

Não houve associação significativa entre as frequências ao longo do tempo do aleitamento materno e as variáveis: paridade materna, sexo da criança, idade gestacional e tipo de parto, assim como para o AME.

Não foi encontrada associação entre a mãe ter apresentado dificuldade em amamentar ou incentivo do pai ao AM ou ter recebido orientações sobre o AM e as frequências do AM.

Houve associação entre as frequências do aleitamento materno e a não utilização de chupetas ou mamadeiras ou bicos artificiais. A mediana do AM para os usuários de bicos artificiais foi de 90 dias, enquanto a mediana do AM não foi alcançada para aqueles que não utilizam bicos artificiais (Figura 20).

Figura 20. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AM e sua duração, segundo uso de bicos artificiais, Ribeirão Preto, 2005

Para esta população ter realizado o pré-natal nos NSF apresentou tendência a maior frequência de aleitamento materno, apesar de não ter sido estatisticamente significativo (Figura 21). O número de consultas do pré-natal, mais de 7, foi associado à frequência e duração do AM (Figura 22). O nascimento em HAC tem significância estatística em relação à frequência do aleitamento materno ao longo do tempo (Figura 23).

Figura 21. Lactentes menores de 6 meses cadastrados nos NSF I, III, IV e V em AM e sua duração, segundo local de realização do pré-natal, Ribeirão Preto, 2005

Figura 22. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AM e sua duração, segundo número de consultas no pré-natal, Ribeirão Preto, 2005

Figura 23. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AM e sua duração, de acordo com local de nascimento (HAC), Ribeirão Preto, 2005

A frequência do aleitamento materno ao longo do tempo é maior entre as crianças que fazem puericultura nos NSF (Figura 24).

Figura 24. Crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF I, III, IV e V em AM e sua duração, segundo local de puericultura, Ribeirão Preto, 2005

6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O presente estudo buscou verificar as práticas do aleitamento materno e sua associação com características da mãe e da criança, entre as famílias com lactentes menores de 6 meses cadastrados nos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V, além de reconhecer aspectos socioeconômicos e demográficos, assistência pré-natal e natal materna e procedência das orientações sobre amamentação recebidas.

Foi possível identificar que a maior parte das mães tem 20 anos ou mais, é multipara, vive sob união estável, tem no máximo ensino fundamental completo, não trabalha e se caracteriza como sendo do lar. Dentre as que trabalham, o rendimento mensal médio é em torno de um salário mínimo, abaixo do rendimento mensal médio de mulheres maiores de 10 anos na área urbana, que é de 2,3 salários mínimos no Brasil (IBGE, 2004). A renda mensal familiar média não chega a 3 salários mínimos, evidenciando o baixo nível sócio-econômico da população estudada e também a importância da participação da renda das mães, quando estas trabalham para a composição do rendimento familiar.

A pesquisa mostrou também que, apesar de todas as mulheres terem sido submetidas à pelo menos uma consulta de pré-natal, pouco mais da metade delas realizou o pré-natal na Unidade de Saúde da Família de referência, o que aponta para a necessidade de melhorar a cobertura de pré-natal, quando devem ser realizadas medidas incentivadoras do aleitamento materno, através das orientações a respeito do cuidado com as mamas. Esses cuidados poderiam levar a uma menor proporção de intercorrências mamárias no puerpério, uma das causas do desmame precoce, além dos esclarecimentos quanto à importância do aleitamento materno exclusivo e suas consequências para a mãe, criança e família.

Embora estudos (MEYERS, 2001; ABÁS et al, 2001) mostrem que muitas

mulheres decidem se irão aleitar ou não durante a gestação, corroborando quanto à necessidade de uma atenção especial neste momento, em nosso trabalho identificamos que apenas 60,4% das entrevistadas referiram ter recebido qualquer tipo de orientação a respeito da amamentação neste período.

A puericultura, espaço privilegiado para promoção e proteção à saúde infantil e também materna e familiar, é um dos momentos que devem ser utilizados para orientar a respeito da alimentação da criança e, portanto, da amamentação. Apesar de apenas uma criança não estar fazendo puericultura e quase 80% delas estarem em seguimento nos NSF, apenas 62,5% das entrevistadas referiram terem obtido orientações quanto à amamentação, durante as consultas.

A aliança constante entre profissional de saúde e família deve ser buscada a fim de possibilitar uma relação de confiança e co-responsabilização para com a saúde de todos, neste caso, especialmente do binômio mãe-filho, para que as eventuais dúvidas e práticas possam ser expostas e discutidas, para melhor compreensão da situação e ação específica.

As mães entrevistadas consideraram a Unidade de Saúde da Família e os Hospitais como principais locais de aquisições de informações a respeito do aleitamento materno. As principais fontes de informação em amamentação foram identificadas como sendo os profissionais de enfermagem (85,6%), seguidos pelos médicos e familiares, mostrando a importância destes profissionais que devem atuar junto à família e à mãe para o sucesso do aleitamento. Apesar dos médicos realizarem consultas de pré-natal, puerpério e puericultura, além de visitas domiciliares e grupos, apenas 66,7% das mães referiram terem recebido orientações destes profissionais. Devemos nos questionar se isto se deve à transferência de responsabilidades, à não visualização da complexidade do aleitamento, ou à falta de treinamento específico.

Poucas mulheres (8,3%) referiram os meios de comunicação como fontes de

informação, diferentemente do que foi encontrado em estudo realizado nos Estados Unidos por Ertem, Votto e Leventhal (2001), que mostrou a importância dos meios de comunicação (escrito e vídeo). Para 49,2% das mães este era a principal fonte de informação, seguido por profissionais médicos (22,1%) e família ou amigos (16,9%). Esta informação sugere que o uso dos meios de comunicação como instrumentos de promoção ao aleitamento não está conseguindo atingir as mães desta população, indicando que para expandirmos o número de crianças amamentadas não basta investirmos recursos apenas desta forma.

Chama a atenção o fato que, apesar de todas as famílias cadastradas serem visitadas ao menos uma vez por mês pelos agentes comunitários de saúde (ACS), apenas 5 (10,42%) mães referiram que estes profissionais foram fontes de informação em relação ao aleitamento materno. Os ACS devem receber treinamento para promoção da amamentação de forma a se tornarem efetivamente promotores desta prática, pois conhecem muito bem as referências sócio-culturais locais, uma vez que fazem parte desta comunidade. Isto possibilitaria a adequação das ações de promoção ao aleitamento às necessidades e realidades locais, transformando e contextualizando a prática.

Indagadas a respeito do conteúdo das informações obtidas a partir de familiares ou amigos e dentre aquelas que foram orientadas, grande parte das mães relatou que as falas foram a favor do aleitamento, especialmente, a respeito das vantagens do leite humano, porém 26,5% orientaram a introdução de líquidos ou alimentos na dieta do lactente. Este fato reforça a necessidade de que as ações de promoção ao aleitamento materno sejam voltadas não só para as mães, mas que se estendam para a família e toda comunidade, visto que todos estes atores exercem influência sobre as práticas de amamentação.

Apesar de mais de 80% das mulheres considerarem que a atitude dos pais das crianças foi incentivadora do aleitamento materno, não foi encontrada uma associação positiva com significância estatística. Apesar disso, entre essas mulheres houve uma maior

tendência ao AME, especialmente nos primeiros meses entre aquelas que receberam incentivos dos pais das crianças. Este achado nos mostra um dos caminhos para a melhora das práticas de amamentação para esta população. A influência dos pais no aleitamento materno foi visto por Arora et al (2000), que ao avaliar os motivos que levaram as mães da Pensilvânia a deixarem de dar apenas leite humano aos seus bebês e iniciar o uso de mamadeiras verificou que a decisão de alimentar as crianças com mamadeira foi, na sua maioria, influenciada pela vontade dos pais. Na Itália, Pisacane et al (2005), comparando as taxas de amamentação entre dois grupos, um em que pais participaram ativamente de ações para promoção do aleitamento, e outro em que isto não ocorreu, observou maiores taxas de amamentação aos 6 meses entre os lactentes cujos pais participaram do grupo de intervenção.

Em relação às intercorrências durante a lactação, percebemos que 39,62% referiram ter tido alguma dificuldade relacionada à amamentação, condizente com os estudos de Nakano (1996), com mães primíparas freqüentadoras de uma unidade materno-infantil em Ribeirão Preto, mostrando que 40,9% apresentaram algum tipo de intercorrência mamária. Menos intercorrências em relação ao identificado por Nakano et al (2001), foi constatado junto às mães que compareceram à campanha nacional de vacinação em Ribeirão Preto em 1999, onde 43% referiram ter tido alguma dificuldade de amamentar. Apesar de não termos encontrado associação estatisticamente significativa entre dificuldade em amamentar e AME, Parada et al (2005), em estudo realizado em Conchas, encontrou relação significativa entre ter passado por tais dificuldades e a prática do AME e AM. Sabendo-se que nesta população as crianças de mães que apresentaram dificuldades tenderam a ser menos amamentadas exclusivamente do que aquelas cujas mães não apresentaram tais queixas, especialmente nos dois primeiros meses, devem-se reforçar as orientações quanto aos cuidados com as mamas já no pré-natal e também no puerpério.

Considerando que as intercorrências durante a lactação como traumas mamilares,

ingurgitamento mamário, mastite e percepção de pouco leite podem levar ao desmame e são evitadas ou ao menos minimizadas pela pactuação entre profissionais de saúde e mães quanto às práticas da amamentação e manejo das intercorrências com a mama puerperal, é de extrema importância o treinamento dos profissionais de saúde envolvidos no processo.

Dentre os parâmetros do aleitamento materno, foram estudados a proporção de crianças em amamentação exclusiva e o tempo em que elas permaneceram amamentadas exclusivamente, através das curvas de Kaplan – Méier, que possibilitam uma estimativa longitudinal de dados coletados transversalmente, utilizando-se de informações de crianças desmamadas e também daquelas amamentadas no momento da entrevista (LEE, 1992). Notzon (1984) ressalta como vantagens do método a estimativa da duração mediana da amamentação e o fornecimento de estimativas confiáveis da proporção de crianças amamentadas em diferentes períodos.

Os resultados de nosso estudo não possam ser generalizados, tendo em vista que trataram de uma população restrita. Seus achados, todavia, ao refletirem a experiência das famílias com crianças até 6 meses, com o aleitamento, cadastradas nas unidades de Saúde da Família envolvidas, poderão ser úteis para as instituições locais reforçarem ações em prol da amamentação.

A análise do padrão de amamentação exclusiva para a população estudada mostrou que a mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 70 dias, compatível com a mediana do AME encontrada em Campinas - 68 dias (CAMILO et al, 2004), e superior às encontradas em Florianópolis - 53,3 dias; João Pessoa - 16,5 dias (KITOKO et al, 2000), Marília - 1 mês (VITURI e BRITO, 2003) e Ouro Preto - 17 dias (PASSOS et al, 2000). Porém inferior à encontrada em Londrina - 90 dias (OBREGÓN, 2001). Apesar da mediana do AME, nesta amostra, ser superior à de diversas cidades, está muito aquém das recomendações de manter o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, pois aos 70 dias, 50 % das crianças já não mamam mais exclusivamente,

aos 90 dias, apenas 31,4% estão em AME e aos 120 dias, 12,1%.

Quando comparamos os resultados deste estudo com o realizado na cidade de Ribeirão Preto em 1973/1974, verificamos que para esta amostra houve melhora nos padrões de amamentação: Ricco (1975), encontrou apenas 26,19% das crianças recebendo apenas leite materno aos 2 meses e meio de idade, enquanto na população estudada 50% das crianças estavam em AME aos 70 dias e 28,2% aos 100 dias.

A proporção de crianças menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo na cidade de Ribeirão Preto, em 2003, segundo estudo realizado durante Dia Nacional de Vacinação, foi de 35,3% e 24,2% para as menores de 6 meses. Porém quando os lactentes menores de 4 meses foram categorizados de acordo com o local de puericultura, considerando o PSF, 42,8% estavam em AME (ALEITAMENTO MATERNO RIBEIRÃO PRETO 2003). Estes dados representaram melhora da situação do AM em Ribeirão Preto em relação ao estudo anterior de 1999, quando 18,8% das crianças menores de 4 meses e 12,7% menores de 6 meses foram amamentadas exclusivamente (PEREIRA et al, 2004). Devido às diferenças metodológicas, estes indicadores não podem ser comparados aos obtidos no presente estudo.

Não encontramos diferença significativa entre o AME e as variáveis idade, escolaridade, paridade e trabalho maternos quando as curvas de Kaplan-Meier foram comparadas, porém outros estudos mostram que fatores como baixa escolaridade (VENANCIO et al, 2002, BUENO et al, 2003), e mães primíparas e adolescentes (VENANCIO et al, 2002), estão associados à interrupção do AME e do AM.

Verificamos associação positiva, e estatisticamente significativa ($p = 0,005$), entre nascer em Hospital Amigo da Criança e Aleitamento Materno Exclusivo, como verificado por Pérez-Escamilla et al (1995), para países da América Latina, Lutter et al (1997), para a cidade de Santos e Venancio et al (2002), para o estado de São Paulo, utilizando-se de diferentes metodologias. Entre as crianças que não nasceram em HAC, 50%

já não estavam em AME aos 30 dias de vida, enquanto 85,2% das nascidas em HAC recebiam só leite materno aos 30 dias.

Em concordância com os estudos de Barros et al (1995), Vieira et al (2004a e 2004b), e Soares et al (2003), guardadas as diferenças metodológicas, o uso de chupeta mostrou-se prejudicial à manutenção do aleitamento materno exclusivo ($p=0,031$). A proporção de crianças amamentadas exclusivamente em uso de chupeta foi menor em todos os períodos, aos 30 dias: 66,7% em AME com chupeta e 85,7% sem, aos 120 dias, nenhuma criança que usava chupeta recebia leite materno de forma exclusiva, enquanto 19,7% das que não utilizam chupetas estavam em AME.

Ao comparar a porcentagem de crianças em AME que fazem puericultura nos NSF e as que a realizam em outros serviços, através das curvas de sobrevida, foi observada associação positiva entre AME e seguimento em NSF ($p=0,001$), mostrando uma tendência à amamentação exclusiva maior entre as acompanhadas nos NSF, em acordo com os achados da última pesquisa feita em dia nacional de vacinação realizado em Ribeirão Preto (ALEITAMENTO MATERNO RIBEIRÃO PRETO 2003), em que 42,8% dos lactentes menores de 4 meses atendidos em PSF estavam em AME, 33,9% - UBS e 36,6% - particular ou convênio, não esquecendo as diferenças metodológicas entre os estudos.

Apesar de todas as crianças terem iniciado a amamentação, poucas receberam exclusivamente o leite materno. Isso aponta que se faz necessária a expansão das atividades de apoio ao aleitamento materno, auxiliando as mulheres a superarem as dificuldades do início do processo, garantindo o acesso ao serviço de saúde com profissionais qualificados para a promoção e manejo das intercorrências relacionadas à amamentação durante pré-natal, parto, puerpério e puericultura, esclarecendo sobre os efeitos nocivos do uso de chupetas e também da administração de outros alimentos e líquidos, além do leite humano nos primeiros 6 meses de vida da criança.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A curta duração do aleitamento materno exclusivo na população estudada nos faz refletir acerca das práticas de saúde. Apesar de todas as políticas a favor do aleitamento materno nos últimos anos, ainda estamos muito longe de conseguir que praticamente todas as crianças sejam amamentadas exclusivamente até os 6 meses como recomendam o Ministério da Saúde, a UNICEF e a OMS.

A retomada da prática do aleitamento materno vem ocorrendo ao longo do tempo, porém não na mesma proporção dos investimentos realizados nesta área, o que indica a complexidade desta questão que não se resolve apenas com medidas visando à informação, implica em mudança de comportamento, onde a mãe, a família, os profissionais de saúde e toda a sociedade exercem influência.

Não obstante às limitações das práticas em saúde, é muito importante que tenhamos em todos os serviços de saúde atividades em favor do aleitamento materno de forma sistematizada, assim como ocorre nos Hospitais Amigos da Criança, cuja influência positiva no início e duração do aleitamento materno exclusivo foi confirmada por diversos estudos em diferentes países, assim como no presente trabalho que verificou uma associação positiva entre AME e nascimento em HAC. É necessária que seja sistematizada uma combinação de sistemas de promoção ao aleitamento materno: no hospital com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e na comunidade, através das Unidades de Saúde da Família que deveriam seguir Os Dez Passos da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (Anexo D), de forma a sistematizar as ações de promoção ao aleitamento e contribuir para a manutenção da prática de amamentar exclusivamente até os 6 meses e de forma complementada até os 2 anos.

A associação positiva entre duração do AME e puericultura nos NSF observada para esta população pode ser entendida como resultado do seguimento longitudinal de toda a família que é envolvida no processo da amamentação e das atividades pró-aleitamento que existem nestes serviços, mostrando o potencial da Estratégia Saúde da Família em relação ao aleitamento materno exclusivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABÁS, A.M.H.; HUBRECHT, A.S.; RODA, L.J.; ROIG, J.R.; GRATACOS, J.M.; NIUBO, J.I.; CEDO, F. A.; HERRERA, T.C.; SANCHEZ, M.J.L.; GARCIA, C.M.; VIDAL, M.P.Q., SUBERO, M.^a; ALCOLEA, M.R. Lactancia materna em el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. **Anales Españoles de Pediatría**, Madri, v. 54, p. 297-302, mar. 2001.

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120 p.

ALEITAMENTO MATERNO RIBEIRÃO PRETO 2003. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/Ssaude/I16principal.asp?pagina=/ssaude/programas/aleita/palma.pdf>>. Acesso em 20 abril 2006.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, Springfield, v. 100, p. 1035-1039, dez. 1997.

ARAÚJO, M.F.M.A; DEL FIACO, A.; PIMENTEL, L.S.; SCHMITZ, B.A.S. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, p. 135-141, abr/jun. 2004.

ARORA, S.; MCJUNKIN, C.; WEHRER, J.; KUHN, P. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. **Pediatrics**, Springfield, v. 106, n. 5, p. 67-71, nov. 2000.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.

BALABAN, G.; SILVA, G.A.P.; DIAS, M.C.M.; FORTALEZA, G.T.M.; MOROTÓ, F.M.M.; ROCHA, E.C.V. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, p.263-268, jul/set. 2004.

BARNES, L.A.; CURRAN, J.S. Nutritional requirements. In: NELSON, W.E, BEHMAN, R.E.; KLIEGMAN, R.; ARVIN, A.M. **Textbook of Pediatrics**. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996. Cap. 43, p.141-151.

BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; SEMER, T.C.; TONIOLI FILHO, S.; TOMASI, E.; WEIDERPASS, E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. **Pediatrics**, Springfield, v. 95, p. 497-499, 1995.

BEMFAM; DHS. Amamentação e situação nutricional de mães e crianças. In:_____. **Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996**. Rio de Janeiro: UNICEF, 1997, cap.9, 125-138.

BLAND, J.M.; ALTMAN, D.G. Survival probabilities (the Kaplan-Meier method). **BMJ: British Medical Journal**, London, v. 317, p. 1572-1580, 1998.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei No. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei No. 11265, de 3 de Janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jan. 2006.

BROWN, K.H.; CREED DE KANASHIRO, H.; del AGUILA, R.; LOPEZ DE ROMANA, G.; BLACK, R. E. Milk consumption and hydration status of exclusively breast-fed infants in warm climate. **The Journal of Pediatrics**, Saint Louis, v. 108, p. 677 -680, 1986.

BROWN, K.H.; BLACK, R. E.; LOPEZ DE ROMANA, G.; CREED DE KANASHIRO, H. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. **Pediatrics**, Springfield, v.83, p. 31-40, 1989.

BUENO, M.B; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B.; PAZ, S.M.R.S.; GIMENO, S.G.A.; SIQUEIRA, A.A.F. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1453-1460, 2003.

BUTTE, N.F.; LOPEZ-ALARCON, M.G.; GARZA, C. **Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life**. Geneva: WHO, 2002. 48p.

CACCIA-BAVA, M.C.G.G. **Relatório dos Núcleos de Saúde da Família** - Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, março, 2004.

CAMILO, D.F.; CARVALHO, R.V.B; OLIVEIRA, E.F.; MOURA, E.C.M. Prevalência da amamentação em crianças menores de dois anos vacinadas nos centros de saúde escola. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.1, n.1, p. 29-36, jan/mar.2004.

CHANDRA, R.K. Prospective studies of the effect of breastfeeding on incidence of infection and allergy. **Acta Paediatrica Scandinavica**, Estocolmo, v. 68, p. 691 -694, set.1979.

COSTA NETO, M.M. O currículo médico e o sistema de saúde em construção. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, p. 46 –51, 2000.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

ERTEM, I.O.; VOTTO, N.; LEVENTHAL, J. M. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. **Pediatrics**, Springfield, v.107, n.3, p. 543-548, 2001.

ESCUDEIR, M.M.L.; VENANCIO, S.I.; PEREIRA, J.C.R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p.319-325, 2003.

FEACHEM, R.G.; KOBLINSKY, M.A. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breastfeeding. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v.62, p. 271- 291, 1984.

FUNDAÇÃO SEADE. **Perfil municipal de Ribeirão Preto**, 2005. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/index.php>>. Acesso em 01 julho 2006.

GLOBAL DATA BANK ON BREASTFEEDING 26 AUGUST 2003. Disponível em: <www.who.int/nut/db_bfd.htm>. Acesso em 10 setembro 2003.

HARRINGTON, D.P.; FLEMING, T.R. A class of rank test procedures for censored survival data. **Biometrika**, London, v. 69, p. 553 – 566, 1982.

HOP, L.T.; GROSS, R.; GIAY, T. SASTROAMIDJOJO, S. SCHULTINK, W. LANG, N;T; Premature complementary feeding is associated with poorer growth of vietnamese children. **The Journal of Nutrition**, Philadelphia, v. 130, p. 2683-2690, 2000.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2004. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 03 de agosto de 2006.

IHARA, R.; GENTLEMAN, R. R: a language for data analysis and graphics. **Journal of Computational and Graphics Statistics**, n.5, p. 299 -314, 1996.

KENNEDY, K.I.; RIVERA, R.; McNEILLY, A.S. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. **Contraception**, New York, v. 39, n. 5, p. 477 – 496, may.1989.

KENNEDY, K.I.; VISNESS, C.M. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. **The Lancet**, Londres, v. 339, p. 227-230, jan.1992.

KITOKO, P.M.; RÉA, M.F.; VENANCIO, S.I., VASCONCELOS, A.C.C.P.; SANTOS, E.K.A.; MONTEIRO, C.A. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1111-1119, out/dez. 2000.

LEE, E.T. **Statistical methods for survival data analysis**. Ed. 2, Belmont: Lifetime Learning Publications, 1992.

LUTTER, C.K.; PEREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL, A.; SANGHVI, T.; TERUYA, K.E WICKHAM, C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. **American Journal of Public Health**, New York, v.87, p. 659-663, April. 1997.

MEYERS, D. Promoting and Supporting Breastfeeding. **American Family Physician**, Kansas, v. 64, p. 931-932, set. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 228p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O programa saúde da família e a atenção básica no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 11 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. **O programa de saúde da família: evolução de sua implantação no Brasil - relatório final**, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/psf_evolucao_brasil.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, p. 113-125, jan./mar.2003.

MONTEIRO, R. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 19, n.5, 2006

NAKANO, A.M.S. **O aleitamento materno no cotidiano feminino**. 1996. 169f. Tese (Doutorado em Enfermagem). - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

NAKANO, A.M.S.; REIS, M.C.G.; PEREIRA, M. J. B.; VILLELA, M.R.G.B. Dificuldades na amamentação: estudo epidemiológico no município de Ribeirão Preto –SP. In: I CONGRESSO PAULISTA DE BANCOS DE LEITE, 2001, Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.pmrp.com.br/ssauade/principal/acervo/I16amamentacao.htm>. Acesso em: 25/01/2005.

NEMES, M.I.B. Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: DALMASO, A.S.W.; DE LIMA, A.M.M.; SALA, A.; CASTANHEIRA, E.R.L.; AYRES, J.R.C.M.; SCRHAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M.; TEIXEIRA, R.R. **Programação em saúde hoje**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1993. Cap. 2, 65-116.

NOTZON, F. Trends in infant feeding in developing countries. **Pediatrics**, Springfield, v. 74, p. 648 -666, 1984.

OBREGÓN, P.L. **A prática da amamentação na região norte do município de Londrina – PR**. 2001. 120f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PARADA, C.M.G.L.; CARVALHAES, M.A.B.L.; WINCKLER, C.C.; WINCKLER, L.A.; WINCKLER, V.C. Situação do Aleitamento Materno em População Assistida pelo Programa de Saúde da Família – PSF. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 407-414, 2005.

PASSOS, M.C.; LAMONUNIER, J.A.; SILVA, C.A.M.; FREITAS, S.N.; BAUDSON, M.F.R. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p.617-622, 2000.

PEREIRA, M.J.B. **O Olhar da enfermeira sobre o treinamento do núcleo de aleitamento materno** – um despertar profissional, 1996. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

PEREIRA, M.J.B.; REIS, M.C.G., NAKANO, A.M.S.; SANTOS, C.B; VILELLA, M.R.G.B.; LOURENÇO, M.C.P. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.7, p. 36-43, mar.2004.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; LUTTER, C.; SEGALL, A. M.; RIVERA, A.; TREVIÑO-SILLER, S.; SANHIR, T. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. **The Journal of Nutrition**, Philadelphia, v. 125, p. 2972- 2984, 1995.

PISACANE, A.; CONTINISIO, G.I.; ALDINUCCI, M.; D`AMORA, S.; CONTINISIO, P. A controlled trial of the father`s role in breastfeeding promotion. **Pediatrics**, Springfield, v. 116, n. 4, p. 494-498, 2005.

POPKIN, B..M.; ADAIR, L.; AKIN, J. S.; BLACK, R.; BRISCOE, J.; FLIEGER, W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. **Pediatrics**, Springfield, v. 86, p. 874-882, 1990.

PROGRAMA DO ALEITAMENTO MATERNO. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 2005. Disponível em:
<<http://www.pmrp.com.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=?SSAUDE?Programas?I16Indice.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2005.

PROGRAMA FLORESCE UMA VIDA. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/Ssaude?I16principal.asp?pagina//ssaude/programas/floresce/I16Indice.htm>>. Acesso em 20 abril 2006.

REA, M.F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, p.241-249,1990.

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

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

REDE NACIONAL DE BANCO DE LEITE HUMANO: Fiocruz Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br>>. Acesso em 11 fev. 2006.

REIS, M.C.G. **Ações de promoção, proteção e apoio à amamentação no município de Ribeirão – SP**. SMS de Ribeirão Preto – Ações de Aleitamento Materno, 2005. (Relatório técnico).

RICCO, R.G. **Estudo sobre o aleitamento materno em Ribeirão Preto**.1975. Dissertação (Mestrado – Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1975.

SAARINEN, U.M.; KAJOSAARI, M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. **The Lancet**, Londres, v. 346, p. 1065–1069, out.1995.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Projeto “ethos” de atenção à saúde**. Ribeirão Preto: junho, 2003. Disponível em: <<http://www.pmrp.com.br/Ssaude/rede/ETHOS.pdf>>. Acesso em 25 jan. 2005

SILVA, A.A.M. **Amamentação: fardo ou desejo?** Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. 1990. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SILVA, M.L.L. **Serviço Social de Comunidade:** numa visão de práxis. São Paulo: Cortez, 1986. p. 23-24.

SINGHAL, A.; COLE, T.J.; LUCAS, A. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials. **The Lancet**, Londres, v. 357, p. 413-419, feb 2001.

SOARES, M.E.M.; GIUGLIANI, E.R.J.; BRAUN, M.L.; SALGADO, A.C.N.; OLIVEIRA, A.P.; AGUIAR, P.R. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro*, v. 79, p. 309-316, 2003.

SOUZA, L.M.B.M.; ALMEIDA, J.A.G. **História da Alimentação do Lactente no Brasil**: do leite fraco à biologia da excepcionalidade. Rio de Janeiro: REVINTER, 2005. 124 p.

UNICEF. **Breastfeeding**: foundation for a healthy future. New York: UNICEF, 1999.14p.

UNICEF, WHO, UNESCO, UNFPA, UNDP, UNAIDS, WFP and World Bank. Breastfeeding. In _____. **Facts for life 2002**. 3 ed. New York: UNICEF, 2002. p. 39-51.

VENÂNCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L.; KITOKO, P.; REA, M.F.; MONTEIRO, C.A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n.3, p. 313-318, jun. 2002.

VICTORA, C.G.; SMITH, P.G.; VAUGHAN, J.P.; NOBRE,L.C.; LOMBARDI, C.; TEIXEIRA, A.M.B., FUCHS, S.M.C.; MOREIRA, L.B.; GIGANTE, L.P. e BARROS, F.C. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**, Londres, v. 2, p. 319–322, ago.1987.

VIEIRA, G.O.; ALMEIDA, J.A.G.; SILVA, L.R.; CABRAL, V.A.; SANTANA NETTO, P.V. Fatores associados ao desmame em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, p. 143-150, 2004 a.

VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O.; ALMEIDA, J.A.G.; CABRAL, V.A. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, p. 411-416, 2004b.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breast-feeding practices**. Geneva: WHO, 1991. 14p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breast-feeding**. The technical basis and recommendations for action. Geneva: WHO 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Improving Child Health**. IMCI: the integrated approach. Geneva: WHO, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding**. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION TASK FORCE ON METHODS FOR THE NATURAL REGULATION OF FERTILITY. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III.pregnancy during breast-feeding. **Fertility and Sterility**, New York, v. 72, n. 3, p. 431-440, set. 1999.

WHO, UNICEF. **La Función especial de los Servicios de Maternidad**. Geneva: WHO, 1989.

WHO,UNICEF. **The Innocenti Declaration**. Florence, 1990. Disponível em: <<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2003.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: O aleitamento materno e o programa saúde da família

Responsável: Renata Gianneccchini Bongiovanni (mestranda do Departamento de Medicina Social da FMRP – USP, sob orientação da Profa. Dra. Maria do Carmo G. Guimarães Caccia-Bava).

Coleta de dados: será feita através da aplicação de um questionário (entrevista) às mães de crianças de 0 a 6 meses nos seus domicílios.

Entrevistadora: Renata Gianneccchini Bongiovanni

Este trabalho tem como objetivo conhecer dentre as crianças cadastradas nos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V quantas estão sendo amamentadas. Para isso estaremos realizando uma entrevista com a senhora no seu domicílio.

Este estudo não traz nenhum risco para a senhora ou para a sua família. Apenas precisaremos dispor de seu tempo (a entrevista deve durar entre 20 e 30 minutos), para que possamos conhecer algumas informações da sua família e da alimentação da criança.

Garantimos que todas as informações fornecidas pela senhora serão sigilosas (ninguém ficará sabendo) e que lhe daremos todas as informações que queira saber a respeito do levantamento.

Caso a senhora não queira participar deste estudo, isto não causará qualquer problema para a senhora ou sua família continuar sendo atendida na unidade.

Se a entrevistadora/pesquisadora detectar alguma intercorrência em relação à criança ou sua família orientará e, se necessário, encaminhará ao Núcleo de Saúde da Família ao qual a família é cadastrada.

Qualquer dúvida existente será respondida pela pesquisadora (Renata Gianneccchini Bongiovanni) durante o trabalho ou Profa. Dra. Maria do Carmo G. Guimarães Caccia-Bava – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Medicina Social, Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto. Telefones: (16) 6022433 ou (16) 97068254.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B - Questionário para entrevista com as mães

Data: ____/____/____

No. _____

Área de abrangência: NSF 1 () NSF 3 () NSF4 () NSF5 ()

1. DADOS MATERNOS:

1.1. Endereço: _____

1.2 Nome da mãe: _____

1.3. Data de nascimento da mãe: ____/____/____

1.4. idade da mãe: ____

1.5. Estado marital: Solteira ()
 União estável / casada ()
 Separada / desquitada ()
 Viúva ()

1.6. Escolaridade: Analfabeta ()
 Até 4 anos ()
 5 a 8 anos ()
 9 a 11 anos ()
(anos de estudo completos) 12 anos e mais ()

1.7. Profissão: _____

1.8. Está trabalhando? Sim () Não ()

1.9. Licença maternidade? Sim () Não ()

1.10. Salário da mãe: _____

1.11. Renda mensal familiar: _____

1.12. Número de filhos: _____

1.13. A senhora fuma? Sim (). Quantos cigarros/dia? ____ Não ()

1.14. A senhora toma bebida alcoólica?

Sim (). Tipo/ quantidade e frequência: _____

Não ()

1.15. A senhora está usando algum remédio?

Sim (). Quais? _____

Não ()

2. DADOS DA CRIANÇA:**2.1. Nome da criança (<6 meses):** _____**2.2. Data de nascimento:** ____/____/____**2.3. idade:** ____**2.4. Sexo:** feminino () masculino ()**2.5. Peso de nascimento:** _____g**3. DADOS DA GESTAÇÃO E PARTO**

3.1. Idade Gestacional: A termo (37 a 41 sem) ()
Menos de 37 sem ()
42 sem ou mais ()

3.2. Tipo de Parto: Vaginal () Cesárea ()**3.3. Fez pré-natal?** Sim (). Número de consultas _____ Não ()

3.4. Local do pré-natal: Saúde da Família ()
UBS ()
Particular/ convênio ()
Hospital (). Qual? _____

3.5. Local do nascimento: Hospital SUS () Qual? _____
Hospital particular/convênio () Qual? _____
Domicílio ()
UBS ()
Outros () _____

4. ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

4.1. Você já amamentou seu filho(a)? Sim () Não ()

4.2. Você ainda amamenta seu filho(a)? Sim () Não ()

4.3. Que tipo de leite a criança toma?

Leite materno () Leite de vaca () Fórmulas lácteas () Outros () _____

4.4. A partir deste horário de ontem o(a) seu(sua) filho(a) recebeu:

* **Leite materno?** Sim () Não ().

Se não => até quando deu somente leite materno? _____

* **Água?** Sim () Não ()

* **Chás, sucos ou outros líquidos?** Sim () Não ()

* **Leite de vaca, fórmulas infantis ou outros?** Sim () Não ()

* **Frutas?** Sim () Não ()

* **Alimentos semi-sólidos (sopa, mingau, outros) ?** Sim () Não ()

* **Alimentos sólidos (carne, ovo, arroz, feijão, batata, outros)?** Sim () Não ()

4.5. Em caso de não AME: Até quando a criança só recebeu o leite materno? _____

4.6. A criança usa chupeta? Sim () Não ()

4.7. A criança usa mamadeira? Sim () Não ()

4.8. A criança está fazendo puericultura/seguimento?

Sim (). Onde?

NSF ()

UBS ()

Não ()

Particular/convênio ()

4.9. A senhora já recebeu orientação em relação ao aleitamento materno (nesta criança)?

Não ()

Sim ()

Onde? _____ Quando?

Pré natal ()

Puerpério ()

Puericultura ()

Quem forneceu essas informações?

Meios de comunicação ()

Médico ()

Enfermeira/ auxiliar de enfermagem ()

Agente Comunitária de Saúde ()

Famíliares (). Quem? _____

Outros ()

4.10. Teve alguma dificuldade em amamentar?

Sim (). Quais? _____

Não ()

4.11. A participação do pai da criança foi de incentivo ao aleitamento materno?

Sim ()

Não ()

4.12. Você recebeu algum tipo de orientação sobre o aleitamento materno (qualquer tipo) de algum familiar, amigo ou vizinho?

Sim (). Quem? _____

O que? _____

Não ()

ANEXO A - Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

ANEXO B – Organograma das Unidades de Saúde de Ribeirão Preto segundo os Distritos de Saúde

ANEXO C – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CSE – FMRP – USP

<p>FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</p> <p>CENTRO DE SAÚDE ESCOLA</p>		<p>Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto – SP</p> <p>Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331</p>
---	--	---	--

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 24 de junho de 2005.

OF. N º 350/05/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 40ª reunião ordinária, realizada em 21 de junho de 2005, analisou e apreciou o parecer do Senhor Relator, referente ao Projeto de Pesquisa: **“Aleitamento Materno e Programa de Saúde da Família”**. **Protocolo: 0153/CEP/CSE-FMRP-USP**, que está sendo conduzido por V.Sª e pela orientanda Renata Gianecchini Bongiovanni, **foi aprovado**. Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof.º Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

ANEXO D – OS DEZ PASSOS DA INICIATIVA UNIDADE BÁSICA AMIGA DA AMAMENTAÇÃO

Todas as unidades básicas de saúde que oferecem serviço pré-natal e de pediatria e/ou puericultura devem:

1. Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde.
2. Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.
4. Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança.
5. Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.
6. Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
7. Orientar as nutrizes sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde.
10. Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.