

ELISABETE KAMIYA

**PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO E OS FATORES
ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE**

CAMPO GRANDE

2012

ELISABETE KAMIYA

**PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO E OS FATORES
ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof.Dr.Durval Batista Palhares

CAMPO GRANDE

2012

FOLHA DE APROVAÇÃO

ELISABETE KAMIYA

PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO E OS FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de mestre.

Resultado_____

Campo Grande (MS), 24 de fevereiro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Durval Batista Palhares – Presidente
Instituição: UFMS

Prof^a. Dr^a. Lylian Dalete Soares de Araujo
Instituição: UEL

Prof^a. Dr^a. Carmen Silvia Martimbianco de Figueiredo
Instituição: UFMS

Prof^a. Dr^a. Debora Marchetti Chaves Thomaz
Instituição: UFMS

Dedicatória

À minha pequena Lívia, que com o seu amor e carinho demonstra todos os dias o prazer de ser mãe. Amor incondicional traduzido simplesmente por:

“Mamãe, você é a melhor mãe do mundo!”

Aos meus pais, que me ensinaram buscar meus sonhos com respeito, dignidade e responsabilidade com tudo e com todos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao **Professor Doutor Durval Batista Palhares**, por conceder-me a oportunidade de realizar a qualificação acadêmica.

Pelo incentivo e motivação em busca de respostas para as infindáveis perguntas do universo materno-infantil.

Pela minha inserção no mundo do aleitamento materno e Banco de Leite Humano,

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

-À **DEUS**, pela vida.

-Aos meus familiares, pelo apoio, incentivo que sempre me deram em todos os momentos, principalmente me ajudando a cuidar, com tanto amor e carinho, do meu bem mais precioso: **minha Lívia**. À vocês: **Hatuko** (mãe e avó), **Luzia** (irmã), **Aldoir** (cunhado), **Tereza** (irmã), **Erick** (sobrinho querido), só posso agradecer a Deus por vocês existirem na minha vida.

-Às **mães** que se dispuseram a participar da pesquisa.

-À Secretaria Municipal de Saúde, em especial à **Híldice Chaves Alves Pereira**, pela disponibilização dos dados e pela permissão da realização da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde em Campo Grande.

-Às Unidades Básicas de Saúde **Coronel Antonino**, **Aero Rancho**, **Coophavila II** e **Tiradentes**, pela recepção e permissão da realização da pesquisa com as mães.

-Ao **Programa de Pós Graduação Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste**, por meio de seus professores e funcionários, que possibilitaram a realização desse projeto, em especial ao **Prof. Dr. Ricardo Aydos**, pela conquista do programa e pela busca da manutenção do programa com qualidade.

-A toda **equipe do banco de leite e lactário** pela motivação, apoio e reconhecimento de cada conquista individual ou coletiva.

-À nutricionista **Rosângela dos Santos Ferreira** que sempre acreditou no meu potencial e incentivou a trilhar os melhores caminhos da vida.

- Ao **Albert Schiaveto de Souza**, pela análise estatística.

-À Professora **Regina Célia Vieira** pela revisão de texto e versão de abstracts

"A mente que se abre a uma nova idéia jamais voltará ao seu tamanho original."

(Albert Einstein)

LISTA DE TABELAS

ARTIGO: **FATORES INTERFERENTES NO ALEITAMENTO MATERNO ATÉ O SEXTO MÊS EM CRIANÇAS DE CAMPO GRANDE-MS**

Tabela 1- Prevalência de aleitamento materno entre crianças na faixa etária de zero a doze meses nas Unidades Básicas de Saúde de Campo Grande-2012.....26

Tabela 2- Associação entre as variáveis maternas e o tipo de aleitamento materno na faixa etária abaixo de seis meses de vida das usuárias das Unidades Básicas de Saúde de Campo Grande-2012.....27

ARTIGO: **CARACTERÍSTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO EM CAMPO GRANDE-MS: ANTES E APÓS O SEXTO MÊS**

Tabela 1- Prevalência do aleitamento materno entre bebês antes do sexto mês e na faixa etária de seis a doze meses, segundo Unidades Básicas de Saúde, Campo Grande –2012.....45

Tabela 2- Características das mães de bebês de seis a doze meses e o tipo de aleitamento quando seus filhos estavam na faixa etária abaixo de seis meses, segundo Unidades Básicas de Saúde, Campo Grande-2012.....46

Tabela 3- Justificativa da mãe para a introdução de outro leite para os bebês das Unidades Básicas de Saúde, em Campo Grande – 2012.....47

Tabela 4- Período de introdução de outros leites para os bebês das Unidades Básicas de Saúde, Campo Grande – 2012.....47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
AMM	Aleitamento Materno Misto
AMC	Aleitamento Materno Complementado
BLH	Banco de Leite Humano
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
M	Meses
NHU	Núcleo de Hospital Universitário
OMS	Organização Mundial de Saúde
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos do DATASUS
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

LISTA DE SIMBOLOS

Kg	Kilograma
>	Maior
<	Menor
n	Número populacional
%	porcentagem
p	valor p

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3 OBJETIVOS	17
3.1 GERAL	17
3.2 ESPECÍFICOS	17
4 TRABALHOS A SEREM PUBLICADOS NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA	18
4.1 Fatores interferentes no aleitamento materno em crianças abaixo do sexto mês em campo grande-ms	18
4.2 Características do aleitamento materno em campo grande-ms antes e após o sexto mês	36
5 DISCUSSÃO GERAL	55
6 CONCLUSÕES	60
7 REFERÊNCIAS	61
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética	67
ANEXO B – Aprovação da SESAU	68
ANEXO C – Aprovação da SESAU	69
ANEXO D – Aprovação da SESAU	70
ANEXO E – Aprovação da SESAU	71
ANEXO F – Aprovação da Faculdade de Medicina	72
ANEXO G – Aprovação do Departamento de Pediatria	73
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados Maternos	75

1 INTRODUÇÃO

A ciência aborda com muita propriedade os benefícios do leite humano e da prática do aleitamento materno para o bebê e mãe. A composição do leite humano o diferencia de todos os outros leites, fazendo jus à caracterização de ser espécie específica, pois a produção de leite materno ocorre de acordo com a necessidade do bebê. A composição do leite se modifica com o momento da amamentação, iniciando com baixo e finalizando com alto valor calórico. Nenhum outro leite é capaz de conceder ao bebê elementos que possam proteger e nutrir, propiciando um ótimo crescimento e desenvolvimento cerebral. O ato de amamentar tem uma importante repercussão psicológica, fonoaudiológica e odontológica na vida da criança, que poderá ter desdobramentos até na vida adulta (CURY, 2002; VANUCHI, 2006).

Para a mulher, a amamentação traz vantagens por favorecer a recuperação pós-parto com a involução uterina e retorno mais rápido do peso corporal inicial, além da diminuição do sangramento. Em aleitamento materno exclusivo sem intervalos no período noturno, o aleitamento materno também pode retardar uma nova gravidez, sendo que, em alguns países, é responsável pelo espaçamento entre as gestações. Com relação às repercussões de longo prazo, a prática do aleitamento materno pode auxiliar reduzindo as chances de câncer de mama na mulher (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002; CURY, 2002; VANUCHI, 2006).

Apesar do conhecimento da importância do aleitamento materno e de fazer parte da natureza dos mamíferos, observou-se um declínio entre as décadas de 40 e 70, possivelmente em consequência do aumento no consumo de leite de vaca em pó e da inserção da mulher no mercado de trabalho (NEWSON *et al.*, 1962).

Nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, a ausência do incentivo ao aleitamento materno e o consumo de leite de vaca em pó diluído incorretamente e condições precárias de higiene, resultaram no aumento expressivo na morbimortalidade infantil (NEWSON *et al.*, 1962; GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 1970; KANAANEH, 1972).

Com esse aumento da morbi-mortalidade infantil e diante das evidências científicas sobre a superioridade do leite humano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou um processo de revalorização da amamentação (WHO, 1990).

Esses incentivos da OMS levaram a uma significativa evolução nas taxas de aleitamento materno ao longo dos anos. No entanto estudos demonstram que os índices de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e mantido com outros alimentos até dois anos de idade ainda estão abaixo do preconizado pela OMS (BRASIL, 2001; WHO, 2001; BRASIL, 2009; BAPTISTA, *et al.*, 2009; BRECAILO, *et al.*, 2010).

A busca pela compreensão dos fatores interferentes na amamentação e a forma como o aleitamento materno se estabelece dentro da cultura das populações são desafios que devem ser esclarecidos para garantir que todas as crianças tenham acesso ao leite materno. As causas que levam ao desmame precoce são diversas e o objetivo da ciência é identificar e sugerir meios de reduzi-las (COUTINHO *et al.*, 2005; FRANÇA *et al.*, 2008; ANDREW e HARVEY, 2011; COLODRO-CONDE, *et al.*, 2011).

De acordo com os dados estatísticos da I Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, realizada em 1999, Campo Grande – MS possuía um dos menores índices de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês (4,9%), estando em penúltimo lugar entre todas as capitais brasileiras (BRASIL, 2001).

Na II Pesquisa, realizada em 2009, a prevalência de aleitamento materno exclusivo em Campo Grande até o sexto mês foi 50,1%, índice superior à média nacional, que foi de 41%. Já na fase de 9 a 12 meses, a taxa encontrada na Pesquisa de Prevalência foi de 70,5%. Com esse resultado, Campo Grande atingiu bom índice de aleitamento materno exclusivo, enquanto a média nacional ainda permanece com índice ruim de acordo com os parâmetros da OMS (BRASIL, 2009).

Apesar da evolução significativa ao longo dos dez anos, os índices ainda não atendem às recomendações da OMS no que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e, por dois anos ou mais, mantida com alimentos complementares (WHO, 2001).

O presente estudo tem a intenção de verificar a prevalência de aleitamento materno e os fatores associados ao desmame precoce entre nutrizes das Unidades Básicas de Saúde de Campo Grande.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O leite materno é a secreção láctea produzida pela fêmea dos mamíferos para nutrir e propiciar o desenvolvimento de cada espécie em sua fase inicial da vida. A composição desse leite será específica para atender às necessidades de cada mamífero de acordo com a sua trajetória evolutiva e a sua função dentro do reino animal (CURY, 2002; VANUCHI, 2006).

O leite humano possui constituintes que estão dispostos em uma conformação para atender à demanda de crescimento e desenvolvimento do bebê, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento cerebral e à proteção imunológica. Essa característica é importante para a fase inicial da vida do ser humano porque a sua capacidade de produzir anticorpos ainda não é plena (CURY, 2002; VANUCHI, 2006).

Nessa fase do desenvolvimento os requerimentos do bebê mudam constantemente e, para suprir essas necessidades, o leite humano sofre alterações em sua composição antes, durante e no final da mamada, principalmente com relação aos seus macronutrientes e o seu valor calórico. A alteração na composição também pode ocorrer por diferenças climáticas, fases da lactação e idade gestacional. As vantagens não se restringem apenas à composição do leite humano, mas também ao ato de amamentar, que traz inúmeros benefícios para o desenvolvimento físico, social, intelectual e psicológico da criança (CURY, 2002; VANUCHI, 2006).

Quanto à mãe, as propriedades da prática do aleitamento materno estão relacionadas com a involução uterina mais rápida, retorno ao peso inicial, redução de sangramento pós-parto e redução da possibilidade de anemia (CURY, 2002; VANUCHI, 2006).

Mesmo sendo uma ação natural entre os mamíferos, e benéfica para a manutenção da espécie, historicamente sabe-se que o ato de amamentar sofre com

as mudanças sociais e culturais da humanidade. A qualidade da alimentação infantil já foi responsável pelo aumento da morbidade e mortalidade de crianças no terceiro mundo, principalmente no período de 1940 a 1970. A atuação das indústrias alimentícias contribuiu para esse aumento, por meio da propagação do uso de fórmulas infantis e redução nos índices de aleitamento materno (KANAANEH, 1972).

A ausência de estímulo ao aleitamento materno permitiu que a indústria atuasse ofensivamente na abordagem das mães, inclusive com doação de leite em pó dentro das maternidades. A falta da prática de amamentar e a precária condição financeira, que impossibilitava a aquisição do leite industrializado em quantidade suficiente para a manutenção da alimentação do bebê, tiveram como consequência o uso de fórmulas com diluição acima da recomendação do fabricante (MÜLLER, 1981).

Além do problema da diluição, a falta de saneamento básico adequado e de água potável aumentavam os riscos de diarreia e desnutrição. Esses fatores, juntamente com baixo nível educacional da grande maioria das mães, contribuíram para a elevação dos índices de morbi-mortalidade infantil (MÜLLER, 1981).

Diante dessa situação, a OMS realizou uma mobilização mundial para a revalorização do aleitamento materno, dando início ao processo de promoção, apoio e incentivo ao aleitamento, demonstrando a importância do leite humano e a sua superioridade em relação aos outros leites. Essas ações foram marcadas pela abordagem em nível hospitalar com a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC (WHO,1990). No Brasil, além da IHAC, houve a implantação das Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes, a concessão do benefício de salário maternidade por 120 dias e o alojamento conjunto (BRASIL, 1988; 1991; 1993).

Com essas medidas a duração mediana da amamentação foi mais que duplicada entre 1975 e 1989, passando de 2,5 para 5,5 meses, tanto na área urbana como na rural (VENÂNCIO *et al.*, 1998).

Dentro da promoção e incentivo ao aleitamento materno destaca-se também a importância dos Bancos de Leite Humano (BLH). Além da função de coletar, processar, realizar o controle de qualidade e distribuir o leite humano, os bancos promovem, incentivam e apoiam a amamentação, auxiliando as mães com

dificuldades para amamentar e reduzindo a possibilidade da interrupção do aleitamento materno numa fase crítica do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2008).

Apesar do aumento na duração do aleitamento materno, muitos estudos ainda procuram correlacionar causas do desmame. Idade materna, estado conjugal, trabalho materno, dificuldade para amamentar nos primeiros dias, aleitamento exclusivo na alta hospitalar, uso de chupeta, renda familiar, escolaridade materna ou paterna, condições do parto, apoio às mães e alojamento conjunto estão significativamente associados com a manutenção ou a interrupção do aleitamento (FROTA *et al.*,2004, MASCARENHAS *et al.*,2006, NARCHI *et al.*,2009).

Dez anos depois da Primeira Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, com as estratégias na saúde pública, a II Pesquisa demonstra que houve um aumento significativo na prevalência de aleitamento materno exclusivo. Campo Grande, que, em 1999, era a segunda capital com menor índice de aleitamento materno exclusivo, passou a ser a terceira capital com melhor prevalência, alcançando a classificação de bom índice de acordo com a OMS e superando a média nacional. Essa evolução também foi percebida na faixa etária de 9 a 12 meses (BRASIL, 2009).

Com tantas variáveis percebe-se que amamentar não é um processo automático ou instintivo como muitas vezes parece ser, mas é o resultado de um sistema que integra muitos fatores. A rejeição à amamentação está ligada a uma série de circunstâncias e de características da sociedade moderna (SOARES *et al.*, 2003).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Verificar a prevalência de aleitamento materno e os fatores associados ao desmame precoce.

3.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência de aleitamento materno na faixa etária de 0 a 12 meses de idade na população pediátrica usuária das Unidades Básicas de Saúde de Campo Grande.
- Verificar a ocorrência do tipo de parto, tempo de permanência e o auxílio hospitalar na amamentação durante a internação.
- Identificar o período de introdução de líquidos e alimentação complementar.
- Verificar os problemas na amamentação relatados pelas mães.
- Avaliar os fatores interferentes no aleitamento materno exclusivo e não exclusivo.

4 TRABALHOS A SEREM PUBLICADOS NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

4.1 FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS ABAIXO DO SEXTO MÊS EM CAMPO GRANDE-MS

Título resumido: Fatores associados ao aleitamento materno

Elisabete Kamiya¹
Durval Batista Palhares²

¹Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, MS, Brasil.

²Professor Doutor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Setor de Neonatologia. Campo Grande, MS, Brasil.

Artigo baseado em dissertação do Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, MS, Brasil. Ano de defesa: 2012.

Correspondência:

Elisabete Kamiya

Banco de Leite Humano/NHU/UFMS

Av.: Senador Filinto Müller, s/n

V: Ipiranga - Campo Grande-MS, Brasil

CEP: 79080-190

e-mail:elisabetekamiya@yahoo.com.br

RESUMO

OBJETIVO. Verificar os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês em crianças usuárias das Unidades Básicas de Saúde de Campo Grande-MS e a introdução de outros leites e alimentos.

MÉTODO. Pesquisa transversal observacional realizada por meio da aplicação de um instrumento de coleta de dados com as mães.

RESULTADOS. A prevalência de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês entre as 241 crianças pesquisadas foi de 51,9%; e a prevalência de aleitamento materno foi de 94,2%. Na comparação entre aleitamento materno exclusivo e não exclusivo, não foi observada diferença significativa nas condições socioeconômicas das mães, porém foi significativa para o uso de chá, chupeta e opinião da mãe com relação à quantidade do seu leite. Dos bebês que estavam em aleitamento materno exclusivo, 28% tiveram contato anteriormente com mamadeira ou chupeta e 20%, com água ou chá, ou ambos. No caso de aleitamento materno não exclusivo, 71,6% já tinham feito uso de chupeta/mamadeira e 92,2%, de água ou chá. Quanto ao tipo de leite consumido, 77,6% dos bebês recebiam somente leite materno; 16,6% consumiam leite materno e leite de vaca; e 5,8%, somente leite de vaca. Dentre aqueles que tomavam leite de vaca (22,4%), essa introdução ocorreu principalmente no primeiro mês (61,2%). O desmame precoce ocorreu porque, segundo a mãe, a produção era insuficiente em 42,1% dos casos; a necessidade de trabalhar ou estudar correspondeu a 21% das justificativas. A introdução de alimentos complementares já havia ocorrido para 4,1%.

CONCLUSÕES. Houve avanço na prevalência de aleitamento materno exclusivo, porém variáveis como o uso de chupeta, a oferta de líquidos e a falta de autoconfiança da mãe ainda são desafios para a saúde pública. Das 241 crianças, 22,4% consumiam leite de vaca e 4,1% já havia introduzido alimentos complementares.

DESCRITORES: Aleitamento Materno. Prevalência. Nutrição do lactente.

ABSTRACT

OBJECTIVE. To assess factors associated with breastfeeding in children up to 6 months attending primary healthcare units in Campo Grande-MS and the introduction of other milks and foods.

METHODS. Observational cross-sectional research conducted by the application of an instrument of data collection provided by mothers.

RESULTS. The prevalence of exclusive breastfeeding up to 6 months among 241 children was 51.9%, and prevalence of breastfeeding was 94.2%. In comparing exclusive and non-exclusive breastfeeding, there was no significant difference in the socioeconomic conditions of mothers. Difference was significant, though, in the use of tea and pacifier and in the mothers' opinion on the quantity of their milk. Of the infants who were exclusively breastfed, 28% had previous contact with the bottle or pacifier and 20%, water or tea, or both. In the case of nonexclusive breastfeeding, 71.6% had already used a pacifier/bottle and 92.2%, water or tea. Regarding the type of milk consumed, 77.6% of babies were exclusively breastfed, 16.6% consumed milk and cow's milk, and 5.8%, only cow's milk. Among those who drank cow's milk (22.4%) this introduction occurred mainly in the first month (61.2%). Early weaning has occurred because, according to the mothers, the production of milk was insufficient (42.1%); the need to work or study stood for 21% of justifications. The introduction of complementary foods had already occurred to 4.1%.

CONCLUSIONS. There was improvement in the prevalence of exclusive breastfeeding, but variables such as use of pacifier, fluid offer and lack of confidence of the mother are still challenges to public health. Of the 241 children, 22.4% drank cow's milk and 4.1% had introduced complementary foods.

KEYWORDS : Breastfeeding. Prevalence. Infant nutrition.

INTRODUÇÃO

Apesar do conhecimento da importância do leite materno no desenvolvimento do bebê, percebe-se que, ao longo da história, a prática do aleitamento materno sofreu modificações culturais que interferiram na sua prevalência. À medida que a humanidade evoluía, o índice de aleitamento materno reduzia. Em Nottingham (Inglaterra), de 83% das mulheres que amamentavam no quarto dia após o parto, apenas 60% continuavam amamentando até o décimo quinto dia, e apenas uma em cada dez mães amamentava até o sexto mês. Para muitas mães, o seu leite era qualitativamente inadequado, e o ato de amamentar era considerado inconveniente, sujo e nojento.¹⁶

O índice de mortes entre crianças que recebiam mamadeira antes do terceiro mês era três vezes maior que entre as crianças que recebiam leite materno exclusivo. O desmame nos países pobres recebeu um forte estímulo da alimentação artificial por meio de propaganda e distribuição gratuita de leites industrializados e mamadeiras nas maternidades e nos domicílios.⁹

O conceito equivocado sobre a amamentação, a falta de incentivo ao aleitamento materno e o processo de industrialização possivelmente foram fatores que auxiliaram a redução do aleitamento materno. O desdobramento dessa redução foi o aumento nas internações de crianças por gastroenterites e a má nutrição que chegou a quase 30% em alguns países.¹¹

Com o aumento da morbi-mortalidade infantil e diante das evidências científicas sobre a superioridade do leite humano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou uma mobilização mundial para a revalorização da amamentação por meio da promoção, apoio e incentivo do aleitamento materno, inclusive no âmbito das maternidades.²¹

Entretanto a promoção baseada apenas nas vantagens do aleitamento materno não foi suficiente para resolver o problema dos índices de morbi-mortalidade infantil, pois o desconhecimento do mecanismo da lactação, seus interferentes e a inabilidade dos profissionais de saúde na resolução dos problemas na lactação continuavam sendo justificados pelo “pouco leite” e “leite fraco”. Esses argumentos justificaram a continuidade dos leites industrializados, e o seu uso foi tão amplo que,

nas escolas de medicina, os pediatras não aprenderam a orientar o aleitamento materno, mas sim a preparar mamadeiras.¹

A necessidade de ampliar as ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno foi demonstrada em estudos como a I Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, realizada em 1999. Na pesquisa, Campo Grande/MS foi a capital que apresentou um dos menores índices de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.³ Dez anos depois, a II Pesquisa de Aleitamento Materno demonstra que houve um aumento na prevalência no Brasil e, principalmente, em Campo Grande, que passou de 4,9% para 50,1%, superando a média nacional (41%). Dessa forma, a prevalência de Campo Grande/MS foi classificada como boa (50 a 89%), enquanto a média nacional foi classificada como ruim.^{4,23} Apesar da melhoria nos índices, os mecanismos de avaliação de prevalência e ações de promoção precisam continuar a ser pesquisados uma vez que a recomendação da OMS é amamentação exclusiva até o sexto mês e, por dois anos ou mais, mantida com alimentos complementares.²²

O presente estudo teve como objetivo verificar os fatores interferentes no aleitamento materno em crianças abaixo do sexto mês e a introdução de outro leite e alimentos entre as crianças usuárias das Unidades Básicas de Saúde de Campo Grande-MS.

MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e pelos órgãos ligados à Universidade e às Unidades Básicas de Saúde, protocolo nº 1221 de 07 de agosto de 2008.

A pesquisa transversal observacional foi realizada por meio da aplicação de um instrumento de coleta de dados contendo dados socioeconômicos e sobre parto, alimentação do bebê, uso de chupeta, mamadeira, água e chá, e a opinião materna sobre a produção de leite. A amostra foi de conveniência e a coleta de dados foi realizada por um único entrevistador após a mãe assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este trabalho faz parte de uma pesquisa com 415 crianças de 0 a 12 meses de idade. Foram incluídas mães lactantes e não lactantes usuárias de Unidades Básicas de Saúde de Campo Grande-MS. O critério de escolha foi independente de cor, idade materna, nível cultural e nível sócioeconômico.

Não fizeram parte do estudo mães indígenas, quilombolas, adotivas e aquelas que não amamentavam por indicação médica.

O tamanho da amostra deste estudo foi determinado por uma calculadora on line de tamanho de amostras, disponível na Internet, no site: <http://www.ezsurvey.com/samplesize.html>. Foi baseado na população de nascidos vivos na cidade de Campo Grande, com exceção da região rural, no ano de 2008, por meio de informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS (SESAU) pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC-DATASUS). A população de nascidos vivos em Campo Grande, no ano de 2008, foi de 12.745 crianças, sendo a amostra mínima, representativa dessa população, de 375 crianças, considerando uma margem de erro de 5%, um nível de confiança de 95% e uma determinação de resposta de 50%.

A amostra total foi de 415 crianças e o presente artigo contém dados relativos 241 crianças na faixa etária abaixo de 6 meses.

A distribuição foi de acordo com os quatro distritos sanitários de Campo Grande, proporcional ao número de nascidos vivos, sendo 102 do distrito norte, 140 do distrito sul, 57 do distrito leste e 116 do distrito oeste. As entrevistas ocorreram em uma Unidade Básica de cada distrito sanitário no momento em que as mães compareceram com os seus bebês para consulta e/ou imunização.

A avaliação da associação entre o tipo de aleitamento e a faixa etária dos bebês foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. O mesmo teste foi utilizado para avaliar a associação entre as variáveis relativas: a) condição socioeconômica das mães; b) características do parto; c) assistência hospitalar das mães; e a variável tipo de aleitamento.

Foi utilizado o teste z para estabelecer a comparação entre mães com aleitamento materno exclusivo e não exclusivo, em relação à proporção de respostas quanto às opiniões sobre a qualidade e a quantidade de leite e o tipo de parto. Os demais resultados das variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas. A análise

estatística foi realizada utilizando-se o “Software” SigmaStat, versão 2.0, considerando um nível de significância de 5%.¹⁸

Para esta pesquisa foi considerado aleitamento materno exclusivo o fato de a criança receber somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de re-hidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Aleitamento materno predominante ocorre quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais. Aleitamento materno é dito complementado quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar. É considerado aleitamento materno misto ou parcial quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.²⁴

RESULTADOS

Na faixa etária abaixo de 6 meses foram encontradas 241 crianças que corresponderam a 58,6% da amostra total de 415. O nascimento dos bebês ocorreu em hospital público para 97,5%; por meio de cesárea para 58,5%; o tempo de internação para 85,1% das mães foi de, no mínimo, 48 horas e, nesse período, 91,3% referiram ter recebido auxílio da equipe do hospital para amamentar.

A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 51,9%, e a de aleitamento materno foi de 94,2%.

Na comparação entre aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno não exclusivo, não foi observada diferença significativa quanto aos critérios: profissão, idade e coabitação materna, experiência prévia com amamentação, planejamento gestacional, orientação no pré-natal, tipo de parto, auxílio no hospital para amamentar, problemas na amamentação, apoio familiar, peso do bebê ao nascer, idade gestacional, e incentivo de familiares para oferecer chupeta, mamadeira, chá e/ou água.

O percentual de mães não inseridas no mercado de trabalho e que amamentavam exclusivamente seus filhos foi maior (73,6%) que o percentual de mães que trabalhavam e que amamentavam exclusivamente (26,4%). No aleitamento materno não exclusivo, o percentual de mães não inseridas no mercado de trabalho e que praticavam o aleitamento não exclusivo (65,7%) também foi maior quando comparado com o daquelas que trabalhavam (34,3%), não demonstrando diferenças significativas em qualquer dos casos quanto ao tipo de aleitamento e à inserção no mercado de trabalho.

O uso de chá, chupeta/mamadeira e a opinião da mãe com relação à quantidade do seu leite apresentaram diferenças significativas.

Apesar da análise geral da opinião da mãe sobre a qualidade do seu leite ter apresentado diferença significativa, de acordo com teste z, a associação entre a opinião da mãe e o tipo de aleitamento praticado em relação aos critérios forte, normal e fraco não apresentou diferenças significativas. Com relação ao fato de a mãe não saber opinar sobre a qualidade de leite produzido, a diferença foi significativamente maior entre o aleitamento materno exclusivo e misto ($p < 0,001$). Em relação à quantidade, o teste demonstrou que o percentual de resposta entre mães que amamentavam exclusivamente e que responderam que tinham excesso de leite (81,6%) foi significativamente maior do que aquele de respostas de mães que praticavam o aleitamento não exclusivo e que também tinham excesso de leite (51,0%). Também houve diferença significativa para o critério “não sabe” entre aquelas que amamentavam exclusivamente (2,4%) e aquelas que não amamentavam exclusivamente (31,4%).

Tabela 1: Prevalência de aleitamento materno entre crianças na faixa etária abaixo de 6 meses nas Unidades Básicas de Saúde de Campo Grande-MS– 2012 (n=241).

Variáveis	0 a 5 m* (n=241)	
	Nº	%
Aleitamento materno exclusivo (1)	125	51,8
Aleitamento misto (2)	40	16,6
Aleitamento materno complementado (3)	10	4,1
Aleitamento predominante (4)	52	21,6
Sem aleitamento materno	14	5,8

*m = meses

(1)– Leite materno, sem água e chá. Exceção: vitaminas, minerais, medicamentos

(2)– Leite materno + água, chá ou suco e fluidos rituais

(3)– Leite materno + alimento sólido ou semi-sólido para complementá-lo, com ou sem outro leite.

(4)– Leite materno + outro tipo de leite

Tabela 2: Período de introdução de outros leites, entre crianças abaixo de 6 meses usuárias das Unidades Básicas de Saúde de Campo Grande-MS– 2012 (n=54).

Variáveis	Nº	%
Até o primeiro mês	33	61,1
Segundo mês	7	13,0
Terceiro mês	4	7,4
Quarto mês	9	16,7
Quinto mês	1	1,8

Tabela 3: Justificativa da mãe para a introdução de outro leite para os bebês abaixo de 6 meses, usuárias das Unidades Básicas de Saúde, em Campo Grande – 2012 (n=54).

Variáveis	Nº	%
Pouco leite	23	42,6
Trabalho/estudo	11	20,5
Sem leite	5	9,3
Doença do bebê	3	5,5
Abandono do peito	3	5,5
Leite fraco	3	5,5
Necessidade de complementar	2	3,7
Doença materna	2	3,7
Ausência materna	2	3,7

Tabela 4: Associação entre as variáveis maternas e o tipo de aleitamento materno na faixa etária abaixo de 6 meses de vida em crianças usuárias das Unidades Básicas de Saúde de Campo Grande-MS – 2012 (n=227).

Variáveis	*AME (n=125)		Não AME (n=102)	
	N°	%	N°	%
Profissão (p=0,222)				
Do lar	59	47,2	39	38,2
Outras profissões	66	52,8	63	61,8
Idade materna (p=0,177)				
15 a 20 anos	32	25,6	31	30,4
21 a 30 anos	70	56,0	61	59,8
Acima de 30 anos	23	18,4	10	9,8
Cohabitação materna (p=0,421)				
Pai do bebê	101	80,8	77	75,5
Outros	24	19,2	25	24,5
Mercado de trabalho (p=0,251)				
Está inserida	33	26,4	35	34,3
Não está inserida	92	73,6	67	65,7
Experiência anterior com AM** (p=0,985)				
Sim	61	48,8	49	48,0
Não	64	51,2	53	52,0
Gestação planejada (p=0,515)				
Sim	48	38,4	34	33,3
Não	77	61,6	68	66,7
Ganhou chupeta/mamadeira (p=0,941)				
Sim	63	50,4	50	49,0
Não	62	49,6	52	51,0
Uso chupeta/mamadeira (p<0,001)				
Sim	35	28,0	73	71,6
Não	90	72,0	29	28,4
Orientação para dar chá/água (p=0,233)				
Sim	95	76,0	85	83,3
Não	30	24,0	17	16,7
Uso de chá/água (p<0,001)				
Sim	25	20,0	94	92,2
Não	100	80,0	8	7,8
Opinião qualidade do leite (p<0,001)				
Forte	59	47,2	46	45,1
Normal	62	49,6	43	42,2
Fraco	4	3,2	0	0
Não sabe	0	0,0	13	12,7
Opinião quantidade do leite (p<0,001)				
Excesso	102	81,6	52	51,0
Normal	20	16,0	18	17,6
Pouco	0	0,0	0	0
Não sabe	3	2,4	32	31,4

*AME = Aleitamento Materno Exclusivo

**AM=Aleitamento Materno

DISCUSSÃO

O parto cesárea é considerado um fator de risco para a amamentação devido ao início tardio, inabilidade da mãe em amamentar no período pós-cirúrgico e falta de capacidade da equipe da maternidade em promover condições para que a mãe possa amamentar logo após o parto com segurança e apoio.^{2,20,25} Apesar disso, os dados obtidos na pesquisa mostraram que a maioria dos bebês nasceu por meio de cesariana (58,5%) e não houve diferença significativa quanto ao tipo de parto e aleitamento. A ausência da diferença pode ter ocorrido por fatores como o tempo de permanência hospitalar, que foi de, no mínimo, 48 horas para 85% dos casos; e o auxílio hospitalar para amamentar no período de internação, que abrangeu 91,3% das mães.

A prevalência de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês encontrada na pesquisa foi de 51,9%, sendo maior que os dados encontrados em outras regiões, como São Paulo, com 31%; Guarapuava com 12,9%; e Joinville, com 43,7%;^{5,14,15} e menor que Montes Claros, onde a prevalência foi de 71,3% entre as adolescentes e 77,4% entre as adultas.⁸ Porém, foi próximo do resultado obtido na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde realizada em 2008, que foi de 50,1%.⁴

Com esse resultado, Campo Grande foi a terceira capital com melhor índice de aleitamento, demonstrando uma significativa melhora nos índices em comparação com os resultados obtidos na I Pesquisa Nacional, realizada em 1999. A maior prevalência foi observada em Belém com 56,1%, seguido de Florianópolis com 52,4%.⁴

Apesar da significativa evolução em dez anos, os dados desta pesquisa revelam que 48,2% das crianças abaixo de 6 meses ainda não praticam o aleitamento materno exclusivo, não atendendo, portanto, à recomendação internacional. Em consequência disso, essas crianças não estão usufruindo os benefícios que o leite materno concede até a fase adulta. A orientação da prática do aleitamento materno por dois anos ou mais tem fundamentação nas evidências científicas que sugerem que o leite humano possui uma composição que também traz benefícios em longo prazo.^{6,10}

Com relação aos aspectos sociais, questões relativas à gestação, parto, experiência prévia com aleitamento materno e incentivo ao uso de chupeta e oferta de água, não houve diferença significativa entre os bebês que estavam com aleitamento materno exclusivo e não exclusivo. Esses dados diferem, porém, de outros autores que mostraram que as variáveis como alojamento conjunto, tipo de hospital, tipo de parto, idade materna, cor, nível educacional, estado conjugal, experiência prévia com amamentação, alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo, renda familiar, escolaridade paterna, orientação em grupo e auxílio para amamentar interferiram na manutenção do aleitamento exclusivo.^{8,14,15}

É possível que não tenham ocorrido diferenças significativas em virtude da semelhança entre as características das mães, pois 78% moravam com o pai do bebê, 56% cursaram o ensino médio, 51,5% tinham experiência prévia com aleitamento materno, 71,8% receberam orientações sobre amamentação no pré-natal, 97,5% tiveram seus bebês em hospitais públicos, 91,3% receberam algum tipo de auxílio para amamentar durante a internação, e 85,1% permaneceram em alojamento conjunto por 48 horas ou mais.

Apesar de não ser observada diferença significativa entre o tipo de aleitamento e o mercado de trabalho, percebe-se que mães que não estão nele inseridas amamentam por mais tempo do que aquelas que trabalham fora, porém nesta pesquisa não foi registrado o número de mães que estavam de licença maternidade. O fato das mães que não trabalham amamentarem mais demonstra uma relação negativa entre o trabalho e a amamentação, isso porque mães que trabalham fora de casa possuem 3,92 vezes mais chances de não amamentarem exclusivamente seus filhos até o sexto mês.^{5,8,12}

Outro fator que pode interferir significativamente na amamentação é o uso de chupeta, uma prática comum na rotina da maioria dos bebês. Neste estudo 28% dos bebês que estavam em aleitamento materno exclusivo tinham feito uso de mamadeira/chupeta e 71,6% dos bebês com aleitamento materno não exclusivo já tinham feito uso desses recursos.

Victoria *et al.*¹⁹ (1997) verificaram o uso de chupeta em 85% dos bebês com 1 mês de vida, o que, sob a ótica materna, não havia interferência na amamentação. E, de forma implícita, as mães utilizavam a chupeta para desmamar o bebê. Para Mascarenhas *et al.*¹²(2006), as mães justificaram o uso da chupeta para acalmar o

bebê e, nessa situação, o autor demonstra que o uso de chupeta aumentou em 90% o risco dos bebês não serem amamentados exclusivamente. O uso de chupeta também foi observado por Nascimento *et al.*¹⁴ (2010) como interferente na amamentação e, por isso, o autor ressalta a importância da criação de estratégias específicas para países em desenvolvimento com relação ao aleitamento materno e os malefícios do uso da chupeta.

Líquidos como chá e água também são frequentes na rotina dos bebês. Nesta pesquisa observou-se diferença significativa no uso de chá e água, sendo que 20% das crianças em aleitamento exclusivo tiveram contato anteriormente com um ou outro, e 92,2%, no caso de aleitamento materno não exclusivo, o que demonstra a interferência negativa desses líquidos na amamentação. França *et al.*⁷ (2008) registraram que, aos 7 dias, 14,7% usavam chá e 0,95%, água; no trigésimo dia, 78% usavam chá e 9,4%, água. Mascarenhas *et al.*¹² (2006) observaram que 13% tinham feito uso de chá sob a justificativa de propiciar alívio de cólicas dos bebês. Na II Pesquisa de Prevalência Nacional foi observado que 10,4% e 16,5% das crianças com até 30 dias de vida estavam usando água e chá, respectivamente. A média de consumo de água e chá na faixa etária até o sexto mês foi de 28% para água e 18% para chá.⁴

Niquini *et al.*¹⁷ (2010) ressaltam a importância da orientação e acompanhamento da amamentação pós-alta hospitalar, pois observaram que 38,4% das crianças com menos de 2 meses já tinham recebido líquidos; e que aquela mãe que não recebeu orientação sobre amamentação teve 1,8 vezes mais chance de oferecer líquidos do que aquela que foi orientada após o parto.

Apesar do presente estudo demonstrar diferença significativa quanto ao uso de chupeta, mamadeira, água, chá e o tipo de aleitamento, não foram abordadas as razões pelas quais a mãe decidiu oferecê-los.

Em relação ao tipo de leite consumido (leite materno ou leite de vaca), 77,6% das mães relataram que ofereciam somente leite materno, 16,6% estavam em aleitamento misto (leite materno e leite de vaca) e 5,8%, somente leite de vaca. Para as crianças que consumiam outro tipo de leite (22,4%), essa introdução ocorreu no primeiro mês de vida para 61,2%. Segundo avaliação materna, a introdução de outro tipo de leite nessa faixa etária foi justificada pela sua produção insuficiente (45,5% dos casos), seguida da necessidade de trabalhar ou estudar (20,4%). Em outros

estudos, os percentuais de utilização de outros leites variaram de 4,3% a 20,4%, e a introdução foi justificada pela fome do bebê.^{7,12} Na II Pesquisa de Prevalência, na faixa etária abaixo de 30 dias, o consumo de outros leites foi de 8,2% e a média de consumo foi de 23,6% na faixa etária até o sexto mês.⁴

De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras, a introdução dos novos alimentos tem ocorrido principalmente no terceiro mês de vida.⁴ Neste estudo, envolvendo crianças abaixo do sexto mês de vida, foi observado que 4,1% delas já se encontravam em processo de introdução de novos alimentos. Apesar do percentual não ser expressivo, é importante a manutenção da política pública de orientação na forma correta de realizar essa introdução. Isso garantiria a essas crianças o acesso à proteção e nutrição ideal conferida pelo leite materno exclusivo, essencial no primeiro semestre de vida, conforme preconiza a OMS.²²

A introdução precoce de outros alimentos está relacionada também com a opinião materna da quantidade de leite que ela produz. Esta pesquisa demonstrou diferença significativa entre o aleitamento materno exclusivo e o não exclusivo e a opinião materna sobre o volume de leite produzido. A certeza da mãe de que produzia leite em quantidade suficiente fez com que ela amamentasse exclusivamente seu filho; por outro lado, a sua insegurança fez com que introduzisse precocemente outros leites.

Essa insegurança é notada quando há estilo rígido para amamentar, forte expectativa no crescimento e desenvolvimento da criança e ansiedade ao choro do bebê. Essas características comportamentais foram mais observadas entre as mães preocupadas com o julgamento externo de suas habilidades maternas, indicando falta de autoconfiança.¹⁹

Além disso, a percepção da mãe está associada à saciedade da criança, verificada por meio do sono do bebê, choro, número de mamadas e tempo de cada mamada, pois lactantes que percebem a insatisfação do bebê tem 32 vezes mais chance de julgar que seu leite é ruim. Uma mãe que não se sente capaz de amamentar dificilmente optará por manter o aleitamento materno exclusivo.¹³

O auxílio, apoio e acompanhamento à mãe nos primeiros dias após o parto no domicílio é fundamental para que ela se mantenha segura da sua capacidade de

amamentar, mesmo diante das dificuldades na amamentação, das opiniões externas e do choro do bebê.

Foi observado um avanço na prevalência de aleitamento materno exclusivo, porém variáveis como o uso de chupeta, a oferta de líquidos e a falta de autoconfiança da mãe quanto à sua produção ainda são desafios para a saúde pública, pois interferem negativamente na amamentação. Já as características socioeconômicas e os aspectos do parto e internação não tiveram relação com o tipo de aleitamento. O uso de outros leites com ou sem leite materno ainda é uma prática bastante comum. Apesar do avanço na promoção do aleitamento materno, as políticas públicas de saúde ainda precisam evoluir no que dizem respeito ao monitoramento das mães lactantes, principalmente no período de adaptação à amamentação.

O suporte nos primeiros dias no domicílio é fundamental para a manutenção do aleitamento materno, ocasião em que são enfocados os aspectos prático e psicológico para esclarecer e tranquilizar a mãe quanto à sua capacidade de produzir um leite rico o suficiente para promover crescimento e desenvolvimento saudável ao seu bebê. É importante também o entendimento materno sobre o mecanismo regulatório da produção de leite, que é dinâmico e se modifica à medida que as adaptações entre mãe e bebê ocorrem.

É nesse contexto que destacamos a importância das ações realizadas na atenção básica pelos profissionais de saúde mais próximos da população para cumprir as metas propostas pelos órgãos reguladores.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1- Almeida JAG. *Amamentação um híbrido natureza–cultura*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120 p.
- 2- Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):69-78
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília; 2001.
- 4- _____. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- 5- Brecailo MK, Corso ACT, Almeida CCB, Schmitz BAS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. *Rev. Nutr.* 2010; 23(4):553-563, jul./ago.
- 6- Dewwy KG. Is breastfeeding protective against child obesity? *J. Hum. Lact.*2003; 19(1): 9-18.
- 7- França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LCE, Köhler CV, *et al.* Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev. Saúde Pública*, 2008;42(4):607-14
- 8- Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saúde Pública*, 2004;38(1):85-92.
- 9- Grantham-Mcgregor SM, Back EH. Breast feeding in Kingston, Jamaica. *Archives of diseases in childhood*. 1970;45,404-09.

- 10- Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victoria CG. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses*. Geneva: World Health Organization, 2007.
- 11- Kanaaneh H. The relationship of bottle feeding to malnutrition and gastroenteritis in a pre-industrial setting. *Jnl. Trop. Ped. & Env. Ch. Hlth.* 1972;18,302-06.
- 12- Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(4):289-94.
- 13- Monteiro JCS, Gomes FA, Stefanello J, Nakano AMS. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Abr-Jun; 20(2): 359-67.
- 14- Nascimento MBR, Reis MAM, Franco SC, Issler H, Ferraro AA, Grisi SJFE. Exclusive breastfeeding in Southern Brazil: prevalence and associated factors. *Breastfeeding medicine*. 2010;5(2):79-85.
- 15- Narchi NZ, Fernandes RAQ, Dias LA, Novais DH. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. *Rev. Esc Enferm USP*, 2009; 43 (1):87-94.
- 16- Newson J, Newson E. Breast feeding in decline. *BMJ*. 1962 Dec;29:1744-45.
- 17- Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Oliveira MIC, Leal MC. Acolhimento e características maternas associados à oferta de líquidos a lactentes. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):677-85.
- 18- Shott, S. *Statistics for health professionals*. London: W.B. Saunders Company, 1990.

- 19- Victoria CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 1997; 99(3):445-453.
- 20- Weiderpass E, Barros FC, Victoria CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 1998;32 (3): 225-31.
- 21- WHO/UNICEF Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. Meeting "Breast-feeding in the 1990s: A global initiative". Cosponsored by the United States Agency for International Development (AID) and the Swedish International Development Authority (SIDA), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, on 30 July - 1 August, 1990.
- 22- World Health Organization (WHO). *Report of an expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding*. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 23- _____.*Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes*. Washington, DC.,2003.
- 24- _____.*Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007.
- 25- Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, Trevisan D. Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth* 2010; 37(4):275-9.

4.2 CARACTERÍSTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO EM CAMPO GRANDE-MS ANTES E APÓS O SEXTO MÊS

Título resumido: ALEITAMENTO MATERNO EM CAMPO GRANDE-MS

Elisabete Kamiya¹

Durval Batista Palhares²

¹Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, MS, Brasil.

² Professor Doutor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Setor de Neonatologia. Campo Grande, MS, Brasil.

Artigo baseado em dissertação do Programa de pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, MS, Brasil. Ano de defesa: 2012.

Correspondência:

Elisabete Kamiya

Banco de Leite Humano/NHU/UFMS

Av.: Senador Filinto Müller, s/n

V: Ipiranga - Campo Grande-MS, Brasil

CEP: 79080-190

e-mail:elisabetekamiya@yahoo.com.br

RESUMO

OBJETIVO. Verificar as características do aleitamento materno antes e após o sexto mês, período de introdução de outros alimentos nas crianças de 6 a 12 meses.

MÉTODO. A pesquisa transversal observacional foi realizada por meio da aplicação de um instrumento de coleta de dados com as mães que levaram seus filhos para consulta ou imunização nas unidades básicas de saúde.

RESULTADOS. O aleitamento materno exclusivo até o sexto mês foi praticado efetivamente por apenas 14,4%. Após o sexto mês, a prevalência de aleitamento materno foi de 73%. Não houve diferença significativa na comparação entre as mães que amamentaram exclusivamente ou predominantemente e aquelas que praticaram o aleitamento misto ou complementado com relação aos aspectos socioeconômicos, gestação, parto e auxílio no pós-parto. A inserção no mercado de trabalho, o uso de chá e água e a opinião materna sobre qualidade e quantidade tiveram influência significativa. Das 174 crianças, 60,9% estavam consumindo outro tipo de leite e essa introdução foi justificada pela necessidade de alimentar o bebê quando precisavam trabalhar ou estudar (31,1%), seguida do argumento de ter pouco leite (27,5%). Com relação à introdução de alimentos complementares, 53,4% a iniciaram antes do sexto mês.

CONCLUSÕES. A prevalência de aleitamento materno na faixa etária de 6 a 12 meses em Campo Grande (73%), apesar de ser maior que a média nacional, ainda está distante das recomendações da OMS. Fatores como retorno ao trabalho ou estudo, julgamento materno quanto à quantidade de leite produzido e oferta de água e chá contribuíram para que apenas 14,4% desta faixa etária mamassem exclusivamente até o sexto mês de vida. Ressalta-se a importância da manutenção das ações de incentivo e promoção ao aleitamento materno, observando as particularidades brasileiras no que dizem respeito à tendência evolutiva do estilo de vida das mulheres.

DESCRITORES: Aleitamento materno. Prevalência. Nutrição do lactente.

ABSTRACT

OBJECTIVE. To assess the characteristics of breastfeeding before and after the sixth month period of the introduction of others foods in children aged 6 to 12 months.

METHODS. A cross-sectional observational study was performed by the application of an instrument of data collection with mothers who brought their children for immunization or consultation in primary healthcare units.

RESULTS. Exclusive breastfeeding until the sixth month was actually practiced by only 14.4%. After 6 months, the prevalence of breastfeeding was 73%. There was no significant difference between mothers who exclusively or predominantly breastfed and those who practiced mixed or supplemented feeding in relation to socioeconomic factors, pregnancy, childbirth and postpartum support. The insertion in the labor market, the use of tea and water and the maternal opinion on the quality and quantity of milk showed significant differences. Of the 174 children, 60.9% were consuming other type of milk and such introduction was necessary in order to feed the baby when they needed to work or study (31.1%), followed by the argument of having little milk (27.5%) . With regard to the introduction of complementary foods, 53.4% began before the sixth month.

CONCLUSIONS. The prevalence of breastfeeding at the age of 6 to 12 months in Campo Grande (73%), although higher than the national average, is still far from the WHO recommendations. Factors such as return to work or study, maternal evaluation on the amount of breast milk produced and the supply of water and tea contributed to the fact that only 14.4% of this age group breastfed exclusively up to the sixth month of life. The importance of maintaining actions to encourage and promote breastfeeding is enhanced, taking into account the Brazilian particularities with regard to the evolutionary trend of the lifestyle of women.

KEYWORDS: Breastfeeding. Prevalence. Infant Nutrition.

INTRODUÇÃO

O leite materno traz em sua composição a distribuição qualitativa dos nutrientes em quantidade específica necessária para o pleno desenvolvimento da espécie na fase inicial da vida. O leite humano se diferencia daquele das outras espécies de mamíferos principalmente pela sua característica nutricional e imunológica.¹⁹

Os percentuais dos nutrientes que compõem o leite humano se modificam constantemente para melhor atender à demanda evolutiva do bebê. No entanto o ato de amamentar não significa tão somente alimentar, mas também estabelecer a interação entre mãe e filho e propiciar o desenvolvimento psicológico, emocional e cognitivo do bebê.¹⁹

Uma das importantes propriedades funcionais do leite humano está relacionada com o papel protetor contra risco de sobrepeso, diminuição da incidência de febre após a vacinação, asma, alergia a leite de vaca e dermatite atópica. Os efeitos protetores aumentam com a duração do aleitamento materno e parece permanecer até a primeira década de vida para doenças alérgicas.^{9,11,16,18}

Já Boccolini *et al.* (2011) observaram que o aleitamento materno exclusivo em crianças abaixo de 6 meses e o aleitamento materno em crianças de 9 a 12 meses reduziram cerca de 40% e 50%, respectivamente, a taxa de internação por pneumonia.

Apesar do conhecimento das propriedades do leite materno, a prevalência do aleitamento materno ainda não atende à recomendação da Organização Mundial de Saúde,²² mas, com empenho das organizações de saúde, houve uma melhora significativa na situação do aleitamento no Brasil, principalmente entre 1999 e 2009. Na faixa etária de 9 a 12 meses o índice de aleitamento materno foi de 58,7%. Em Campo Grande o índice passou de 49,1% em 1999 para 70,5% em 2009.²⁰

O presente estudo teve como objetivo verificar as características do aleitamento materno antes e após o sexto mês, período de introdução de outros alimentos nas crianças de 6 a 12 meses.

MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e pelos órgãos ligados à Universidade e às Unidades Básicas de Saúde, protocolo nº 1221 de 07 de agosto de 2008.

A pesquisa transversal observacional foi realizada por meio da aplicação de um instrumento de coleta de dados contendo dados socioeconômicos e sobre parto, alimentação do bebê, uso de chupeta, mamadeira, água e chá, e a opinião materna sobre a produção de leite. A amostra foi de conveniência e a coleta de dados foi realizada por um único entrevistador após a mãe assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este trabalho faz parte de uma pesquisa com 415 crianças de 0 a 12 meses de idade. Foram incluídas mães lactantes e não lactantes usuárias de quatro Unidades Básicas de Saúde de Campo Grande-MS. O critério de escolha foi independente de cor, idade materna, nível cultural e nível sócioeconômico.

Não fizeram parte do estudo mães indígenas, quilombolas, adotivas e aquelas que não amamentavam por indicação médica.

O tamanho da amostra deste estudo foi determinado por uma calculadora on line de tamanho de amostras, disponível na Internet, no site: <http://www.ezsurvey.com/samplesize.html>. Foi baseado na população de nascidos vivos na cidade de Campo Grande, com exceção da região rural, no ano de 2008, por meio de informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS (SESAU) pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC-DATASUS). A população de nascidos vivos em Campo Grande, no ano de 2008, foi de 12.745 crianças, sendo a amostra mínima, representativa dessa população, de 375 crianças, considerando uma margem de erro de 5%, um nível de confiança de 95% e uma determinação de resposta de 50%.

A amostra total foi de 415 crianças e o presente artigo contém dados relativos 174 crianças na faixa etária de 6 a 12 meses.

A distribuição foi de acordo com os quatro distritos sanitários de Campo Grande, proporcional ao número de nascidos vivos, sendo 102 do distrito norte, 140 do distrito sul, 57 do distrito leste e 116 do distrito oeste. As entrevistas ocorreram

em uma Unidade Básica de cada distrito sanitário no momento em que as mães compareceram com os seus bebês para consulta e/ou imunização.

A avaliação da associação entre o tipo de aleitamento e a faixa etária dos bebês foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. O mesmo teste foi utilizado para avaliar a associação entre as variáveis relativas: a) condição socioeconômica das mães; b) características do parto; c) assistência hospitalar das mães; e a variável tipo de aleitamento.

Foi utilizado o teste z para estabelecer a comparação entre mães com aleitamento materno exclusivo e não exclusivo, em relação à proporção de respostas quanto às opiniões sobre a qualidade e a quantidade de leite e o tipo de parto. Os demais resultados das variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas. A análise estatística foi realizada utilizando-se o “Software” SigmaStat, versão 2.0, considerando um nível de significância de 5%.¹⁷

Para esta pesquisa foi considerado aleitamento materno exclusivo o fato de a criança receber somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de re-hidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Aleitamento materno predominante ocorre quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais. Aleitamento materno é dito complementado quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar. É considerado aleitamento materno misto ou parcial quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.²³

RESULTADOS

A faixa etária de 6 a 12 meses foi composta de 174 crianças, sendo que em 98,8% o nascimento ocorreu nos hospitais públicos por meio de cesárea (52,9%) ou

parto vaginal (47,1%). O tempo de internação para 75,3% das mães foi de, no mínimo, 48 horas e, nesse período, 90,8% referiram ter recebido auxílio da equipe do hospital para amamentar.

A Tabela 1 apresenta a prevalência de aleitamento materno de 6 a 12 meses e antes do sexto mês. Observa-se que a prática efetiva do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês foi menor que o predominante e o complementado. Após o sexto mês, 73% das crianças mantiveram o aleitamento materno, porém o percentual de aleitamento misto é maior que os demais tipos de aleitamento, tanto na faixa etária abaixo de 6 meses quanto na faixa etária de 6 a 12 meses.

A Tabela 2 demonstra as características maternas e o tipo de aleitamento praticado quando seus filhos estavam na faixa etária abaixo de 6 meses. Não houve diferença significativa nas características maternas entre o aleitamento materno exclusivo ou predominante e aleitamento materno misto ou complementado para os seguintes critérios: profissão, idade e coabitação materna, experiência prévia com aleitamento materno, planejamento gestacional, recebimento de chupeta/mamadeira de familiares, orientação de familiares para oferecer água ou chá, uso de chupeta/mamadeira, orientação no pré-natal, tipo de parto, auxílio hospitalar, problemas para amamentar, apoio familiar, peso do bebê e idade gestacional. Foram observadas diferenças significativas quanto às variáveis mercado de trabalho, uso de chá e água e opinião materna sobre qualidade e quantidade de leite.

Apesar do resultado significativo da variável qualidade, na aplicação do teste z a opinião “forte”, “normal” e “não sabe” não foram significativos, enquanto a avaliação “fraca” mostrou-se significativa. O percentual de mães com aleitamento misto ou complementado que consideravam seu leite qualitativamente fraco (17,3%) foi significativamente maior do que aquele referente às mães que amamentavam exclusiva ou predominantemente e que também disseram que a qualidade do leite era fraca (0,0%).

Com relação à opinião sobre a quantidade de leite produzido, o teste z mostrou que o percentual de mães que amamentavam exclusiva ou predominantemente e consideravam que tinham excesso de leite (83,1%) foi significativamente maior ($p < 0,001$) do que aquele relativo às mães que praticavam o aleitamento misto ou complementado e também responderam que tinham excesso de leite (43,9%). O percentual de mães que praticavam o aleitamento misto ou complementado e

responderam ter pouco leite (35,7%) foi significativamente maior ($p < 0,001$) do que aquele das mães que amamentavam exclusiva ou predominantemente que também afirmaram ter pouco leite (2,8%).

Das 174 crianças, 60,9% já estavam consumindo outro tipo de leite, e essa introdução precoce foi justificada pela necessidade de alimentar o bebê quando precisavam trabalhar ou estudar (31,1%), seguida da argumentação de terem pouco leite (27,5%), conforme demonstrado na Tabela 3. Entretanto, na Tabela 4, observa-se que o maior percentual de introdução ocorreu até o primeiro mês (23,6%) e as justificativas para essa fase foram “pouco leite” (36%) e “problema nas mamas” (16%).

Em relação aos problemas de mama, das 174 mães, 39% tiveram algum tipo de problema nos primeiros dez dias após o parto, sendo que a fissura foi relatada por 58,8%, seguida de pega incorreta (31%), na avaliação materna.

Quanto à introdução de novos alimentos, 53,4% iniciaram antes do sexto mês e 46,6% o fizeram a partir desse período.

Tabela 1: Prevalência do aleitamento materno entre bebês antes do sexto mês e na faixa etária de 6 a 12 meses, das Unidades Básicas de Saúde, Campo Grande – 2012 (n=174).

Variáveis	< 6 m		6-12 m	
	Nº	%	Nº	%
Aleitamento materno exclusivo (1)	25	14,4	4	2,3
Aleitamento predominante (2)	46	26,4	6	3,5
Aleitamento materno complementado (3)	36	20,7	58	33,3
Aleitamento misto (4)	62	35,6	59	33,9
Sem aleitamento materno	05	2,9	47	27,0

(1) – Leite materno, sem água e chá. Exceção: vitaminas, minerais, medicamentos

(2) – Leite materno + água, chá ou suco e fluidos rituais

(3) – Leite materno + alimento sólido ou semi-sólido para complementá-lo, com ou sem outro leite.

(4) – Leite materno + outro tipo de leite

Tabela 2: Características das mães de bebês de 6 a 12 meses e o tipo de aleitamento quando seus filhos estavam na faixa etária abaixo de 6 meses das Unidades Básicas de Saúde, Campo Grande – 2012 (n=169).

Variáveis	AME/P (n=71)		AMM/C(n=98)	
	N°	%	N°	%
Profissão (p=0,293)				
Do lar	40	56,3	46	46,9
Outras profissões	31	43,7	52	53,1
Idade materna (p=0,234)				
13 a 20 anos	20	28,1	26	26,5
21 a 30 anos	32	45,1	55	56,1
Acima de 30 anos	19	26,8	17	17,4
Mercado de trabalho (p=0,002)				
Está inserida	12	16,9	39	39,8
Não está inserida	59	83,1	59	60,2
Gestação planejada (p=0,088)				
Sim	34	47,9	33	33,7
Não	37	52,1	65	66,3
Problemas para amamentar (p=0,276)				
Sim	23	32,4	41	41,8
Não	48	67,6	57	58,2
Orientação no pré-natal (p=0,251)				
Sim	59	83,1	73	74,5
Não	12	16,9	25	25,5
Opinião - qualidade do leite (p=0,002)				
Forte	40	56,3	41	41,8
Normal	31	43,7	39	39,8
Fraco	0	0,0	17	17,4
Não sabe	0	0,0	1	1,0
Opinião - quantidade de leite (p<0,001)				
Excesso	59	83,1	43	43,9
Normal	10	14,1	20	20,4
Pouco	2	2,8	35	35,7
Não sabe	0	0,0	0	0,0
Ganhou chupeta/mamadeira (p=0,987)				
Sim	36	50,7	51	52,0
Não	35	49,3	47	48,0
Usou chupeta/mamadeira (p=0,010)				
Sim	13	18,3	37	37,8
Não	58	81,7	61	62,2
Orientação para dar chá/água (p=0,234)				
Sim	50	70,4	78	79,6
Não	21	29,6	20	20,4
Uso de chá/água (p<0,001)				
Sim	35	49,3	94	95,9
Não	36	50,7	4	4,1

*AME/P = Aleitamento Materno Exclusivo e Predominante

*AMM/C = Aleitamento Materno Misto e Complementado

Tabela 03: Justificativa da mãe para a introdução de outro leite para os bebês de 6 a 12 meses das Unidades Básicas de Saúde, em Campo Grande – 2012 (n=106).

Variáveis	Misto (n=59)		Sem AM (n=47)		Total (n=106)	
	N°	%	N°	%	N°	%
Trabalho/estudo	19	32,2	14	29,8	33	31,2
Pouco leite	15	25,4	14	29,8	29	27,4
Necessidade de complementar	19	32,2	0	0,0	19	17,9
Abandono do peito	1	1,7	6	12,8	7	6,6
Extinção do leite	0	0,0	5	10,6	5	4,7
Problemas nas mamas	0	0,0	4	8,5	4	3,8
Leite “fraco”	2	3,4	1	2,1	3	2,8
Doença do bebê	2	3,4	0	0,0	2	1,9
Doença materna	0	0,0	2	4,3	2	1,9
Hospitalização materna	1	1,7	0	0,0	1	0,9
Uso de medicação pela mãe	0	0,0	1	2,1	1	0,9

Tabela 4: Período de introdução de outros leites nas crianças de 6 a 12 meses das Unidades Básicas de Saúde, Campo Grande – 2012 (n=106).

Variáveis	N°	%
Até o primeiro mês	25	23,6
Segundo mês	7	6,6
Terceiro mês	9	8,5
Quarto mês	15	14,1
Quinto mês	11	10,4
Sexto mês	16	15,1
Após o sexto mês	23	21,7

DISCUSSÃO

Na II Pesquisa Nacional, a prevalência de aleitamento materno em Campo Grande na faixa etária de 9 a 12 meses foi de 70,5%, sendo que, em 1999, era de 49,1%. A maior prevalência foi observada em Macapá, com 82,8%, e a média nacional foi de 58,7%. Nesta pesquisa a probabilidade de crianças de Campo Grande com 180 dias estar sendo amamentadas exclusivamente era de 12,1%.⁵

Na Tabela 1 observa-se que, para a faixa etária de 6 a 12 meses, o aleitamento materno exclusivo foi praticado por 14,4% das crianças quando estavam abaixo de 6 meses, e a prevalência de aleitamento materno em crianças acima de 6 meses foi de 73%, sendo esses resultados próximos aos obtidos na II Pesquisa Nacional.

Apesar de Campo Grande ter apresentado melhor índice que a média nacional, o percentual de crianças não amamentadas é de 27,0%; o aleitamento materno misto se destaca entre os demais tipos de aleitamento, contrariando as diretrizes da OMS²² com relação à manutenção do leite materno após a introdução de novos alimentos.

Diversos fatores podem influenciar o desmame precoce: baixo nível socioeconômico materno, ausência de experiência prévia com amamentação, não orientação nas consultas de pré-natal, peso de nascimento inferior a 2,5kg, não oferta de leite materno exclusivo na maternidade, não alojamento conjunto, dificuldade na lactação, parto cesariana, maternidade precoce, restrição ao número de mamadas no hospital, início tardio da primeira mamada, alta oferta de fórmula infantil e retorno ao trabalho antes do sexto mês. Porém, o apoio familiar, as condições adequadas no local de trabalho e uma experiência prévia positiva parecem contribuir para a decisão materna em amamentar.^{2,8,13}

Entretanto, nesta pesquisa, não houve diferença significativa com relação às características maternas (aspectos socioeconômicos, gestação, parto e auxílio no pós-parto) entre o aleitamento materno exclusivo ou predominante e o aleitamento materno misto ou complementado.

A inexistência de diferença significativa pode ser justificada pela semelhança nas características socioeconômicas das mães e as condições da saúde pública da cidade, pois 80% das mães moravam com o pai da criança; 98% fizeram pré-natal;

53% tinham experiência prévia com a amamentação; 77% receberam orientação no pré-natal; 67% pariram com idade gestacional acima de 38 semanas; 95,4% dos bebês nasceram com peso acima de 2,5 kg; 75,3% permaneceram no hospital, no mínimo, 48 horas; 96% ficaram em alojamento conjunto; e 90,8% referiram ter recebido auxílio para amamentar durante a internação.

A continuidade das ações de promoção ao aleitamento materno é fundamental uma vez que esses fatores, aliados à conscientização da mãe sobre os benefícios da amamentação por tempo estendido, contribuem favoravelmente para manter a amamentação até o segundo ano de vida.²²

Com relação ao mercado de trabalho, ocorreu a interferência negativa do trabalho sobre o aleitamento materno, fazendo com que o número de mães com aleitamento materno misto ou complementado fosse superior ao daquelas com aleitamento materno exclusivo ou predominante. Segundo Faleiros *et al.* (2006), o que parece ter mais importância é o número de horas trabalhadas, pois os índices de desmame são maiores quando a jornada de trabalho é maior que vinte horas semanais.

Outro fator que contribuiu negativamente na amamentação foi o uso de chá e água; líquidos que 76,3% das mães referiram ter oferecido ao bebê antes do sexto mês.

O uso de chá e água é comum na alimentação dos bebês, o que demonstra a inabilidade materna de avaliar o choro da criança. A avaliação equivocada pode levar a lactante a julgar o seu leite como inadequado, pois o estado do bebê após a mamada é determinante para a mãe se sentir segura ou insegura sobre a sua produção. Quando a mãe possui boa percepção sobre a sua produção, o intervalo das mamadas é de aproximadamente duas horas; quando não possui boa percepção, o intervalo é de aproximadamente uma hora. Dessa forma, a mãe que percebe a insatisfação da criança tem 32 vezes mais chance de avaliar mal o seu leite.^{4,14}

A autoconfiança da mãe muitas vezes determina a forma como enfrentará os problemas na amamentação, a influência familiar e o retorno ao mercado de trabalho. É fundamental ressaltar o poder da lactante de produzir leite em quantidade e qualidade suficientes para o sustento do filho, mesmo diante do choro

excessivo do bebê, do retorno ao trabalho ou do aumento da demanda das atividades dentro de casa.^{4,8,14}

Com relação ao consumo de outro tipo de leite, 60,9% das mães já estavam oferecendo leite de vaca sob a justificativa da necessidade de alimentar o bebê quando precisavam trabalhar ou estudar (31,1%), seguida do argumento de ter pouco leite (27,5%), conforme demonstrado na Tabela 3. Entretanto a Tabela 4 indica que 23,6% introduziram outro leite até o primeiro mês e as justificativas para essa fase foram “pouco leite” (36%) e “problema nas mamas” (16%).

Os problemas de mama foram relatados por 39% das mães, sendo 58,8% referentes a fissuras e 31% a pega incorreta segundo avaliação materna. Apesar do elevado percentual de problemas para amamentar, isso não foi determinante para a interrupção da amamentação, apesar de Batista *et al.*² (2009) registrarem como um fator de risco para o desmame precoce.

Segundo a OMS²² (2001), a introdução de novos alimentos só deve ocorrer a partir do sexto mês, porém observou-se que 53,4% iniciaram precocemente a alimentação complementar e apenas 46,6% o fez após o sexto mês.

O ato de amamentar não envolve apenas a forma de alimentar o bebê. O preparo para amamentar deve ser realizado antes da gestação, durante e após o parto, pois somente as informações durante o pré-natal e o auxílio na maternidade não estão sendo suficientes para a manutenção do aleitamento. Coutinho *et al.* (2005) demonstraram que, com a mudança na rotina de parto hospitalar, a taxa de aleitamento materno exclusivo subiu de 21% para 70%. No domicílio, porém, dez dias após a alta hospitalar, a taxa de aleitamento materno exclusivo era de 30%. Com o acompanhamento domiciliar a média foi de 45% e o grupo que não recebeu a visita de suporte foi de 13% no sexto mês. O autor ainda faz um alerta de que apenas a estratégia da iniciativa de Hospital Amigo da Criança não é suficiente para manter os índices de aleitamento materno preconizados pela OMS.

Sendo assim, o acompanhamento domiciliar realizado pela atenção básica pode contribuir para o aleitamento materno exclusivo como demonstrado por Pereira *et al.*¹⁵ (2010), com a prevalência de 58% de aleitamento materno exclusivo.

A estrutura de um serviço de acompanhamento no pós-parto deve ser adequada para promover e incentivar o aleitamento materno, pois em Connecticut (EUA) as mães ressaltaram a necessidade do aconselhamento e apoio à

amamentação por parte do serviço de saúde, e sugeriram a redução da distribuição de fórmulas infantis, que estavam interferindo diretamente no aleitamento materno.¹⁰

Apesar dos dados demonstrarem a necessidade de melhorar o acompanhamento domiciliar, a duração mediana da amamentação no Brasil aumentou de 2,5 meses, nos anos 70, para 14 meses entre 2006 e 2007. Esse aumento pronunciado pode ser explicado por diversos fatores, como o programa nacional de incentivo ao aleitamento materno, que treinou agentes de saúde e estabeleceu uma interação com os meios de comunicação, com os responsáveis pela elaboração de políticas de saúde e com as organizações da sociedade civil. Além disso, contribuíram para esse aumento a maior duração da licença maternidade, que passou de dois meses (desde 1943) para quatro meses em 1998, chegando a 6 meses em 2006; a implantação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e o fato de se ter a maior rede mundial de Hospitais Amigos da Criança e mais de 200 bancos de leite humano.²¹

Apesar da evolução na prevalência, percebe-se a necessidade de um enfoque amplo nos interferentes do aleitamento materno, pois é comum o foco da amamentação estar centrado na criança, deixando a mãe, seu desejo, prazer e saúde em segundo plano. Nesse caso, a opinião materna sobre o ato de amamentar pode não ser verdadeira devido ao receio de reprovações, principalmente dos familiares.¹²

Nesse contexto, amamentar pode ser uma prática difícil, pois envolve compromisso de entrega, dedicação e disponibilidade sem fim, limitando ou impedindo as atividades habituais da mulher. A responsabilidade de permanecer como única fonte de nutrição e de vida do filho por 6 meses implica renúncias, fazendo com que o cuidado com o filho seja prioritário. Com isso, muitas temem ser mães “em regime de dedicação exclusiva”, o que seria uma exigência acima de suas possibilidades.¹²

Situação semelhante foi percebida no Reino Unido, onde as mulheres iniciam a amamentação em virtude dos benefícios que o leite materno traz ao bebê. Entretanto a não permanência da prática do aleitamento materno está associada à redução da independência e à perda da auto-identidade da mãe, ao desconforto de amamentar em público e ao trabalho.¹

No contexto espanhol, percebeu-se que o nível de educação está ligado a variáveis importantes, como estado socioeconômico, condições de trabalho, estrutura familiar, apoio social, normas sobre alimentos, acesso aos serviços de saúde e, principalmente, à decisão da mãe em iniciar e manter a amamentação.⁶

O enfoque da relação da mulher com a amamentação deve ser considerado nas iniciativas em prol do aleitamento materno, pois o conhecimento das características de uma população, principalmente no que diz respeito à sua tendência evolutiva, sua cultura e à maneira da mulher se inserir na sociedade, poderá auxiliar nesse processo. É importante que a mãe tenha clareza de que, ao optar por amamentar o seu filho, ela se torna a única responsável pela alimentação do bebê e que por, pelo menos, 6 meses haverá a necessidade de uma reorganização no seu estilo de vida. A não compreensão e aceitação dessa mudança por parte da mulher poderá acarretar transtornos a ela e ao bebê, pela sua perda de identidade e de independência, para a qual possivelmente muitas não estarão preparadas a enfrentar, mesmo sabendo que será por alguns meses.⁸

Dessa forma, apesar da relevância do aleitamento materno e dos incentivos, os aspectos culturais e a história de vida da mãe poderão ser importantes fatores na decisão de amamentar e na duração desse aleitamento.⁸

No presente estudo observou-se que a taxa de aleitamento materno em Campo Grande (73%), apesar de ser maior que a média nacional, ainda está distante das recomendações da OMS²² (2001). Fatores como retorno ao trabalho ou estudo, julgamento materno sobre a sua produção de leite e oferta de água/chá contribuíram para que apenas 14,4% dos bebês mamassem exclusivamente até o sexto mês. Ressalta-se a importância da manutenção das ações de incentivo e promoção ao aleitamento materno, observando-se as particularidades maternas no que dizem respeito à tendência evolutiva do estilo de vida das mulheres, até mesmo ao grau da sua inserção no mercado de trabalho.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 01-Andrew N, Harvey K. Infant feeding choices: experience, self-identity and lifestyle. *Maternal and child nutrition*. 2011;7,48-60.
- 02- Baptista GH, Andrade AHHKG, Giolo SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(3):596-604.
- 03-Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MC, Boccolini PMM. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. *J. Pediatr (Rio J)*. 2011;87(5):399-403.
- 04-Borges ALV, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2003; 11(3):287-92.
- 05-Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- 06-Colodro-Conde L, Sánchez-Romera JF, Tornero-Gómez MJ, Pérez-Riquelme F, Polo-Tomás M, Ordoñana JR. Relationship Between Level of Education and Breastfeeding Duration Depends on Social Context: Breastfeeding Trends Over a 40-Year Period in Spain. *J Human Lact*.2011;27(3) 272–8.
- 07-Coutinho SB, Lira PIC, Lima MC, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*,2005;366:1094-100.
- 08-Faleiros FTV, Trezza Ercília MC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.*, Campinas, 2006; 19(5):623-30.

- 09-Grummer-Strawn LM, Mei Z. Does Breastfeeding Protect Against Pediatric Overweight? Analysis of Longitudinal Data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics*. 2004;113(2):81–86.
- 10-Haughton J, Gregorio D, Pérez-Escamilla R. Factors Associated with Breastfeeding Duration among Connecticut Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) Participants. *J Hum Lact*. 2010;26(3):266-273.
- 11-Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victoria CG. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses*. Geneva: World Health Organization, 2007.
- 12-Lima AP, Javorski M. Amamentação interrompida: vivência de mulheres-mães. *Rev enferm UFPE on line*. 2010;4(1):230-38
- 13-Mercer AM, Teasley SL, Hopkinson J, McPherson DF, Simon SD, Hall RT. Evaluation of a Breastfeeding Assessment Score in a Diverse Population. *J Hum Lact*. 2010; 26(1):42-8.
- 14-Monteiro JCS, Gomes FA, Stefanello J, Nakano AMS. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Abr-Jun; 20(2): 359-67.
- 15-Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, 2010;26(12):2343-54.
- 16-Pisacane A, Continisio P, Palma O, Cataldo S, Michele F, Vairo U. Breastfeeding and Risk for Fever After Immunization. *Pediatrics*. 2010;125:1448-52.

- 17-Shott, S. *Statistics for health professionals*. London: W.B. Saunders Company, 1990.
- 18-Van Odijk J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, *et al.* Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966–2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*. 2003; 58: 833–43
- 19-Vanuchi MTO. Composição do leite humano. In: Castro LMCP, Araújo LDS, organizadoras. *Aleitamento materno: manual prático*. 2. ed. Londrina: PML; 2006. P. 69-74.
- 20-Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(4):317-24.
- 21-Victoria CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011. 32-46p. <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>. (acesso em 12 de outubro de 2011).
- 22-WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Report of an expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding*. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 23-_____. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007.

5 DISCUSSÃO GERAL

A prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês encontrada na pesquisa foi de 51,9%, sendo maior que os dados encontrados em outras regiões como São Paulo (31%); Guarapuava (12,9%); e Joinville (43,7%) (NARCHI *et al.*, 2009; BRECAILO *et al.*, 2010; NASCIMENTO *et al.*, 2010) e menor que os de Montes Claros, onde a prevalência de aleitamento materno foi de 71,3% entre as adolescentes e 77,4% entre as adultas (FROTA *et al.*, 2004). Esse índice foi próximo, porém, do resultado obtido na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde realizada em 2008, que foi de 50,1% (BRASIL, 2009).

Já a prevalência de aleitamento materno na faixa etária de 6 a 12 meses foi de 73%. Esse resultado foi próximo ao encontrado na pesquisa do Ministério da Saúde, no qual a prevalência foi de 70,5% para a faixa etária de 9 a 12 meses, superior à média nacional, de 58,7% (BRASIL, 2009).

Segundo a II Pesquisa de Prevalência Brasileira, a probabilidade de crianças de Campo Grande com 180 dias estar sendo amamentadas exclusivamente era de 12,1% enquanto que a probabilidade nacional era de aproximadamente 10% (BRASIL, 2009). Nesta pesquisa foi observado que, entre as crianças com faixa etária acima de 6 meses, apenas 14,4% praticaram o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.

Apesar das prevalências em Campo Grande serem melhores que a média brasileira, o percentual de crianças não amamentadas é de aproximadamente 27,0%; em outras palavras, apesar da significativa evolução em nove anos, os resultados ainda não atendem às diretrizes da OMS (WHO, 2001).

Com relação aos aspectos sociais, questões relativas à gestação, parto, experiência prévia com aleitamento materno e incentivo familiar ao uso de chupeta e oferta de água, não houve diferença significativa para a manutenção do aleitamento materno exclusivo para a faixa etária tanto de 0 a 6 meses quanto de 6 a 12 meses.

Esses dados, entretanto, diferem de outros autores que mostraram que as variáveis como alojamento conjunto, tipo de hospital, tipo de parto, idade materna, cor, nível educacional, o fato de se ter companheiro, experiência prévia com amamentação, alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo, orientação em grupo e auxílio para amamentar interferiram na manutenção do aleitamento

exclusivo (WEIDERPASS *et al.*,1998; FROTA *et al.*,2004; NARCHI *et al.*, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2010; BOCCOLINI *et al.*,2011).

É possível que não tenham ocorrido diferenças significativas neste estudo em virtude das características da saúde pública da cidade e condições econômicas, sociais e educacionais semelhantes entre as entrevistadas, ou seja, 79% moram com o pai da criança; 51% possuem o ensino médio; 52% possuem experiência prévia com a amamentação; 99% fizeram o pré-natal e 74% receberam orientações nesse momento; 71% têm idade gestacional acima de 37 semanas; 97,6% tiveram parto hospitalar (sendo 55,9% cesariana); 96% dos bebês nasceram com peso acima de 2,5 kg; 95% ficaram em alojamento conjunto; 81% permaneceram internadas por, no mínimo, 48 horas; 91% receberam auxílio hospitalar para amamentar durante a internação; 89% tiveram apoio familiar para amamentar; 56% não tiveram problemas na amamentação; 50% ganharam chupeta e mamadeira; e 76% receberam orientação de familiares para oferecer chá e água ao bebê.

Não foi observada diferença significativa entre o tipo de aleitamento e o mercado de trabalho para a faixa de 0 a 6 meses, porém nesta pesquisa não foi feita distinção do número de mães que estavam de licença maternidade. Na faixa etária de 6 a 12 meses foi verificada diferença significativa entre o tipo de aleitamento e o mercado de trabalho. Foi verificado que as mães que não estão no mercado de trabalho amamentam mais que aquelas que trabalham fora, isso porque mães que trabalham fora de casa possuem 3,92 vezes mais chances de não amamentarem exclusivamente seus filhos até o sexto mês (BRECAILO *et al.*, 2010).

Com relação ao uso de chupeta, foi observado que a prática é uma rotina da grande maioria dos bebês, pois 28% dos que estavam em aleitamento materno exclusivo tinham feito uso de chupeta e, das 415 crianças, 57% usavam ou já tinham usado chupeta. No trabalho de Victoria *et al.* (1997) foi verificado que para 85% dos bebês com 1 mês foi oferecida a chupeta para deixá-los mais calmos e segundo a mãe, o uso da chupeta não interferia na amamentação. Entretanto, bebês com chupeta amamentaram menos que os não usuários. Apesar de não admitirem, o uso da chupeta foi realizado para que os bebês parassem de mamar ou para aumentar o intervalo entre mamadas. Esse efeito negativo foi relatado por Mascarenhas *et al.* (2006) que demonstraram um aumento de 90% no risco do bebê não mamar exclusivamente quando usam a chupeta.

Líquidos como o chá e água são frequentemente oferecidos aos bebês nos primeiros dias após o nascimento. Nesta pesquisa foi observado que 20% das crianças em aleitamento exclusivo e 92,2% em não exclusivo já tinham tomado água e/ou chá. França *et al.* (2008) também registraram a ingestão de chá/água, sendo que, aos 7 dias, 14,7% usavam chá e 0,95%, água; e no trigésimo dia o índice era de 78% de chá e 9,4% de água. Mascarenhas *et al.* (2006) observaram que 13% tinham feito uso de chá sob a justificativa de propiciar alívio para a cólica dos bebês. Na Pesquisa de Prevalência foi observado que, em Campo Grande, dentre as crianças com até 30 dias, 10,4% estavam tomando água e 16,5%, chá. A média de consumo de água e chá na faixa etária até o sexto mês foi de 28% para água e 18% para chá (BRASIL,2009).

Quanto ao uso de chupeta, mamadeira, água, chá e o tipo de aleitamento, foi observada diferença significativa. Porém não foram abordadas as razões pelas quais a mãe decidiu oferecê-los, apesar do conhecimento de que a oferta de água e chá interferem negativamente na amamentação.

Em relação ao tipo de leite consumido (leite materno ou leite de vaca) na faixa etária de 0 a 6 meses, 77,6% recebiam somente leite materno, 16,6% estavam em aleitamento misto (leite materno e leite de vaca) e 5,8% consumiam somente leite de vaca. Dentre aqueles que introduziram outro tipo de leite (22,4%), a ocorrência maior foi principalmente no primeiro mês de vida (61,2%). Segundo a avaliação materna, a introdução de outro tipo de leite nessa faixa etária foi justificada pela sua produção insuficiente (45,5% dos casos), seguida da necessidade de trabalhar ou estudar (20,4%). Em outros estudos os percentuais de utilização de outros leites variaram de 4,3% a 20,4% e a introdução foi justificada pela fome do bebê (MASCARENHA *et al.*, 2006; FRANÇA *et al.* 2008). Na II Pesquisa de Prevalência, na faixa etária abaixo de 30 dias, o consumo de outros leites foi de 8,2%; e a média de consumo foi de 23,6% na faixa etária até o sexto mês entre as crianças campo-grandenses.

Das 174 crianças na faixa etária de 6 a 12 meses, 60,9% já estavam consumindo outro tipo de leite e essa introdução precoce foi justificada pela necessidade de alimentar o bebê quando as mães precisavam trabalhar ou estudar (31,1%), seguida do argumento de ter pouco leite (27,5%). Entretanto 23,6% da introdução foram realizadas até o primeiro mês e as justificativas para essa fase foram “pouco leite” (36%) e “problema nas mamas” (16%).

Em relação aos problemas de mama, 52,7% das mães com bebês de 0 a 6 meses tiveram problemas como fissuras (52,7%) e pega incorreta (22,3%), de acordo com a avaliação materna. Na faixa etária de 6 a 12 meses, 39% tiveram algum tipo de problema nos primeiros dez dias após o parto, sendo que a fissura foi relatada por 58,8%, seguida de pega incorreta (31%), segundo avaliação materna. Na amostra total, 43,4% das mães relataram problemas de mamas, sendo 55% por fissura. Apesar do elevado percentual de problemas para amamentar, esse fator não foi determinante para a interrupção da amamentação, mesmo Baptista *et al.* (2009) tendo registrado como um fator de risco para o desmame precoce.

Contrariando as diretrizes da OMS, 4,1% das crianças abaixo de 6 meses já se encontravam em processo de introdução de novos alimentos. No grupo de crianças com idade acima de 6 meses, essa introdução ocorreu antes do sexto mês em 53,4% e a partir de então em 46,6%. De acordo com a II Pesquisa de Prevalência, a introdução tem ocorrido principalmente no terceiro mês de vida (BRASIL,2009). Apesar do percentual não ser expressivo, é importante a manutenção da política pública de orientação de introdução da alimentação complementar a partir do sexto mês para garantir a essas crianças o acesso à proteção e nutrição ideal conferidas pelo leite materno exclusivo, essencial no primeiro semestre de vida.

A opinião das mães com relação à quantidade de leite produzido interferiu significativamente no aleitamento exclusivo e não exclusivo. A certeza da mãe de que produzia leite em quantidade suficiente fez com que ela amamentasse exclusivamente seu filho. A percepção da mãe está associada à saciedade da criança, verificada por meio do sono do bebê, choro, número de mamadas e tempo de cada mamada, pois lactantes que, por algum motivo, percebem a insatisfação do bebê têm 32 vezes mais chance de opinar que seu leite é ruim (MONTEIRO *et al.*, 2011). Esse resultado demonstra que a autoconfiança da mãe é um dos principais problemas a ser verificado, pois a mãe que não se sente capaz de amamentar dificilmente optará por manter o aleitamento materno exclusivo.

A autoconfiança materna também será decisiva para a utilização ou não da chupeta. Mães com baixa autoconfiança e com dificuldade para amamentar são mais susceptíveis ao uso da chupeta. E, ao contrário disso, mães confiantes são provavelmente pouco vulneráveis ao uso da chupeta e interferência externa (VICTORIA *et al.*1997).

Apesar dos avanços na promoção do aleitamento materno, as políticas públicas ainda precisam evoluir no que dizem respeito ao monitoramento e acolhimento das mães lactantes, principalmente no período de adaptação à amamentação. As ações de incentivo, promoção e proteção ao aleitamento materno devem ser permanentes, observando-se as particularidades no que dizem respeito à tendência evolutiva do estilo de vida das mulheres dentro de cada realidade cultural ou socioeconômica. Buscar meio para que as mães amamentem com prazer, sentindo-se seguras, confiantes e conscientes do seu papel de mãe, mulher e profissional, dentro do contexto da vida moderna, é um desafio a ser vencido. A introdução na infância e adolescência de que amamentar é natural e melhor para a criança; as orientações no pré-natal, parto e pós parto; orientação e preparo do acompanhante para auxiliar nesse processo; a amamentação precoce na sala de parto; a implantação de parto humanizado e iniciativa hospital amigo da criança em todos os hospitais; o acompanhamento domiciliar, acolhimento e auxílio após a alta hospitalar pelas Unidades Básicas de Saúde e bancos de leite humano podem auxiliar na manutenção dos índices de aleitamento materno dentro dos índices preconizados pela Organização Mundial de Saúde.

6 CONCLUSÕES

A prevalência de aleitamento materno exclusivo na faixa etária de 0 a 6 meses foi de 51,9%. Após o sexto mês, a prevalência de aleitamento materno foi de 73%.

A maioria dos partos foi hospitalar (97,6%), sendo 44,1% vaginal e 55,9% cesariana. O tempo de internação foi de, no mínimo, 48 horas para 81% dos casos; e 91% das mães referiram ter recebido auxílio hospitalar durante o período de internação.

Com relação à oferta de líquidos e alimentação complementar na faixa etária de 0 a 6 meses, 20% dos bebês que estavam em aleitamento materno exclusivo já tinham tomado água ou chá. Dentro dessa faixa etária, 22,4% estavam usando outro tipo de leite e 4,1% já se encontravam com alimentação complementar. Na faixa etária de 6 a 12 meses, 60,9% já estavam consumindo outro tipo de leite e 53,4% iniciaram a alimentação complementar antes do sexto mês.

Os problemas de mama foram relatados por 43,4% das mães, sendo que 55% foram referentes a fissura.

Os fatores que interferiram negativamente no aleitamento materno foram: uso de chupeta, oferta de líquidos, mercado de trabalho e falta de autoconfiança da mãe com relação à sua produção de leite em quantidade e qualidade necessária para suprir a demanda do bebê.

7 REFERÊNCIAS

- 01-Almeida JAG. *Amamentação um híbrido natureza–cultura*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120 p.
- 02-Andrew N, Harvey K. Infant feeding choices: experience, self-identity and lifestyle. *Maternal and child nutrition*. 2011;7,48-60.
- 03-Baptista GH, Andrade AHHKG, Giolo SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(3):596-604.
- 04-Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MC, Boccolini PMM. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. *J. Pediatr (Rio J)*. 2011;87(5):399-403.
- 05-_____, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):69-78.
- 06-Borges ALV, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2003; 11(3):287-92.
- 07-Brasil. Ministério da Saúde/INAN. Conselho Nacional de Saúde. Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes. Resolução CNS, de 20 de dezembro de 1988. Brasília: 1988.
- 08-_____. Presidência da República. Lei nº 8.213 que dispõe sobre a concessão do benefício de salário-maternidade pelo regime geral de previdência social – RGPS por 120 dias. 1991. Disponível em <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.HTM>. Acessado em 12 de outubro de 2011.

- 09-_____. Ministério da Saúde/INAN. Normas básicas para implantação do sistema de alojamento conjunto. Portaria MS/GM nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Brasília: 1993.
- 10-_____. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília; 2001.
- 11-_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos – Brasília: 2008. 160 p.
- 12-_____. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 13-Brecailo MK, Corso ACT, Almeida CCB, Schmitz BAS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. *Rev. Nutr.* 2010; 23(4):553-563, jul./ago.
- 14-Colodro-Conde L, Sánchez-Romera JF, Tornero-Gómez MJ, Pérez-Riquelme F, Polo-Tomás M, Ordoñana JR. Relationship Between Level of Education and Breastfeeding Duration Depends on Social Context: Breastfeeding Trends Over a 40-Year Period in Spain. *J Human Lact.* 2011;27(3) 272–8.
- 15-Coutinho SB, Lira PIC, Lima MC, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*, 2005;366:1094-100.
- 16- Cury MTF. Aleitamento materno. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA.(Org.). *Nutrição em obstetrícia e pediatria*. Rio de Janeiro: Cultura médica, 2002. p.287–314.
- 17-Dewwy KG. Is breastfeeding protective against child obesity? *J. Hum. Lact.* 2003; 19(1): 9-18.

- 18-Faleiros FTV, Trezza Ercília MC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.*, Campinas, 2006; 19(5):623-30.
- 19-França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LCE, Köhler CV, et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev. Saúde Pública*, 2008; 42 (4):607-14.
- 20-Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saúde Pública*, 2004;38(1):85-92.
- 21-Grantham-mcgregor SM, Back EH. Breast feeding in Kingston, Jamaica. *Archives of diseases in childhood*. 1970;45,404-09.
- 22-Grummer-Strawn LM, Mei Z. Does breastfeeding protect against pediatric overweight? analysis of longitudinal data from the centers for disease control and prevention pediatric nutrition surveillance system. *Pediatrics*. 2004;113(2):81–86.
- 23-Haughton J, Gregorio D, Pérez-Escamilla R. Factors associated with breastfeeding duration among connecticut special supplemental nutrition program for women, infants, and children (WIC) participants. *J Hum Lact*. 2010;26(3):266-273.
- 24-Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victoria CG. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses*. Geneva: World Health Organization, 2007.
- 25-Kanaaneh H. The relationship of bottle feeding to malnutrition and gastroenteritis in a pre-industrial setting. *Jnl. Trop. Ped. & Env. Ch. Hlth*. 1972;18,302-06.
- 26-Lima AP, Javorski M. Amamentação interrompida: vivência de mulheres-mães. *Rev enferm UFPE on line*. 2010;4(1):230-38.

- 27-Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(4):289-94.
- 28-Mercer AM, Teasley SL, Hopkinson J, McPherson DF, Simon SD, Hall RT. Evaluation of a Breastfeeding Assessment Score in a Diverse Population. *J Hum Lact*. 2010; 26(1):42-8.
- 29-Monteiro JCS, Gomes FA, Stefanello J, Nakano AMS. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Abr-Jun; 20(2): 359-67.
- 30-Muller M. O matador de bebês. 1981;Campinas: Cemicamp. (The Baby Killer).
- 31-Nascimento MBR, Reis MAM, Franco SC, Issler H, Ferraro AA, Grisi SJFE. Exclusive breastfeeding in southern Brazil: prevalence and associated factors. *Breastfeeding medicine*.2010;5(2):79-85.
- 32-Narchi NZ, Fernandes RAQ, Dias LA, Novais DH. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. *Rev. Esc Enferm USP*, 2009; 43 (1):87-94.
- 33-Newson J, Newson E. Breast feeding in decline. *BMJ*.1962 Dec;29:1744-45.
- 34-Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Oliveira MIC, Leal MC. Acolhimento e características maternas associados à oferta de líquidos a lactentes. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):677-85.
- 35-Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, 2010;26(12):2343-54.

- 36-Pisacane A, Continisio P, Palma O, Cataldo S, Michele F, Vairo U. Breastfeeding and risk for fever after immunization. *Pediatrics*. 2010;125:1448-52.
- 37-Shott, S. *Statistics for health professionals*. London: W.B. Saunders Company, 1990.
- 38-Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PRA. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em hospital amigo da criança. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(4):309-16.
- 39-Van Odijk J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, *et al*. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966–2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*. 2003; 58: 833–43.
- 40-Vanuchi MTO. Composição do leite humano. In: Castro LMCP, Araújo LDS. (Org.). *Aleitamento materno: manual prático*. 2. ed. Londrina: PML, 2006. p. 69-74.
- 41-Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev. Bras. Epidemiol*. 1998; 1(1): 40-9.
- 42-Venâncio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(4):317-24.
- 43-Victoria CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 1997; 99(3):445-453.
- 44-Victoria CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011.

32-46p. <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>. (acesso em 12 de outubro de 2011).

45-Weiderpass E, Barros FC, Victoria CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 1998;32 (3): 225-31.

46-World Health Organization.Unicef. Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. meeting “Breast-feeding in the 1990s: A global initiative”. Cosponsored by the United States agency for international development (AID) and the swedish international development authority (SIDA), held at the ospedale degli innocenti, Florence, Italy, on 30 July - 1 August, 1990.

47-_____. *Report of an expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding*. Geneva: World Health Organization; 2001.

48-_____.*Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes*. Washington, DC.,2003.

49-_____.*Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007.

50-Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P *et al*. Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding?*Birth* 2010; 37(4):275-9.

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1221 da Pesquisadora Elisabete Kamiya intitulado "Prevalência de aleitamento materno e os fatores associados ao desmame precoce", e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 07 de agosto de 2008, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Odair Pinheiro Martins

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 08 de agosto de 2008.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187

ANEXO B – Aprovação da SESAU

COMUNICAÇÃO INTERNA CIRC.GTEP-SESAU n.35/2008

DE: GT Educação Permanente

PARA: UBS TIRADENTES

ASSUNTO: autorização para pesquisa

Informamos a Vossa Senhoria, que foi autorizado pela SESAU a senhora: **Elisabete Kamiya**, servidora da Universidade Federal de Mato Grosso Sul - UFMS, a coletar dados para o projeto de pesquisa intitulado “**Fatores Associados ao Desmame Precoce**”, sob a orientação do professor Durval Batista Palhares.

Para execução da pesquisa serão realizadas entrevistas com mães que participam do programa de aleitamento materno desta Unidade de Saúde, sendo que as mesmas deverão concordar em participar da pesquisa **assinando o termo de consentimento livre e esclarecido**.



Diovaner César de Souza Ifran
GT Educação Permanente

DATA DE EXPEDIÇÃO	DATA DE RECEBIMENTO	ASSINATURA DE QUEM RECEBER
30/05/08	03/06/08	

ANEXO C – Aprovação da SESAU

COMUNICAÇÃO INTERNA CIRC.GTEP-SESAU n.35/2008

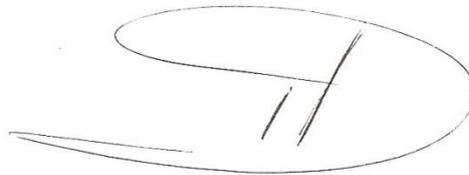
DE: GT Educação Permanente

PARA: UBS COOPHAVILA II

ASSUNTO: autorização para pesquisa

Informamos a Vossa Senhoria, que foi autorizado pela SESAU a senhora: **Elisabete Kamiya**, servidora da Universidade Federal de Mato Grosso Sul - UFMS, a coletar dados para o projeto de pesquisa intitulado “**Fatores Associados ao Desmame Precoce**”, sob a orientação do professor Durval Batista Palhares.

Para execução da pesquisa serão realizadas entrevistas com mães que participam do programa de aleitamento materno desta Unidade de Saúde, sendo que as mesmas deverão concordar em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.



Diovaner César de Souza Ifran
GT Educação Permanente

DATA DE EXPEDIÇÃO	DATA DE RECEBIMENTO	ASSINATURA DE QUEM RECEBER
30/05/08	03/06/08	MARCO S.

ANEXO D – Aprovação da SESAU

COMUNICAÇÃO INTERNA CIRC.GTEP-SESAU n.35/2008

DE: GT Educação Permanente

PARA: UBS AERO RANCHO

ASSUNTO: autorização para pesquisa

Informamos a Vossa Senhoria, que foi autorizado pela SESAU a senhora: **Elisabete Kamiya**, servidora da Universidade Federal de Mato Grosso Sul - UFMS, a coletar dados para o projeto de pesquisa intitulado “**Fatores Associados ao Desmame Precoce**”, sob a orientação do professor Durval Batista Palhares.

Para execução da pesquisa serão realizadas entrevistas com mães que participam do programa de aleitamento materno desta Unidade de Saúde, sendo que as mesmas deverão concordar em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.



Diovaner César de Souza Ifran
GT Educação Permanente

DATA DE EXPEDIÇÃO	DATA DE RECEBIMENTO	ASSINATURA DE QUEM RECEBER
30/05/08	3/6/08	Gmamiel

ANEXO E – Aprovação da SESAU

COMUNICAÇÃO INTERNA CIRC.GTEP-SESAU n.35/2008

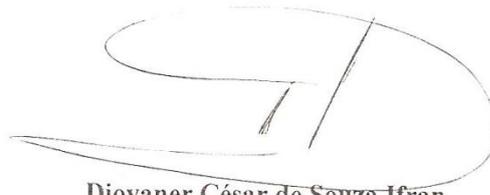
DE: GT Educação Permanente

PARA: UBS CORONEL ANTONINO

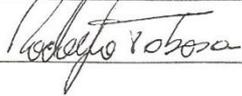
ASSUNTO: autorização para pesquisa

Informamos a Vossa Senhoria, que foi autorizado pela SESAU a senhora: **Elisabete Kamiya**, servidora da Universidade Federal de Mato Grosso Sul - UFMS, a coletar dados para o projeto de pesquisa intitulado “**Fatores Associados ao Desmame Precoce**”, sob a orientação do professor Durval Batista Palhares.

Para execução da pesquisa serão realizadas entrevistas com mães que participam do programa de aleitamento materno desta Unidade de Saúde, sendo que as mesmas deverão concordar em participar da pesquisa **assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.**



Diovaner César de Souza Ifran
GT Educação Permanente

DATA DE EXPEDIÇÃO	DATA DE RECEBIMENTO	ASSINATURA DE QUEM RECEBER
30/05/08	3-6-8	

ANEXO F – Aprovação da Faculdade de Medicina

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

**RESOLUÇÃO Nº 01, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2008**

A CONGREGAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA “DR HÉLIO MANDETTA” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, conforme Portaria nº 120 de 31 de março de 2006, e considerando a Resolução nº 45 de 2007, do CD do DEPE, resolve:

Opinar favoravelmente pela aprovação do Projeto de Pesquisa “Fatores Associados ao Desmame Precoce”, sob responsabilidade da Nutricionista **ELISABETE KAMIYA**, sob orientação do Prof. **DURVAL BATISTA PALHARES** (SIAPE 64325266), do Departamento de Pediatria.


DURVAL BATISTA PALHARES
Presidente

FACULDADE DE MEDICINA “DR. HÉLIO MANDETTA”
Cidade Universitária – 549 – Campo Grande – MS – CEP 79070-900
Fone: (0xx67) 3345-77721 – 6799827771

ANEXO G – Aprovação do Departamento de Pediatria



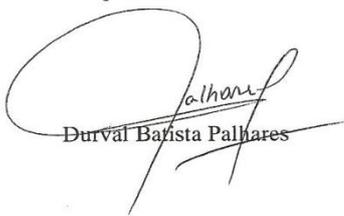
Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



RESOLUÇÃO Nº 45 DE 12 DE DEZEMBRO DE 2007

O CONSELHO DE DEPARTAMENTO DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA Dr. HÉLIO MANDETTA da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais, resolve:

Opinar favoravelmente quanto ao Projeto de Pesquisa intitulado: “Fatores Associados ao Desmame Precoce”, a ser desenvolvido pela Nutricionista ELISABETE KAMIYA, sob a orientação do Prof. Dr. Durval Batista Palhares.


Durval Batista Palhares

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido você mãe com criança de 0 a 12 meses a participar da pesquisa sobre os fatores que levam ao desmame precoce. Você responderá este questionário apenas uma única vez. Para esta pesquisa será necessário você dispor de apenas 10 a 15 minutos do seu tempo.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e você tem o direito de se recusar ou desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer prejuízo com relação ao atendimento que recebe na Unidade Básica de Saúde. Suas informações serão colhidas reservadamente, onde outras pessoas não ouvirão suas respostas, são confidenciais e sigilosas e não será revelado o seu nome e seus dados durante a coleta de dados e nas publicações.

Você poderá contribuir com os futuros programas de saúde relacionados à saúde das gestantes, das mães, das crianças e das adolescentes, respondendo às perguntas do questionário aplicado pelo pesquisador.

A pesquisa não oferece nenhum risco para você ou para seu bebê, não prevê indenização ou ressarcimento pela sua participação.

É importante que antes de aceitar, que você leia atentamente o termo e se houver dúvidas, estarei à disposição para esclarecimentos, através dos telefones: 3345 – 3027 e 3345 – 3028 (Hospital Universitário) ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/UFMS através do telefone: (67) 3345 - 7187.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo um do sujeito da pesquisa e o outro do pesquisador.

Eu,

Declaro estar de acordo de participar da pesquisa. Autorizo a utilização dos dados pela pesquisa e pela Instituição com objetivo de divulgar em meio científico.

Campo Grande – MS, ____/____/2009.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS MATERNOS

UBS: _____ Data: _____

01. Data de Nascimento do bebê: _____

02. Idade da mãe: _____

03. Profissão da mãe: _____

04. A mãe mora com:

(1) pai da criança

(3) avós da criança

(2) sozinha

(4) Outros: _____

05. Grau de instrução da mãe

(1) Não alfabetizada

(4) Nível Superior

(2) Nível Fundamental

(5) Pós - graduada

(3) Nível Médio

06. A mãe está inserida no mercado de trabalho

(1) Sim

(2) Não

07. Se a mãe está inserida no mercado de trabalho, qual tipo de empresa

(1) Pública

(4) Autônomo

(2) Mista

(5) Outros: _____

(3) Privada

08. Fez uso dos seus direitos amparados por lei com relação à proteção à amamentação? (120 dias de licença, 30 minutos por período até o sexto mês)

(1) Sim. Todos os direitos

(3) Não

(2) Sim, parcialmente

09. Se trabalha fora, existe um ambiente adequado para a retirada do leite materno para ser oferecido ao bebê posteriormente?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não precisa

10. Se trabalha fora, é possível levar o filho para o trabalho?

- (1) Não (2) Sim

11. Nível sócio econômico da família:

- (1) de 1 a 3 SM (3) de 6,1 a 9 SM
(2) de 3,1 a 6 SM (4) Acima de 9,1 SM

12. Quantas pessoas vivem no seu lar?

- (1) 1 a 2 pessoas (3) de 5 a 6 pessoas
(2) de 3 a 4 pessoas (4) Acima de 6 pessoas

13. Possui prótese de silicone no seio?

- (1) Sim (2) Não

14. Realizou cirurgia plástica de redução de mama?

- (1) Sim (2) Não

15. Possui filhos anteriores ao atual

- (1) Não (2) Sim. Quantos? _____

16. Se possui filhos anteriores, estes foram amamentados?

- (1) Sim. (2) Não

17. Você foi amamentada ao seio?

- (1) Sim (2) Não

18. Esta gestação foi planejada?

- (1) Sim (2) Não

19. Realizou pré-natal?

- (1) Não (2) Sim. Quantas consultas? _____

20. Se fez o pré-natal, recebeu orientações sobre aleitamento materno?

- (1) Sim (2) Não

21. Sabe a idade gestacional?

- (1) Não (2) Sim. Quantas semanas? _____

22. Onde você teve o bebê?

- (1) Em casa (3) Hospital público
(2) Em trânsito para o hospital (4) Hospital particular

23. Se o parto foi no hospital, qual tipo de parto?

- (1) Normal (2) Cesárea (3) Fórceps

24. O Peso do bebê ao nascer

- (1) Abaixo 999 g (4) De 2500 a 2999 g
(2) De 1000 a 1499 g (5) De 3000 a 3999 g
(3) De 1500 a 2499 g (6) De 4000 g ou mais

25. Seu bebê foi colocado ao seio na sala de parto?

- (1) Sim (2) Não. Motivo: _____

26. Seu bebê ficou junto com você no hospital (alojamento conjunto)?

- (1) Sim (2) Não

27. Se o parto foi no hospital, quanto tempo ficou internada?

- (1) 24 horas (2) 48 horas (3) acima de 48 h

28. Recebeu orientações e auxílio para amamentar da equipe do hospital durante a internação?

- (1) Sim (2) Não

29. Recebeu apoio da família e amigos na amamentação?

- (1) Sim. Quem? _____ (2) Não

30. Houve problemas com relação à amamentação nos primeiros dez dias pós parto?

- (1) Não (2) Sim. Qual: _____

31. Qual a alimentação do bebê atualmente?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| (1) LME | (6) LM+água+fruta+suco+Al. Salgado |
| (2) LM + água | (7) LM + LV |
| (3) LM + chá | (8) LM + LV + fruta+suco+Al. Salgado |
| (4) LM + água + chá | (9) LV + fruta + suco + Al. Salgado |
| (5) LM + água + fruta + suco | (10) LM + LV +Fruta |

32. Se não amamenta ou se já introduziu outro leite, qual o motivo?

- | | |
|----------------------|---|
| (1) Leite secou | (7) Nova gestação |
| (2) Leite fraco | (8) Mãe julga ser necessário complementar |
| (3) Pouco leite | (9) Não gosta de amamentar |
| (4) Largou o peito | (10) Problemas nas mamas _____ |
| (5) Trabalho/estudo | (11) Patologia do bebê _____ |
| (6) Uso de medicação | (12) Patologia materna |

33. Se não amamenta ou se já introduziu outro leite, quando ocorreu a introdução de outro tipo de leite?

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| (1) Desde o nascimento | (6) Terceiro mês |
| (2) Na primeira semana | (7) Quarto mês |
| (3) Quinze dias pós parto | (8) Quinto mês |
| (4) Primeiro mês | (9) Sexto mês |
| (5) Segundo mês | (10) Após sexto mês |

34. Se não amamenta ou se já introduziu outro leite, qual leite está utilizando?

- | | |
|--|------------------------------------|
| (1) Fórmula infantil industrializada própria para idade | (3) Leite de vaca int.past./Ester. |
| (2) Fórmula infantil industrializada não apropriada para idade | (4) Leite de vaca integral em pó |
| | (5) _____ |

35. Se não amamenta, quando parou de amamentar?

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| (1) Desde o nascimento | (6) Terceiro mês |
| (2) Na primeira semana | (7) Quarto mês |
| (3) Quinze dias pós parto | (8) Quinto mês |
| (4) Primeiro mês | (9) Sexto mês |
| (5) Segundo mês | (10) Após sexto mês |

36. Qual a sua opinião sobre a qualidade do seu leite?
(1) Forte (2) Normal (3) Fraco
37. Qual a sua opinião sobre a quantidade do seu leite?
(1) Excesso (2) Normal (3) Pouco
38. Opinião da família sobre amamentação
(1) É ótimo para o bebê (3) É bom, mas precisa complementar
(2) Normal (4) Deve ser substituído por outro alimento
39. Ganhou mamadeira e chupeta de presente de amigos ou parentes, antes ou logo após o parto?
(1) Sim (2) Não
40. Fez ou faz uso de chupeta ou mamadeira?
(1) Não (2) Sim. Qual: _____
41. Recebeu orientações sobre a necessidade de introduzir água ou chá de amigos, parentes antes do sexto mês?
(1) Sim. Quem? _____ (2) Não
42. Fez ou faz uso de água, chás ou outro alimento antes do sexto mês?
(1) Não (2) Sim. Qual: _____
43. Fez uso de fármacos (medicamentos) para aumentar o leite?
(1) Não (2) Sim. Qual: _____
44. Se já ocorreu a introdução de novos alimentos, quando ocorreu?
(1) Primeiro mês de vida (4) Quarto mês de vida
(2) Segundo mês de vida (5) Quinto mês de vida
(3) Terceiro mês de vida (6) sexto mês de vida
(7) após o sexto mês de vida