

Lívia Guimarães Zina

Práticas e determinantes do aleitamento materno em crianças com até 12 meses de vida em uma Unidade Básica de Saúde de Araçatuba (SP)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de MESTRE.

Orientadora: Prof^a Titular Nemre Adas Saliba

Araçatuba

2005



O século é fruto dos dias.
O rio nasce da fonte oculta.
A árvore procede do embrião.
A linha é uma sucessão de pontos minúsculos.

A jornada de cem léguas origina de um passo.
O discurso mais nobre principia numa palavra.
O livro inicia-se com uma letra.
A mais bela sinfonia começa numa nota.
A seda mais delicada é uma congregação de fios.
De bagatelas é constituída a hora do homem.

(...)

André Luiz
Francisco Cândido Xavier

Dados curriculares



NASCIMENTO: 17.01.1981 – Araçatuba/SP

FILIAÇÃO: Amir Zina
Magaly Guimarães Zina

2000/2003 Curso de Graduação – Faculdade de
Odontologia de Araçatuba – UNESP

2004/2005 Curso de Pós-Graduação em Odontolo-
gia Preventiva e Social, nível de Mestrado,
na Faculdade de Odontologia de Araça-
tuba - UNESP

A decorative horizontal bar spanning the width of the page. It features a central rectangular area with a soft, abstract, multi-colored pattern in shades of pink, purple, and yellow. This central area is flanked by two solid, light pink rectangular blocks of equal width.

Dedicatória

**"A mais importante de todas as obras
é o exemplo da própria vida"**

Helena Blavatsky

Dedicatória



Aos meus pais. Meus queridos. Meu sol e minha terra. Que me envolvem com sabedoria e amor. O que posso dizer? Essa conquista é nossa. Obrigada por me ajudarem nas decisões mais importantes da minha vida. Vocês me fizeram chegar aonde estou hoje. E o meu hoje não teria razão de ser sem vocês.

Às minhas irmãs, Ana Lúcia e Vanessa, partes fundamentais da minha vida.



Agradecimentos especiais

**"Não há uma polegada do meu caminho
que não passe pelo caminho do outro"**

Simone de Beauvoir

Agradecimentos especiais



A Deus, pela oportunidade inestimável de aprendizagem e evolução neste plano terreno. Pela generosidade em me fazer reencarnar numa família tão especial.

Ao Omar Zina. Como eu te adoro! Meu caminho tem seus passos. Obrigada por me dar as mãos.

Ao meu querido vô Zé (in memorian), exemplo de vida. Todo o meu amor. Sua presença espiritual é bálsamo para a saudade que sentimos.

Às minhas avós Maria Lázara e Eudália, e meu avô Chaibe (in memorian). Pela dedicação a esta neta que ama tanto vocês.

À minha família em Lucélia, Cuiabá, Araçatuba, Guararapes e Londrina. Uma família pequena, mas de um valor incalculável.

À minha orientadora, Dra. Nemre Adas Saliba, pelo acolhimento fraterno. Obrigada pela oportunidade de convívio e pelo exemplo de profissionalismo e coragem.

Ao amigo e anjo da guarda. Meu mestre, Wilson Roberto Poi. Obrigada por me guiar durante todos esses anos, pelos conselhos nos momentos mais importantes. Por me fazer enxergar o que deve ser visto. Com sabedoria.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social. Às professoras Suzely e Cléa, por terem me recebido quando ainda eu era uma aluna da graduação. Vocês acreditaram no meu trabalho e me proporcionaram os meios para eu vencer essa etapa.

Aos professores Renato, Artênio e Eliel, pelo sorriso sincero e convívio saudável.

Ao professor Orlando, que com (muita) paciência me auxiliou na análise estatística desse trabalho. O senhor é um exemplo de viver com sabedoria para todos nós.

À professora Maria Lúcia, que nos ajudou com tanta presteza a decidir sobre o cálculo da nossa amostra.

Aos funcionários Valderez, Neusa e Nilton. Sem vocês, nosso curso teria menos brilho. Obrigada, Neusa, por estar sempre disposta, e me atender mesmo naqueles dias em que a secretaria parece ter vida própria. Obrigada, Val, pelas horas de conversa e companhia na Clínica de Gestante. E ah! Niltinho, obrigada, meu amigo, pelo carinho. Você tem alegria no coração!

Aos professores da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, que contribuíram

para minha formação, como profissional e ser humano.

À Patrícia e Taila, que com disposição me auxiliaram durante a coleta dos dados, e Keila, nossa fotógrafa oficial.

À Iraci, que cuidou de todas nós nestes últimos quatro anos. Obrigada pela amizade, pela comida deliciosa, pelas horas de conversa agradável. Se eu pudesse escolher, levaria a senhora junto comigo...

Às funcionárias da Pós-Graduação, Marina e Valéria, que sempre nos atenderam e nos compreenderam com muita boa vontade.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP: Helena, Ana Cláudia, Izabel, Izamar, Cláudio, Ivone, Luzia, Marina, Maria Cláudia e Alexandra, por es-

tarem sempre tão dispostos a nos ajudarem e pela gentileza com que nos atendem.

A Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior), pelo apoio financeiro que viabilizou a realização desse trabalho.



Agradecimentos

"Quanto mais se conhece, mais se aprecia"

Leonardo da Vinci

Agradecimentos



Meus amigos

Meus amigos são o meu maior tesouro. Cada um, a seu modo, transformou o meu mundo.

Meu modo de agir, de pensar, de sentir. A vida é mesmo essa constante interação.

Vivemos à base de trocas. Trocas de amor, carinho, cumplicidade, compaixão.

Meu mundo são meus amigos.

Não posso agradecê-los individualmente.

Seria exaustivo ao primeiro leitor desconhecido que lesse essas páginas. Deixo aqui minha reverência a todos vocês.

Muito obrigada por me escolherem para fazer parte de suas vidas.

Os amigos de Lucélia: Janaína, Breno, Samanta, Aline, Fúlvia, Carla, Evandro, Beto, Cristiano, Luís, Dudu, Ronaldo. Amigos da graduação: Solange, Rossana, Tatiana, Ione, Eliana, Ricardo Kusuda, Bianca, Marcele, Marília. Amigos da "república": Thaís, Kiko, Melaine, Márcia. Amigos de Araçatuba: Renato, João Eduardo, Isabel Poi, Cris Florentino, D. Cynira, Rosana. Amigas de outras vidas: Luzia, Nice. Amigos da pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social: Alessandra, Patrícia, Nelly, Keila, Wanilda, Cláudio, Bruno, Ana Paula, Daniela, Karina, Ricardo Lelis, Ana Valéria, Jeidson, Lurdinha, Joildo, Natanael, Alessandro, Andréia, César, Ronald, Eduardo, Adriana, Renata, Nino, Gian, Fabíola. Amigos dos outros programas de pós-

*graduação: Thaís Silveira, Letícia, Aline. Os
novos amigos: Livia Gimenes.*

Aqueles cujos nomes não estão aqui: mil
desculpas. Seria impossível citar a to-
dos... este papel não comportaria. Já meu
coração...está sorrindo para vocês.



Epígrafe

**"Sabedoria é vencer-se a si mesmo;
ignorância é ser vencido por si mesmo"**

Sócrates

Epígrafe

AMA! Sugo de ti meu sustento
Em momento sublime.
Protegido em teu seio santo
Manto vital.
Feito Momo em carnaval
Reino absoluto.

MENTA! Qual bala refrescante
Após o desembulhar do papel
Coloco meu mento em movimento.

AÇÃO! Saciado, parto refeito.
Em disparada vou, qual moto
Na estrada, na vida, moço ou moça feita
Sua cria. Cetro em punho
Meta. Com alegria proclamo à nação:

MÃE: “Ã”ME a sua!

Wanilda Maria Meira Costa Borghi

Resumo



Zina LG. Práticas e determinantes do aleitamento materno em crianças com até 12 meses de vida em uma Unidade Básica de Saúde de Araçatuba (SP) [Dissertação]. Araçatuba: UNESP - Universidade Estadual Paulista; 2005.

A lactação é uma das maneiras mais eficientes de atender aos aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e ao desenvolvimento de uma criança no seu primeiro ano de vida. O amamentar envolve as emoções da mulher que vive um processo interativo com o seu filho, revelando consonâncias e colisões dessa atividade com os seus objetivos de vida, necessidades pessoais, sociais, profissionais e econômicas, baseadas nas representações construídas ao longo de sua vida na comunidade. Foi objetivo deste trabalho avaliar as práticas e os fatores determinantes associados ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade em uma Unidade Básica de Saúde em Araçatuba (SP). Neste estudo, transversal descritivo, foram entrevistadas 100 mães de crianças com até 12 meses de idade durante a Campanha Nacional de Vacinação. A frequência do aleitamento foi estimada por meio da análise de sobrevivência e realizadas análises estatísticas (teste qui-quadrado) para verificação da associação entre aleitamento e

variáveis independentes. Através de uma abordagem qualitativa, foram analisados os motivos e aspectos que envolvem a decisão das mulheres em optarem pelo aleitamento, sendo descritas as falhas das nutrizes através da técnica de Análise de Conteúdo, modalidade categorial. Das crianças, 75% estavam sendo amamentadas. A prevalência do aleitamento exclusivo e total, ao final de 6 e 12 meses, foi de 22,2% e 65%, respectivamente. As variáveis associadas ao desmame foram o uso de mamadeira ($\chi^2=35,843$; $p<0,0001$, para o aleitamento exclusivo até 6 meses; $\chi^2=9,537$; $p=0,002$, para o aleitamento materno até 12 meses) e chupeta ($\chi^2=14,667$; $p=0,0001$). A ausência de hábitos de sucção ($\chi^2=12,943$; $p=0,0003$) foi considerada um fator protetor da amamentação. Sobre a decisão de amamentar seus filhos, as mães justificaram que o leite materno é o alimento mais importante para a criança, além de oferecer proteção imunológica à saúde e estar relacionado com a transmissão de afeto e amor. O trabalho materno pareceu ser um empecilho para a prática da amamentação. Dentre os motivos alegados para o desmame, estiveram presentes a figura do leite fraco e a falta de leite. Conclui-se que a prevalência da amamentação neste estudo foi satisfatória, porém foram baixas as taxas de aleitamento materno exclusivo, e como fatores determinantes destacaram-se o uso de mamadeiras e chupetas associado ao desmame e o papel do trabalho materno como complicador da amamentação. São necessárias medidas conjuntas dos serviços de saúde, órgãos governamentais e sociedade para que a promoção do aleitamento materno seja efetiva. É através da assistência à saúde materno-infantil, realizada de maneira integral, que se estará contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das comunidades.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno. Desmame. Má oclusão. Bem-estar da criança. Fatores de risco. Pesquisa qualitativa.

Abstract



Zina LG. Practices and determinants of breastfeeding among infant up to 12 months of age in a public health center of Araçatuba, Brazil [Dissertation]. Araçatuba: UNESP – São Paulo State University; 2005.

The lactation is one of the most efficient ways of assisting the nutritional, immunological and psychological aspects and of attending the child's development in his first year of life. The breastfeeding involves the woman's emotions that lives an interactive process with her son, revealing consonances and collisions of that activity with her life objectives, personal, social, professionals and economical needs, based on the representations built along her life in the community. The aim of this study was to evaluate the practices and determinants factors associated to breastfeeding among infant up to 12 months of age in a public health center in Araçatuba, Brazil. In this cross-sectional study, 100 mothers of children up to 12 months of age were interviewed during the National Immunization Campaign. The frequency of breastfeeding was estimated through the survival analysis and it was accomplished statistical analyses (chi-square test) for assessment the association between breastfeeding and in-

dependent variables. Through a qualitative approach, it was analyzed the reasons and aspects that involve the decision-making process that leads women to breastfed their babies, being described the wet nurses speeches based on the categorical modality of content analysis. Of the children surveyed, 75% were breastfed. The prevalence of exclusive and total breastfeeding, at the end of 6 and 12 months, was 22.2% and 65%, respectively. The variables associated to weaning were the use of bottle ($\chi^2=35.843$; $p<0.0001$, for exclusive breastfeeding up to 6 months; $\chi^2=9.537$; $p=0.002$, for breastfeeding up to 12 months) and of pacifier ($\chi^2=14.667$; $p=0.0001$). The absence of sucking habits ($\chi^2=12.943$; $p=0.0003$) was considered as a breastfeeding protecting factor. About the breastfeeding decision, the mothers justified that human milk is the most important nourishment for the infant, besides to offer immunological protection and to be related with the transmission of affection and love. The maternal work seemed to be a difficulty for the practice of breastfeeding. The reasons mentioned for weaning were having weak or little milk. The findings show that the prevalence of breastfeeding was satisfactory, however the exclusive breastfeeding rates were low, and the use of bottle and pacifiers were positively associated with weaning as well as the maternal work was consider a problem to breastfeed. They are necessary united measures among health services, government and society so that the promotion of breastfeeding will be effective. It is through the attendance to the mother-child health, accomplished in an integral way, that it will be contributing to the improvement of the quality of life of communities.

KEYWORDS: Breast feeding. Weaning. Malocclusion. Child welfare.
Risk factors. Qualitative research.

Lista de Figuras



Capítulo 2

- Figura 1 Comparação entre as curvas de duração da a- 67
 mamentação total e exclusiva em crianças com
 até 12 meses de idade. Araçatuba, 2005.
- Figura 2 Alimentos consumidos na rotina de 1 dia por cri- 68
 anças com até 6 e 12 meses de idade. Araçatuba,
 2005.
- Figura 3 Hábitos de sucção não nutritivos de crianças com 69
 até 12 meses de idade relatados por suas mães.
 Araçatuba, 2005.

Lista de Quadros



Capítulo 1

Quadro 1	Prevalência do aleitamento materno (AM) e aleitamento materno exclusivo (AME) em municípios brasileiros.	44
----------	--	----

Capítulo 2

Quadro 1	Critérios para classificação do aleitamento materno.	63
----------	--	----

Lista de Tabelas



Capítulo 2

- Tabela 1 Características das mães incluídas no estudo 65
(N=100). Araçatuba, 2005.
- Tabela 2 Características das crianças incluídas no estudo 66
(N=100) e da assistência ao parto. Araçatuba,
2005.

Lista de Abreviaturas



OMS	Organização Mundial da Saúde
WHO	World Health Organization
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
MS	Ministério da Saúde do Brasil
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho - Brasil
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
AME	Aleitamento materno exclusivo
AMP	Aleitamento materno predominante
AMC	Aleitamento materno complementar
AA	Aleitamento artificial

Sumário

1. INTRODUÇÃO GERAL	27
2. CAPÍTULO 1 <i>Um olhar sobre a amamentação</i>	31
2.1 Resumo	32
2.2 Abstract	34
2.3 Introdução	35
2.4 Características e vantagens do leite materno	35
2.5 Amamentação e prevenção da má oclusão	37
2.6 Recomendação oficial	39
2.7 Prevalência da amamentação	40
2.8 O desmame precoce	45
2.9 Amamentação e trabalho materno	46
2.10 Promoção do aleitamento materno	47
2.11 Considerações finais	48
2.12 Referências	49

3. CAPÍTULO 2	55
<i>Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, SP</i>	
3.1	56
3.2	58
3.3	59
3.4	61
3.5	64
3.6	70
3.7	75
4. CAPÍTULO 3	79
<i>O ser e o fazer na amamentação: uma abordagem construtiva</i>	
4.1	80
4.2	81
4.3	82
4.4	83
4.5	84
4.6	88
4.7	98
Anexos	101



Introdução geral

**“Um dos célebres deveres da Universidade
é implantar suas práticas profissionais
no seio do povo”**

Ernesto Che Guevara

1 Introdução geral



A garantia da saúde materno-infantil é uma das metas para o milênio. Apesar dos avanços tecnológicos obtidos nas últimas décadas e de um maior acesso das pessoas aos serviços de saúde, esse segmento da população ainda está carente de atenção, mesmo com os esforços tradicionalmente empregados no setor. Nos países em desenvolvimento, as gestações e os nascimentos ainda são algumas das principais causas de mortalidade em mulheres com idade reprodutiva, verificando-se que a cada 12 crianças nascidas, uma não consegue alcançar seu quinto aniversário. Neste ano, a Organização Mundial da Saúde lançou o slogan “*Make every mother and child count*” (no Brasil, o slogan foi traduzido pela OPAS como “Mães e crianças saudáveis: Tenho direito à saúde e minha mãe também”) como tema do Dia Mundial da Saúde, em 7 de abril, chamando a atenção de governos e organizações para um fator negligenciado na saúde das comunidades que resulta na mortalidade de mães e filhos. Há de se destacar que mulheres e crianças saudáveis representam a base sólida de nações prósperas.

Entre as estratégias de promoção da saúde materno-infantil destaca-se o incentivo ao aleitamento materno. A Organização Mundial da Saúde vem elaborando propostas para serem implementadas nos diferentes continentes e, juntamente com o Ministério da Saúde do Brasil, recomendam a prática do aleitamento materno exclusivo por seis meses e a manutenção do aleitamento materno acrescido de alimentos complementares até os dois anos de vida ou mais.

O leite humano é o alimento mais completo para a criança. Atua como agente protetor, devido à sua capacidade imunizadora; oferece os nutrientes necessários para o desenvolvimento físico e cognitivo da criança, inclusive no que tange ao equilíbrio do aparelho estomatognático; acalenta o bebê no aspecto emocional; tem a vantagem técnica de ser operacionalmente simples; sem ônus financeiro; protege a mulher contra câncer mamário e ovariano; auxilia na involução uterina e retarda a volta da fertilidade.

O sucesso na promoção do aleitamento materno pode ser assegurado pelo engajamento dos serviços de saúde comprometidos com o atendimento à gestante e lactante. No entanto, ao longo dos anos, poucos resultados efetivamente positivos têm sido alcançados quanto à prevenção do desmame precoce. Para que as metas da Organização Mundial da Saúde sejam alcançadas, é necessária uma mudança de enfoque, que transcenda o discurso filosófico e alcance um grau satisfatório de aplicabilidade prática e real. Para que isso aconteça, a mulher precisa ser entendida como um ser psicossocial envolvido em um contexto dinâmico e complexo, exercendo seus diferentes papéis ao longo de sua vivência: o de mulher, mãe, trabalhadora, amante e esposa. O ato de amamentar, portanto, não depende exclusivamente de um manejo correto da criança ao seio materno, mas, principalmente de condições adequadas para a sua prática. Tais condições devem ser priorizadas.

A ação básica de saúde requer estratégias voltadas à tomada de consciência quanto à importância do aleitamento materno. Em países em desenvolvimento como o nosso, onde a desnutrição infantil é um problema de saúde pública, e a falta de

condições mínimas de sobrevivência ainda é um obstáculo a ser superado por milhões de habitantes, o incentivo para o aleitamento materno se mostra como uma medida eficaz de promoção de saúde.

O sucesso do aleitamento materno depende de ações multidisciplinares. Superando a visão romântica da amamentação, o profissional de saúde é o elemento de transformação, que corrobora as ações com orientações seguras, incentivos, gestos de carinho e compreensão. Acima de tudo, é um agente da comunidade, e como tal, deve compreender os mecanismos sociais e contextuais das lactantes atendidas.

Diante do exposto, este estudo foi realizado com o objetivo de verificar a prevalência do aleitamento materno e compreender os fatores determinantes envolvidos no desmame precoce. Buscou também avaliar o conhecimento das mães sobre a relação da saúde bucal com a amamentação, e o papel do cirurgião-dentista nesse contexto. Com isso, esperamos poder contribuir para a discussão dos mecanismos necessários para otimizar o aleitamento materno em nosso país.

Os dados foram coletados no ano de 2005, durante a primeira fase da Campanha Nacional de Vacinação contra a Paralisia Infantil, no município de Araçatuba, Estado de São Paulo. Foram entrevistadas 100 mães de crianças com até 12 meses de idade que compareceram em uma Unidade Básica de Saúde pertencente à rede pública do município.

Este trabalho foi dividido em três capítulos, abordando inicialmente os aspectos relevantes sobre o aleitamento, por meio de uma revisão da literatura especializada. A seguir, são apresentados os dados demográficos de nossa população de estudo e os resul-

tados obtidos quanto à prevalência da amamentação. Por fim, através de uma metodologia qualitativa, são analisadas as falas das mães relativas à experiência de aleitamento.



Capítulo 1

"(...) Dize-me bem baixinho assim: -
Filho, não temas
Dorme em sossego, que tua mãe não dorme.

(...)Dorme, meu filho, dorme no meu peito
Sonha a felicidade. Velo eu."

Vinícius de Moraes

2 Capítulo 1



UM OLHAR SOBRE A AMAMENTAÇÃO¹

A look to breastfeeding

2.1 RESUMO

Objetivo: O objetivo deste artigo é revisar os principais aspectos que envolvem o aleitamento materno, enfatizando as variáveis ligadas a sua prática e os mecanismos de implementação da amamentação.

Fontes dos dados: A pesquisa foi realizada em artigos científicos, livros, monografias, dissertações, teses, e trabalhos extraídos da Internet, consultando-se as bases de dados digitais BIREME – BBO/LILACS/DeCS/SCIELO e MEDLINE, no período entre janeiro/1970 a outubro/2005, além dos acervos bibliográficos das universidades de ensino da saúde. Os unitermos utilizados foram aleitamento materno, bem-estar da criança, saúde da mulher, nutrição da criança e má oclusão. Foram incluídos estudos descritivos e longitudinais, sendo descritas as principais pesquisas desenvolvidas neste campo, ressaltando os estudos clássicos e de destaque na atualidade.

Síntese dos dados: O artigo foi estruturado em 7 categorias temáticas apresentadas de forma descritiva, abordando as característi-

¹ Trabalho a ser enviado e apresentado de acordo com as normas de publicação do periódico JORNAL DE PEDIATRIA (ISSN 0021-7557) (Anexo A)

cas e vantagens do aleitamento, a relação com o desenvolvimento do sistema estomatognático, as recomendações oficiais, prevalência, fatores relacionados ao desmame, o trabalho materno e a promoção da amamentação.

Conclusões: Apesar das vantagens oferecidas pelo aleitamento materno, o desmame vem ocorrendo mais precocemente, constituindo-se uma etapa crítica que pode conduzir à má nutrição e enfermidades. O processo formador do profissional de saúde é a ferramenta de transformação. O sucesso na promoção do aleitamento materno pode ser assegurado pelo engajamento dos serviços de saúde comprometidos com o atendimento integral à gestante e lactante.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno, bem-estar da criança, saúde da mulher, nutrição da criança, má oclusão.

2.2 ABSTRACT

Objectives: To review the principal aspects that involve the breastfeeding, emphasizing the linked variables to its practice and the mechanisms of breastfeeding implementation.

Source of data: The research was accomplished in scientific articles, books, monographs, dissertations, theses, and studies from Internet, being consulted the digital databases BIREME – BBO/LILACS/DeCS/SCIELO and MEDLINE, in the period between January/1970 to October/2005, besides the bibliographical collections of health schools. The uniterms were breastfeeding, child welfare, women's health, infant nutrition, malocclusion. Descriptive and longitudinal studies were included, being described the major researches developed in this field, pointing out the classic and the most important at the present time.

Summary of the findings: The articles was structured in 7 thematic categories showed in a descriptive way, approaching the characteristics and advantages of breastfeeding, he relationship with the development of the stomatognathic system, the official recommendation, prevalence, factors related to weaning, the maternal work and the promotion of breastfeeding.

Conclusions: In spite of the advantages offered by breastfeeding, the weaning has been happened earlier, constituting a critical stage that can lead to the malnutrition and illnesses. The formation process of health professionals is the transformation tool. The success in the promotion of breastfeeding can be insured for the engagement of health services committed with the comprehensive care of the pregnant woman and wet nurse.

KEY WORDS: Breast feeding, child welfare, women's health, infant nutrition, malocclusion.

2.3 INTRODUÇÃO

O ser humano pertence à Classe *Mammalia*, cuja principal característica é a total dependência alimentar que os recém-nascidos têm de suas mães. Nesse sentido, o aleitamento materno é sinônimo de sobrevivência e, portanto, um direito inato¹.

A amamentação é a melhor maneira de proporcionar o alimento ideal para o crescimento saudável e o desenvolvimento dos recém-nascidos, além de ser parte integral do processo reprodutivo, com importantes implicações para a saúde materna²⁻⁷.

Anualmente, a desnutrição tem sido responsável, direta ou indiretamente, por 60% das mortes de 10,9 milhões de crianças menores de cinco anos². Mais de dois terços destas mortes, as quais são freqüentemente associadas a práticas inadequadas de alimentação, acontece durante o primeiro ano de vida. O percentual de crianças amamentadas naturalmente é muito baixo em um grande número de países ricos e pobres. As crianças mal nutridas que sobrevivem, adoecem com mais freqüência e sofrem, ao longo de suas vidas, as conseqüências do subdesenvolvimento. A crescente alta na incidência da obesidade infantil também tem se tornado uma questão preocupante. Como a alimentação insuficiente é uma das principais ameaças ao desenvolvimento social e econômico das nações, a promoção do aleitamento materno está dentre as principais metas a serem alcançadas, buscando superar as barreiras que impedem a sua prática.

O objetivo deste estudo foi analisar a amamentação e a multiplicidade dos aspectos envolvidos neste processo, por meio da análise crítica da literatura disponível sobre o assunto.

2.4 CARACTERÍSTICAS E VANTAGENS DO LEITE HUMANO Após o parto, nas 24 a 48 horas seguintes, ocorre a apojadura ou descida do leite. Toda mulher está fisiologicamente preparada para amamentar. Tanto a produção quanto a ejeção do leite materno estão sujeitas a reflexos nervosos. A sucção do bebê estimula o mamilo a gerar impulsos que, ao atingirem a porção anterior da hipófise, fazem com que a glândula libere, na corrente sangüínea, a prolactina. Este hormônio ao alcançar os alvéolos mamilares, estimula as células secretoras a produzirem o leite. Ao mesmo tempo, durante a sucção, outro hormônio é estimulado, a ocitocina. Liberado da parte posterior da hipófise, entra na corrente sangüínea e atinge os alvéolos, provocando a contração de suas células mioepiteliais, que promovem a expulsão do leite acumulado no lúmen, para o sistema de canais até chegar nos depósitos de leite sob a aréola³. A ausência do estímulo da sucção pode levar à interrupção da produção de leite.

As vantagens bioquímicas e digestivas do leite materno são inquestionáveis. As proteínas presentes no leite humano facilitam e encurtam o período de digestão; as gorduras, representadas especialmente por ácidos gordurosos não saturados, são participantes da síntese dos lípides no processo de mielinização, e determinam o melhor e mais complexo desenvolvimento cognitivo e do sistema nervoso humano^{4,5}.

A presença no colostro e no leite materno de células linfóides vivas e funcionais, com capacidade imunológica na produção de anticorpos e mediação da imunidade celular, e também a presença de macrófagos com propriedade fagocitária⁶, são responsáveis pela capacidade protetora do leite, além de diminuir o risco

de reações alérgicas. Crianças aleitadas ao seio materno adoececem menos freqüentemente, em relação a doenças crônicas e infecciosas^{1,3,4,7}. Pela sua capacidade protetora contra as doenças, o aleitamento materno é capaz de reduzir a morbidade e mortalidade no grupo de crianças amamentadas. Duas das principais causas de óbitos entre crianças menores de um ano de idade poderiam ser significativamente reduzidas se essas mesmas crianças fossem amamentadas naturalmente, correspondendo à fração de 60% de mortalidade evitável por amamentação para as infecções respiratórias e 80% para a diarreia⁸.

Em um estudo longitudinal sobre os efeitos da amamentação no crescimento infantil, Spyrides e colaboradores⁹ acompanharam 479 crianças até os 9 meses de vida e observaram que quanto maior a duração da amamentação predominante, maior o peso infantil.

O aleitamento materno é suficiente para manter o lactente hidratado e com diurese normal. Além disso, oferece vantagens de ordem prática, e um menor risco de contaminação^{3,4,7,10}. Não necessitando de gasto de combustível, geladeira, açúcar, mamadeiras, bicos e outros utensílios, além de não ser comercializado, o leite materno é evidentemente mais acessível e barato que outros leites – não apresenta custo financeiro. Calcula-se que, quando não amamentada, uma criança representa um gasto de cerca de quinhentos reais com a sua alimentação, no primeiro ano de vida, valor este muito elevado para a maioria das famílias brasileiras¹¹.

Quanto ao relacionamento mãe-filho, a amamentação auxilia no fortalecimento desse elo afetivo, na satisfação de necessidades psicológicas básicas da criança, como a saciedade e o prazer¹².

O aleitamento natural não contribui apenas para a promoção da saúde infantil, como também apresenta vantagens para a mulher que amamenta. Dentre elas, destacam-se: redução da hemorragia pós-parto, aumento do espaçamento entre as gestações, desde que seja praticado o aleitamento exclusivo/ predominante sob livre demanda, involução mais rápida do abdome da puérpera, diminuição da ocorrência de anemias e redução do risco de câncer mamário e ovariano^{4,10,11}. Sob a ótica econômica, a amamentação também reduz os custos de serviços de saúde e a taxa de absenteísmo da trabalhadora¹³.

2.5 AMAMENTAÇÃO E PREVENÇÃO DA MÁ OCLUSÃO A amamentação representa o fator inicial do bom desenvolvimento dentofacial, favorecendo a obtenção de uma oclusão dentária normal e, conseqüentemente, uma mastigação correta no futuro. Além disso, determina uma relação adequada entre as estruturas duras e moles do aparelho estomatognático, e um equilíbrio das forças musculares de contenção interna e externa, influenciando o desenvolvimento de padrões musculares corretos. Também promove reflexos futuros na fala, respiração, mastigação e deglutição. A amamentação contribui para a satisfação das necessidades básicas de sucção da criança durante o seu primeiro ano de vida¹⁶.

Os movimentos de ordenha, durante o mamar, são realizados com a mesma musculatura da mastigação. A ordenha é a mastigação primeira, antes da maturidade neural desta função. São os movimentos de ordenha que exteriorizam a postura mandibular, estimulando seu crescimento, visto que no recém-nascido existe uma disto-relação entre a maxila e a mandíbula. Crianças

não amamentadas apresentam os músculos mastigatórios hipotônicos. Os movimentos mandibulares também estimulam os côndilos a tracionarem seus meniscos articulares e, com isso, a cavidade temporal começa a ser esculpida, seus ligamentos fortificados e toda a musculatura a ela relacionada passa a maturar-se de forma fisiológica, preparando toda a estrutura articular para a alimentação sólida^{16,17}.

A musculatura mastigatória dá à mandíbula, na ordenha, movimentos de abertura, protrusão, fechamento e retrusão, nessa seqüência^{3,16,17}. Quando a criança se alimenta no bico de borracha, os movimentos são apenas de abertura e fechamento. Ela chupa o líquido da mamadeira por pressão negativa. Retirando certa quantidade de leite, a criança empurra, com a parte posterior da língua, o bico da mamadeira contra o palato para interromper o fluxo de leite. Para compensar a pressão negativa, que impede a saída do leite, o bebê afrouxa os lábios, permitindo a entrada de ar para dentro da mamadeira. Nessa situação, os movimentos da língua não são os naturais e a musculatura é utilizada de forma incorreta. A compressão exagerada do bucinador, que produz a pressão negativa nesse tipo de sucção, confere a esse músculo severa hipertonia, que é a etiologia do estreitamento da arcada superior e diminuição da base nasal¹⁶. O desenvolvimento e o desempenho de seu aparelho estomatognático podem ser prejudicados, além de ter maior chance de se tornar um respirador bucal^{3,18}. O método alternativo de alimentação para bebês que não podem ser amamentados no peito é o uso do copo pequeno^{3,19}. A alimentação com copinho seguindo uma técnica correta, de forma que o bebê controle a ingestão e o leite não seja despejado em sua boca, foi utilizada pela primeira vez no Quênia²⁰, ao

perceberem que era mais fácil estabelecer a amamentação em bebês prematuros quando as mamadeiras não eram mais utilizadas.

Tem sido discutida na literatura científica a relação da instalação de hábitos bucais com o método e frequência de alimentação nos primeiros meses de vida, destacando-se o papel da amamentação natural como mantenedor do equilíbrio estomatognático^{14,15,21,22}. A insatisfação da atividade de sucção nos primeiros meses de vida durante o período de lactância está associada ao aparecimento de hábitos de sucção não nutritivos²¹. Segundo Pereira et al.²³, crianças que usam chupetas, além dos 2 anos e meio, apresentam um risco 8,27 vezes maior de instalação de uma má oclusão. Alterações na oclusão dentária, como a mordida aberta posterior, são mais frequentes em crianças amamentadas com mamadeira e que apresentavam hábitos de sucção não nutritivos²⁴. Braghini et al.²² sugeriram que crianças com hábitos de sucção por mais de 3 anos de idade apresentam uma maior frequência de alterações na forma do arco maxilar (47,82%) - arco em “v” - e de palato profundo (52,17%).

2.6 RECOMENDAÇÃO OFICIAL A Organização Mundial da Saúde² (OMS) e o Ministério da Saúde¹¹ recomendam iniciar a amamentação nas primeiras horas de vida da criança. A alimentação ideal para a criança menor de 2 anos é:

- Aleitamento materno até dois anos ou mais;
- Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses;
- Introdução de alimentos complementares ao seio a partir dos 6 meses (180 dias).

A amamentação deve acontecer sob livre demanda, ou seja, todas as vezes que a criança quiser, dia e noite, evitando-se o uso de mamadeiras e chupetas⁷.

A suplementação alimentar deve ocorrer apenas após os primeiros seis meses de vida da criança, quando as suas necessidades fisiológicas de crescimento não podem mais ser satisfeitas somente com o leite materno⁶. Em vários países, a má nutrição de bebês e crianças pequenas, problemas de crescimento e mortalidade estão associados ao desmame precoce e às práticas inadequadas ou escassas de complementação alimentar⁷.

A suplementação do leite materno com água ou chás tem se mostrado nociva à saúde da criança. Estudos no Peru²⁵ e nas Filipinas²⁶ mostraram que a prevalência de diarreia dobrou quando água ou chás eram oferecidos às crianças menores de seis meses, em relação às crianças que só recebiam leite materno.

2.7 PREVALÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO Para Vinha e Scochi²⁷, o ato de amamentar tem variado em função do tempo e lugar, obedecendo a determinações sociais e econômicas.

A partir do século XIX, o aleitamento materno sofreu um grande declínio em todo o mundo, com a introdução de tecnologias modernas e, principalmente, com a adoção de novos estilos de vida²⁸. No século XX, o novo papel social da mulher, o cuidado com o corpo e a crença de que a amamentação torna as mamas flácidas, a invenção da mamadeira, a refrigeração e a pasteurização contribuíram para o decréscimo do aleitamento materno e o apogeu do aleitamento artificial, representado em grande parte pelas fórmulas infantis^{1,29}. A prática do aleitamento artificial começa, porém, a ser revertida, a partir dos anos 70, por um movimento

de retomada da amamentação, principalmente em países e estratos populacionais de melhor nível socioeconômico. Muitos acordos internacionais foram estabelecidos a partir desse momento. Em 1979 foi assinada a Declaração OMS/UNICEF sobre a nutrição infantil, que alertou para as consequências do desmame precoce e propôs a valorização do aleitamento natural. Em 1981, 118 países aprovaram o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno, e em 1991 foi assinado o Acordo Firmado pela Associação Internacional de Fabricantes de Alimentos Infantis para cessarem a distribuição gratuita e a baixo custo de leites artificiais aos serviços de saúde materno-infantis³⁰.

De acordo com o banco de dados globais da OMS³¹ sobre amamentação, apenas 35% dos bebês recebem exclusivamente leite materno entre 0 e 4 meses de vida. As taxas de aleitamento são baixas em muitos países industrializados e em desenvolvimento. No entanto, países como os do continente africano, vêm apresentando um aumento nos últimos anos. Na Europa, as taxas são baixas e esse aumento está sendo menor (França, Itália, Espanha, Reino Unido, Holanda, Suíça). Na Suécia, uma exceção: em 1999, 98% dos bebês já haviam mamado em algum momento de suas vidas. Na Polônia, o aumento foi de 1,5% (1988) para 17% (1995); na Suécia, de 55% (em 1992) para 61% (1993); na Armênia, de 0,7% (1993) para 20,8% (1997); no Zimbábue, de 12% (1988) para 17% (1994); na Tailândia, de 0,2% (1992) para 4% (1996). Egito e Arábia Saudita apresentaram taxas de 68% (1995) e 55% (1991), respectivamente.

Na América Latina^{7,31}, a prevalência do aleitamento total é alta em alguns países: Chile (1993) 97%; Colômbia (1995) 95%; Equador (1994) 96%. As taxas de aleitamento materno exclusivo até 4 meses de vida estão decaindo: Bolívia, de 59% (1989) para 53%

(1994); Colômbia, de 19% (1993) para 16% (1995); República Dominicana, de 14% (1986) para 10% (1991).

A política de saúde da criança no Brasil tem priorizado, dentre outras, as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como estratégia fundamental para a redução da mortalidade infantil no país e para a melhoria da qualidade de saúde das crianças brasileiras^{6,11}.

Em 1990, o Brasil assinou a Declaração de Innocenti, na Itália, comprometendo-se a fortalecer a promoção da amamentação no país. Também firmou compromissos, em outras ocasiões, de reduzir a mortalidade infantil e de credenciar hospitais com mais de 1000 partos/ano como hospitais Amigo da Criança³⁰.

Em 1992, a OMS e o UNICEF lançaram o programa “Hospital Amigo da Criança”, como estratégia de promoção da amamentação e fortalecimento dos serviços de saúde^{7,19}. Recebem o título as instituições que estimulam a amamentação exclusiva e imediata aos recém-nascidos e onde os bebês permanecem todo o tempo ao lado das mães, em alojamentos conjuntos. Esta iniciativa foi criada para promover a implementação da segunda e terceira metas operacionais da Declaração de Innocenti, que visam o estabelecimento de práticas de promoção ao aleitamento materno em serviços de saúde, através da efetivação dos princípios dos “Dez Passos” e dos artigos do Código Internacional de comercialização dos Substitutos do Leite Materno. Atualmente, o Brasil conta com 328 serviços de saúde credenciados como Amigos da Criança³².

O programa teve como base principal os “Dez Passos para o sucesso no aleitamento materno”, que resumem as práticas necessárias nas maternidades para apoiar o aleitamento materno, e al-

gumas delas podem ser aplicadas em serviços de saúde ambulatoriais com possibilidade de bons resultados¹⁹, tais como:

Passo 3 – “Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno”

Passo 5 – “Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a se separar de seus filhos”

Passo 8 – “Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda”

Passo 9 – “Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito”

Passo 10 – “Encorajar a formação de grupos de suporte ao aleitamento materno e referir as mães aos mesmos, no momento da alta do hospital ou do ambulatório”.

Em países onde as vantagens da amamentação foram amplamente divulgadas e as estratégias da iniciativa “Hospital Amigo da Criança” foram implementadas, as taxas de amamentação estão aumentando, como Estados Unidos, Austrália, Canadá e China³¹.

No Brasil, em 1989, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) mostrou que o desmame ocorria muito precocemente, sendo de 43% aos 3 meses e 61% aos 6 meses de vida. Já a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), em 1996, mostrou que mais de 40% das crianças entre 0 a 4 meses recebiam aleitamento materno predominante. Comparando-se o resultado dessas duas pesquisas, observa-se que a frequência da amamentação nas idades de 4, 6, 12 e 24 meses elevou-se de 61,6%, 49,9%, 29,3% e 14,7% para 71,7%, 59,8%, 37,4% e 17,2%, respectivamente^{30,33}.

Em 1999, o Ministério da Saúde³⁴ realizou um estudo de prevalência do aleitamento materno em 25 capitais brasileiras e no Distrito Federal, durante a segunda etapa da Campanha de Vací-

nação. Logo nas primeiras horas após o nascimento, 97% dos recém-nascidos iniciavam a amamentação no peito. Aos 30 dias, 88% das crianças brasileiras estavam sendo amamentadas, 83% aos 90 dias, 72% aos 180 dias e 44,2% ao completarem um ano. Quanto à prevalência do aleitamento materno exclusivo, os resultados encontrados estiveram bem abaixo do recomendado pela OMS², UNICEF e governo brasileiro¹¹. Na faixa etária de 0 a 30 dias, 53,1% das crianças mamavam exclusivamente no peito, 30,6% aos 90 dias e 9,7% entre 151 e 180 dias.

Mais recentemente, estudos sobre o padrão de amamentação, realizados com base populacional ou com clientela de serviços, foram desenvolvidos nos municípios brasileiros correspondendo a diferentes regiões do país. O quadro 1 apresenta alguns dos principais resultados obtidos nestes estudos, referentes à prevalência da amamentação e amamentação exclusiva.

Estes trabalhos vêm demonstrando um aumento importante nas taxas de prevalência de aleitamento materno nos últimos anos. No entanto, o país ainda está longe de atingir a meta de aleitamento materno exclusivo recomendada, bem como de garantir que as crianças sejam amamentadas até o segundo ano de vida ou mais. O que se vê é uma grande parcela de crianças que são aleitadas em seus primeiros dias de vida, caindo abruptamente essa taxa em seguida, chegando a valores insignificantes ao final do primeiro ano de vida. A introdução precoce de suplementos alimentares também é prática recorrente na população brasileira.

Quadro 1. Prevalência do aleitamento materno (AM) e aleitamento materno exclusivo (AME) em municípios brasileiros.

Autores	Tipo de estudo	Local da pesquisa	Sujeitos da pesquisa	AME 06 meses de idade	AM 12 meses de idade
Wayland C. (2004) ³⁵	Transversal, tipo in-quérito	Rio Branco, Acre	250 mães de crianças < 5 anos	-	38%
Figueiredo MG et al. (2004) ³⁶	Transversal, tipo in-quérito	Rio Preto, São Paulo	719 pais ou responsáveis por crianças < 1 ano	4%	35%
Vieira GO et al. (2004) ³⁷	Transversal, tipo in-quérito	Feira de Santana, Bahia	2319 mães de crianças < um ano	17,7%	48,6%
Audi CAF et al. (2003) ³⁸	Transversal, tipo in-quérito	Itapira, São Paulo	679 pais ou responsáveis por crianças até 1 ano de idade	9,6%	34,5%
Lima TM; Osório MM. (2003) ³⁹	Transversal, tipo in-quérito	Região Nordeste (RN, PB, PE, AL, SE, BA)	813 mães de crianças < 25 meses	-	37,3%
IBGE – Ministério da Saúde (2003) ³⁴	Transversal, tipo in-quérito	25 capitais brasileiras e DF	Amostra probabilística - pais ou responsáveis por crianças até 1 ano de idade	9,7%	44,2%
Venâncio SI et al. (2002) ⁴⁰	Transversal, tipo in-quérito	84 municípios do Estado de São Paulo	33.735 pais ou responsáveis por crianças < 1 ano	-	39%-77%
Kitoko PM et al. (2000) ⁴¹	Transversal, tipo in-quérito	Florianópolis (F), Santa Catarina e João Pessoa (JP), Sergipe	990 crianças (F) e 950 (JP) até 12 meses	10% (F) e 15% (JP)	29% (F) e 21% (JP)
Passos CP et al. (2000) ⁴²	Transversal, tipo in-quérito	Ouro Preto, Minas Gerais	229 mães de crianças de 0 a 24 meses	1,8%	35%
Kummer et al. (2000) ⁴³	Duas coortes Prospectivas	Porto Alegre, Rio Grande de Sul	202 crianças (1987) e 187 (1994) até 6 meses	-	-

Horta BL et al. (1996) ⁴⁴	Duas coortes Prospectivas	Pelotas, Rio Grande do Sul	1556 crianças (1982) e 1414 (1993) crianças com 6 e 12 meses	-	17,6% (1982) e 23,1% (1993)
---	------------------------------	-------------------------------	--	---	--------------------------------------

2.8 O DESMAME PRECOCE O desmame é definido como sendo a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que, até então, se encontrava em aleitamento materno exclusivo. O período de desmame é aquele compreendido entre a introdução desse novo alimento até a supressão completa do alimento materno⁴⁵.

Como fatores envolvidos no desmame estão relacionados o desconhecimento pela mãe das vantagens do aleitamento natural, a falta de experiência anterior, mães adolescentes, aquisição de mamadeiras e chupetas, insucesso familiar na prática da amamentação, dificuldades técnicas no ato de amamentar, doenças da mama, causas relacionadas ao lactente, intenção de não amamentar e retorno ao trabalho^{3,37,45,46,47}. Também estão envolvidos fatores como nível socioeconômico⁴⁴, escolaridade e idade materna^{28,40,43}, paridade⁴⁸, baixo peso do recém-nascido e tabagismo³⁸.

Um estudo prospectivo realizado com 547 mães de crianças até os seis meses de vida na região sul do Brasil demonstrou que as avós, principalmente as maternas, podem influenciar negativamente na amamentação, tanto na sua duração quanto na sua exclusividade⁴⁹. Este dado confirma a importância do envolvimento da família no processo de educação em saúde.

Em um estudo com 354 crianças realizado na cidade de Pelotas (RS), Victora e colaboradores⁵⁰ observaram que crianças com mamadeira e/ou chupeta estiveram mais propensas a serem desmamadas. O uso de chupetas e mamadeiras por 1 mês apresentou risco 1,3 vezes maior para o aparecimento de problemas de saúde relacionados à diarreia do que em crianças que não utilizaram esses utensílios.

Ichisato e Shimo¹ conduziram um estudo de revisão enfocando o desmame precoce por meio de recortes históricos do aleitamento. As autoras atribuem o desmame a aspectos socioculturais, em que a prática da amamentação deixou de ser vista como uma imagem rotineira, e às atribulações da vida moderna, com a participação mais ativa da mulher no grupo social. O que antes era visto como algo natural passa a ser encarado como um dever não desejado.

É preciso salientar a influência exercida pelos familiares, amigos e profissionais, destacando-se a importância do papel exercido por essas pessoas que convivem de alguma forma com a nutriz⁵¹.

2.9 AMAMENTAÇÃO E TRABALHO MATERNO O retorno ao trabalho tem sido considerado um fator de risco evidente para a introdução de suplementos alimentares e para o desmame^{45,46}.

No Brasil, o direito à amamentação é assegurado por lei^{52,53,54}. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em sua seção V, que versa sobre a questão da proteção à maternidade, no artigo 392, dispõe sobre o direito da empregada gestante à licença-maternidade de 120 dias a partir do 8º mês de gestação⁵². Ainda, no artigo 396, garante que⁵³:

“Art. 396 (CLT). Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um”.

O direito à amamentação é estendido às mulheres que se encontram em penitenciárias, cumprindo pena por crimes cometidos. Na Constituição Brasileira de 1988⁵⁴, o art. 5º, inciso L relata que “às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação”.

Tais direitos, embora regulamentados por leis nacionais, têm sido pouco aplicados, já que a desobediência a tais leis por parte dos empregadores é recorrente, havendo um silêncio consentido sobre o assunto. São comuns as situações em que as mães recebem ameaças “silenciosas”, após exigirem o horário extra para amamentar seus filhos, sob o risco de perderem seus empregos. Em um país onde a oferta de trabalho é tão escassa, essa é uma chantagem mesquinha que acaba por envolver a saúde das crianças.

2.10 PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO As vantagens do aleitamento materno têm uma base sólida na literatura. Todas essas são analisadas através do prisma biologicista, nos quais se destacam os mecanismos fisiológicos e a praticidade do aleitamento, sob a ótica do detentor do conhecimento, o profissional de saúde. No entanto, há que se questionar esse posicionamento. Se fossem realmente efetivas, tais análises teriam tido resultados mais contundentes sobre a promoção do aleitamento que, embora venha apresentando valores crescentes nas taxas de prevalência, ainda está muito aquém do desejado. Para isso, é necessária uma verdadeira mudança de enfoque. Nesse sentido, uma nova abordagem vem sendo feita sobre a temática, considerando os aspectos sociais envolvidos na dinâmica da amamentação, colocando a mulher no centro da ação, ressaltando a multiplicidade dos papéis

exercidos e as interações contextuais determinantes no processo decisório a ser vivenciado por ela^{1,10,29,51,55,56}.

Silva⁵⁶, ao avaliar os principais conceitos emergidos de estudos qualitativos a partir de diferentes perspectivas teóricas, relata que a decisão de amamentar não está baseada em fatores biológicos. Ao invés disso, dá-se a partir das representações acerca da amamentação, das diferentes interações sociais que a mulher estabelece em seu contexto familiar ou comunitário. Conhecer o contexto cultural e, principalmente, os significados simbólicos que ela atribui aos sujeitos e objetos sociais é a chave para que se compreendam as atitudes maternas em relação à prática da amamentação. A amamentação se dá a partir de uma ação multifatorial e, para isso, é importante observar as influências do ambiente doméstico e do universo feminino, e as interferências externas representadas pela família e comunidade.

A mulher é uma pessoa, e como tal deve ser cuidada, preservando-se sua capacidade de decidir. É necessário dar à mãe as informações possíveis sobre amamentação e ajudá-la durante todo o processo, eliminando, se possível, os fatores externos que possam dificultar a sua prática. Ao conscientizar a mãe de todos os benefícios envolvidos no ato de amamentar, estar-se-á preservando a sua autonomia.

A assistência imprecisa e inconsistente da equipe de saúde tem sido reconhecida como um importante obstáculo à sua prática e há evidências de que a educação pré-natal, quanto ao aleitamento materno, pode apresentar efeitos benéficos nos seus indicadores, sobretudo em relação às mulheres primigestas¹⁹.

O processo formador dos profissionais de saúde é uma importante ferramenta de transformação, ao formar profissionais capaci-

tados para o atendimento integral das gestantes e lactantes, de forma individual e coletiva.

Para aumentar adequadamente e manter o aleitamento materno, além da implementação dos “Dez Passos”¹⁹, são necessários a implementação da legislação trabalhista, do Código Internacional de Comercialização para “Substitutos do Leite Materno”, apoio da comunidade, ampla educação do público e, principalmente, o aperfeiçoamento das práticas de saúde.

No Brasil, são múltiplas as intervenções governamentais para aumentar a prevalência de crianças em aleitamento materno. Incluem-se aqui estratégias realizadas pelo governo federal, Programa Saúde da Família, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, como também o apoio de organismos internacionais, entidades de classe, organizações não governamentais e grupos de apoio à amamentação, destacando-se ações do Terceiro Setor, como as promovidas pela Pastoral da Criança.

O desenvolvimento de uma política e treinamento de pessoal, resultando em apoio apropriado e capacitado para as mães antes, durante e após o parto, e um apoio contínuo pós-natal na comunidade são requisitos necessários para obter as melhorias desejadas e objetivadas para o estabelecimento do aleitamento materno como prática comum e predominante.

2.11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amamentação não é uma prática simplista. Decorre da intersecção de múltiplos fatores atuando conjuntamente, em uma rede complexa de relações humanas. Os seus benefícios, tanto para a saúde da criança, quanto para a da mãe, são inquestionáveis. A viabilização da sua prática é mais difícil. Requer uma com-

preensão sensível da dinâmica da mulher/nutriz em sua vivência social.

O sucesso na promoção do aleitamento materno pode ser assegurado pelo engajamento dos serviços de saúde comprometidos com o atendimento à gestante e lactante. A implementação de medidas eficazes de incentivo ao aleitamento são dependentes da adequação dos serviços e profissionais de saúde à realidade das mulheres assistidas e à percepção de suas necessidades.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social pelo apoio e incentivo durante a realização deste trabalho.

2.12 REFERÊNCIAS

1. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. Rev. latinoam. enfermagem 2002;10:578-85.
2. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.
3. Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo: CLR Balieiro; 2002.
4. Ricco RG. Aleitamento materno: Uma questão sempre relevante. Pediatr. mod 1996;32:33-40.
5. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast feeding and cognitive development: a meta analysis. Am J Clin Nutr. 1999;70:525-35.

6. Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
7. OPAS. Amamentação. 2003. Disponível em URL: <http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=43> [2005 maio 04]
8. Escuder MML, Venancio SI, Pereira JCR. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. Rev. saúde pública 2003;37:319-25.
9. Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G. Amamentação e crescimento infantil: um estudo longitudinal em crianças do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. Cad. saúde pública 2005;21:756-66.
10. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. J. pediatr. (Rio J) 2003;79:385-90.
11. Ministério da Saúde. Aleitamento materno. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/saude> [2005 maio 04]
12. Widström AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnäs-Moberg K, Werner S et al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. Early Hum Dev. 1990;21:153-63.
13. Breastfeeding and the use of human milk. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Pediatrics 1999;103(6Pt1):1150-7.
14. Robles FRP, Mendes FM, Haddad AE, Corrêa MSNP. A influência do período de amamentação nos hábitos de sucção persistentes e a ocorrência de má oclusões em crianças com dentição decídua completa. Rev. paul. odont 1999;21:4-9.

15. Serra Negra JMC, Pordeus IA, Rocha Júnior JF. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e más oclusões. *Rev. odontol. Univ. São Paulo* 1997;11:79-86.
16. Carvalho GD. Amamentação e o sistema estomatognático. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 37-49.
17. Planas P. Reabilitação neuroclusal. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1997.
18. Carvalho GD. SOS Respirador Bucal: uma visão funcional e clínica da amamentação. São Paulo: Lovise; 2003.
19. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
20. Musoke RN. Breastfeeding promotion: feeding the low birth weight infant. *Int J Gynaecol Obstet.* 1990;31(Suppl.1):57-9.
21. Ferreira MIDT, Toledo OA. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. *Rev. ABO Nac* 1997;5:317-20.
22. Braghini M, Dolci GS, Ferreira EJB, Drehmer TM. Relação entre aleitamento materno, hábito de sucção, forma do arco e profundidade do palato. *Ortodon. gaúch* 2002;6:57-64.
23. Pereira LT, Bussadori SK, Zanetti AL, Höfling RTB, Bueno CES. Avaliação da associação do período de amamentação e hábitos bucais com a instalação de más oclusões. *RGO* 2003;51:203-9.
24. Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on

- occlusion in deciduous dentition. Arch Dis Child. 2004;89:1121-3.
25. Brown KH, Black RE, Lopez de Romana G, Creed de Kanashiro H. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. Pediatrics 1989;83:31-40.
 26. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. Pediatrics. 1990;86:874-82.
 27. Vinha VHP, Scochi CGS. Aleitamento materno: evolução histórica. Femina 1989;17:819-23.
 28. Nascimento LFC. Amamentação: influência de alguns fatores dos períodos pré-natal e perinatal. Pediatr. mod 2002;38:507-12.
 29. Nakano AMS. O aleitamento materno no cotidiano feminino [tese doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1996.
 30. Araújo MFM. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1-10.
 31. World Health Organization. Nutrition. Global Data Bank on Breastfeeding. 2005. Disponível em URL: [www.
http://www.who.int/nut/db_bfd.htm#ref01](http://www.who.int/nut/db_bfd.htm#ref01) [2005 nov 01]
 32. UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. 2005. Disponível em URL: <http://www.unicef.org/brazil/lista.htm> [2005 nov 05]
 33. Benício MHA, Monteiro CA. Desnutrição infantil nos municípios brasileiros: risco de ocorrência. Brasília: NUPENS/USP/UNICEF; 1997.

34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde – estudos amostrais. Indicadores Dados Básicos. 2003. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br> [2005 nov 01]
35. Wayland C. Breastfeeding patterns in Rio Branco, Acre, Brazil: a survey of reasons for weaning. Cad. saúde pública 2004;20:1757-61.
36. Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan TAB, Garcia E, Silva LC, Carvalho FLP et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cad. saúde pública 2004;20:172-9.
37. Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Santana Netto PV. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. Rev. bras. saúde matern. infant 2004;4:143-50.
38. Audi CAF, Corrêa AMS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. Rev. bras. saúde matern. infant 2003;3:85-93.
39. Lima TM, Osório MM. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. Rev. bras. saúde matern. infant. 2003;3:305-14.
40. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev. saúde pública 2002;36:313-8.

41. Kitoko PM, Réa MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad. saúde pública* 2000;16:1111-9.
42. Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas SN, Baudson M-FR. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. *Rev. saúde pública* 2000;34:617-22.
43. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev. saúde pública* 2000;34:143-8.
44. Horta BL, Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Guimarães PRV. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad. saúde pública* 1996;12 (supl. 1):43-8.
45. Uchimura NS, Gomes AC, Uchimura TT, Yamamoto AE, Miyazato P et al. Estudo dos fatores de risco para desmame precoce. *Acta sci* 2001;23:713-8.
46. Fein SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *Am J Public Health*. 1998;88:1042-6.
47. Graffy JP. Mothers' attitudes to and experience of breast feeding: a primary care study. *Br J Gen Pract*. 1992;42:61-4.
48. Weiderpass E, Barros FC, Victora 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;32:225-31.
49. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev. saúde pública* 2005;39:141-7.

50. Victora CG, Tomasi E, Olinto MT, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*. 1993;341:404-6.
51. Silva IA. Construindo perspectivas para a assistência em amamentação: um processo interacional [tese livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
52. Brasil. Legislação trabalhista e previdenciária. Seção V - Art. 392. In: Mannrich N; org. Consolidação das leis do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2004. p. 315.
53. Brasil. Legislação trabalhista e previdenciária. Seção V - Art. 396. In: Mannrich N; org. Consolidação das leis do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2004. p. 317.
54. Brasil. Art 5º. Dos direitos e garantias fundamentais. In: Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. 17ª ed. Brasília: República Federativa do Brasil, 2001. p. 18.
55. Rezende MA. Amamentação: uma necessária mudança de enfoque. *Rev. Esc. Enfermagem USP* 2000;34:226-9.
56. Silva IA. Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. *Rev. bras. enfermagem* 2000;53:241-9.



Capítulo 2

**"O futuro dependerá do
que fizermos no presente"**

Gandhi

3 Capítulo 2



FREQÜÊNCIA E VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS COM ATÉ 12 MESES DE IDADE NO MUNICÍPIO DE ARAÇATUBA, SP¹

**Frequency and associated variables to breastfeeding among infant
up to 12 months of age in Araçatuba, Brazil**

3.1 RESUMO

Objetivos: Avaliar a prevalência do aleitamento materno em crianças assistidas em Araçatuba-SP, verificar sua associação com variáveis materno/infantis e o conhecimento das mães sobre a relação da amamentação com a saúde bucal.

Métodos: estudo transversal. Dados coletados durante a Campanha Nacional de Vacinação, em 2005. Foram entrevistadas 100 mães de crianças com até 12 meses de idade. A frequência do aleitamento foi estimada por meio da análise de sobrevivência, e realizadas análises estatísticas (teste qui-quadrado) para verificação da associação entre aleitamento e variáveis independentes.

Resultados: Dentre as crianças, 75% estavam sendo amamentadas. A prevalência do aleitamento exclusivo aos 6 meses e total aos 12 meses foi de 22,2% e 65%. A duração mediana da amamentação

¹ Trabalho a ser enviado e apresentado de acordo com as normas de publicação do periódico REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL (ISSN 1519-3829) (AnexoB)

exclusiva foi de 3,65 meses. As variáveis associadas ao desmame foram o uso de mamadeira ($\chi^2=35,843$; $p<0,0001$, para aleitamento exclusivo até 6 meses; $\chi^2=9,537$; $p=0,002$, para aleitamento materno até 12 meses) e chupeta ($\chi^2=14,667$; $p=0,0001$). A ausência de hábitos de sucção ($\chi^2=12,943$; $p=0,0003$) foi considerada um fator protetor para a amamentação. Poucas mães (33) demonstraram saber a influência do aleitamento sobre a saúde bucal de seus filhos, sendo o cirurgião-dentista o profissional mais citado como responsável por essa informação.

Conclusões: A prevalência da amamentação foi satisfatória, porém foram baixas as taxas de aleitamento exclusivo, estando distante dos índices recomendados pela OMS, e como fatores determinantes destacou-se o uso de mamadeiras e chupetas associado ao desmame. É dever de órgãos governamentais, meios de comunicação e profissionais de saúde compactuarem ações efetivas em prol do aleitamento.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno, Má oclusão, Bem-estar da criança, Fatores de risco.

3.2 ABSTRACT

Objectives: To evaluate the prevalence of breastfeeding among infant attended in Araçatuba, Brazil; to assess the maternal/child associated variables and the mother's knowledge about the relationship between breastfeeding and oral health.

Methods: cross-sectional study. Data collected during the National Immunization Campaign, in 2005. One hundred mothers of children up to 12 months of age were interviewed. The frequency of breastfeeding was estimated through the survival analysis and it was accomplished statistical analyses (chi-square test) for assessment

completed statistical analyses (chi-square test) for assessment the association between breastfeeding and independent variables.

Results: Of the children surveyed, 75% were breastfed. The prevalence of exclusive and total breastfeeding, at 6 and 12 months, was 22.2% and 65%. The medium length of exclusive breastfeeding was of 3.65 months. The variables associated to weaning were the use of bottle ($\chi^2=35.843$; $p<0.0001$, for exclusive breastfeeding up to 6 months; $\chi^2=9.537$; $p=0.002$, for breastfeeding up to 12 months) and of pacifier ($\chi^2=14.667$; $p=0.0001$). The absence of sucking habits ($\chi^2=12.943$; $p=0.0003$) was considered as a breastfeeding protecting factor. Few mothers (33) demonstrated to know the influence of breastfeeding in their children oral health, being the dentist the professional more mentioned as responsible by this information.

Conclusions: The prevalence of breastfeeding was satisfactory, however the exclusive breastfeeding rates were low, being far from WHO recommendation, and as determinants factors, the use of bottle and pacifiers were positively associated with weaning. The government, media and health professionals must improve effective actions to promote breastfeeding.

KEY WORDS: Breast feeding, Malocclusion, Child welfare, Risk factors.

3.3 INTRODUÇÃO

A lactação é uma das maneiras mais eficientes de atender aos aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e ao desenvolvimento de uma criança no seu primeiro ano de vida.

O leite materno possui características bioquímicas ideais para o crescimento e desenvolvimento da criança, e substâncias que conferem melhor digestibilidade. Os estudos mostram que o leite da mãe possui um efeito protetor contra a mortalidade infantil, prevenindo infecções gastrointestinais, dermatite atópica, alergia alimentar, além do efeito contra a obesidade. Não representa ônus para o orçamento familiar¹.

Dentre os benefícios da amamentação natural, encontra-se o estímulo a um correto crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático, prevenindo as más oclusões e a instalação de hábitos bucais deletérios²⁻⁶. Crianças que nunca receberam aleitamento materno podem apresentar maior frequência de hábitos respiratórios e de sucção^{2,5}, em uma proporção 3,4 vezes superior às aquelas que foram amamentadas por um período maior do que um ano de idade⁴. O bruxismo também parece apresentar um grau de dependência com o tempo de aleitamento².

Em estudo conduzido por Tomita e colaboradores⁷, foi relacionada a associação entre idade de desmame e sucção de chupeta ($p < 0,05$). O hábito mais frequente foi o da mamadeira (67,7%), porém a chupeta foi o único hábito relacionado à ocorrência de más oclusões (mordida aberta e mordida cruzada).

Dentre os benefícios para a nutriz, destacam-se a diminuição da hemorragia pós-parto e uma involução uterina mais rápida, recuperação do peso, além de contribuir para um maior espaçamento gestacional¹.

Com base em evidências científicas, a Organização Mundial da Saúde⁸ e o Ministério da Saúde do Brasil⁹ recomendam a prática do aleitamento materno exclusivo por 6 meses, e a manutenção da amamentação acrescida de alimentos complementares

até os 2 anos de vida ou mais. Segundo a OMS, nem a administração de chás, água e sucos é recomendada antes dos 6 meses^{8,10}.

Os estudos envolvendo o perfil alimentar de crianças têm demonstrado haver alguns fatores de risco para a prática da amamentação. O padrão de aleitamento materno pode ser influenciado pelo nível educacional, tipo de emprego, estado civil, renda, tipo de parto e estado nutricional materno^{1,7,8,11,12,13}. Um melhor atendimento pré-natal e orientações sobre aleitamento materno podem aumentar a duração da amamentação total e exclusiva.

Apesar do reconhecimento geral das vantagens do leite materno sobre o artificial, mesmo em países industrializados, as taxas de amamentação, no geral, são baixas⁸. No Brasil, observa-se um aumento significativo nas taxas de aleitamento materno ao longo desta última década. Se em 1989, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição demonstrou que apenas 49,9% das crianças até 6 meses de vida eram aleitadas, já em 1996 com a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, o quadro mudou, passando para 59,8%¹⁴. Na pesquisa mais recente realizada pelo Ministério da Saúde, em 1999, abrangendo as capitais brasileiras, o índice de aleitamento ficou em 72% nessa mesma idade¹⁵. Esse crescimento, segundo os órgãos governamentais, se deve à intensificação das ações de incentivo à amamentação e de investimentos nessa área.

Apesar das evidências do aumento na duração da mediana da amamentação em algumas regiões do país, outros trabalhos têm demonstrado que o padrão de aleitamento materno ainda está aquém das recomendações internacionais. As taxas de aleitamento materno aos 12 meses de idade podem variar de 20 a 70%, em diversas regiões brasileiras: 23,1% em Pelotas-RS¹²; 29% em

Florianópolis¹⁶; 35% em Ouro Preto-MG¹⁷; 37,3% na região Nordeste¹⁸; 56,7% em Rio Preto-SP¹⁹; 61,6% em Itapira-SP²⁰; 69,2% em Feira de Santana-BA¹³.

Diante do atual quadro epidemiológico nacional, a descrição do perfil alimentar em regiões diversas do país torna-se imprescindível para a avaliação da prática do aleitamento materno e planejamento de medidas de intervenção nos serviços de saúde.

A presente investigação teve por objetivo avaliar a frequência e a duração mediana do aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade atendidas em uma Unidade Básica de Saúde no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil, relacionando-as com variáveis sociodemográficas, maternas, de assistência ao parto e de hábitos de sucção não nutritivos, assim como também se objetivou verificar o conhecimento das mães sobre a relação da amamentação com a saúde bucal.

3.4 MÉTODOS

Este estudo transversal, tipo inquérito, foi realizado durante a primeira fase da Campanha Nacional de Vacinação no Município de Araçatuba, em 2005. Localizado na região noroeste do Estado de São Paulo, o município possui uma população estimada de 179 mil habitantes, 92,5% residentes em área urbana²¹. O número de nascidos vivos no ano de 2004 foi de 2118 crianças, com taxa de mortalidade infantil de 15,11 por mil nascidos vivos¹⁵. O total de crianças menores de 1 ano vacinadas na primeira fase da campanha foi 2223 crianças, sendo 197 na Unidade Básica de Saúde (UBS) “Alfredo Dantas”. A cobertura vacinal obtida para o município foi de 95,1% (Secretaria Municipal de Saúde de Araçatuba, dados não publicados).

Em um primeiro momento, foi feito o contato com a Secretaria de Saúde do município com o intuito de obter autorização para a realização da pesquisa, esclarecendo as autoridades responsáveis sobre a natureza e modo de condução da mesma. O anexo C mostra o ofício entregue ao Secretário de Saúde e a correspondente autorização para a pesquisa.

Para a coleta dos dados, foi selecionada a UBS “Alfredo Dantas”, por apresentar um maior fluxo de atendimento em relação às outras unidades. Fazendo parte da rede pública de saúde, ela atende a população de 21 bairros em uma grande área periférica do município, de baixa condição socioeconômica.

Foi realizado o cálculo da amostra, no Programa *Bioestatística: fazendo e aprendendo*® ²² para uma diferença aceitável de 10%. Teve como referência as taxas de prevalência de amamentação total ($p=50\%$), baseada em estudos brasileiros realizados anteriormente^{12,13,16-20}.

Foi indicada uma amostra de 96 indivíduos, ficando estabelecida em 100, pela facilidade de um número completo. Foram, portanto, entrevistadas 100 mães, número este suficiente para inferência desta unidade.

Dentro da metodologia proposta, optou-se pela entrevista dirigida, utilizando-se para a coleta das informações um formulário estruturado, com 30 questões fechadas, incluindo dados de identificação da mãe e do lactente, características da assistência hospitalar, perfil alimentar da criança, presença de hábitos de sucção, conhecimento sobre a relação da amamentação com a saúde bucal e acompanhamento odontológico (Anexo D). Os dados foram codificados, duplamente conferidos, digitados e processados utilizando o programa Epi Info versão 3.2.2²³.

As mães foram abordadas durante sua permanência na fila de atendimento, procurando-se saber a idade de seus filhos. Aqueles que se encaixavam no perfil do estudo, ou seja, tinham filhos com até 12 meses de idade, foram convidadas a participar do estudo, sendo entrevistadas após a vacinação da criança. A entrevista foi anotada e realizada por um examinador previamente calibrado, sendo obtido o termo de consentimento livre esclarecido das participantes da pesquisa (Anexo E). O atendimento foi realizado das 8 horas da manhã até as 5 horas da tarde, quando então a unidade finalizou as suas atividades. Foi realizado um estudo piloto, para validação e adequação do instrumento de coleta de dados, aferição das dificuldades encontradas e capacitação do pesquisador envolvido no projeto, com mães de crianças com até 12 meses de idade cadastradas na Clínica de Gestantes da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

As definições do aleitamento materno utilizadas foram as recomendadas pela OMS²⁴, sendo classificadas em aleitamento exclusivo, predominante, complementar ou artificial (Quadro 1).

Quadro 1. Critérios para classificação do aleitamento materno.

Classificação	Obrigatoriamente, a criança deve receber	Permite que a criança receba	Não é permitido receber
Aleitamento exclusivo	Leite materno	Vitaminas, sais minerais (na forma de comprimidos e xaropes) e medicamentos	Nenhum tipo de suplementos (líquidos, pastoso ou sólido)
Aleitamento predominante	Leite materno como fonte principal de nutrição	Líquidos (água, chá, suco)	Nenhum tipo de suplemento
Aleitamento complementar	Leite materno a alimentos pastosos e sólidos	Qualquer tipo de alimento ou líquido	
Aleitamento (total)	Leite materno		
Aleitamento artificial	Alimentos líquidos e sólidos		

Fonte: Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO, 1991²⁴.

Análise estatística

Inicialmente, foram descritas as características maternas e infantis, através das estimativas de prevalência calculadas pelo Epi Info 3.2.2²³. Foi realizada análise estatística, ou seja, teste do qui-quadrado, para investigar associações entre as variáveis independentes (local de residência, idade materna, cor da pele, profissão, estado civil, escolaridade, renda, número de filhos, aleitamento dos outros filhos, mãe aleitada, gênero da criança, peso da criança, idade gestacional, pré natal, tipo de parto, atendimento no parto, alojamento conjunto, tempo do nascimento à primeira mamada, uso de mamadeira, hábitos de sucção, acompanhamento odontológico) e o aleitamento materno exclusivo em crianças com até 6 meses e aleitamento materno em crianças com até 12 meses.

A análise da frequência e duração mediana da amamentação foi calculada através da técnica denominada *análise de sobrevivência*, ou tábua de vida²⁵. Esta técnica permite a estimativa da proporção de crianças amamentadas em diferentes idades, contornada a principal dificuldade neste tipo de estudo, as crianças que ainda estavam sendo amamentadas durante a coleta dos dados. Na construção da tábua de vida, o abandono total da prática da amamentação e a introdução de outros alimentos, líquidos ou sólidos, aturaram como eventos terminais das tábuas relativas à amamentação e à amamentação exclusiva, respectivamente. Todas as crianças são consideradas como se tivessem mamado pelo menos no primeiro dia. As crianças ainda amamentadas no momento da entrevista foram consideradas censuradas para cada uma das respectivas tábuas. Para as diferentes práticas do aleitamento materno (amamentação e amamentação exclusiva), foi calculada a duração da mediana, que é a idade em que metade das crianças já foram desmamadas.

Este estudo se enquadra na modalidade de pesquisa de risco mínimo, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, relativa a pesquisa em seres humanos, e teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP (Proc. FOA 2005-01398) (Anexo F).

3.5 RESULTADOS

As tabelas 1 e 2 apresentam as características da população de estudo. A idade média das mães foi de 26 anos, sendo 29% adolescentes. A maioria das mães (89%) vivia junto com seus par-

ceiros, em domicílios localizados na zona urbana (97%), tendo uma renda familiar média de 2,8 salários mínimos. Apenas 8 mulheres haviam iniciado o ensino superior, tendo sido observado que 60% das mães não trabalhavam. Encontrou-se a proporção de 54% de primigestas. A idade média dos lactentes foi de 5,8 meses, 65% deles na faixa etária de zero a 6 meses. Houve um equilíbrio na amostra entre meninos (52%) e meninas (48%). Apenas 12 crianças nasceram com menos de 37 semanas e peso inferior a 2500g (7), consideradas prematuras. Das mães, 99 fizeram o pré-natal, e dentre estas, apenas uma recebeu menos de 6 consultas. Destacaram-se os partos cesarianos (63%) e o atendimento pelo SUS, correspondendo a 61% dos partos. O alojamento conjunto foi uma prática prevalente entre as mães entrevistadas.

TABELA 1. Características das mães incluídas no estudo (N=100). Araçatuba, 2005.

Características	%
DEMOGRÁFICAS	
Localização do domicílio	
Área urbana	97
Área rural	3
Renda familiar (SM*)	
0-2	48
3-4	34
5-7	11
Mais de 7	7
MATERNAS	
Idade (anos)	
15-20	29
21-30	46
31-40	22
Mais de 40	3
Cor** (n=95)	
Parda	42,1
Branca	38,9
Negra	15,8
Amarela	3,2
Atual situação conjugal	
Casada/ amasiada	89

Divorciada	3
Solteira	8
Profissão	
Não trabalha	60
Empregada	29
Autônoma	9
Estudante	2
Escolaridade materna	
Analfabeta	2
Ensino Fundamental	26
Ensino Médio	64
Ensino Superior	8
Número de filhos nascidos e vivos	
1	54
2	33
3	8
4 ou mais	5

* SM (Salário Mínimo): valores vigentes na época da coleta (R\$300,00)

**Número total de resposta inferior a 100

TABELA 2. Características das crianças incluídas no estudo (N=100) e de assistência ao parto. Araçatuba, 2005.

Características	%
INFANTIL	
Idade (meses)	
1-3	37
4-6	28
7-9	16
10-12	19
Gênero	
Feminino	48
Masculino	52
Peso ao nascer (gramas)* (n=99)	
Menor que 2.500	7
2.501-3.000	21,2
3.001-3.500	46,5
3.501-4.000	25,3
Idade gestacional	
Menos 37 semanas	12
37 semanas ou mais	88
ASSISTÊNCIA AO PARTO	
Tipo de parto	
Cesariano	63

Normal	37
Atendimento no parto	
Sistema Único de Saúde (Serviço Público)	61
Convênio	22
Particular	17
Alojamento conjunto* (n=99)	
Sim	84,8
Não	15,2

*Número total de resposta inferior a 100

Dentre as múltiparas, 87% haviam amamentado naturalmente seus outros filhos. Setenta e seis mulheres recordaram terem sido elas próprias amamentadas por suas mães.

No momento da coleta dos dados, 20 crianças estavam sob aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante (21), aleitamento materno complementar (34) e 25 desmamadas. A figura 1 retrata a curva de duração da amamentação exclusiva e total (soma das prevalências do aleitamento exclusivo, predominante e complementar) nas crianças avaliadas. Observa-se a queda acentuada na prática do aleitamento exclusivo durante os primeiros 6 meses. No intervalo de 0-30 dias de vida, 75,5% dos lactentes estavam sendo alimentados exclusivamente com leite materno, caindo essa proporção para 45,1% no quarto mês, sendo que ao 6 meses apenas 22,2% estavam sob este regime. A duração mediana da amamentação exclusiva foi de 3,65 meses. Quanto à amamentação total, houve um declínio menos acentuado durante o período relatado; no primeiro mês, a prevalência foi de 92,9%, 79,9% no quarto mês, 67,6% no sexto mês, e para aqueles maiores de 7 meses, a prevalência foi de 65%, mantendo-se estável até os 12 meses. Como a mediana da amamentação é a idade em que metade das crianças já foram desmamadas e para o aleitamento

total não houve um valor abaixo de 50%, não foi possível obter esse número.

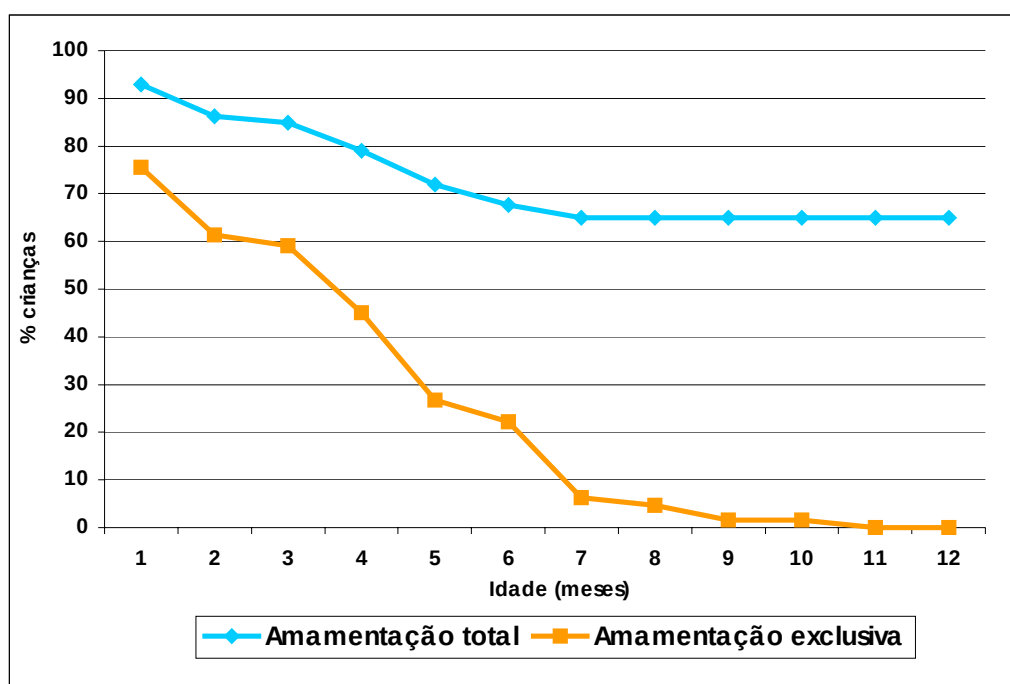


FIGURA 1. Comparação entre as curvas de duração da amamentação total e exclusiva em crianças com até 12 meses de idade. Araçatuba, 2005.

O tempo decorrido entre o nascimento e a primeira mamada tem sido relatado como um fator chave para o início da amamentação. Este tempo foi menor que 5 horas em 68% dos casos observados neste estudo, 25% ficando entre 15 a 30 minutos.

O perfil alimentar do grupo foi bastante diverso. A figura 2 mostra o consumo dos principais alimentos utilizados pelas mães na dieta das crianças com até 6 e 12 meses de idade. A introdução

de outros alimentos diferentes do leite materno caracteriza o processo de desmame. Observou-se a precocidade na oferta de alimentos líquidos, pastosos e sólidos na amostra estudada. Dentre os lactentes com até 180 dias (N=67), 47,7% tomavam água, 41,5% chá, 36,9% suco, 35,4% leite de saquinho/caixinha, 10,8% fórmula infantil, 4,6% refrigerante, 32,3% recebiam alimentos pastosos e 10,8% alimentos sólidos. A oferta desses alimentos foi maior nos meses subseqüentes. Avaliando o grupo todo, ou seja, crianças com até 12 meses (N=100), 66% tomavam água, 51% chá, 57% suco, 50% leite de saquinho/caixinha, 8% fórmula infantil, 20% refrigerante, 56% recebiam alimentos pastosos e 36% alimentos sólidos.

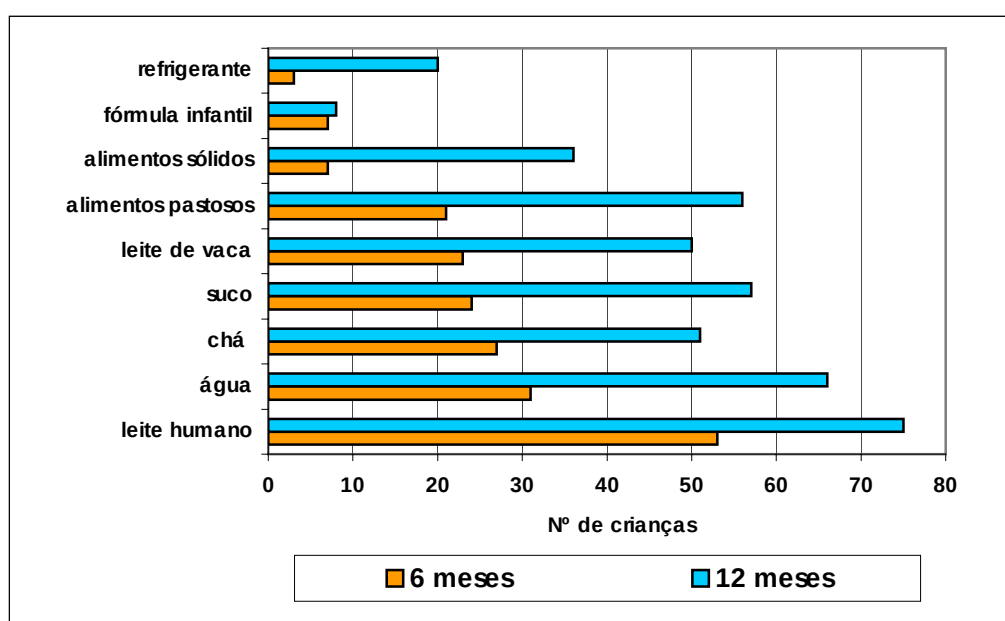


FIGURA 2. Alimentos consumidos na rotina de 1 dia por crianças com até 6 e 12 meses de idade. Araçatuba, 2005.

A prevalência dos hábitos de sucção não nutritivos é apresentada na figura 3. Estão incluídos nesta categoria os bicos artificiais, como a mamadeira (71%) e a chupeta (42%), a sucção digital (8%), chupeta e sucção digital concomitantemente (3%).

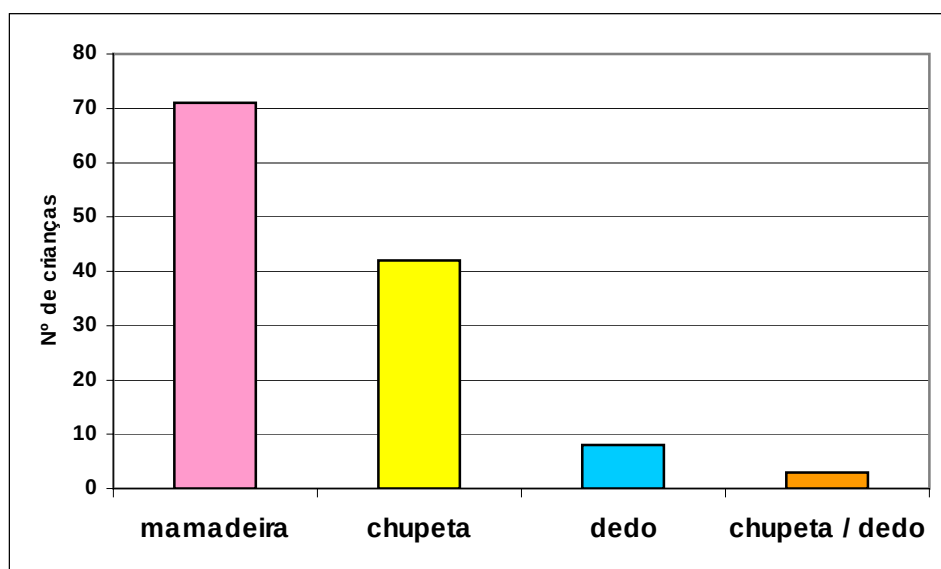


FIGURA 3. Hábitos de sucção não nutritivos de crianças com até 12 meses de idade relatados por suas mães. Araçatuba, 2005.

Observou-se na análise estatística, associação significativa entre o aleitamento materno exclusivo até 6 meses e o uso de mamadeira ($\chi^2=35,843$; $p<0,0001$). Para o aleitamento materno total até 12 meses, estiveram associados o uso de mamadeira ($\chi^2=9,537$; $p=0,002$), chupeta ($\chi^2=14,667$; $p=0,0001$) e a ausência de hábitos de sucção ($\chi^2=12,943$; $p=0,0003$).

Procurou-se averiguar o conhecimento das mães sobre os efeitos da amamentação no desenvolvimento das estruturas da face e, conseqüentemente na saúde bucal. O conhecimento dessa relação não é de domínio popular e menos da metade das mães ($n=33$) demonstraram saber a influência que o aleitamento pode exercer sobre a saúde bucal de seus filhos.

Alguns atores sociais estiveram envolvidos na divulgação desse conhecimento. Foram citados pelas mães, como responsá-

veis por fornecer informação sobre a relação da amamentação com a saúde bucal dos bebês, os seguintes sujeitos: cirurgião-dentista (33,3%), médico (24,2%), enfermeira (9,1%), familiares e amigos (9,1%). Meios de comunicação, como cartazes e panfletos (9,1%), televisão e rádio (12,1%) também estiveram presentes nos discursos.

Os profissionais de saúde também foram citados pelas mães como facilitadores do aleitamento ao lhes oferecerem apoio enquanto amamentavam seus filhos.

Apenas 29 mães receberam tratamento odontológico durante a gestação e dentre as 71 que não receberam, apenas 42 relataram sentir falta de acompanhamento por um odontólogo.

3.6 DISCUSSÃO

Estudos para diagnóstico rápido sobre amamentação têm sido indicados em campanhas de vacinação pela maior praticidade, baixo custo e confiabilidade.

Embora nossa população de estudo não seja uma amostra representativa do município, os resultados encontrados possibilitam um diagnóstico rápido das práticas de amamentação infantil nos bairros atendidos pela Unidade Básica de Saúde em estudo, contribuindo para subsidiar o planejamento de intervenções apropriadas voltadas à promoção do aleitamento materno entre os usuários dos serviços de saúde, visto que a situação encontrada não difere de outras localidades, sejam estas internas (correspondentes ao próprio município) quanto externas (demais municípios e regiões).

A prevalência do aleitamento materno, principalmente exclusivo, tem apresentado uma queda acentuada ao longo do pri-

meiro ano de vida das crianças brasileiras, embora essas taxas venham aumentando nos últimos anos.

Neste estudo, considerando-se que todas as crianças iniciaram a amamentação, ao final do primeiro mês, 7,1% haviam sido desmamadas, crescendo essa proporção para 35% ao final do sexto mês. Com o aleitamento materno exclusivo, essa queda foi ainda mais acentuada. Aos 30 dias, 24,5% das crianças já haviam iniciado o processo de desmame, com a introdução de novos alimentos; aos 120 dias, 73,2% e aos 180 dias, 93,7%.

Os valores obtidos neste estudo (22% em regime exclusivo aos 6 meses e 65% amamentadas aos 12 meses) foram superiores àqueles encontrados no estudo nacional de 1999¹⁵ (9,7% sob aleitamento exclusivo aos 6 meses e 44,2% das crianças amamentadas aos 12 meses). Também estiveram acima dos valores observados em Ouro Preto¹⁷ (48,5% e 65,1% de crianças desmamadas aos 6 e 12 meses, com uma mediana do aleitamento de 198 dias), Rio Preto¹⁹, cidade próxima a Araçatuba (prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses de 21,1%) e Nordeste. Neste último trabalho¹⁸ foi descrito o perfil do aleitamento materno na região Nordeste, abrangendo os Estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia, em crianças menores de 25 meses de idade, através de dados coletados na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, em um estudo transversal de base populacional. Aos quatro e seis meses, 64,7% e 54,4% das crianças mamavam, respectivamente. Foi observada uma alta taxa de desmame na população de estudo, já que aos 12 meses, apenas 37,3% das crianças continuavam mamando e apenas 22% aos 24 meses. A duração mediana do aleitamento materno para todas as crianças foi de 199,8 dias.

A comparação dos resultados destas pesquisas demonstra que, apesar da multiplicidade geográfica, as deficiências são semelhantes e devem ser compartilhadas para que ações abrangentes sejam instituídas como medidas de combate ao desmame precoce em nosso país.

No presente estudo, não foram encontradas associações entre o aleitamento materno, fosse exclusivo ou não, e as variáveis sócio-demográficas, maternas e de assistência ao parto.

Um inquérito sobre as práticas de aleitamento conduzido pela Secretaria de Saúde do Estado e a Faculdade de Saúde Pública em 1998, realizado em 84 municípios do Estado de São Paulo, encontrou como fatores associados à interrupção do aleitamento materno a ausência do Programa Hospital Amigo da Criança, primiparidade e trabalho materno. Quanto ao aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses, foram identificadas também a escolaridade materna e a maternidade precoce. A análise dos fatores estudados mostrou que o trabalho informal e o desemprego influenciam no desmame precoce²⁶.

Estudos têm demonstrado que quanto menor o tempo decorrido entre o nascimento e a primeira mamada, maiores serão as chances de a criança ser amamentada naturalmente^{10,13}. Em mais da metade das crianças neste estudo (n=68) o período de espera foi considerado adequado (menor que 5 horas), o que pode ter contribuído para a alta taxa de crianças amamentadas, 75% no total, embora não tenha sido encontrada associação estatisticamente significativa.

Quanto aos hábitos de sucção, foram observadas relações estatisticamente significantes entre o uso de mamadeira/chupeta e aleitamento. As crianças que usavam mamadeira estiveram mais

propensas à interrupção do aleitamento ou à introdução de novos alimentos. Também o uso de chupetas esteve associado ao desmame. A ausência de hábitos de sucção foi considerada um fator protetor da amamentação.

Mamadeiras e chupetas já haviam sido associadas ao desmame precoce por Victora et al.²⁷. Segundo estes autores, esses utensílios são utilizados, em algumas situações, como instrumentos para desmamar a criança, substituir o *peito* da mãe, diminuindo o estímulo ao mamilo e, portanto, reduzindo a produção láctea.

Sabe-se que o aleitamento materno auxilia no correto desenvolvimento das estruturas orofaciais^{1,2,3,4,6,7,10,25}, podendo ser considerado um fator preventivo para a instalação de hábitos de sucção.

Inoue et al.²⁸ descobriram que a atividade do músculo masseter, registrada por eletromiografia, foi significativamente menor em bebês de 2 a 6 meses alimentados com mamadeiras do que em bebês da mesma idade, amamentados.

Os bicos artificiais agravam os fatores dentários, promovendo maiores índices de alterações oclusais. A fonação pode futuramente também ser comprometida devido às inadequações dos órgãos fonoarticulatórios (sucção com pressão negativa)⁶. Para Planas³, a amamentação materna representa, em uma estância maior, a “*terapia precoce de reabilitação neuroclusal*”.

Por fim, deve-se considerar o risco à cárie precoce associado ao uso de mamadeiras com adição de açúcares, mel ou cereais, aliado à negligência bucal. A cárie precoce é representada pela presença de lesões envolvendo os dentes decíduos. De evolução aguda, destrói rapidamente a coroa dental. O tratamento depende da cooperação mútua entre mãe/família/criança para que

novos hábitos alimentares sejam introduzidos na rotina da criança²⁹.

A introdução precoce de outros alimentos na dieta da criança em idade de aleitamento, principalmente a suplementação de água e chás, não é problema exclusivo do município de Araçatuba. Situação semelhante é relatada em outros estudos. Em Ouro Preto, 76,4% das crianças que tiveram suplementação de chás, isso ocorreu antes de completarem 1 mês de vida¹⁷. Em Rio Preto, aos 60 dias de idade, a maioria das crianças já recebiam água e chás¹⁹. Dentre os lactentes menores de 90 dias de vida no município de Itapira, 23,6% tomavam água, e 24,8% tomavam chá, sendo a oferta de água crescente nos meses subsequentes²⁰.

Sobre a suplementação alimentar, além da administração precoce de alimentos em um período no qual somente a oferta de leite materno é suficiente para o adequado desenvolvimento infantil, destacou-se, neste trabalho, a introdução dos refrigerantes na dieta das crianças. A idade e o número correspondentes das crianças que receberam o produto foram: 3 meses (1), 5 meses (2), 7 meses (1), 8 meses (5), 9 meses (2), 10 meses (1), 11 meses (6), 12 meses (2), totalizando 20% da amostra. A justificativa apresentada pelas mães foi a satisfação da vontade do bebê, que “*teria lombriga*”, se não o provasse, como se a criança tivesse consciência de seus desejos em tão tenra idade. Os refrigerantes não contribuem em nada para a saúde infantil, além de se constituírem em uma oferta desnecessária de sacarose em uma idade precoce, contribuindo para o desenvolvimento de cáries se tais crianças não receberem cuidados adequados de higiene bucal²⁹.

Dentre as mães entrevistadas, 67 não sabiam da relação entre saúde bucal e amamentação. Nakama³⁰, em um estudo com

mães atendidas na Bebê Clínica e em um hospital credenciado como “Amigo da Criança” em Londrina (PR), avaliou o conhecimento das lactantes sobre o aleitamento materno ligado à odontologia, e percebeu que essa relação é fracamente percebida por essas mulheres, mesmo por aquelas que foram atendidas no hospital “Amigo da Criança”, e ressalta a necessidade de um enfoque mais visível para essa questão.

Muito se tem falado sobre os benefícios do aleitamento, mas pouco destaque é dado ao desenvolvimento do sistema estomatognático, ficando este conhecimento circunscrito à Academia. A divulgação desse tipo de informação pode contribuir como um motivo a mais para as mães optarem pela amamentação, já que a conscientização é mola propulsora para a mudança de atitude do ser humano.

Quanto aos agentes responsáveis por essa divulgação, pouca influência têm exercido os profissionais da saúde. Neste estudo, o cirurgião-dentista foi o mais citado, seguido pelo médico e enfermeira. Apesar disso, a função social desses atores está sendo subutilizada.

Outra questão a ser considerada foi a pouca necessidade sentida pelas entrevistadas quanto ao atendimento odontológico. Quase metade das mulheres (40,8%) que não receberam atendimento durante a gestação e/ou lactação não sentiram falta desse acompanhamento. Apesar dos avanços alcançados, a saúde bucal ainda não é considerada como parte das necessidades básicas de saúde, muito embora seja condição *sine qua non* para a manutenção da saúde integral dos indivíduos.

A educação pré-natal é uma importante ferramenta de auxílio à promoção do aleitamento materno¹⁰. Estratégias de interven-

ção, como discussões em grupo abordando os mitos, inibições e demonstrações práticas, além de palestras sobre as vantagens da amamentação, com a participação de pessoas do convívio social da mulher, tais como o pai, avós e amigas íntimas, são métodos úteis e eficazes que devem ser implementados. Outras alternativas viáveis são a formação de grupos de apoio entre as mães, visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários e a educação comunitária durante a gestação.

Apesar dos esforços que vêm sendo realizados a favor da amamentação, em todas as áreas de abrangência - local, estadual e nacional -, o aleitamento materno, em Araçatuba, assim como em diversas regiões brasileiras, ainda está aquém dos índices recomendados pela Organização Mundial da Saúde. As atividades de promoção de saúde devem ser direcionadas a grupos de risco, sendo enfatizados os prejuízos do uso da chupeta e mamadeira ao desmame precoce e suas conseqüências. Nesse sentido, tanto os órgãos governamentais e institucionais, quanto os meios de comunicação e os profissionais de saúde, de modo individual e coletivo, devem compactuar ações efetivas em prol do aleitamento.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) pelo suporte financeiro destinado à realização desta pesquisa.

3.7 REFERÊNCIAS

1. Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo: CLR Balieiro; 2002.
2. Ferreira MIDT, Toledo OA. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. Rev. ABO Nac 1997; 5: 317-20.
3. Planas P. Reabilitação neuroclusal. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1997.
4. Bittencourt LP, Modesto A, Bastos EPS. Influência do aleitamento sobre a frequência dos hábitos de sucção. Rev.bras. odontol 2001; 58: 191-3.
5. Braghini M, Dolci GS, Ferreira EJB, Drehmer TM. Relação entre aleitamento materno, hábito de sucção, forma do arco e profundidade do palato. Ortodon. gaúch 2002; 6: 57-64.
6. Carvalho GD. Amamentação e o sistema estomatognático. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
7. Tomita LM, Carrascoza KC, Possobon RF, Ambrosano GMB, Moraes ABA. Relação entre o tempo de aleitamento materno, introdução de hábitos orais e ocorrência de más oclusões. Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo 2004; 9: 101-4.
8. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.
9. Ministério da Saúde. Aleitamento materno. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/saude> [2005 maio 04]
10. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.

11. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. Rev. saúde pública 2000; 34: 143-8.
12. Horta BL, Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Guimarães PRV. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. Cad. saúde pública 1996; 12 (supl. 1): 43-8.
13. Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Santana Netto PV. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. Rev. bras. saúde matern. infant 2004; 4: 143-50.
14. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. J. pediatr. (Rio J) 2003; 79: 385-90.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde – estudos amostrais. Indicadores Dados Básicos. 2003. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br> [2005 nov 01]
16. Kitoko PM, Rea MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. Cad. saúde pública 2000; 16: 1111-9.
17. Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas SN, Baudson M-FR. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. Rev. saúde pública 2000; 34: 617-22.
18. Lima TM, Osório MM. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. Rev. bras. saúde matern. infant 2003; 3: 305-14.

19. Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan TAB, Garcia E, Silva LC, Carvalho FLP et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cad. saúde pública 2004; 20: 172-9.
20. Audi CAF, Corrêa AMS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. Rev. bras. saúde matern. infant 2003; 3: 85-93.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php> [2005 nov 01]
22. Silva NN, Sundefeld MLMM, Frei F, Corrêa DC. Bioestatística: fazendo e aprendendo [computer program]. São Paulo: SAE/USP; 1999.
23. Epi Info 3.2.2: software para profissionais de saúde [computer program]. Atlanta: CDC; 2004.
24. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: WHO; 1991.
25. Barros FC, Victora CG. Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitário. 3ª ed. São Paulo: Hucitec-Unicef; 1998.
26. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev. saúde pública 2002; 36: 313-8.
27. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifiers use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? Pediatrics. 1997; 99: 445-53.

28. Inoue N, Sakashita R, Kamegai T. Reduction of masseter muscle activity in bottle-fed babies. *Early Hum Dev.* 1995; 42: 185-93.
29. Holanda JZ, Rodrigues MJ. Cárie precoce na infância: relato de caso clínico. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê* 2003; 6:12-7.
30. Nakama L. Aleitamento materno e odontologia: atuação interdisciplinar e multiprofissional na construção da saúde bucal como direito de cidadania [tese doutorado]. Araçatuba : Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista; 1999.



Capítulo 3

**"Posso não concordar com nenhuma
das palavras que você diz, mas defenderei
até o fim o direito de você dizê-las"**

Voltaire

4

Capítulo 3



O SER E O FAZER NA AMAMENTAÇÃO: UMA ABORDAGEM CONSTRUTIVA¹

To be and to do in the breastfeeding: a constructive approach
El ser y el hacer en la amamentación: una abordaje constructiva

4.1 RESUMO

Este estudo buscou compreender os motivos e os aspectos que envolvem a decisão das mulheres em optarem pelo aleitamento materno. Através de uma abordagem qualitativa, foram entrevistadas mães de crianças com até 12 meses de idade, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Araçatuba (SP), sendo descritas as falas das nutrizes por meio da técnica de Análise de Conteúdo. Para essas mulheres, o leite materno, além de importante, é sinônimo de saúde para seus filhos, e a prática do aleitamento esteve relacionada com experiências anteriores e o apoio de familiares. O trabalho materno pareceu ser um empecilho para a sua realização. Dentre os motivos alegados para o desmame, figuraram o leite fraco e a falta de leite. É proposto um cuidado centrado na pessoa da nutriz, compreendendo a multiplicidade de fatores envolvidos na sua decisão em amamentar, estando o profissional de saúde capacitado para a assistência materno-infantil.

¹ Trabalho a ser enviado e apresentado de acordo com as normas de publicação do periódico REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM (ISSN 0104-1169) (Anexo G)

DESCRITORES: aleitamento materno; desmame; relações mãe-filho; saúde da mulher; mães; pesquisa qualitativa.

4.2 ABSTRACT

This study looked for to understand the reasons and the aspects that involve the decision-making process that leads women to breastfed their babies. Through a qualitative approach, mothers of children up to 12 months of age were interviewed, in a public health center in Araçatuba, Brazil, being described the wet nurses speeches based on the Content Analysis technique. For these women, the human milk, besides important, is synonymous of health for their children and the breastfeeding was related to previous experience and the family support. The maternal work seemed to be a difficulty for its accomplishment. The reasons mentioned for weaning were having weak or little milk. It is proposed a care that is centered on the person of the wet nurse, understanding the multiplicity of factors involved in her decision about breastfeeding, being the health professional qualified to the mother-child attendance.

DESCRIPTORS: breast feeding; weaning; mother-child relations; women's health; mothers; qualitative research.

4.3 RESUMEN

Este estudio buscó comprender las razones y los aspectos que involucran la decisión de las mujeres en optaren por el amamantamiento materno. Con un acercamiento cualitativo, fueron entrevistadas las madres de niños hasta 12 meses de edad, en un centro de la salud pública en Araçatuba (SP), siendo descrito los discursos de las nutrices basados en la técnica del Análisis del Contenido. Para estas mujeres, la leche materna, además de importante, es sinónimo de salud para sus hijos, y la práctica del amamantamiento estebe relacionada las experiencias anteriores y el apoyo de parientes. El trabajo materno pareció ser un obstáculo para a su realización. Entre las razones alegadas para el destete, figuraron leche débil y la carencia de leche. Es propuesto un cuidado centrado en la persona de la nutris, entendiendo la multiplicidad de factores involucrados en la su decisión en amamantar, estando el profesional de salud capacitado para la asistencia materno-infantil.

DESCRIPTORES: lactancia materna; destete; relaciones madre-hijo; salud de las mujeres; madres; investigación cualitativa.

4.4 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é partícipe na promoção da saúde do binômio mãe-filho.

Há um hiato na prática humana do aleitamento materno entre o ser e o fazer. O ser está condicionado e é culturalmente transmitido. O fazer não é tão simples e as dificuldades na manutenção dessa prática, ao longo da história, têm constatado essa assertiva.

O leite materno é o alimento natural para o bebê⁽¹⁾. Fornece toda a energia e nutrientes que o recém-nascido necessita durante os primeiros meses de vida e continua a fornecer grande parte das necessidades infantis até o segundo ano de vida. O leite humano promove o desenvolvimento sensor, cognitivo e orofacial da criança, além de protegê-la contra doenças crônicas e infecciosas na primeira infância⁽²⁾.

Ao longo dos últimos anos, o Brasil vem demonstrando um aumento significativo nas taxas de prevalência do aleitamento. O impacto positivo das políticas públicas voltadas à promoção da amamentação mostrou um aumento significativo na duração mediana do aleitamento materno, passando de 5,5 meses em 1989, para 7 meses em 1996⁽³⁾. Em um recente estudo realizado nas capitais brasileiras, a mediana do aleitamento materno foi de 296 dias (9,8 meses) no Brasil urbano⁽⁴⁾. Embora o avanço nos índices seja positivo, estes números ainda estão abaixo daqueles recomendados por órgãos internacionais⁽⁵⁾.

Uma das razões mais comuns dadas pelas mães para justificar a interrupção da amamentação ou a introdução de outros a-

limentos é a crença de que não terão leite suficiente ou que a qualidade deixa a desejar⁽⁶⁾. Também são relacionadas ao desmame precoce justificativas como a recusa do seio pela criança e a decisão da mãe em parar de amamentar seu filho^(1,3).

Uchimura e colaboradores⁽⁷⁾ relacionaram, em seu estudo, como causas do desmame a prematuridade, o trabalho profissional e/ou estudo, sendo a principal causa (64,7%) os conceitos inadequados sobre o leite materno.

O perfil epidemiológico atual necessita ampliar a compreensão acerca dos fatores determinantes envolvidos no processo decisório da amamentação. Sendo a decisão a favor do aleitamento materno uma escolha individual, desenvolvida dentro de um contexto sociocultural, e desse modo influenciada pela sociedade, seus costumes e tradições, como também pelas condições de vida da mulher⁽⁸⁾, torna-se imprescindível a compreensão desses fatores e do modo como as mulheres interagem em seu ambiente natural.

Com o propósito de compreender os motivos e os aspectos que envolvem a decisão das mulheres em optarem pela amamentação ou se manterem excluídas de tais benefícios, optou-se por avaliar o discurso de mães de crianças com até 12 meses de idade, assistidas em uma Unidade Básica de Saúde. Ao se questionar os motivos que levaram a nutriz a amamentar, o estudo coloca a mulher no núcleo da ação social e toma como objetos os significados por ela atribuídos e a aproximação da subjetividade envolvida na prática da amamentação.

4.5 MÉTODOS

A natureza desta parte do estudo requereu os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa em saúde como concepção

teórica de abordagem, em vista da possibilidade que esta oferece em considerar a subjetividade dos sujeitos, na construção científica, como parte integrante do fenômeno social, na medida em que se acredita que a realidade vai mais além dos fenômenos percebidos pelos sentidos^(9,10). A pesquisa qualitativa é uma forma adequada de entender a natureza de um fenômeno social, neste caso específico, a amamentação.

Quanto ao procedimento metodológico, este estudo caracterizou-se por ser uma pesquisa qualitativa de campo, atuando o pesquisador no meio onde se desenrola a existência do fenômeno, tendo como técnica a entrevista, instrumento este que permite uma análise complexa do problema⁽¹¹⁾.

A estratégia utilizada em qualquer pesquisa científica fundamenta-se em uma rede de pressupostos ontológicos e da natureza humana que definem o ponto de vista que o pesquisador tem do mundo que o rodeia. Esses pressupostos proporcionam as bases do trabalho científico, fazendo que o pesquisador tenda a ver e a interpretar o mundo de determinada perspectiva⁽¹¹⁾. O marco conceitual que orientou a realização deste estudo foi a teoria das representações sociais. “Essa é basicamente uma teoria sobre a construção social em dois sentidos”¹². Primeiramente, as representações sociais são socialmente construídas por meio de discursos públicos nos grupos. A forma como as pessoas pensam sobre as coisas “reais e imaginárias” do seu mundo é o resultado de processos discursivos e, portanto, socialmente construídos. Em segundo sentido, esse conhecimento é criado pelo grupo. É ao mesmo tempo uma teoria sobre o conhecimento representado, bem como uma teoria sobre a construção do mundo⁽¹²⁾. Assim, as representações sociais podem ser entendidas como idéias, concepções

e visões de mundo que os atores sociais constroem sobre a realidade, as quais estão vinculadas às práticas sociais. Cada grupo elabora representações de acordo com a sua posição no conjunto da sociedade, representações essas que emergem de seus interesses específicos e da própria dinâmica da vida cotidiana⁽¹³⁾.

Araçatuba está localizada na região noroeste do Estado de São Paulo. Como município de médio porte, caracteriza-se por uma economia agropecuária. Neste estudo, foram entrevistadas 100 mães de crianças com até 12 meses de idade, que compareceram a Unidade Básica de Saúde (UBS) de maior fluxo de atendimento, durante a primeira fase da Campanha Nacional de Vacinação contra a Paralisia Infantil, no ano de 2005. Esta Unidade faz parte da rede pública de saúde e abrange 21 bairros de uma grande área periférica do município. A população atendida nesta UBS apresenta características socioeconômicas baixas, exercendo, predominantemente, atividade braçal.

A amostra composta de 100 indivíduos, número este obtido após cálculo realizado pelo software *Bioestatística: fazendo e aprendendo*[®], justifica-se por terem sido coletados, no mesmo momento, dados sobre a prevalência da amamentação, através de uma análise quantitativa da amostra, havendo a necessidade de se fazer inferência para aquela Unidade (dados a serem publicados).

Como técnica de pesquisa qualitativa, optou-se pela entrevista semi-estruturada. Este tipo de entrevista permite o acesso a dados da realidade, de caráter subjetivo, como as idéias, crenças e maneiras de pensar; opiniões, sentimentos e maneiras de atuar; conduta, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças⁽¹⁰⁾. A modalidade da entrevista semi-estruturada “ao mes-

mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”, mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância na situação do ator⁽⁹⁾. Em um roteiro contendo perguntas que serviram de guia ao entrevistador (Anexo H), foi anotado o desenvolvimento da entrevista, sendo as falas dos atores participantes registradas através de um sistema de anotação simultânea da comunicação. Foram abordados os seguintes conteúdos: dados de identificação da mãe, processo da amamentação (motivos para amamentar, dificuldades, influência familiar, relação com trabalho materno) e desmame.

Inicialmente, foi encaminhado um ofício ao Secretário Municipal de Saúde do município, informando sobre a finalidade da pesquisa e solicitando autorização para desenvolver a referida pesquisa na área de abrangência escolhida (Anexo C). Após a aprovação, foram feitos os contatos necessários com a UBS para operacionalização do projeto. A coleta de dados aconteceu em um único dia, durante o atendimento das crianças. As mães foram abordadas na fila durante a espera na UBS, e convidadas a participar do estudo. A participação foi voluntária e todas as mães receberam informações detalhadas sobre os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios. Após os esclarecimentos necessários, foi obtido o termo de Consentimento Livre Esclarecido de cada participante (Anexo E). A entrevista foi realizada por um único examinador, em um local designado para isso na própria UBS, proporcionando um ambiente tranquilo que facilitasse a interação das informantes com o entrevistador.

Foi realizado um estudo piloto, para aferição das dificuldades encontradas e capacitação do pesquisador envolvido no projeto, com mães de crianças com até um ano de idade cadastradas na Clínica de Gestantes da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

Para a análise dos dados, adotou-se o método de Análise de Conteúdo^(9,10,14). Segundo Bardin⁽¹⁴⁾, este instrumento pode ser conceituado como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) das mensagens”. Este método auxilia no estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências, também no desvendar das ideologias que podem existir nos discursos dos sujeitos, e, à primeira vista não se apresentam com a devida clareza⁽⁹⁾. Dentre as técnicas de Análise de Conteúdo, foi realizada, neste trabalho, a análise categorial, funcionando através de operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos⁽¹⁴⁾.

Inicialmente, foram definidas as unidades de registro, elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem, que neste estudo foram estabelecidas a partir de temas que se referiam a unidades maiores. Além dessas, foram definidas as unidades de contexto, situando uma referência mais ampla, precisando o contexto da qual faz parte a mensagem. Após a definição das unidades, parte-se para a elaboração das categorias⁽¹⁴⁾. Os resultados são, então, descritos conforme a distribuição nas cate-

gorias. Cronologicamente, a análise de conteúdo pode abranger as seguintes etapas:

- Pré-análise: leitura e organização do material, definição das unidades de registro e de contexto, trechos significativos e categorias.
- Exploração do material: aplicação do que foi definido na fase anterior, várias leituras do material.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. Busca pelas ideologias, tendências e outras determinações características do fenômeno de estudo.

Esta pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (Proc. FOA 2005-01398) (Anexo F), sendo respeitados os ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4.6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas mães entre 15 a 42 anos, estando a metade (52%) delas situada na faixa dos 16 aos 30 anos. A maioria das mulheres era casada/ amasiada (89%). Apesar da baixa renda (68% recebiam até 3 salários mínimos), 48% das mães tinham completado o ensino médio. No momento da pesquisa, 60% não estavam trabalhando, fosse por motivos de desemprego ou por opção própria, fosse pela dependência das imposições da maternidade.

A partir da análise em profundidade, os dados foram apresentados em categorias gerais e específicas (subcategorias), sendo descritas as falas dos sujeitos da pesquisa, segundo a metodologia descrita anteriormente. A categoria geral abrange a idéia central

do tema abordado, e a subcategoria apresenta os tópicos a ela relacionados.

UM MOTIVO PARA AMAMENTAR

O reconhecimento dos benefícios do leite materno para a criança é expresso nas falas dessa categoria. As mulheres parece construir o valor da prática da amamentação como o melhor para o bebê, tendo por base a experiência social, apropriando-se do discurso médico, e reinterpretando-o⁽¹⁵⁾.

É o melhor para o bebê: *“É bom, o leite materno é o melhor leite”; “Não tem necessidade de mais nada, sustenta ela”; “(...) ajuda o desenvolvimento dele”; “É bom, queria dar até ele crescer”; “É importante para a saúde dela e para a minha também”.* Nesta última fala, nota-se a percepção da mãe quanto aos benefícios que o aleitamento pode trazer não só para sua filha, mas também para sua própria saúde, o que se caracteriza como um forte motivo de caráter pessoal.

É saudável e oferece proteção contra infecções e alergias: Para muitas, amamentar é sinônimo de saúde, refletindo o conceito biologicista, e a dicotomia entre saúde e doença, ou seja, quando não amamentada, a criança fica doente. *“Até melhor, criança mais saudável”; “Cresce mais forte, tem mais saúde”.* Também manifestações de sentimentos parecem estar associadas a este conceito: *“É importante pra ele na saúde, afeto, carinho”.*

A figura da prevenção de doenças é dominante no discurso das lactantes, e o vocábulo vacina, uma denominação simplificada utilizada pelos profissionais de saúde para explicar a proteção imunológica do leite humano, aparece de modo recorrente: *“É uma*

vacina que não pode ser deixada de dar”; “(...) evita infecção, fica mais forte”; “(...) evita problemas respiratórios, alergia”; “(...) livra das doenças que tem por aí”; “(..) vacina contra monte de doença, não tinha necessidade de dar outra coisa”.

Prazer/ amor/ vontade: *“Bom dar de amamentar no peito (...)”; “É um ato de amor que a gente tem pelo filho da gente”; “(...) é prazeroso (...)”; “eu gosto, é tão bonito”.* Para essas mulheres, a opção pelo aleitamento está alicerçada no prazer. As representações sociais identificadas no estudo de Nakano⁽¹⁶⁾ apresentam a amamentação como um processo feminino socialmente construído, de ideário de abnegação e doação, visto por ela como um ato de amor e sacrifício, tendo a mulher um papel a desempenhar. O discurso das mães deste presente estudo está em consonância com as observações do trabalho acima, através de assertivas representativas de um amor simbólico, sublime e ideal, percepções estas incorporadas pelas mães em sua dinâmica social. Esta atitude positiva da mãe diante da amamentação é resultado de uma experiência agradável, desenvolvida pela crença de que a amamentação favorece a ligação e aproximação entre mãe e filho.

Praticidade: O leite materno é de graça, vem na temperatura certa, está livre de contaminações, além de ser mais higiênico e poder ser dado a qualquer hora e em qualquer lugar^(2,3,5,7). Estas vantagens são percebidas pelas mulheres quando estas afirmam que amamentar *“Economiza o bolso”; “É mais fácil, mais prático”.*

Experiência anterior: O ato de já ter amamentado anteriormente, ou de ter experienciado de forma positiva a amamentação, facilita a decisão da mãe em amamentar o filho mais novo; afinal, o ser humano tende a repetir experiências positivas e negar aquelas que

tenham trazido desconforto ou apresentado risco à sua integridade: *“Já tinha dado pro outro filho que é mais fortinho”*; *“(...) a filha anterior não deu e ela vive doente”*; *“(...) o outro filho mamou até quatro meses e teve infecção, afta, ele tinha preguiça de mamar”*; *“(...) outro filho tem seis anos e mamou também”*.

No estudo de caso conduzido por Ichisato e Shimo⁽⁶⁾, foram observados os seguintes fatores como estímulo ao aleitamento materno: alimentar-se ou não de certos alimentos (lactogogos/ galctogogos), ter vivenciado a amamentação, crenças transmitidas por familiares e médicos e crescimento e desenvolvimento da criança.

Obrigação: A amamentação pode não ser uma escolha tomada de forma pessoal e, sim, induzida por pressões externas de diversas ordens, colocando a mulher em uma situação de obediência a uma ordem maior: *“Fui obrigada”*; *“Era obrigada a dar”*; *“Tem que dar”*.

Já que tenho leite...: *“Eu tinha bastante leite, mas não acho importante”*; *“Porque se tem leite eu vou dar”*; *“(...) ele também não pegou outro leite”*. Essas falas refletem uma sensação de falta de opção. Elas (as mulheres) amamentam porque o leite jorra de suas mamas e, por ser essa uma situação natural, a decisão pela amamentação acaba sendo também natural e não alicerçada em razões de forma consciente. Essa é uma postura inerte e mulheres nessa situação tendem a desmamar seus filhos mais precocemente, já que à primeira dificuldade, seja de ordem técnica ou social, a lactante abandona o aleitamento, pois para ela o desmame precoce também seria natural.

SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR

O processo de desmame inicia-se pela introdução de outros alimentos além do leite materno. Essa oferta pode ocorrer de forma natural, quando a criança já alcançou a idade recomendada e apresenta necessidades fisiológicas de crescimento e desenvolvimento que só o leite materno não é capaz de suprir. O que acontece é que, em inúmeras situações, a suplementação alimentar acontece antes do tempo previsto, caracterizando o processo de desmame precoce.

Nesta categoria, encontramos a figura do médico exercendo um papel central na suplementação alimentar. Outras crenças e atitudes estão calcadas na tradição familiar e são percebidas nos entremeios dos discursos das entrevistadas.

Recomendação profissional: *“O médico receitou suco pra acostumar, chá pra ela ir acostumando”; “O pediatra recomenda a entrar com suco, fruta”; “Pediatra pediu”; “As enfermeiras recomendaram”.* Os filhos da primeira e segunda mãe têm, respectivamente, 3 e 5 meses, idade esta em que a administração do leite materno deve ser feita de modo exclusivo. Complementos líquidos, como água, chá e sucos, devem ser introduzidos a partir dos 6 meses, de acordo com as recomendações oficiais⁽⁵⁾. Nas falas seguintes, as crianças têm entre 4 e 12 meses. Fica aqui a dúvida: estão os médicos e outros profissionais da saúde orientando corretamente suas pacientes acerca da nutrição das crianças em fase de lactação? Pelo observado neste estudo, nem todos estão. É de extrema importância que o processo formador em saúde seja integrado, para que os profissionais de saúde, em uníssono, atuem de maneira coerente.

Necessidade de outros alimentos...o bebê já cresceu...: *“Pra dar uma coisa diferente, ter outro gosto”; “Porque ela já não queria mais só o peito, criança dá lombriga”; “Porque ela tem que conhecer coisas novas”; “Porque já tava com dentinho e me mordida”; “(...) já tá grandinho”.* Nessa subcategoria encontram-se crianças, em sua maioria, maiores de 6 meses, o que justifica a oferta de outros alimentos na dieta.

Para tratar de cólicas.../ outros: *“Dou chá por causa da cólica, pra soltar os gases”; “Água pro soluço, chá pra cólica”; “Dou água por causa do calor”.*

A cólica é freqüente nos recém-nascidos. O funcionamento do intestino, que durante a gestação estava se formando, leva à dor abdominal⁽²⁾. Os tradicionais chás são paliativos e a sua indicação faz parte da tradição cultural.

Está cientificamente comprovado que crianças aleitadas exclusivamente, em esquema livre, não precisam beber água. Estão recebendo nutrientes e água em quantidade e qualidade suficientes para alimentá-la e hidratá-la^(2,3).

Decisão pessoal/ familiar: *“Ele fica muito grudado no peito e dei isso pra tirar ele um pouco do peito”; “A vó fala que o bebê é homem, precisa comer”; “Porque quis”.* A mãe pode, simplesmente, não querer mais dar só o leite materno para o seu filho. Alguns fatores, conscientes ou inconscientes, atuam nesse processo. A influência da família e pessoas do convívio social da mulher é determinante na sua decisão. A necessidade pessoal de exercer outros papéis na comunidade, além da maternidade, contribui como justificativa aceitável por ela para iniciar o processo de desmame, isentando-a da culpa de não oferecer mais o peito ao seu filho.

Trinta e cinco mães referiram o período de seis meses como o ideal para amamentar o seu filho, e outras 35 citaram o período entre 7 a 12 meses. Resultado semelhante foi observado no estudo qualitativo conduzido por Ramos e Almeida⁽¹⁾. Segundo os autores, não reconhecendo a recomendação oficial⁽⁵⁾, de amamentação exclusiva por seis meses e complementação com suplementos alimentares até os dois anos de vida ou mais, as mães acabam por confundir os conceitos, fato este relacionado, em grande parte, à difusão de informação por meio das campanhas e dos serviços de saúde, que terminam por evidenciar o período de 6 meses sem a devida ênfase no caráter exclusivo da amamentação.

DIFICULDADES NA PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO

A operacionalização do aleitamento pode apresentar algumas dificuldades que, se não tiverem o devido suporte técnico e emocional, podem contribuir para a interrupção precoce da amamentação. As mães foram abordadas com a seguinte questão: “Quais as dificuldades você tem (ou teve) para amamentar?” Foram observadas referências nas falas das mulheres quanto à dor (“Dói muito”; “Mastite no começo e sofri demais”), falta de leite (“Pouco leite”) e ferimentos nas mamas (“Quando ele aperta muito, o peito machuca”; “Rachou, sangrou e utilizar o peito de silicone”; “Não tinha bico, foi difícil, dor, sangrou”). No entanto, 83 nutrízes não se queixaram de nenhum problema. Logo em seguida, foram feitas as seguintes perguntas: “Você teve problemas com machucados nas mamas? Peito empedrado? Falta de leite?”. Já nestas respostas, uma maior quantidade de mães afirmaram ter vivenciado pelo menos uma dessas situações: 43,3% confirmaram terem sofrido com os ferimentos mamilares, mastite (29,8%) e falta de leite (21,6%). Isso nos leva a crer

que, para muitas mães, vivenciar essas situações não foi considerado como um problema, referindo-se a elas somente quando questionadas diretamente, já que não foram relacionadas como dificuldades em um primeiro momento.

TRABALHO MATERNO

O retorno ao trabalho tem sido considerado um fator de risco para o desmame⁽⁷⁾. Vale ressaltar a inaplicabilidade das leis protetoras da mulher trabalhadora que amamenta, pois embora a legislação brasileira seja expressa ao assegurar o direito à licença maternidade, a creches em locais de trabalho ou convênios com esse fim, a pausas para amamentação⁽³⁾, entre outros, na realidade esses direitos não são efetivamente exercidos na maioria dos casos.

Trabalho em casa ou tento conciliar meu emprego com a amamentação: *“Não quero parar de amamentar pra trabalhar. Trabalho em casa”; “Trabalho nas horas vagas, concilio as duas coisas, amamentação e trabalho”. A mulher, para conciliar seu papel de nutriz e trabalhadora, precisa de um esforço maior e vontade para que isso aconteça. Na fala dessas mães, ressalta-se o desejo em continuar amamentando, tornando a amamentação uma prioridade junto com outras necessidades, o que justifica o esforço empregado.*

É impossível conciliar trabalho e amamentação: *“Vou tentar dar mamadeira. Não posso sair do trabalho, só na hora do almoço”; “Vou ter que sair do emprego”; “Parei de amamentar no período do trabalho. Dão o tempo de amamentar, mas não é a hora de amamentar”; “Tive que complementar. Acho que não dá pra conciliar”. A impossibilidade em conciliar horários com a amamentação destaca-se nesses discursos. O cumprimento da lei torna-se quase uma utopia. Por vezes, é oferecida à mãe a pos-*

sibilidade de amamentar, porém sob ameaças de perder o emprego: *“Ela parou de mamar e não deram a meia hora, mas o trabalho pedia, e o leite parou e eu podia ser mandada embora”*. Entre amamentar e garantir o sustento da família, a preferência dá-se pela subsistência, o que é mais lógico.

Por outro lado, seria simplista demais responsabilizar as dificuldades de implementação dessas leis como único entrave à prática da amamentação. A amamentação pode limitar a participação da mulher nas esferas pública e profissional, diante da necessidade de exercer seu papel materno, que reclama dedicação e proximidade com o filho. Esta restrição ao desempenho de outras atividades da dimensão profissional implica na limitação da liberdade e lazer da mulher, acarretando riscos para a sua individualidade e bem estar⁽¹⁷⁾. A mulher, assim, pode optar por qual papel ela irá exercer de forma predominante, ficando comprometidas algumas das esferas, seja ela a materna ou a profissional.

Direitos preservados: *“Estou de licença, depois que voltar vou ter direito a 1 hora pra sair pra amamentar”; “Vou ter 1 hora disponível”; “Moro perto de onde trabalho, e saio pra amamentar, a dona da casa deixa”*. Infelizmente, essas situações são mais raras.

INTERFERÊNCIA FAMILIAR

Os agentes sociais que compartilham com a nutriz as suas vivências atuam de modo contundente sobre o comportamento adotado por ela. A influência familiar foi notória no grupo estudado (*“Incentivam, ninguém quer que pare”; “Falam pra não dar chuquinha nem nada pra não confundir o bebê”*). No discurso de 78 mães foram observadas referências ao apoio recebido pelo núcleo familiar, em espe-

cial as mães e as sogras (*“Principalmente da minha mãe e da minha sogra”; “Minha mãe, bastante”*), marido (*“(...) pelo meu marido ele mama até uns 3 anos”*), parentes (*“(...) da família dele”; “irmãs”, “cunhada”*), e amigos (*“só a amiga”*). No entanto, estes mesmos sujeitos, principalmente os mais idosos, podem incentivar a interrupção do aleitamento: *“Falam que tem que parar”; “A mãe manda dar mamadeira”*. Isso vai depender das tradições que cada um segue e da situação cultural do grupo.

Para Silva⁽¹⁷⁾, a prática da amamentação não está determinada por uma evolução biológica natural, historicamente propagada, mas é construída no cotidiano das famílias, vivida pela mulher em consonância ou em conflito, em seu ambiente natural, social e cultural. O conhecimento da participação das pessoas do convívio social da mulher e dos significados construídos na sua vivência, segundo a perspectiva da interação simbólica, faz com que sejam compreensíveis as atitudes das mães em relação a sua prática de amamentar.

DESMAME

A simbologia do leite fraco, que não nutre e acaba de repente, está presente nas falas das entrevistadas, de maneira recorrente. Também outras variáveis, todas ligadas a agentes externos, são citadas como causas do desmame, isentando a mãe dessa responsabilidade. Em nenhum momento, elas afirmaram ter parado de amamentar porque, simplesmente, quiseram.

Em muitas situações, a nutriz prefere omitir a sua decisão em não amamentar, podendo esta ser até mesmo inconsciente, preferindo admitir uma incapacidade em produzir o leite necessário para seu filho, ou atribuir alguma participação do recém-nascido no processo decisório. Conflitos emocionais, insegurança e medos es-

tão envolvidos neste processo, além do desconhecimento pela mãe da fisiologia da amamentação. Sabe-se que quando a estimulação da mama e a remoção do leite são diminuídas, a produção do leite diminui, o que pode levar ao término antecipado da amamentação⁽²⁾.

Leite fraco/ Acabou o leite: *“Bebê começou a chupetar, ficava muito tempo, mas não mamava, não ganhava peso (...)”; “O leite começou a ficar fraco e eu complementei com mamadeira”; “(...) nenê estava perdendo peso”; “Leite secou, acabou”; “Não tive, muito pouco leite, eu queria dar mais não tinha leite, só aguinha”; “Leite secou, eu brigava muito com o marido, estava nervosa”*

O leite fraco é uma das construções sociais mais utilizadas como modelo explicativo para o abandono da amamentação^(1,7,16,18). Segundo Almeida e Gomes⁽¹⁸⁾, a utilização do leite fraco como alegação para o desmame tem uma secularidade, que se funda no movimento higienista do século XIX, o qual promove a amamentação por meio de ações que buscam responsabilizar a mulher pela saúde do filho e culpabilizá-la pelo desmame.

Muitas mulheres acreditam que determinados alimentos podem aumentar o leite da nutriz, dando ênfase à ingestão de alimentos que consideram lactogênicos, como a canjica, a sopa de fubá, cerveja preta, o arroz doce, a canja, a água e o leite⁽⁶⁾. Na fala de uma das entrevistadas pode-se notar a referência à necessidade de se alimentar desses lactogênicos: *“Acabou o leite, porque eu não comia tanta coisa que sustentava pra eu dar o leite”*.

O bebê não quis mais o peito...: *“(...) ele não quis mais”; “Ela não quis mais, não pegava, mas eu tinha leite”; “Porque ele parou sozinho e eu tive que com-*

plementar”. Aqui a criança é apresentada como responsável pelo desmame.

Problemas com o bico do peito: “ (...) não teve bico no peito”; “Bico do peito não deixa, é embutido”.

Através de cuidados adequados, a criança pode desenvolver um “mamar” eficiente, alimentar-se normalmente e não traumatizar o mamilo⁽²⁾.

Para Rezende⁽⁸⁾, as condições ambientais, juntamente com uma abordagem baseada em interações humanas, são condições indispensáveis para a amamentação. Segundo a autora, é necessário preservar e fortalecer a capacidade de decidir da mulher. Isso significa dar todas as informações possíveis sobre amamentação e ajudá-la durante todo o processo, sem nunca julgá-la, tendo em mente as peculiaridades pessoais que tornam cada mulher única.

O aconselhamento sobre amamentação deve ser dado às gestantes que freqüentam serviços de assistência pré-natal e deve incluir informações como a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 4-6 meses, as vantagens e manejo básico da amamentação, além de discussão em grupo sobre mitos, inibições e problemas comuns relativos à amamentação e apoio aos pares. A participação de pessoas que convivem no ambiente social da mulher pode contribuir ainda mais para a efetivação dessa prática^(8,16,17). No entanto, deve-se ressaltar que a opção pela amamentação não depende exclusivamente da instrumentalização desta prática nem da habilidade de manejar a técnica de esvaziamento das mamas⁽¹⁷⁾. Deve ser proposto um cuidado centrado na pessoa da nutriz, salientando que a mulher precisa de circuns-

tâncias socioambientais adequadas para conseguir amamentar, sendo dever da sociedade provê-las. Trata-se, basicamente, das condições de que necessita como trabalhadora, mãe e nutriz⁽⁸⁾.

Ao se considerar a singularidade do processo da amamentação, a sua prática será consumada ao se redimensionar uma assistência que a considere como fenômeno social representativo na vivência da mulher, da criança e da família.

O profissional, ao colocar-se na situação de assistir a mulher e seu filho no processo de amamentação, deve interagir com ela de forma a compreendê-la, assumindo o seu papel como promotor da saúde, buscando uma comunicação efetiva. Compreender que cada mulher vivencia um processo interpretativo de sua experiência, avaliativo e estimativo dos símbolos que ela atribui à vivência de amamentar, é um ponto de inegável importância para o planejamento de ações em relação ao aleitamento materno⁽¹⁹⁾.

O conhecimento das representações sociais da amamentação no grupo estudado permite o direcionamento das ações voltadas à assistência materno-infantil. O primeiro passo é a conscientização do profissional da saúde que, como tal, deve considerar-se como agente social inserido no contexto cultural da comunidade e ser capaz de capturar as necessidades da população por ele assistida. Não é de cima para baixo que ele deve enxergar suas pacientes, mas sim um olhar de frente, de quem compreende e procura ajudar. Muito mais um amigo, do que apenas o *senhor doutor*.

4.7 REFERÊNCIAS

1. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. J. pediatr. (Rio J) 2003 set-out; 79(5):385-90.
2. Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo (SP): CLR Baileiro, 2002.
3. Araújo MFM. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. p.1-10.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde – estudos amostrais. Indicadores Dados Básicos [homepage na Internet]. São Paulo: IBGE; 2003. [acessado em 01 nov 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
5. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva (Switzerland): WHO; 2003.
6. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e crenças alimentares. Rev. latinoam. enfermagem 2001 set; 9(5):70-6.
7. Uchimura NS, Gomes AC, Uchimura TT, Yamamoto AE, Miyazato P et al. Estudo dos fatores de risco para desmame precoce. Acta sci 2001 jun; 23(3):713-8.
8. Rezende MA. Amamentação: uma necessária mudança de enfoque. Rev. Esc. Enfermagem USP 2000 jun; 34(2):226-9.
9. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo (SP): Atlas; 1998.

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 1992.
11. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
12. Wagner W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos Interdisciplinares de representação social. 2ª ed. Goiânia(GO): AB Editora; 2000. p.3-38.
13. Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos Interdisciplinares de representação social. 2ª ed. Goiânia (GO): AB Editora; 2000.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª ed. São Paulo (SP): Ed. 70, 2004.
15. Nakano AMS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. Cad. saúde pública 2003; 19(supl 2):355-63.
16. Nakano AMS. O aleitamento materno no cotidiano feminino. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1996.
17. Silva IA. Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. Rev. bras. enfermagem 2000 abr-jun; 53(2):241-9.
18. Almeida JAG, Gomes R. Amamentação: um híbrido natureza e cultura. Rev. Latino-Am. Enfermagem 1998 jul.; 6(3):71-6.
19. Silva IA. Construindo perspectivas para a assistência em amamentação: um processo interacional. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/SP; 1999.



Anexos

Anexos



ANEXO A. Jornal de Pediatria: instruções aos autores.

Escopo e política

O Jornal de Pediatria é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com circulação regular desde 1934. Atualmente, sua versão impressa em língua portuguesa atinge mais de 14 000 leitores e instituições no Brasil e em toda a América Latina. A partir do ano de 2001, todo o conteúdo do Jornal de Pediatria está disponível através de sua versão na Internet, denominada JPED (<http://www.jped.com.br//>), que é de livre acesso e apresentada integralmente em português e inglês. Assim, em vista da provável expansão de seu universo de leitores, o Jornal de Pediatria passa a aceitar a submissão de artigos em espanhol e inglês. Os artigos em espanhol serão publicados, na versão impressa, na língua original e, no site, na língua original e em inglês. Os artigos em inglês serão publicados, na versão impressa, em português e, no site, em português e inglês.

O Jornal de Pediatria publica material destinado a elevar o padrão da prática pediátrica e do atendimento médico de crianças e adolescentes em geral, bem como a promover o debate sobre a saúde. Tal material é composto por artigos originais, artigos de revisão, relatos de casos, artigos especiais, editoriais, comentários e cartas ao editor, todos submetidos a revisão editorial.

Artigos originais incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. São submetidos à publicação espontaneamente pelos autores. Seu texto deve ter entre 2000 e 3000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder a 30.

Artigos de revisão são avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a um certo tema de importância clínica, com ênfase em fatores como causas e prevenção de doenças, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. Metanálises se incluem nesta categoria. Profissionais de reconhecida experiência em determinados assuntos de interesse especial para os leitores são em geral convidados a escrever artigos de revisão. Além desses artigos encomendados, o Jornal de Pediatria também aceita artigos de revisão enviados espontaneamente pela comunidade científica. Neste caso, os autores devem submeter previamente ao Conselho Editorial uma proposta de artigo, com um roteiro. Se aprovado, o autor pode desenvolver o roteiro e submetê-lo para publicação. Artigos de revisão devem limitar-se a 6000 palavras,

excluindo referências e tabelas. As referências bibliográficas deverão ser atuais e em número mínimo de 30.

Relatos de casos descrevem pacientes ou situações singulares, doenças especialmente raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. O texto é composto por uma introdução breve que situa o leitor em relação à importância do assunto e apresenta os objetivos da apresentação do(s) caso(s) em questão; o relato resumido do caso e os comentários no qual são abordados os aspectos relevantes e comparados com a literatura. O número de palavras deve ser inferior a 2000, excluindo referências e tabelas. O número máximo de referências é 15. Recomenda-se não incluir mais de duas figuras.

Artigos especiais podem ser quaisquer textos não classificáveis nas categorias acima, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância para a saúde da criança. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

Editoriais e comentários geralmente referem-se a artigos selecionados em cada número do Jornal de Pediatria pela sua importância para a comunidade pediátrica. São encomendados a autoridades nas áreas em questão. O Conselho Editorial poderá eventualmente considerar a publicação de comentários submetidos espontaneamente.

Cartas ao editor são sempre altamente estimuladas. Em princípio, devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados no Jornal de Pediatria, mas também podem versar sobre outros temas médicos de interesse geral. Também são bem-vindos comunicados de investigação de assuntos relevantes, cujo conteúdo não seja suficientemente desenvolvido para ter sua publicação como artigo original. Recomenda-se tamanho máximo 1000 palavras, incluindo referências bibliográficas, que não devem exceder a seis. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

Instruções para envio de material para publicação

O Jornal de Pediatria dá preferência ao envio de material submetido à publicação por correio eletrônico (e-mail), desde que não contenha desenhos ou fotografias digitalizados por escaneamento. Neste caso, e sempre que for de preferência dos autores, o material pode ser enviado por correio comum.

Instruções para envio de material por e-mail

1. Enviar para: <mailto:jped@sbp.com.br>
2. Assunto: Escrever o título abreviado do artigo

3. **Corpo da mensagem:** Deve conter todas as informações da página de rosto, conforme instruções abaixo, seguidas de uma declaração em que os autores asseguram que (a) o artigo é original; (b) nunca foi publicado e, caso venha a ser aceito pelo Jornal de Pediatria, não será publicado em outra revista; (c) não foi enviado a outra revista e não o será enquanto estiver sendo considerada sua publicação pelo Jornal de Pediatria; (d) todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados, de sua redação ou revisão crítica e da leitura e aprovação da versão final; (e) não são omitidos quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias ou pessoas que possam ter interesse no material abordado no artigo; (f) todas as pessoas que fizeram contribuições substanciais para o artigo, mas não preencheram os critérios de autoria, são citados nos agradecimentos, para o que forneceram autorização por escrito; e reconhecem que a Sociedade Brasileira de Pediatria passa a ter os direitos autorais, caso o artigo venha a ser publicado. (Obs.: Caso o artigo seja aceito para publicação, será solicitado o envio desta declaração com a assinatura de todos os autores.)
4. **Arquivos anexados:** Anexar dois arquivos separados, contendo respectivamente: (a) resumo, palavras-chave, abstract, keywords, texto e referências bibliográficas, (b) tabelas e gráficos. Estes arquivos devem permitir a leitura pelos programas do Microsoft Office® (Word, Excel e Access).

Instruções para envio de material por correio comum

1. **Enviar para:**

Jornal de Pediatria
Av. Carlos Gomes, 328 - conj. 304
Porto Alegre, RS
CEP 90480-000

2. **Incluir uma carta de submissão, assinada por todos os autores, assegurando:**
(a) que o artigo é original; (b) que nunca foi publicado e, caso venha a ser aceito pelo Jornal de Pediatria, não será publicado em outra revista; (c) que não foi enviado a outra revista e não o será enquanto estiver sendo considerada sua publicação pelo Jornal de Pediatria; (d) que todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados, de sua redação ou revisão crítica e da leitura e aprovação da versão final; (e) que não são omitidos quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias ou pessoas que possam ter interesse no material abordado no artigo; (f) todas as pessoas que fizeram contribuições substanciais para o artigo, mas não preencheram os critérios de autoria, são citados nos agradecimentos, para o que forneceram autorização por escrito; e reconhecendo que a Sociedade Brasileira de Pediatria passa a ter os direitos autorais, caso o artigo venha a ser publicado.

3. O Jornal de Pediatria não se responsabiliza pelo eventual extravio de originais; recomenda-se que os autores guardem cópia de seus trabalhos enquanto sua publicação estiver sendo considerada pelo Jornal de Pediatria.
4. O original deve ser enviado em três cópias impressas em folha de papel branco, tamanho A4 (210´297mm); com margens de 25 mm em ambos os lados, espaço duplo em todas as seções; fonte Times New Roman, tamanho 11; páginas numeradas no canto superior direito, a começar pela página de rosto. Não usar recursos de formatação, tais como cabeçalhos e rodapés. Utilizar preferencialmente o processador de textos Microsoft Word®; caso seja usado um processador diferente, empregar o formato ASCII.
5. Enviar uma cópia do original em disquete (não usar discos "zip"), que contenha apenas arquivos relacionados ao artigo.

Diretrizes para a preparação do original

Orientações gerais:

O original - incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas - deve estar em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (versão original da atualização de outubro de 2001 disponível em <http://www.icmje.org/>).

Cada seção deve ser iniciada em nova página (ou quebra de página, em caso de envio do material por correio eletrônico), na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), gráficos (cada gráfico completo, com título e notas de rodapé em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

Página de rosto:

Deve conter:

- (a) título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado, exceto quando isso for essencial para a compreensão das conclusões;
- (b) versão exata do título para o idioma inglês;
- (c) título abreviado (para constar na capa e topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
- (d) primeiro e último nome de cada um dos autores e iniciais dos nomes intermediários;

- (e) titulação mais importante de cada autor;
- (f) indicação de quais autores possuem Currículo Lattes;
- (g) endereço eletrônico de cada autor;
- (h) a contribuição específica de cada autor para o estudo;
- (i) instituição ou serviço ao qual o trabalho está vinculado;
- (j) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
- (k) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
- (l) fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
- (m) contagem total das palavras do texto, sem referências bibliográficas.

Resumo em português:

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. O resumo deve ser apresentado também em inglês. Todas as informações que aparecerem no resumo devem constar também no texto do artigo. O resumo deve ser estruturado⁵, conforme descrito a seguir:

Artigo original:

Objetivo: Informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: Informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: Informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística.

Conclusões: Apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Artigo de revisão:

Objetivo: Informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se ela enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: Descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

Síntese dos dados: Informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: Apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Relato de caso:

Objetivo: Informar por que o caso merece ser publicado, com ênfase nas questões de raridade, ineditismo ou novas formas de diagnóstico e tratamento.

Descrição: Apresentar sinteticamente as informações básicas do caso, com ênfase nas mesmas questões de ineditismo e inovação.

Comentários: Conclusões sobre a importância do relato para a comunidade pediátrica e as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

Abaixo do resumo, fornecer três a seis descritores, que são palavras-chave ou expressões-chave que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar descritores integrantes da lista de "Descritores em Ciências da Saúde" 6,7, elaborada pela BIREME e disponível nas bibliotecas médicas. Somente quando não houver descritores adequados na referida lista, usar termos novos.

Resumo em inglês (abstract):

O "abstract" deve ser uma versão exata do resumo para o idioma inglês, com o mesmo número máximo de palavras e com os subtítulos correspondentes. Os descritores devem fazer parte da lista de "Medical Subject Headings", publicado pela U.S. National Library of Medicine, do National Institutes of Health.

Texto:

O texto de estudos experimentais ou observacionais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo: (a) "Introdução", (b) "Métodos", (c) "Resultados" e (d) "Discussão". A introdução deverá ser curta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e a justificativa do trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos. A seção de métodos deve descrever a população estudada, a amostra, critérios de seleção, com definição clara das variáveis e análise estatística detalhada, incluindo referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes que permitam a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em seqüência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser

repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados. A discussão deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já existentes na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

O texto de artigos de revisão não obedece a um esquema rígido de seções, pois varia muito de acordo com o tema. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as idéias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Referências:

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. JAMA 1993;269:2282-2286.
2. Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. J. pediatr (Rio J.) 1997;73:213-24.
3. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DJ, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. Ann Intern Med 1990;113:69-76.
4. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde: lista alfabética 2.ed. rev. amp. São Paulo: BIREME, 1992. 111p.
5. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 196 de 10/10/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 1996 Oct 16; no 201, seção 1:21082-21085.

Lista de Checagem

Recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem abaixo para certificarem-se de que todo o material requerido está sendo enviado. Não é necessário anexar a lista.

- Carta de submissão assinada por todos os autores (ou declaração no corpo da mensagem do e-mail)
- Original em 3 cópias impressas (dispensado, em caso de envio por e-mail)

- Cópia do original em disquete (dispensada, em caso de envio por e-mail)
- Página de rosto com todas as informações solicitadas (no corpo da mensagem, em caso de e-mail)
- Resumo em português e inglês, com descritores (integrante do primeiro arquivo anexado, em caso de e-mail)
- Texto contendo introdução, métodos, resultados e discussão (integrante do primeiro arquivo anexado, em caso de e-mail)
- Referências bibliográficas no estilo Index Medicus, numeradas por ordem de aparecimento
- Tabelas numeradas por ordem de aparecimento (integrante do segundo arquivo anexado, em caso de e-mail)
- Gráficos numerados por ordem de aparecimento (integrante do segundo arquivo anexado, em caso de e-mail)
- Figuras (original e 2 cópias) identificadas
- Legendas das figuras
- Inclusão da informação sobre aprovação do trabalho por comitê de ética

ANEXO B. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil: instruções aos autores.

Escopo e política

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares (peer review) – especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

DIREITOS AUTORAIS

Os trabalhos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os trabalhos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos trabalhos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

COMITÊ DE ÉTICA

Também serão exigidos para os artigos nacionais a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa foi realizada.

SEÇÕES DA REVISTA

Editorial

Revisão apresentação do histórico da evolução científica e avaliação crítica de um tema, tendo como suporte para a investigação a literatura considerada relevante.

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas permitindo a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional conforme as seguintes seções: Introdução: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a justificativa para a pesquisa e o objetivo, que deve ser claro e breve; Métodos: descreve a população estudada, os critérios de seleção e exclusão da amostra, define as variáveis utilizadas e informa a maneira que permite a reprodutibilidade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados, além da análise estatística; Resultados: são apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações: tabelas e figuras - gráficos, desenhos, fotografias; Discussão: interpreta os resultados obtidos e verifica a compatibilidade entre estes resultados e os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes, vinculando as conclusões aos objetivos do

- estudo. Aceitam-se outros formatos, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho. Os trabalhos deverão ter no máximo 25 páginas e recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.
- Notas de Pesquisa relatos concisos sobre um tema original (máximo de cinco páginas).
- Informes Técnicos Institucionais deverão ter estrutura similar a uma Revisão, mas sem o resumo/abstract. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final.
- Ponto de Vista opinião qualificadas sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).
- Resenhas crítica de livros publicados nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on line (máximo de cinco páginas).
- Teses resumos de teses ou dissertações que abordem os aspectos da saúde da mulher e da criança conforme o escopo da Revista, apresentada até no máximo de dois anos. As monografias correspondentes devem acompanhar os resumos pois serão incorporadas ao acervo da biblioteca do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP.
- Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista (máximo de três páginas).

Forma e preparação de manuscritos

APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

- Os manuscritos encaminhados à Revista deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, em espaço duplo, impresso em duas vias, acompanhados por um disquete; podem também, ser enviados via e-mail.

Estrutura do manuscrito

- Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.
- Página dos Resumos deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão um resumo em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais e Notas de Pesquisa deverão ter no máximo 250 palavras e devem ser estruturados: Objetivos/Objectives, Métodos/Methods, Resultados/Results, Conclusões/Conclusions. Nos Artigos de Revisão o formato narrativo dispensa o uso de resumo estruturado que deverá ter no máximo 150 palavras.
- Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a 10 palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MeSH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a esses vocabulários.
- Página das Ilustrações as tabelas e figuras (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte.

Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número de 30 referências. A Revista adotou as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista

Lopes MCS, Ferreira LOC, Batista Filho M. Uso diário e semanal de sulfato ferroso no tratamento de anemia em mulheres no período reprodutivo. Cad Saúde Pública 1999; 15: 799-808.

Livro

Alves JGB, Figueira F. Doenças do adulto com raízes na infância. Recife: Bagaço; 1998.

Editor ou Compilador como autor

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of antihypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53

Congresso considerado no todo

Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

Dissertação e Tese

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no estado da Paraíba [tese doutorado]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

Documento em formato eletrônico

Pellegrini Filho A. La BVS y la democratización del conocimiento y la información
en salud. 1999. Disponível em URL:
[Http://www.bireme.br/bvs/reuniao/doc/pellegrini.htm](http://www.bireme.br/bvs/reuniao/doc/pellegrini.htm) [2000 Jan 16]

Envio de manuscritos

Os trabalhos deverão ser encaminhados para:

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP
Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil CEP 50.070-550.
Tel / Fax: + 55 + 81 2122.4141.
E mail: revista@imip.org.br Site: www.imip.org.br

ANEXO C. Ofício encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Araçatuba.



unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JULIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



Ofício especial

Araçatuba, 03 de junho de 2005

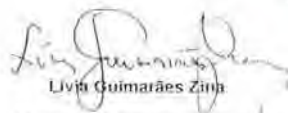
Prezado Senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa científica intitulada "Determinantes do aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças menores de um ano de idade" projeto esse aprovado pelo NEPESCU - Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da FOA-UNESP.

Vimos por meio deste solicitar a colaboração de Vossa Senhoria no sentido de autorizar a realização de entrevistas com mães de crianças menores de um ano de idade que estiverem presentes na Unidade Básica de Saúde "São João", "São José" e "Austídes Troncoso" no dia 11 de junho de 2005, durante a realização da Campanha de Vacinação contra a Paralisia Infantil, no município de Araçatuba. Os resultados obtidos nesse trabalho poderão contribuir para a verificação da frequência e determinantes do aleitamento materno, colaborando com o banco de dados nacional sobre práticas de amamentação.

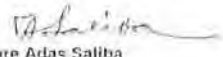
Cada entrevista terá duração de no máximo 5 minutos e só será realizada mediante o consentimento da lactente. As entrevistas serão realizadas por pesquisador treinado, profissional emirão-dentista, e em nada afetará o andamento das atividades da Unidade Básica de Saúde. Serão respeitados os princípios bioéticos, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Comitê de Ética e Pesquisa da FOA-UNESP e demais normas relativas a pesquisa com seres humanos.

Gratas pela atenção.



Lívia Guimarães Zina
Mestranda - Pós-graduação em -
Odontologia Preventiva e Social

03.6.2005



Nere Adas Saliba
Professora Titular FOA/UNESP
Orientadora responsável pela pesquisa

(Secretaria de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária - DEPARTAMENTO DE ODONTOLÓGIA INFANTIL E SOCIAL)
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba - SP - Brasil
Tel: (16) 3639-2758 Email: omd@aracatuba.unesp.br

3636 1115 / 1116 - SAP

FORMULÁRIO ENTREVISTA

ANEXO D. Formulário para entrevista.

	PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP	
---	--	---

PESQUISA: Práticas e determinantes do aleitamento materno em crianças
com até 12 meses de vida em uma Unidade Básica de Saúde de Araçatuba-SP

Entrevista Nº _____

IDENTIFICAÇÃO E CONDIÇÃO SÓCIO-EDUCACIONAL MATERNA

1. Nome _____
2. Endereço _____
3. Bairro _____ Local de residência () urbano () rural
4. Telefone _____
5. Idade _____ anos
6. Cor () branca () parda () negra
() amarela () indígena
7. Estado civil () casada () solteira
() viúva () divorciada () amasiada
8. Profissão _____
9. Escolaridade () analfabeta
() fund incompleto () fund completo
() médio incompleto () médio completo
() sup incompleto () sup completo
10. Renda familiar _____ SM
- () sim () não
9. Qual foi o tempo decorrido do nascimento do bebê até a primeira mamada? _____ horas
10. Alimentação da rotina de 1 dia do bebê:
() leite materno () fórmula infantil
() leite em pó () leite em caixinha/ saquinho
() chá () suco () água () refrigerante
() alimentos pastosos () alimentos sólidos
11. Padrão de aleitamento
() **Aleitamento materno exclusivo**
() **Aleitamento materno predominante**
() **Aleitamento materno complementar**
() **Aleitamento artificial**
12. Tempo de AME: _____ meses
13. Usa mamadeira? () sim () não
14. Hábitos do bebê:
() chupeta () chupar dedo () nenhum
() outro _____

HISTÓRIA MÉDICA E FAMILIAR

1. Quantos filhos nascidos e vivos você tem?
() nenhum () 1 () 2 () 3 () 4 +
2. Seus outros filhos foram amamentados no peito? () sim () não () NDA
3. Você foi amamentada no peito pela sua mãe? () sim () não () Não sabe

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA E HISTÓRICO MÉDICO -NUTRICIONAL

1. Sexo () Masculino () Feminino
2. Idade _____ meses
3. Nascimento
Data _____ / _____ / 200____
Peso ao nascer _____ gramas
Idade gestacional () 37 ou mais semanas
() menos de 37 semanas
4. Fez pré-natal? () não () sim.
Nº de consultas () menos de 6 () 6 +
5. Tipo de parto () normal () cesáreo
6. Atendimento no parto
() SUS () particular () convênio
7. Alojamento conjunto () sim () não
8. Seu bebê foi amamentado no peito durante os primeiros dias do nascimento?

RELAÇÃO AMAMENTAÇÃO E SAÚDE BUCAL

1. Você recebeu orientação sobre a relação da amamentação com a saúde bucal durante a gestação e agora durante a lactação?
() não () sim. Quem forneceu?
() médico () enfermeira () dentista
() agente comunitária () familiares/ amigos
() tv/ rádio () cartazes/ panfletos
() outros _____
2. Você recebeu acompanhamento odontológico durante a gestação e agora durante a lactação? () sim () não
3. Se não, sente falta disto?
() sim () não

ANEXO E. Termo de Consentimento Livre Esclarecido.**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. Nome do paciente: _____
2. Documento de Identidade nº _____ Data de Nascimento: ____/____/19____
3. Endereço: _____
4. Cidade: _____ CEP _____ - _____ UF: _____ 5. Telefone: _____

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. **Título do protocolo de pesquisa:** *Práticas e determinantes do aleitamento materno em crianças com até 12 meses de vida em uma Unidade Básica de Saúde de Araçatuba-SP*
2. **Pesquisador responsável:** Livia Guimarães Zina.
Cargo/função: Cirurgiã-dentista
3. **Inscr.Cons.Regional:** CROSP 81552
4. **Unidade ou Departamento do Solicitante:**
Departamento de Odontologia Infantil e Social – Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social
5. **Avaliação do risco da pesquisa:** (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo).
(X) SEM RISCO () RISCO MÍNIMO
() RISCO MÉDIO () RISCO MAIOR
7. **Descrição e objetivos da pesquisa:**

Esta pesquisa tem por objetivo analisar os fatores associados ao aleitamento materno, buscando compreender os aspectos que envolvem o processo de desmame precoce. Também objetiva-se avaliar o conhecimento das mães sobre a relação entre amamentação e saúde bucal.

O presente estudo será realizado através de entrevista para a coleta de dados.

Os dados obtidos serão informatizados. Para tal será confeccionado um banco de dados, utilizando-se o programa Epi Info 3.2.2. Através desse banco de dados, será realizado o levantamento de frequência dos dados, e posterior análise estatística. Obtidos esses valores, serão confeccionados gráficos e tabelas correspondentes que explanam melhor as respostas obtidas. As respostas das perguntas

abertas serão descritas de acordo com técnica qualitativa e os discursos serão transcritos do modo como foram expostos.

8. Desconfortos e riscos esperados:

Este estudo não oferece risco aos seus participantes, já que se trata de uma entrevista realizada com mães durante a vacinação de seus filhos.

9. Benefícios:

Como benefícios há a verificação da frequência do aleitamento materno, colaborando com o banco de dados nacional sobre práticas de amamentação, fornecimento de informações mais profundas sobre as causas do desmame precoce e direcionamento do planejamento de ações educativo-preventivas em serviços de saúde à promoção do aleitamento materno.

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

1. Recebi esclarecimentos sobre a garantia de resposta a qualquer pergunta, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.
2. Recebi esclarecimentos sobre a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isto me traga prejuízo.
3. Recebi esclarecimento sobre compromisso de que minha identificação se manterá confidencial tanto quanto a informação relacionada com a minha privacidade.
4. Recebi esclarecimento sobre a disposição e o compromisso de receber informações obtidas durante o estudo, quando solicitada, ainda que possa afetar minha vontade em continuar participando da pesquisa.

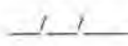
IV – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador, conforme registro nos itens 1 a 6 do inciso III, consinto em participar, na qualidade de paciente, do Projeto de Pesquisa referido no inciso II.

Araçatuba, _____ de _____ de 2005.

Assinatura

ANEXO F. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – FO-A/UNESP.

 UNESP	UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" Campus de Araçatuba	 
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –CEP-		
OF. 129/2005 CEP SFCD/bri	Araçatuba, aos 22 de agosto de 2005	
Referência Processo FOA 2005-01398		
O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável do relator que analisou o projeto "Determinantes do aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças até 12 meses de vida" expede o seguinte parecer:		
Aprovado:		
Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado relatório final até 18/04/2006.		
 Prof. Dr. Stefan Fiúza de Carvalho Dekon Coordenador do CEP		
Ilma. Senhora Drª. Livia Guimarães Zina Campus de Araçatuba-SP-	Ciente.De acordo.  Drª. Livia Guimarães Zina	
Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária – Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 - Araçatuba – SP Tel (18) 820-3203 E-mail: diretor@foa.unesp.br		

ANEXO G. Revista Latino-Americana de Enfermagem: instruções aos autores.

Instruções para publicação dos manuscritos

Estas instruções visam orientar os pesquisadores sobre as normas adotadas por essa Revista para avaliação de manuscritos submetidos. As referidas instruções baseiam-se na tradução do documento "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" elaborado pelo International Committee of Medical Journal Editors (Estilo "Vancouver")*, publicado na Rev Latino-am Enfermagem 2001 março; 9(2). Sugere-se consulta ao citado documento para complementação de informações aqui contidas.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Latino-Americana de Enfermagem, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O(s) autor(es) deverá(ão) assinar e encaminhar declaração de acordo com o modelo Anexo.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês à Comissão de Editoração em 4 vias (original e cópias), juntamente com o respectivo arquivo em disquete editado em Word for Windows 95 ou superior. Para os gráficos pode ser utilizado o programa Microsoftgraph.

O encaminhamento do manuscrito deve ser feito através de ofício contendo: nome completo do(s) autor(es), local(ais) de trabalho, título(s) e/ou cargo(s) atual(ais), endereço eletrônico (e-mail) e endereço para correspondência, além da indicação sobre a categoria do artigo, com base na definição contida nas normas.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial.

A publicação dos manuscritos dependerá da observância das normas da Revista e da apreciação do Conselho Editorial, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive apresentar sugestões ao(s) autor(es) para as alterações necessárias. Neste caso, o referido trabalho será reavaliado pela Comissão de Editoração. Os nomes dos relatores permanecerão em sigilo, omitindo-se também o(s) nome(s) do(s) autor(es) aos relatores. Manuscritos recusados para publicação serão notificados e não devolvidos.

Quando a investigação envolver sujeitos humanos, os autores deverão apresentar uma declaração de que foi obtido o consentimento dos sujeitos por escrito (consentimento informado), anexando cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou a pesquisa.

Fotos coloridas não serão publicadas. Em caso de uso de fotografias em branco e preto os sujeitos não podem ser identificados ou então suas fotos deverão estar acompanhadas de permissão, por escrito, para fins de divulgação científica.

Todos os autores do manuscrito deverão ser assinantes da Revista.

Categorias de artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista Latino-Americana de Enfermagem publica revisões, atualizações, comunicações breves/relato de casos, cartas ao editor, resenhas, página do estudante e editoriais.

- Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem atender aos princípios de objetividade e clareza da questão norteadora, digitados (Times New Roman 12) e impressos em folhas de papel ofício (216 X 330mm), com espaço duplo, margem de 2,5 cm de cada um dos lados e linhas, perfazendo um total de no máximo 15 páginas para os artigos originais (incluindo as ilustrações _ gráficos, tabelas, fotografias, etc). As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de valor não representativo. Figuras serão aceitas, desde que não repitam dados contidos em tabelas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 15, havendo, todavia, flexibilidade. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados e discussão. A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Fornecer referências que sejam estritamente pertinentes. Os Métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os Resultados devem limitar-se a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as limitações do estudo, além de conclusões e indicação de caminhos para novas pesquisas. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa de modo geral.
- Revisões: avaliação crítica sistematizada da literatura ou reflexão sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Os procedimentos adotados e a delimitação do tema devem estar incluídos. Sua extensão limita-se a 15 páginas.
- Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativa. Sua extensão limita-se a 5 páginas.
- Comunicações breves/Relato de casos: estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. A apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, limitando-se a 5 páginas.
- Cartas ao Editor: inclui cartas que visam a discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Sua extensão limita-se a 1 página.
- Resenhas: análise de obra recentemente publicada, contida em 2 páginas.

- Página do Estudante: espaço destinado à divulgação de estudos desenvolvidos por alunos de graduação, com explicitação do orientador em nota de rodapé. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, com extensão limitada a 5 páginas.

* International Committee of Medical Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, *New Engl J Med* 1997;336:309-16

Preparação dos manuscritos

AUTORIA

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Manuscritos com mais de seis autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados (modelo anexo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção "Agradecimentos". A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

PROCESSO DE JULGAMENTO

Os critérios de editoração estabelecidos pela revista visam garantir a qualidade das publicações. O editor avalia se o artigo recebido para publicação traz contribuições para a enfermagem e se é de interesse para os leitores; então os encaminha a dois conselheiros que os analisam com base em informações contidas em um instrumento elaborado pela Comissão de Editoração. Em caso de outras abordagens os artigos são avaliados conforme as exigências metodológicas da abordagem utilizada. O processo é altamente sigiloso não havendo em nenhum momento a identificação entre autor/revisor. Diante dos pareceres emitidos pelos conselheiros, o editor toma ciência e os analisa em relação ao cumprimento das normas de publicação. Posteriormente encaminha os pareceres de aceitação da publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

- a) Página de identificação: título do artigo e subtítulo (conciso, porém informativo); nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído e endereço eletrônico.
- b) Resumo e Descritores: o resumo deverá conter até 150 palavras, contendo objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos do estudo, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 10 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos. Para determinação dos descrito-

res consultar o International Nursing Index e a lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DECS-LILACS", elaborada pela BIREME e ou "Medical Subject Heading - Comprehensive Medline". Todos os artigos deverão incluir resumos em português, espanhol e inglês. Apresentar seqüencialmente os três resumos na primeira página incluindo títulos e unitermos nos respectivos idiomas.

- c) Ilustrações, abreviaturas e símbolos: as tabelas: devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Os quadros são identificados como tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto. As figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de tabela. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.
- d) Notas de Rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- e) Referências Bibliográficas: numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas. Quando tratar-se de citação seqüencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados use vírgula (ex: 1,5,7). Listar os 6 primeiros autores seguidos de et al., separando-os por vírgula.

ERRATA

Os pedidos de correção deverão ser encaminhados num prazo máximo de 30 dias após a publicação do periódico.

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

- quando necessária a inclusão de depoimentos dos sujeitos apresentar em itálico em letra tamanho 10, na seqüência do texto;
- citação "ipsis literes" usar aspas, na seqüência do texto;
- os "requisitos uniformes" (Estilo "Vancouver") baseiam-se grande parte nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela National Library of Medicine (NLM).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Artigos de periódicos

1 _ Artigo Padrão

Elias MS, Cano MAT, Mestriner W Jr, Ferriani MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. Rev Latino-am enfermagem 2001 janeiro; 9(1):88-95.

2 - Artigo de periódico com indicação de subtítulo

Diniz NMF, Lopes RLM, Almeida MS, Gesteira SMA, Oliveira JF. Psicodrama como estratégia pedagógica: vivências no ensino de graduação na área de saúde da mulher. Rev.Latino-am.Enfermagem 2000 agosto; 8(4):88-94.

3 _ Instituição como Autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21):1-27.

4 _ Sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol 2000 dezembro;75(6):28-32.

5 _ Edição com suplemento

Faggioni LPC, Palma PVB, Silva AR, Moraes FR, Covas DT. Mononuclear viability in non-leukoreduced packed red cells. Ser Monogr Esc Bras Hematol 1999; 6 Suppl:150.

6 _ Fascículo com suplemento

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol 1996; 23(1 Suppl 2):89-97.

7 _ Parte de um volume

Stefanelli M, Dazzi L, Fassino C, Lanzola G, Quaglini S. Building patient workflow management systems by integrating medical and organizational knowledge. Medinfo 1998; 9(Pt 1):28-32.

8 _ Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994;107(986 Pt 1):377-8.

9 _ Fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988; (530):16-7.

10 _ Sem fascículos e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. Rev Paul Enfermagem 1981;6-10.

11 _ Paginação em algarismos romanos

Lederberg J. What's important about technology. Ann NY Acad Sci 2000; 919:xi-xii.

12 _ Indicação do tipo de artigo se necessário (review, abstract, etc.)

Billings DM, Ward JW, Penton-Cooper L. Distance learning in nursing. [abstract]. *Semin Oncol Nurs* 2001 Feb;17:48-54.

Sendler A, Bottcher K, Etter M, Siewert JR. Gastric carcinoma [review]. *Internist* 2000;41:817-8, 821-6,828-30.

13 - Artigo contendo retratação

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfreid TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in tehe mice. [retractation of Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. In: *Nat Genet* 1994; 6: 426-31]. *Nat Genet* 1995;11:104.

14 - Artigo retratado

Liou GL, Wang M, Matragoo S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [retracted in *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994; 35:3127]. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994;35:1083-8.

15 - Artigos com erratas publicadas

Heller A, Freeney A, Hessefort S, Villereal M, Won L. Cellular dompamine is increased following exposure to a factor derived form immortalized striatal neurons in humans [published erratum appear in *Neurosci Lett* 2001 Jan 19; 297(3):216]. *Neurosci Lett* 2000;295:1-4.

Hamlin JÁ, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair (published erratum appears in *West J Med* 1995; 62:278). *West J Med* 1995;162:28-31.

Livros e outras monografias

16 - Indivíduo como autor

Ramos J Jr. *Semiotécnica da observação clínica*. 8ª ed. São Paulo (SP): Sarvier;1998.

17 - Organizador, Editor, Compilador como Autor

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

18 - Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR). *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília (DF): Ministério da Saúde;1997.

19 - Capítulo de livro

Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB, organizadoras. *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 2000. p. 93-116.

20 - Evento (Anais/Proceedings de conferência)

Andersson M, Mendes IAC, Trevizan MA. Universal and culturally dependent issues in health care ethics. *Proceedings of the 13th World Congress on Medical Law*; 2000 August 6-10; Helsink; Finland; 2000.

21 - Trabalho apresentado em evento

Melo AS, Gabrielli JMW, Pelá NTR. Monografia: seu significado para alunos e orientadores de um curso de graduação em enfermagem. In: Mendes IAC, Carvalho EC, coordenadores. Comunicação como meio de promover a saúde. 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2000. junho 5-6; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: FIERP; 2000. p.63-7.

22 - Relatório científico ou técnico

Publicado pela agência patrocinadora:

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report nº HHSIGOEI 69200860.

Publicado pela agência responsável por seu desenvolvimento:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy press; 1995. Contract nº AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care policy and Research.

23 - Dissertação e Tese

Amarante ST. Análise das condições ergonômicas do trabalho das enfermeiras de centro cirúrgico.[dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1999.

24 - Patente

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the hearth. Us patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

Outros trabalhos publicados

25 - Artigo de Jornal

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21: Sect. A; 3 (col. 5).

26 - Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

27 - Documentos legais

Leis aprovadas:

Preventive Health Ammendments of 1993, Pub. L. nº 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec. 14, 1993).

Projetos de Lei:

Medical Records Confidentiality Act of 1995. S. 1360, 104th Cong., 1st Sess. (1995).

Código de regulamentações federais:

Informed Consent. 42 C.F.R. Sect. 441.257 (1995).

Audiência:

Increased Drug Abuse: the Impact on the Nation's emergency rooms: Hearings Before the Subcomm. On Human Resources and Intergovernmental Relations of the House Comm. On Government Operations, 103rd Congr., 1st Sess. (May 26, 1993).

28 - Mapa

North Carolina. Tuberculosis rates per 10,000 population, 1990 [demographic map]. Raleigh: North Carolina Depto. Pf Environment, Health, and Natural Resouces, Div. of Epidemiology; 1991.

29 - Texto da Bíblia

The Holy Bible. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18.

30 - Dicionários e obras de Referência similares

Steadman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. A-praxia; p.119-20.

31 - Obras clássicas

The winter's Tale: act 5, scene 1. Lines 13-16. The complete works of Williams Shakespeare. London: Rex; 1973.

Material não publicado

32 - No prelo

Leshner AI. Molecular mechanisms of caccaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

Material eletrônico

33 - Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; (1): [24 screens]. Available from: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

34 - Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach 11. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

35 - Resumo apresentado em evento

Lavrador MAS. Uma nova metodologia para o diagnóstico de morte cerebral em pacientes comatosos de Unidade de Terapia Intensiva. [CD ROM]. In: Mendes IAC, Ferraz CA, coordenadoras. Organização do setor Saúde nas Américas: contribuição da investigação em Enfermagem. 6º Colóquio Interamericano de Investigação em Enfermagem; 18-22 maio 1998. Ribeirão Preto (SP): EERP-USP; 1998.

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of

WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery; 2000 July 25-28; Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

36 - Programa de Computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): computerized Educational Systems; 1993.

Observação:

- A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.
- Referências bibliográficas não contemplados nos exemplos descritos (Estilo "Vancouver") não serão aceitas.

Encaminhamentos dos Originais

Os originais deverão ser encaminhados para:

Revista Latino-Americana de Enfermagem

Av. Bandeirantes, 3900 - CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Telefone: (0XX16) 602.3451 - FAX: (0XX16) 633.3271

Endereço eletrônico: www.eerp.usp.br/rlae - E-mail: mailto:rlae@eerp.usp.br

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade e (2) Transferência de Direitos Autorais.

Primeiro	autor:
Título	do manuscrito:

1. Declaração de Responsabilidade _ Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade nos termos abaixo:

- Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo.
- Certifico que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, que seja no formato impresso ou no eletrônico.
- Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o artigo está baseado, para exame dos editores.

No caso de artigos com mais de seis autores a declaração deve especificar o(s) tipo(s) de participação de cada autor, conforme abaixo especificado:

- Certifico que (1) Contribui substancialmente para a concepção e planejamento do projeto, obtenção de dados ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribui significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

Assinatura _____ do(s) _____ autor(es) _____ Data: _____

2. Transferência de Direitos Autorais _ Declaro que em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Revista Latino-Americana de Enfermagem, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista Latino-Americana de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Assinatura _____ do(s) _____ autor(es) _____ Data: _____

ANEXO H. Roteiro de Entrevista.

 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP	
--	---

PESQUISA: Práticas e determinantes do aleitamento materno em crianças
com até 12 meses de vida em uma Unidade Básica de Saúde de Araçatuba-SP

Entrevista Nº _____

1. Nome _____
2. Endereço _____
3. Bairro _____ Telefone _____
4. Idade _____ 5. Estado civil _____
6. Escolaridade _____ 7. Renda familiar _____
8. (exceto para mães que nunca amamentaram seus bebês) Por quê você resolveu amamentar seu bebê no peito? _____

9. (* exceto para mães de bebês sob aleitamento exclusivo): Por quê você resolveu complementar a alimentação do seu bebê? _____

10. Para você, qual é o tempo ideal para amamentar o seu bebê? _____

11. Quais dificuldades você tem em amamentar seu bebê? _____

12. Você já apresentou algum dos seguintes problemas:
() ferimento mamilar () peito empedrado () falta de leite
Comente _____

13. Fale a respeito do fato de trabalhar e ter que amamentar _____

14. O que os seus familiares e amigos acham de você amamentar? _____

11. (* somente para bebês sob aleitamento artificial ou que nunca tenham sido amamentados) Seu bebê não mama mais no peito. Fale um pouco sobre isso.

