

Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”  
Faculdade de Medicina de Botucatu  
Departamento de Enfermagem

**Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em  
crianças menores de 6 meses no município de Bauru-SP.**

Giuliana Micheloto Parizoto

Botucatu  
2008

Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”  
Faculdade de Medicina de Botucatu  
Departamento de Enfermagem

**Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em  
crianças menores de 6 meses no município de Bauru-SP.**

**Mestranda:** Giuliana Micheloto Parizoto

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Assistente Dr<sup>a</sup>. Maria  
Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós Graduação em Enfermagem –  
Mestrado Profissional da Faculdade de  
Medicina de Botucatu da Universidade  
Estadual Paulista “Julio de Mesquita  
Filho”, para obtenção do título de Mestre.

Botucatu  
2008

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO  
DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
*BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus*

Parizoto, Giuliana M.

Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses no município de Bauru-SP. / Giuliana Micheloto Parizoto. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientadora: Maria Antonieta de B. L. Carvalhaes

Assunto CAPES: 40406008

**1. Aleitamento materno 2. Saúde pública - Bauru (SP) 3. Enfermagem de saúde pública**

CDD 614.4

Palavras-chave: Aleitamento materno exclusivo; Fatores de risco; Tendência

Dedico este trabalho primeiramente  
a Deus, pelo dom da vida.

Aos meus pais, que me amaram desde  
o momento em que fui concebida.

Ao meu marido,  
na alegria e na tristeza, na saúde e na doença,  
te amarei sempre.

À Professora Dr<sup>a</sup> Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes  
pela orientação segura, estímulo e apoio.

Obrigada

## **AGRADECIMENTOS**

É difícil mencionar todas as pessoas que de alguma forma colaboraram para a concretização desta Dissertação, às quais gostaria sinceramente de agradecer. Peço desculpas caso não consiga expressar, através deste agradecimento, uma homenagem adequada a vocês.

Aos funcionários do Banco de Leite Humano, pela paciência na minha ausência, pelo apoio e carinho nos momentos difíceis.

À Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, por me ceder horários para o estudo e para a realização do curso de Mestrado.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde que colaboram para a coleta dos dados da pesquisa AMAMUNIC.

Aos funcionários do Instituto de Saúde, pela disponibilização dos dados do Projeto AMAMUNIC e pela forma atenciosa e eficiente com que esclareceram minhas dúvidas.

Ao Departamento de Enfermagem, ao Programa de Pós-Graduação e aos professores, pelo acolhimento e oportunidade.

À Elizandra, secretária da Pós-Graduação pela forma carinhosa com que sempre me recebeu.

À Profª Dra Cristina Maria Garcia de Lima Parada, pela preciosa sugestão na elaboração desta Dissertação.

À Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional.

À minha sogra Ruth, pelas orações, carinho e apoio sempre.

*“Desejai ardentemente como crianças recém-nascidas  
o leite genuíno, para que por ele vades crescendo (...)”*

I Pedro 2:2

## RESUMO

PARIZOTO, Giuliana Micheloto. **Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses no município de Bauru-SP.** 2008. 99f. Dissertação (Mestrado Profissional) Departamento de Enfermagem Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” Faculdade de Medicina de Botucatu.

A OMS recomenda que os bebês recebam exclusivamente leite materno durante os primeiros seis meses de vida. Realizou-se um estudo avaliando a evolução do aleitamento materno exclusivo (AME) no período de 1999-2003-2006 no município de Bauru. Trata-se de estudo com dados secundários obtidos em três inquéritos transversais metodologicamente equivalentes que integram projeto maior de monitoramento de indicadores de aleitamento materno (AM) no Estado de São Paulo, denominado AMAMUNIC. Adotou-se um processo de amostragem por conglomerados, com sorteio em dois estágios. O tamanho amostral mínimo (1000) foi fixado para representar o total de crianças menores de um ano e permitir estimar a prevalência dos diferentes indicadores de AM com 95% de certeza, dentro de intervalos de confiança de 3%. Foram entrevistadas as mães ou acompanhantes de crianças menores de um ano que compareceram a uma das duas etapas das Campanhas de Multivacinação nos anos referidos. Os dados, relativos à alimentação da criança no dia anterior, foram obtidos mediante questionário padronizado. Apresentam-se estatísticas descritivas comparando a prevalência de AME em faixas etárias definidas nos três inquéritos. As diferenças foram expressas em termos de pontos percentuais e porcentagem de mudança e foram posteriormente submetidas a teste estatístico. Também foram pesquisados por regressão logística multivariada fatores de risco de interrupção do AME. Houve aumento progressivo nas prevalências do AME nos três anos estudados em todas as faixas etárias. No primeiro mês de vida, a taxa de AME que era de cerca de 20% em 1999 passou a quase 50% em 2006. A frequência de AME em crianças menores de seis meses era de 8,5% em 1999 e alcançou 24% em 2006. No período 2003 – 2006 houve aumento de 6,6 pontos percentuais do AME; no período 1999 – 2003 o acréscimo foi de 9,1 pontos percentuais. A taxa de crescimento anual do AME em crianças de zero a seis meses foi de 2,3 pontos percentuais no período 1999 – 2003 e de 2,2 pontos percentuais no período 2003 – 2006, revelando-se ritmo quase constante de elevação nos dois períodos. Observou-se associação inversa significativa entre AME e uso de chupeta, hábito observado em 54,0% das crianças. O risco da criança não estar em AME associado ao uso de chupeta foi de 2,7 (IC95% 1,69 - 4,16). A tendência ascendente do AME em Bauru é compatível com a observada no Brasil e em vários países em desenvolvimento nas últimas décadas. Para explicá-la, a hipótese mais consistente é que as políticas e programas pró-aleitamento tem sido efetivos. Apesar da evolução positiva, a prevalência de AME em Bauru ainda está muito distante da desejável e, mantido este ritmo de elevação, somente em 30 anos cerca de 90% das crianças menores de seis meses estarão usufruindo das vantagens deste regime alimentar. O conhecimento da tendência do AME vem preencher uma lacuna das informações sobre alimentação infantil no município e indicam a necessidade de intensificação e melhor organização das ações de promoção e apoio ao AME.

Palavras-chave: Aleitamento materno exclusivo, tendência, fatores de risco.

**ABSTRACT**

PARIZOTO, Giuliana Micheloto. **Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under 6 months old infants in Bauru-SP**. 2008. 99f. Dissertation (Professional Masters) Department of Nursing, São Paulo State University "Julio de Mesquita Filho" Botucatu School of Medicine

The WHO recommends that babies are exclusively breastfed for the first six months of life. This study evaluated the evolution of exclusive breastfeeding (EBF) in 1999, 2003, and 2006 in Bauru, SP, Brazil, using secondary data from three methodologically equivalent transversal questionnaires which formed part of a larger study (AMAMUNIC), monitoring breastfeeding indicators across São Paulo State. Two stage random conglomerate sampling was adopted. Minimum sample size (1000) was fixed to represent the total number of children under one year of age who attended one of two stages of multivaccination campaigns in the above years. Data related to feeding the child on the previous day were obtained by standardized questionnaire. Descriptive statistics were used to compare the prevalence of EBF in the defined age bands in the three questionnaires. Differences were expressed as percentage points and percentage changes and then submitted to statistical testing. Risk factors for EBF interruption were also studied by multivariate logistic regression. There was a progressive increase in EBF prevalence in the three years studied in all age bands. In the first month of life EBF rate changed from about 20% in 1999 to nearly 50% in 2006. The frequency of EBF in children under six months was 8,5% in 1999, and reached 24% in 2006. In the 2003 – 2006 period, there was a 6,6 percentage points increase in EBF, and in the 1999 – 2003, the increase was 9,1 percentage points. The annual EBF growth rate in children from zero to six months was 2,3 percentage points in the 1999 –2003 period and 2,2 percentage points in the 2003 – 2006 period, showing a nearly constant increase rate in the two periods. There was a significant inverse association between EBF and the use of a dummy, a habit seen in 54,0% of the children. The risk of a child not being exclusively breastfed associated to use of a dummy was 2,7 (IC95% 1,69-4,16). The increasing trend for EBF in Bauru is compatible with Brazil as a whole and in various developing countries in recent decades. The most consistent hypothesis to explain is this is that pro-breastfeeding politics and programs have been effective. Despite positive evolution, the prevalence of EBF in Bauru is still far from desired levels, and maintaining this rate of increase, only in about 23 years will 80% of children under six months be reaping the benefits of this feeding regime. Knowing the trend for exclusive breastfeeding has filled a gap in infant feeding information in the area and indicates there is a need to intensify and better organise the promotion and support of exclusive breastfeeding.

Keywords: Exclusive breastfeeding, tendency, risk factors.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Prevalência do aleitamento materno exclusivo segundo faixa de idade (meses) nos anos de 1999, 2003 e 2006. Bauru/SP, 2008..... 60

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Ações do Banco de Leite Humano na promoção do aleitamento materno no município de Bauru. Bauru/SP, 2008.....	17
Quadro 2 – Taxa de prevalência (%) do aleitamento materno exclusivo, na região Sudeste e na capital São Paulo, 1999.....	41
Quadro 3 – Variáveis individuais incluídas no estudo .....	53

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características maternas, relativa às crianças e ao local de puericultura nos anos de 1999, 2003 e 2006. Bauru/SP, 2008..... 59
- Tabela 2** - Prevalência do aleitamento materno exclusivo segundo faixa de idade (meses) nos anos de 1999, 2003 e 2006. Bauru/SP, 2008. .... 60
- Tabela 3** – Diferenças de prevalência do aleitamento materno exclusivo no período de 1999 – 2003 – 2006 em pontos percentuais. Bauru/SP, 2008. .... 61
- Tabela 4** – Diferenças percentuais de prevalência do aleitamento materno exclusivo nos períodos 1999 – 2006 segundo faixa etária da criança. Bauru/SP, 2008. .... 62
- Tabela 5** – Situação das crianças menores de seis meses quanto à presença de aleitamento materno exclusivo em 2006 segundo variáveis maternas, relativas à criança, tipo e local de parto. Bauru/SP, 2008. .... 63
- Tabela 6** – Associação entre interrupção do aleitamento materno exclusivo e escolaridade materna, ordem de nascimento, tipo de parto e uso de chupeta. Bauru/SP, 2008. .... 64

## **LISTA DE SIGLAS**

AM	Aleitamento Materno.
AMAMUNIC	Amamentação e Municípios.
AME	Aleitamento Materno Exclusivo.
BLH	Banco de Leite Humano.
DHS	Demographic and Health Survey.
GAAME	Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo.
HAC	Hospital Amigo da Criança.
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação.
MMC	Método Mãe Canguru.
NBCAL	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde.
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.
SMAM	Semana Mundial da Amamentação.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância.
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action.
WFS	World Fertility Survey.
WHO	World Health Organization.

---

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	19
1.1. Aspectos históricos da prática do aleitamento materno no Brasil .....	19
1.2 Ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atualidade .....	25
1.3 Aleitamento materno exclusivo e suas vantagens .....	35
1.4 Situação do aleitamento materno no mundo e no Brasil .....	39
1.5 Condicionantes do aleitamento materno exclusivo .....	41
1.6. Justificativa do estudo .....	44
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	46
2.1 Objetivo geral .....	46
2.2 Objetivos específicos .....	46
<b>3. MÉTODOS</b> .....	47
3.1 Desenho do estudo e fonte dos dados .....	47
3.2 Local de realização do estudo .....	49
3.3 População de estudo .....	50
3.4 Amostragem .....	50
3.5 Variáveis estudadas .....	52
3.6 Instrumento de coleta de dados .....	53
3.7 Coleta de dados .....	54

3.8 Análise dos dados .....	56
3.9 Aspectos éticos .....	56
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>6. REPERCUSSÕES PARA A ATENÇÃO A SAÚDE NO MUNICÍPIO .....</b>	<b>76</b>
<b>7. CONCLUSÕES .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>87</b>

## APRESENTAÇÃO

O tema aleitamento materno (AM) sempre esteve presente desde o início da minha vida acadêmica. Iniciei meus estudos na área de enfermagem em 1997, na Universidade Estadual de Londrina. No último ano da graduação, a universidade oferecia seis meses de internato em área de interesse do aluno. Como já havia participado de cursos e treinamentos para a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Hospital Universitário do Norte do Paraná, onde havia realizado estágios, escolhi o internato na maternidade desde hospital.

Neste período, pude compreender a importância do aleitamento materno, nas primeiras horas de vida do recém-nascido, bem como a necessidade de apoio às puérperas para o estabelecimento e a manutenção da amamentação.

No início do ano 2000, iniciei meu trabalho no Banco de Leite Humano de Bauru (BLH), onde pude dar continuidade às minhas atividades com o aleitamento materno. Em 2001 iniciei um curso de pós-graduação “lato sensu” em Enfermagem Obstétrica, na Universidade do Sagrado Coração de Jesus, neste município.

O Banco de Leite Humano de Bauru foi inaugurado em 01 de agosto de 1984, como parte das ações da então Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, em convênio com a Associação Hospitalar de Bauru. Inicialmente, estava localizado em uma pequena sala no Hospital Maternidade Santa Isabel. Em 1996 houve aumento das instalações físicas para uma área próxima a esta maternidade, lá permanecendo até julho de 2002. Hoje, está instalado à rua Prof<sup>o</sup>. Gerson Rodrigues 3-6, na Vila Universitária.

Os recursos humanos disponíveis neste serviço compreendem os seguintes profissionais: uma nutricionista, uma enfermeira, sete auxiliares de enfermagem, duas auxiliares administrativas, uma servente de limpeza e um motorista.

O Banco de Leite Humano de Bauru realiza atendimento ambulatorial que visa à busca de resolução de problemas decorrentes e impeditivos do sucesso do aleitamento materno no município; faz visitas domiciliares para acompanhamento da evolução clínica dos receptores do leite e acompanhamento de casos de crianças inseridas no Programa Defesa da Vida; realiza treinamentos de profissionais de saúde atuando na formação técnico científica de alunos de graduação e nível técnico (campo de estágio) e constitui campo de pesquisa para o desenvolvimento de trabalhos científicos de alunos de graduação e pós-graduação.

Também desenvolve treinamento técnico para outros serviços semelhantes dentro da área de atuação regional do Banco de Leite Humano; faz regularmente visitas hospitalares orientando as puérperas nas maternidades da cidade; colabora com o Programa Defesa da Vida, desenvolvendo, junto às crianças de zero a seis meses, ações de saúde, que visam reduzir a mortalidade infantil através da identificação de crianças de risco segundo critérios pré-estabelecidos. E ainda, assume sua função básica que é o processamento do leite humano ordenhado, ou seja, pasteurização, controle de qualidade, armazenamento e distribuição.

Pela sua atuação, a equipe do Banco de Leite de Bauru foi a primeira a ser mobilizada quando teve início o projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), que visa identificar a prevalência de amamentação nos municípios e, com essa informação, discutir estratégias para implementação de políticas locais de

promoção do aleitamento materno. Outro objetivo do projeto é formar um banco de dados de aleitamento materno dos municípios paulistas e brasileiros.

Particpei da segunda (2003) e terceira (2006) aplicação da pesquisa AMAMUNIC em Bauru com o objetivo de conhecer a prevalência do aleitamento materno no município e acompanhar sua evolução.

Após analisados os dados da primeira pesquisa, o Banco de Leite intensificou suas ações de promoção ao aleitamento materno no município. Com esse objetivo passou a promover a Semana Mundial da Amamentação (SMAM) anualmente, com atividades educativas, científicas e sociais com ampla divulgação nos meios de comunicação locais. Houve incentivo à participação de funcionários em congressos da área, para aprimoramento da equipe, criou-se o Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo (GAAME) aberto a todas as pessoas interessadas em promover, proteger e apoiar a amamentação, tendo como objetivo a atuação, a divulgação, o aprimoramento e o treinamento em aleitamento materno.

No quadro abaixo são descritas as principais ações do Banco de Leite Humano de Bauru, desde 2000, das quais participei ativamente.

<b>2000</b>	<b>Treinamento sobre AM – Hospital da Unimed e Secretaria Municipal de saúde</b>
	<b>Curso Aconselhamento</b>
	<b>SMAM – Amamentar é um direito de todos</b>
	<b>Participação XI Encontro Paulista AM e IV Encontro Paulista de BLH</b>
<b>2001</b>	<b>Treinamentos carteiros – Projeto Carteiro Amigo</b>
	<b>SMAM – Amamentação na Era da Comunicação</b>
	<b>Participação I Congresso Paulista de BLH</b>
<b>2002</b>	<b>Treinamentos carteiros – Projeto Carteiro Amigo</b>
	<b>SMAM – Amamentação: mães e bebês saudáveis</b>
	<b>Curso capacitação de multiplicadores para promoção do AM</b>
	<b>Participação III Congresso Brasileiro de BLH</b>

2003	Curso capacitação de multiplicadores para promoção do AM
	Estruturação GAAME
	SMAM – Amamentação em um mundo globalizado pela paz e justiça
	Participação II Congresso Paulista de BLH e XII Encontro Paulista de AM – Amamentação: semeando amor e paz em qualquer lugar do mundo
	Pesquisa AMAMUNIC
	Palestra AM para pediatras
2004	Curso capacitação de multiplicadores para promoção do AM
	SMAM – Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses
	Reuniões GAAME
2005	Treinamento na Maternidade Santa Isabel sobre Alojamento Conjunto
	Curso capacitação de multiplicadores para promoção do AM
	SMAM – Amamentação e introdução de novos alimentos a partir dos 6 meses de vida
	Curso Complementação Alimentar
	Participação II Congresso Internacional de BLH e AM
	Reuniões GAAME
2006	Pesquisa AMAMUNIC
	SMAM – Amamentação: garantir esse direito é responsabilidade de todos
	Participação III Congresso Paulista de BLH e XIII Encontro Paulista de AM
	Reuniões GAAME
	Curso NBCAL

**Quadro 1** – Ações do Banco de Leite Humano na promoção do aleitamento materno no município de Bauru. Bauru/SP, 2008.

Após seis anos de envolvimento com as atividades do Banco de Leite Humano de Bauru, houve a possibilidade de realizar o Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem e surgiu, então, o projeto de dissertação “Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses no município de Bauru-SP”, apresentado a seguir.

## 1 – INTRODUÇÃO

### 1.1. Aspectos históricos da prática do aleitamento materno no Brasil

Para compreender a amamentação na atualidade é preciso conhecer a história desta prática. Alguns autores realizaram o importante trabalho de buscar em livros, registros e documentos e compor uma história do aleitamento materno no Brasil. Neste tópico da Introdução utilizaram-se particularmente as publicações de Silva <sup>1</sup> (1990), Freyre <sup>2</sup> (1978), Almeida <sup>3</sup> (1999) e Costa <sup>4</sup> (1983).

A carta de Pero Vaz de Caminha ao rei de Portugal contém o que certamente pode ser considerado o primeiro relato sobre a amamentação no Brasil: “com um menino no colo atado com um pano aos peitos (...)”<sup>1</sup>.

Segundo Silva (1990), o ato de amamentar diretamente ao seio, cultivado pelos índios, foi percebido pelos portugueses como um comportamento instintivo e natural, impróprio para o homem civilizado, cujo padrão de referência comportamental circunscrevia-se aos hábitos e costumes da cultura européia. O trabalho materno não consistia em fator de desmame entre as índias, embora a mulher indígena tivesse uma carga de trabalho superior à do homem, mas, com o auxílio da tipóia, ela conseguia harmonizar seu duplo papel: o de mãe nutriz e mulher trabalhadora <sup>1</sup>.

Silva (1990) ainda ressalta que o desmame só ocorria em três situações: morte materna, doença grave da mãe ou casos interditados pela cultura, como por exemplo, quando a criança era indesejada, ou seja, quando se tratava de filhos de inimigos com mulheres da tribo ou filhos de índias que mantinham relações sexuais com mais de um parceiro <sup>1</sup>.

Portanto, no Brasil, o aleitamento materno entre os índios era regra geral até a chegada dos europeus, que trouxeram na sua bagagem cultural o hábito do desmame. Em Lisboa, a amamentação dos filhos das classes sociais dominantes cabia às saloias, camponesas da periferia <sup>2</sup>.

Portugal transmitiu ao Brasil o costume das mães ricas de não amamentarem seus filhos e, conseqüentemente, a necessidade de se instituir a figura das saloias. As índias cunhãs constituíram a primeira versão das saloias brasileiras; porém, em razão da rejeição cultural que apresentavam, foram substituídas pelas escravas africanas, constituindo a figura da ama-de-leite, impondo-se o desmame as escravas em favor da amamentação da criança branca. Sabe-se que vários valores e crenças cercavam o desmame: a ternura era considerada um sentimento ridículo, a amamentação enfraquecia a mãe e não era uma tarefa nobre para as damas. Acreditava-se, também, que a amamentação trazia prejuízos para a estética e beleza da mulher e que as relações sexuais seriam capazes de “corromper” o leite. Em suma, a aristocracia não considerava a amamentação uma prática elegante e, na falta de uma consciência social crítica sobre o desmame, as classes subalternas copiavam este valor, buscando distinguir-se socialmente <sup>2</sup>.

O surgimento da mãe preta de aluguel tomou tamanha proporção que alugar amas-de-leite era mais rentável que plantar café. Esta nova versão do aleitamento materno foi exercida no Brasil em um momento histórico muito anterior a chegada dos leites industrializados, sendo secular, portanto, a tendência de se procurar auferir lucros com práticas que gravitam em torno da amamentação, estimulando propositalmente a instituição do desmame <sup>3</sup>.

No final do período colonial, estabeleceu-se no Brasil, por reciprocidade de interesses, uma aliança entre a medicina, que buscava sua independência, e o estado, que precisava instituir um sistema de controle da população. A meta era converter a família ao estado, pela higiene. Assim, os higienistas reconstituíram socialmente a biologia do ciclo gravídico-puerperal, buscando resgatar, na ordem natural do instinto, a maternidade e a amamentação como fatores vitais para a sobrevivência dos filhos. A mulher colonial tornou-se um dos principais objetivos da medicina, uma vez que arrancá-la da alcova seria estratégia para conquistá-la como aliada, ao mesmo tempo em que se buscava enfraquecer o poder paterno e integrar a família à cidade. Assim, a amamentação foi transformada em evento meramente biológico e diretamente relacionada aos interesses e expectativas do estado e do poder médico <sup>4</sup>.

A pressão higiênica em prol da amamentação certamente tinha metas que transcendiam a proteção da vida da criança. O ato de amamentar prestava-se a regular o tempo livre da mulher na casa, livrando-a do ócio e dos passatempos contrários à moral e aos bons costumes familiares. Do ponto de vista dos higienistas, a independência feminina não podia ultrapassar as fronteiras da casa e do consumo de bens e idéias que reforçassem a imagem de mulher-mãe; caso contrário, a sobrevivência do machismo estaria comprometida. O discurso higiênico sobre amamentação envolvia as mulheres na política de utilização “machista” do homem, fazendo-as crer na nobreza da função de amamentar. Os higienistas passaram a condenar rigorosamente o aluguel de escravas como amas-de-leite. A maioria das críticas feitas à mortalidade infantil adveio de trabalhos médicos sobre a amamentação, cuja tônica não era o destino dos filhos das escravas, e sim a saúde dos bem nascidos <sup>4</sup>.

No Brasil, em meados do século XIX, surgiram as primeiras regras normalizadoras da amamentação, que adotavam os referenciais teóricos advogados pelas escolas européias, em especial a francesa e a alemã. Dentre os cuidados a serem seguidos pelas mães, para obter sucesso na prática do aleitamento, destacavam-se: a regulamentação de horários, determinando intervalo entre as mamadas e o tempo a ser despendido em cada uma delas; a amamentação em ambos os seios; a prática do decúbito lateral; o emprego da chupeta como meio de acalmar o bebê; e as restrições alimentares para a mãe lactante <sup>1</sup>. Nota-se que muitas destas regras, consideradas ultrapassadas para os dias atuais, ainda podem ser identificadas no discurso dos profissionais que atuam no seguimento materno infantil.

A amamentação foi imposta à mulher branca, de origem européia, que secularmente cultivava o hábito do desmame e que não havia aprendido a amamentar. Mais do que informada sobre as maravilhas do aleitamento materno, a mulher precisava ser capacitada para desempenhar o seu novo papel social, o de mãe-nutriz. Entretanto, a incapacidade de lidar com os fatos culturais em relação à amamentação possibilitou o surgimento de situações impossíveis de serem solucionadas com as regras propostas pelo modelo higienista. A crise foi, então, contornada com a construção de uma nova figura biológica: o leite fraco que passou a compor a “regra da exceção”, para explicar, biologicamente, os desvios do modelo higiênico de aleitamento materno <sup>3</sup>.

Em meio às transformações ocorridas no início do século XX, foi-se desenvolvendo a sociedade de consumo, e com ela surgiu a mamadeira, um dos novos símbolos de modernidade e urbanismo. Nessa época, chegaram ao Brasil as primeiras remessas de leite condensado e de farinha láctea importadas da Suíça <sup>3</sup>.

Almeida (1999) ressalta que entre as décadas de 40 e 70, o marketing dos produtos industrializados terminou por impor uma mudança na percepção médica sobre aleitamento materno, que passou da amamentação natural ao estímulo do desmame precoce. As mudanças nas representações sobre o papel da mulher na sociedade, a emancipação feminina, as contradições sobre o trabalho e a vida reprodutiva constituíram outro conjunto de fatores que simultaneamente interferiram no condicionamento sociocultural da amamentação. Estes fatores foram apropriados pela indústria de leites modificados, com o intuito de fundamentar, no âmbito sociocultural, o paradigma do desmame comerciogênico <sup>3</sup>.

No final da década de 70, o desmame precoce representava um dos sérios agravos de saúde pública. Em documento oficial, relativo a este período, o Ministério da Saúde revela que a mortalidade infantil nacional era de 88 por 1000 nascidos, e de 124 por 1000 nascidos no Nordeste; o desmame no primeiro mês de vida atingia 54% dos lactentes na cidade de São Paulo e 80% em Recife; 50% dos pediatras prescreviam mamadeira e 90% aconselhavam o uso de água nos intervalos da mamadas; 60% das mulheres brasileiras não faziam exame de pré-natal <sup>5</sup>.

Diante destas constatações, a reversão do desmame precoce tornou-se uma das principais estratégias para a redução dos índices de morbimortalidade infantil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) decidiram, em 1979, promover uma reunião sobre nutrição infantil. Nessa oportunidade, foi assinado um acordo com a proposta de alertar o mundo sobre as conseqüências do desmame precoce <sup>6</sup>.

Como resultado, foi instituído, em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que desencadeou um movimento de valorização da prática da amamentação natural na sociedade brasileira<sup>7</sup>.

Em meio aos resultados alcançados, destacam-se: a implantação do sistema de alojamento conjunto nas maternidades; o estabelecimento de normas para a implantação e funcionamento de bancos de leite humano; a instituição de um código de comercialização dos sucedâneos do leite materno; a licença maternidade com duração de 120 dias, sem prejuízo para o emprego e salário; o direito das presidiárias permanecerem com seus filhos durante o período da amamentação; a inclusão do tema em currículos escolares; a realização de programas de capacitação de recursos humanos em diferentes níveis de complexidade da atuação à saúde; a criação de grupos de apoio a mulheres que amamentam; o desenvolvimento de pesquisas e estudos em colaboração ao tema<sup>5</sup>.

Almeida (1999) afirma que, como resultado da política estatal, foi registrado um crescimento substancial da amamentação natural nos anos 80. A amamentação de crianças brasileiras subiu de 7% para 30% na primeira metade da década. No entanto, apesar de todo esforço que continuou a ser despendido, observou-se uma tendência de estabilização neste índice, que foi ampliado em apenas três pontos percentuais no decurso dos cinco anos subseqüentes, atingindo a marca de 33% em 1989. Assim, o início dos anos 90 foi marcado por uma crescente e visível crise do paradigma de estímulo à amamentação<sup>3</sup>.

Em 1999, o Distrito Federal e capitais do Estado participaram de uma pesquisa, onde foi mostrado que a duração mediana da amamentação foi de 9,9 meses para o Brasil como um todo, com uma variação de 13,8 meses para a região norte e de 7,5 meses para a região sul. A amamentação exclusiva para o

Brasil é praticada por um curto período de tempo, apresentando uma duração mediana de 23 dias para o país, com variação de 39 dias para a região sul e 13 dias para a região sudeste <sup>6</sup>.

## **1.2 Ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atualidade.**

Atualmente a política nacional de aleitamento materno traduz-se na edificação de três pilares, erguidos prioritariamente sob a ótica da promoção, proteção e do apoio à mulher, desde o início da gestação. Iniciar bem a vida é fundamental e pode acontecer somente se houver condições favoráveis para o estabelecimento da afetividade e do bem-estar, também proporcionados pela amamentação <sup>5</sup>.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão <sup>8</sup>.

O aleitamento materno se enquadra nas linhas de cuidado para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, dentro do Pacto em Defesa da Vida <sup>8</sup>.

São seis as prioridades pactuadas pelo Pacto em Defesa da Vida: saúde de idoso, controle do câncer do colo do útero e mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável e fortalecimento da atenção básica <sup>8</sup>.

Além disso, desde o início da década de 80, a OMS e o UNICEF, vêm direcionando esforços para a implantação de ações de proteção (ações políticas, normas ou leis), promoção (divulgação junto à mídia) e apoio (aconselhamento e orientação às mães) ao aleitamento materno<sup>9</sup>.

Como ações de proteção ao aleitamento materno, a Constituição Federal Brasileira, garante a todas as mulheres trabalhadoras o direito a licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário. Os pais tem direito a licença paternidade por cinco dias após o parto, para que possam dar assistência ao filho a companheira, recebendo salário integral<sup>6</sup>.

Pela Consolidação das Leis do Trabalho, as empregadas têm direito a duas pausas para amamentar, de meia hora cada, durante o período de trabalho, até que seus filhos completem seis meses de idade. A Lei 10421 de 15 de abril de 2002 estende o benefício da licença-maternidade também a mulheres que adotam crianças com idade até oito anos, estabelecendo 120 dias de licença para adoção de crianças até um ano de idade, 60 dias para crianças de um a quatro anos de idade e 30 dias para crianças de 4 a 8 anos de idade<sup>6</sup>.

Em 18 de outubro de 2007, foi aprovado o Projeto de Lei 281 de 2005, da senadora Patrícia Saboya, que amplia a licença-maternidade de quatro para seis meses, na Comissão de Direitos Humanos do Senado em caráter terminativo e segue diretamente para a Câmara dos Deputados. No entanto, para ter direito a mais dois meses de licença, a empresa para qual a mulher trabalha precisa aderir ao programa Empresa Cidadã.

Ainda como ação de proteção ao aleitamento materno, com base em princípios éticos, criou-se um conjunto de normas que passaram a servir como guia para a comercialização dos produtos ditos “substitutos” do leite humano.

De 1979 a 1981 a OMS e o UNICEF, com o apoio de governos e de organizações não governamentais, desenvolveram e aprimoraram o “Código Internacional de Comercialização de Alimentos para Lactentes”, aprovado em 1981 pela Assembléia Mundial de Saúde <sup>6</sup>.

O Brasil foi um dos primeiros países a adotar essas recomendações, aprovando, em 1988, as Normas Brasileiras para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), revisadas posteriormente, em 1992, 2001 e 2002 <sup>10</sup>.

O objetivo da NBCAL é contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças da primeira infância defendendo-os dos riscos associados à não amamentação ou desmame precoce, protegendo e incentivando a amamentação, mediante a regulamentação da promoção comercial e recomendações de uso apropriado dos alimentos que são colocados à venda como substitutos ou complementos do leite materno <sup>6</sup>.

Em primeiro de agosto de 1990, diversas organizações internacionais e representantes de quarenta países, incluindo o Brasil, firmaram o compromisso de promover o aleitamento materno. Em 1991, criou-se a Waba (World Alliance for Breastfeeding Action) que idealizou a Semana Mundial da Amamentação, uma estratégia para provocar, todos os anos no mesmo período, uma grande mobilização da sociedade e a disseminação de informações em âmbito mundial. A cada ano defini-se um tema, que é trabalhado no mundo todo <sup>7</sup>.

No Brasil, na primeira semana de agosto, organizações governamentais e não governamentais realizam muitas atividades alusivas a temas escolhidos a cada ano, como se pode notar a seguir:

1992 – Hospitais Amigos da Criança;

- 1993 – Mulher Trabalho e Amamentação;
- 1994 – Faça o Código Funcionar;
- 1995 – Amamentação Fortalece a Mulher;
- 1996 – Amamentação, uma Responsabilidade Social;
- 1997 – Amamentar é um Ato Ecológico;
- 1998 – Amamentar é o Melhor Investimento;
- 1999 – Amamentar é Educar para a Vida;
- 2000 – Amamentar é um Direito Humano;
- 2001 – Amamentação na Era da Informação;
- 2002 – Amamentação: Mães e Bebês Saudáveis;
- 2003 – Amamentação em um Mundo Globalizado pela Paz e Justiça;
- 2004 – Amamentação Exclusiva: Segurança, Saúde e Sorrisos;
- 2005 – Amamentação e Alimentação Complementar: Amor e Saúde;
- 2006 – Amamentação. Garantir este direito é responsabilidade de todos;
- 2007 – Amamentação na primeira hora, proteção sem demora.

Em 2008 o tema da Semana será: “Apoio às Mães: Em Busca do Ouro”.

Também, como parte das ações de promoção ao aleitamento materno, teve início, no Ceará, o Projeto Carteiro Amigo, como uma estratégia para reverter o quadro local de desnutrição e mortalidade infantil. O lançamento da campanha ocorreu em 1996, quando a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, em parceria com o UNICEF e a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, colocou sua estrutura à disposição da comunidade. Em 1999 foi este projeto expandido para os nove Estados da região Nordeste. No ano seguinte, chegou aos Estados das regiões Norte e Centro-Oeste. Em 2001 alcançou os Estados das regiões Sul e

Sudeste, ano em que foram distribuídos mais de um milhão de folderes em 248 municípios brasileiros <sup>11</sup>.

O Projeto Carteiro Amigo da Amamentação é uma parceria entre Ministério da Saúde e Correios. Os carteiros entram como força auxiliar da saúde, divulgando as vantagens da amamentação natural e distribuindo nos domicílios, onde residem gestantes e crianças menores de um ano <sup>11</sup>.

Dentre as ações de apoio ao aleitamento materno, podemos citar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o Programa para implantação do Método Mãe Canguru (MMC) os Bancos de Leite Humano, o Projeto Bombeiros da Vida, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) e os vários grupos de apoio à mãe.

A implementação do programa IHAC no Brasil, a partir de 1992, trouxe um novo fôlego para o aleitamento materno. Desde então, com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, vem sendo capacitados profissionais de saúde, realizadas avaliações e estímulo da rede hospitalar para credenciamento. Dados de 2007 indicam mais de 20 mil hospitais credenciados na IHAC em todo o mundo e no Brasil, 336 Hospitais Amigos da Criança <sup>12</sup>.

A IHAC apóia-se na implantação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, abaixo descritos:

1 - Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde;

2 - Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;

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

Ao ser reconhecido com o título Hospital Amigo da Criança, os estabelecimentos hospitalares se tornam referência em amamentação para seu município, região e estado. Nestes hospitais, as mães são orientadas e apoiadas para o sucesso da amamentação desde o pré-natal até o puerpério, aumentando dessa forma os índices de aleitamento materno exclusivo (AME) e continuado e reduzindo a morbimortalidade materna e infantil <sup>12</sup>.

A "posição canguru" foi idealizada na Colômbia em 1979 com o objetivo de diminuir a mortalidade neonatal elevada naquele país. A idéia era de que

a colocação do recém-nascido contra o peito da mãe promoveria maior estabilidade térmica, substituindo com vantagem as incubadoras, permitindo alta precoce, menor taxa de infecção hospitalar e conseqüentemente melhor qualidade da assistência com menor custo para o sistema saúde <sup>13</sup>.

No Brasil, os primeiros hospitais a trabalhar com a posição canguru foram os hospitais Guilherme Álvaro em Santos e em seguida o Instituto Materno e Infantil de Pernambuco, na cidade do Recife <sup>13</sup>. A partir de então, vários hospitais brasileiros começaram a realizar as posturas de colocação do recém-nascido sobre o peito da mãe.

Em junho de 1999, após quase um ano de pesquisas e observações, a Área da Saúde da Criança da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde redigiu uma minuta para o atendimento humanizado ao recém-nascido de baixo-peso. Surgiu a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso ou Método Mãe Canguru. A prioridade é a implantação desta metodologia nas maternidades que pertencem ao Sistema de Referência de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde <sup>13</sup>.

O Método Mãe Canguru trabalha com a visão da atenção humanizada à criança, à mãe e à família, respeitando-os nas suas características e individualidades. É particularmente favorável à amamentação, pois a mãe substitui a incubadora, necessária ao bebê prematuro, o recém-nascido pode ter contato mais freqüente com a mãe, pai e avós, recuperando-se com mais facilidade e tendendo a receber alta mais rapidamente.

Outra iniciativa pró-aleitamento materno (promoção, proteção e apoio) de grande repercussão e cobertura no Brasil é a rede de Bancos de Leite Humano. Na verdade o Brasil tem um importante destaque no cenário Mundial

quanto à coleta, processamento e distribuição de leite humano. Atualmente, são 187 Bancos de Leite Humano, distribuídos em 25 Estados brasileiros, que prestam assistência gratuita à população, coletando, estocando e distribuindo aproximadamente 100 mil litros de leite humano por ano <sup>14</sup>.

Em 1998, por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, foi criada a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. A consolidação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano resulta de um processo histórico caracterizado pela busca da qualidade associada à experiência e aos conhecimentos acumulados pelo Banco de Leite do Instituto Fernandes Figueira.

A OMS considerou o trabalho da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano como o que mais contribuiu para a redução da mortalidade infantil e para a promoção do aleitamento materno, dentre todos os que foram desenvolvidos na década de 90 <sup>14</sup>.

Mais uma experiência de sucesso no Brasil é o Projeto Bombeiro Amigo da Amamentação, implantado em Brasília no ano de 1992. Trata-se de uma experiência inovadora com o objetivo de ampliar o volume de leite humano coletado. A parceria do Corpo de Bombeiros com os Bancos de Leite Humano, na coleta domiciliar do leite humano ordenhado, e no apoio às gestantes e nutrizes, tem sido levada para outros locais, tais como Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, Paraíba, Minas Gerais, Sergipe e Pernambuco <sup>7</sup>.

Mais recentemente, a proposta da Iniciativa Unidade Básica de Saúde Amiga da Amamentação veio para desempenhar um importante papel de suporte as mães nas unidades básicas de saúde. Destaca-se que esta iniciativa pode alcançar papel ainda maior do que a IHAC em nosso meio, dado que a grande maioria das gestantes faz acompanhamento pré-natal em unidades básicas de

saúde, ficando os hospitais responsáveis apenas pela assistência às gestações de risco. Além disso, a permanência do binômio puérpera-recém-nascido é tradicionalmente curta nas maternidades brasileiras. Assim, o curto tempo de exposição das mães à influência, ainda que muito positiva, dos profissionais de maternidade limita o alcance da IHAC em nosso meio <sup>15</sup>.

As unidades de atendimento à gestante têm um importante papel a cumprir no sentido de prepará-las e criar facilidades para a prática da amamentação. As informações dadas às gestantes no pré-natal, assim como o apoio, depois da saída da maternidade, depende da atuação da rede básica de saúde. Por isso, há necessidade da unidade básica de saúde atuar de forma a apoiar a amamentação desde o pré-natal <sup>15</sup>.

A IUBAAM foi criada no Estado do Rio de Janeiro, em 1999, e vem sendo implementada pela SES-RJ/PAISMCA com o apoio do Grupo Técnico Interinstitucional de Incentivo ao Aleitamento Materno e dos Pólos Regionais de Aleitamento Materno. No ano de 2006 o Estado do Rio de Janeiro contava com 44 unidades básicas de saúde credenciadas como "Amigas da Amamentação". Estados como o Paraná e o Rio Grande de Sul também estão iniciando a implantação da IUBAAM <sup>16</sup>.

Toda unidade básica de saúde (como os Postos de Saúde, os Centros de Saúde, os Postos de Saúde da Família) que tenha pré-natal e pediatria pode se tornar uma Unidade Básica Amiga da Amamentação. Para isto, deve cumprir os "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação" da IUBAAM:

1 - A promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno deverão ser transmitidos, através de norma escrita, a toda a equipe da unidade de saúde;

- 2 - Treinamentos da equipe da unidade de saúde, capacitando-a a prática do que prescreve a referida norma;
- 3 - Orientações às gestantes e mães sobre os direitos e vantagens do aleitamento materno, para que estas promovam a amamentação exclusiva até os seis meses e complementada até os dois anos de vida ou mais;
- 4 - Oitivas das preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo a autoconfiança da paciente;
- 5 - Orientações às gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e ficar com o bebê em alojamento conjunto;
- 6 - Ensino às gestantes e mães como amamentar e manter a lactação, mesmo quando forem separadas de seus filhos;
- 7 - Orientação às nutrizes sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação;
- 8 - Estimular a amamentação sob livre demanda;
- 9 - Orientação às gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde;
- 10 - Criar grupos de apoio à amamentação, acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver familiares.

Esses "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação" são fruto de uma revisão sistemática sobre as intervenções conduzidas nas fases de pré-natal e acompanhamento do binômio mãe-bebê. Foi criada também uma metodologia de avaliação, a partir de uma adaptação dos instrumentos de avaliação da IHAC<sup>17</sup>.

A criação de iniciativas voltadas para o sucesso do aleitamento materno em locais de atenção básica à saúde tem sido uma preocupação comum a

vários países. Foi no Chile, em 1995, que pela primeira vez se criou uma iniciativa para o sucesso do aleitamento materno envolvendo os ambulatórios que acompanham mães e bebês. Outros países, como o Peru (1996), a Argentina (1996) e a Nicarágua (1997) também desenvolveram passos para promoção do aleitamento materno na rede básica de saúde, sendo que, na Nicarágua, oito centros de saúde já foram credenciados como "Centros de Saúde Amigos". Até em países do primeiro mundo, como no Reino Unido, em 1998, foram criados passos voltados para o sucesso do aleitamento materno em centros de atenção básica <sup>16</sup>.

Ainda como ações de apoio ao aleitamento materno, grupos de mães têm sido criados e vem preenchendo essa necessidade. Existem mais de 40 grupos de apoio a mães em diferentes partes do mundo, os quais diferem de tamanho, estrutura e extensão de trabalho.

Todos os grupos de apoio ajudam as mães a amamentar através de duas abordagens básicas, fornecendo informação prática que servirá de base para a decisão de amamentar, ainda na gestação, e prestando apoio emocional e ajuda objetiva para que as mães sintam-se bem com sua experiência e tenham sucesso. No Brasil, dois grandes exemplos de grupos de apoio são as Amigas do Peito, em Niterói (RJ) <sup>18</sup> e o Grupo origem, em Recife (PE) <sup>19</sup>.

### **1.3 Aleitamento materno exclusivo e suas vantagens**

A Organização Mundial de Saúde (2003) recomenda que os bebês recebam exclusivamente leite materno durante os primeiros seis meses de idade. Depois dos seis meses, com o objetivo de suprir suas necessidades nutricionais, a criança deve receber alimentação complementar segura e

---

nutricionalmente adequada, juntamente com a amamentação, até os dois anos de idade ou mais <sup>20</sup>.

São inúmeras e inquestionáveis as vantagens da amamentação para a criança, sua mãe e para a sociedade. A amamentação, quando praticada desde o nascimento, de forma exclusiva, até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até dois anos de idade ou mais, demonstra grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e na prevenção de doenças na infância e na idade adulta <sup>11</sup>.

Na fase inicial da vida, o leite humano é indiscutivelmente o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de apresentar inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas e papel importante na diminuição da mortalidade infantil <sup>21</sup>.

Resultados de um relevante estudo realizado na zona rural de Gana, na África, com 10947 bebês não gêmeos amamentados, mostram que o início da amamentação na primeira hora de vida reduz o risco de mortes infantis, ao passo que o atraso no início da amamentação leva a um acentuado aumento no risco de morrer, pois o início da amamentação depois de um dia de vida esteve associado a um aumento de 2,4 vezes no risco de morrer sendo que o consumo de alimentos pré-lácteos (outro líquido antes do leite materno) aumentou o risco de mortalidade neonatal <sup>22</sup>.

Justamente pelo reconhecimento de sua importância, no ano de 2007, a Semana Mundial da Amamentação teve como tema “Amamentação na primeira hora”. Segundo o UNICEF amamentar o bebê imediatamente após o nascimento reduz consideravelmente a mortalidade neonatal. No Brasil, do total de

mortes de crianças com menos de um ano 65,6% ocorrem no período neonatal e 49,4% na primeira semana de vida <sup>23</sup>.

Segundo Almeida (1999), o leite humano reúne em sua composição mais de 150 substâncias diferentes, todas com funções biológicas definidas. A água, que totaliza 87% da composição centesimal, se configura no principal nutriente em termos quantitativos; as proteínas suspensas têm o papel de sustentar o crescimento estrutural celular da lactente; as proteínas do soro protegem o recém nascido de inúmeros agentes infecciosos; os carboidratos funcionam como fonte energética; os lipídios e lipossolúveis desempenham funções múltiplas; há elementos minerais são indispensáveis à nutrição do lactente; além de hormônios; enzimas; fatores específicos do leite humano; enfim, todo um elenco de compostos químicos a serviço das necessidades do lactente <sup>3</sup>.

Para Akre (1989), o leite humano é muito mais do que uma simples coleção de nutrientes, é uma substância viva de grande complexidade biológica, ativamente protetora e imunomoduladora. Não apenas proporciona proteção exclusiva contra infecções e alergias, como estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico do bebê <sup>24</sup>.

Kummer, (2000) afirma que a ausência da amamentação ou sua interrupção precoce (antes dos 6 meses) e a introdução de outros alimentos à dieta da criança, durante esse período são freqüentes, com conseqüências importantes para a saúde do bebê, como exposição a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas, prejuízo da digestão e assimilação de elementos nutritivos, entre outras <sup>25</sup>.

Assim a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida constitui prática indispensável para a saúde e o desenvolvimento da criança.

Além do maior risco de infecções, sabe-se que a administração de outros alimentos, além do leite materno, interfere negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, podendo diminuir a quantidade de leite materno ingerido e levar a menor ganho ponderal <sup>26</sup>.

Estudos conduzidos por Victora et al (1987) constataram que crianças menores de seis meses de vida que não recebiam leite materno tinham maior risco de morrer por diarreia (14,2 vezes mais), de mortalidade por doenças respiratórias (3,6 vezes mais) e por outros tipos de infecções (2,5 vezes mais) quando comparadas as que recebiam apenas leite materno sem complemento <sup>27</sup>.

O aleitamento materno exclusivo oferece a vantagem adicional de diminuir os custos das famílias, dos estabelecimentos de saúde e da sociedade em geral, ao eliminar os gastos com leites artificiais, mamadeiras e ao reduzir os episódios de doenças nas crianças e, como consequência, as faltas ao trabalho dos pais por doenças dos filhos <sup>28</sup>.

Os conhecimentos das últimas décadas sintetizados por Réa (2003), sobre a relação entre amamentação exclusiva nos primeiros seis meses e a saúde, evidenciam que vários são os agravos significativamente piores na ausência da amamentação exclusiva: enterocolite necrotizante, diabetes, alergias, pneumonia, entre outros. Além disso, indicam que o uso do leite materno para prematuros e bebê de baixo peso leva a maiores índices de inteligência e acuidade visual <sup>29</sup>.

A cada novo estudo, novas evidências dos benefícios do leite materno exclusivo e dos riscos associados à interrupção precoce da amamentação exclusiva surgem e vem se somar àquelas que justificaram, no início dos anos noventa, a recomendação desta modalidade de alimentação nos primeiros seis meses de vida <sup>30</sup>.

#### 1.4 Situação do aleitamento materno no mundo e no Brasil.

O banco de dados da OMS sobre amamentação cobre 94 países e engloba 65% da população mundial com menos de doze meses.

Apesar do reconhecimento geral das vantagens do leite materno sobre o artificial, mesmo em países industrializados as taxas de iniciação da amamentação são baixas, como é o caso da França, Itália, Holanda, Espanha, Suíça e Reino Unido. Na Suécia, uma exceção, 98% dos bebês em 1990 tinham mamado em algum momento de suas vidas <sup>31</sup>.

Progressos nas taxas de alimentação exclusiva com leite materno até os quatro meses foram obtidos na Polônia, que passou de 1,5%, em 1988 para 17% em 1995; na Suécia, de 55% em 1992 para 61% em 1993; e na Armênia, de 0,7% em 1993 para 20,8% em 1997 <sup>31</sup>.

Os dados da OMS (2003) para a região das Américas indicam que a porcentagem de crianças que chegaram a mamar em algum momento é alta em alguns países: Chile, 97% em 1993; Colômbia, 95%, em 1995 e Equador, 96% em 1994. Por outro lado, as taxas de amamentação exclusiva até quatro meses, ainda que altas se comparadas com outras regiões do mundo, eram mais modestas e estavam caindo nas décadas de 80 e 90 em vários países: Bolívia, 59% em 1989, e 53% em 1994; Colômbia, 19% em 1993 e 16% em 1995; República Dominicana, 14% em 1986 e 10% em 1991 <sup>31</sup>.

No Brasil, com a divulgação dos primeiros resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) em 1996, verificou-se a tendência ascendente da prática da amamentação. Para a população de crianças entre zero e quatro meses de idade, a frequência da amamentação elevou-se de

73,5% para 85,4%, ao redor de um ano de idade (10 a 14 meses), passou de 27,5% para 37,1% <sup>32</sup>.

Apesar do contínuo aumento de sua prevalência nas últimas três décadas, fruto dos programas governamentais e da atuação de organizações não-governamentais, vários já citados nessa Introdução, o Brasil ainda não atingiu as recomendações da OMS.

Dados das décadas de setenta, oitenta e noventa mostraram que a duração mediana do aleitamento materno, que era de 2,5 meses em 1975, passou para 5,5 meses em 1989 e para 7 meses em 1996 <sup>33</sup>. A comparação dos resultados de duas pesquisas brasileiras realizadas em meados da década de 70 e no fim dos anos 80 mostrou um aumento da duração mediana do aleitamento materno de 75 dias para 167 dias <sup>34.35</sup>.

Segundo dados do Ministério da Saúde (1999), a taxa de prevalência do aleitamento materno exclusivo no Brasil no final do século XX era de 53,1% em crianças menores de um mês, de 21,6% em crianças de três a quatro meses, e de 9,7% em crianças de cinco a seis meses <sup>36</sup>.

Em 1995, o município de Botucatu foi o pioneiro a realizar pesquisas para diagnóstico da situação alimentar de lactentes em Campanha de Vacinação. O inquérito foi realizado em todos os postos de vacinação do município, envolvendo 1550 crianças menores de um ano. A realização do diagnóstico da situação do aleitamento materno atingiu uma alta cobertura e não houve prejuízo para as atividades de vacinação. Este estudo trouxe importantes contribuições para a elaboração do Projeto Amamentação e Municípios, hoje abrangendo quase todos os municípios do Estado de São Paulo e alguns municípios de outros Estados <sup>9</sup>.

Com dados de 111 municípios paulistas, obtidos em 1998 e 1999 pelo AMAMUNIC, detectou-se reduzida prevalência do AME, nos primeiros quatro meses de vida, com rápida redução na frequência de AME nos primeiros dias de vida da criança. Foram também identificadas condições individuais de risco para a não prática do AME: baixa escolaridade materna, primiparidade, idade materna inferior a 20 anos, criança do sexo masculino, baixo peso ao nascer e acompanhamento na rede pública de serviços de saúde <sup>9</sup>.

O quadro abaixo nos mostra a taxa de prevalência (%) do aleitamento materno exclusivo na região Sudeste e na capital São Paulo no ano de 1999 <sup>36</sup>.

Região e Capital	0 a 30 dias	31 a 60 dias	61 a 90 dias	91 a 120 dias	121 a 150 dias	151 a 180 dias
<b>Sudeste</b>	<b>42,8%</b>	<b>32,9%</b>	<b>24,3%</b>	<b>17,3%</b>	<b>12,1%</b>	<b>8,3%</b>
<b>São Paulo</b>	<b>36,2%</b>	<b>27,8%</b>	<b>20,8%</b>	<b>15,1%</b>	<b>10,8%</b>	<b>7,6%</b>

Fonte: MS/ Secretaria de Políticas de Saúde - estudos amostrais.

**Quadro 2** – Taxa de prevalência (%) do aleitamento materno exclusivo, na região Sudeste e na capital São Paulo, 1999.

No município de Bauru, a primeira pesquisa AMAMUNIC, realizada em 1999, mostrou que, do total de 1017 crianças menores de um ano de idade, 53,6% receberam leite materno no dia anterior. Esse número diminuiu para 12,5% quando considerado apenas o AME em crianças menores de quatro meses.

### 1.5 Condicionantes do aleitamento materno exclusivo

Estudos sobre possíveis fatores de risco para a não prática do AME nos primeiros seis meses de vida, ou sobre fatores protetores desta prática, têm sido realizados no Brasil na última década.

Dentre os fatores mais proximais, práticas de cuidado e rotinas assistenciais dirigidas aos recém-nascidos são apontados como fatores que modificam as chances de AME.

Carvalhaes et al (2007) identificaram, no município de Botucatu, que dificuldades no início do aleitamento e o hábito de chupar chupeta são importantes e significativos fatores de risco para a interrupção do AME em menores de 4 meses<sup>37</sup>.

O tipo de parto é um outro fator que pode influir muito proximalmente sobre o início do aleitamento e, dessa forma, afetar a duração do AME. Em um estudo realizado por Widerpass et al (1998), observou-se que a duração da amamentação foi similar entre os nascidos por parto vaginal e cesariana emergencial, mas as crianças nascidas por cesariana eletiva apresentaram um risco três vezes maior de interrupção da amamentação no primeiro mês de vida<sup>38</sup>.

A saúde do recém-nascido influi sobre sua capacidade de sucção adequada, de modo que o peso ao nascimento, um importante marcador das condições de saúde e nutrição que vigoraram intra-útero, tem sido associado à duração do aleitamento materno. Horta et al (1996) verificaram que bebês de baixo peso tendem a ser amamentados por períodos mais curtos<sup>39</sup>.

As maternidades também podem desestimular a amamentação, quando não possuem alojamento conjunto, quando as primeiras mamadas acontecem tardiamente e quando utilizam mamadeiras e bicos para a oferta de líquidos aos recém-nascidos<sup>40</sup>.

Características ou atributos das mães dos recém-nascidos também jogam importante papel sobre a duração do aleitamento materno.

Com relação à idade materna, no já citado estudo com dados de 111 municípios paulistas, houve um aumento da chance de aleitamento materno exclusivo com o aumento da idade materna até a faixa etária entre 25 e 29 anos, sendo que a partir daí os índices se estabilizam e depois diminuem ligeiramente, na faixa de idade materna acima de 35 anos<sup>9</sup>.

De acordo com um estudo realizado em Londrina/PR, primíparas possuem um risco maior para a não prática do AME. O índice de AME se elevou de acordo com o aumento do número de filhos, principalmente quando a mãe foi bem sucedida na amamentação dos primeiros filhos<sup>41</sup>.

Quanto à situação de trabalho materno, mulheres que não trabalham fora de casa parecem amamentar exclusivamente por mais tempo<sup>9</sup>. Mesmo com condições de trabalho favoráveis, mulheres empregadas em indústrias de São Paulo precisaram mais do que apenas benefícios trabalhistas para amamentar exclusivamente por quatro a seis meses e manter a amamentação prolongadamente<sup>40</sup>.

A relação entre escolaridade e duração do AME tem sido foco de vários estudos.

Venâncio (2002) afirma que vários estudos brasileiros recentes apontam taxas de AME maiores em mulheres com maior escolaridade, observando-se um efeito do tipo “dose resposta”, ou seja, a chance de AME aumenta à medida que aumenta o nível de escolaridade da mãe, de tal forma que mulheres que têm o terceiro grau incompleto/completo têm o dobro de chance de amamentarem

exclusivamente seus filhos nos primeiros seis meses de vida quando comparadas às mulheres que não completaram o primeiro grau.<sup>9</sup>

Para esta autora, o caminho pelo qual a escolaridade materna influi sobre as chances de sucesso do aleitamento materno exclusivo envolve, possivelmente, tanto aspectos ligados ao conhecimento, como também ao nível socioeconômico das mães. Cabe lembrar que a escolaridade tem sido considerada, em nosso meio, um indicador válido de condições gerais de vida e de acesso a bens e serviços.

No estudo de Londrina/PR, já citado, as crianças que realizavam seguimento ambulatorial na rede pública apresentaram uma chance 2,08 vezes maior de interromper o AME quando comparadas àquelas acompanhadas na rede privada ou conveniada. Para os autores, a menor prevalência de AME nas crianças atendidas pela rede pública, provavelmente, deve-se às piores condições socioeconômicas da população atendida pelo SUS<sup>41</sup>.

As ações municipais de apoio, proteção e promoção do aleitamento materno também influem diretamente sobre a duração do AME. Uma política municipal formal pró-amamentação, bem implementada, incluindo a realização da SMAM anualmente, e uma equipe multiprofissional treinada, mostrou-se capaz de contribuir de forma positiva para a elevação da taxa de aleitamento materno nos municípios paulistas estudados pelo AMAMUNIC<sup>9</sup>.

## **1.6 Justificativa do estudo**

Concebido como instrumento para estimular e avaliar ações pró-aleitamento materno, o Projeto AMAMUNIC precisa, para ser efetivo, gerar dados

locais, discussão, definição de objetivos e estratégias e sua implementação e avaliação. O presente projeto pretende contribuir para tal, focando especificamente o aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses no município de Bauru. O conhecimento da tendência e dos determinantes do aleitamento materno exclusivo vem preencher uma lacuna nas informações sobre alimentação infantil nesse município. Acredita-se que seus resultados serão úteis para definição dos rumos das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo.

## **2 – OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a evolução do AME no período de 1999-2003-2006 e identificar fatores associados à sua interrupção em crianças menores de seis meses de idade no município de Bauru/SP, em 2006.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Estimar a prevalência de AME em menores de seis meses nos anos de 1999, 2003 e 2006.
- Calcular as diferenças das taxas de AME em menores de seis meses nos seguintes períodos: 1999 - 2003; 2003 - 2006; 1999 - 2006.
- Investigar a presença de associação entre fatores maternos, relativos às crianças, ao tipo e local de parto e ao local de puericultura e interrupção do AME em 2006.

### 3 - MÉTODOS

#### 3.1 Desenho do estudo e fonte dos dados

Trata-se de um estudo com dados secundários que busca conhecer a tendência temporal do aleitamento materno exclusivo em Bauru, mediante comparação de três inquéritos transversais metodologicamente equivalentes. Foram produzidos e comparados dados sobre a situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses do município de Bauru nos anos de 1999, 2003 e 2006.

Adotou-se a definição de aleitamento materno exclusivo da World Health Organization (WHO): regime alimentar no qual a criança recebe apenas leite materno, sem outros líquidos e alimentos semi-sólidos e sólidos<sup>31</sup>.

Os inquéritos em questão integram um projeto de monitoramento de indicadores de aleitamento materno em desenvolvimento no Estado de São Paulo desde 1998, sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e coordenação do Instituto de Saúde, denominado AMAMUNIC.

Esse projeto foi concebido não apenas como um projeto de pesquisa, mas também, e principalmente, com o objetivo de fazer do inquérito um instrumento para o gestor refletir, planejar e avaliar as ações para apoio e incentivo da prática do aleitamento materno em seu município. Um dos requisitos para a concretização desse objetivo é a adesão espontânea do município à proposta<sup>9</sup>.

Em 1998, o AMAMUNIC começou a ser implementado no Estado de São Paulo. Os objetivos apresentados aos municípios foram capacitar equipes municipais para realizar inquéritos epidemiológicos sobre as práticas de

aleitamento materno em campanhas de vacinação, realizar discussão com os municípios sobre os resultados da pesquisa e formar um banco de dados sobre amamentação no Estado de São Paulo <sup>9</sup>.

Assim, o AMAMUNIC foi concebido como um instrumento para viabilizar uma das principais políticas públicas dirigidas à saúde da criança vigente no Brasil desde a década de noventa: a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como anteriormente destacado.

A operacionalização da coleta de dados é feita pelos municípios, tendo início com a adesão expressa em documento formal e o comparecimento da equipe responsável pela supervisão ao treinamento para organização da coleta e posterior digitação dos dados.

O banco de dados gerado é enviado ao Instituto de Saúde, que realiza uma tabulação básica acordada no momento do início do projeto, e a devolve aos responsáveis. Os indicadores disponibilizados a cada inquérito são: distribuição das crianças menores de um ano segundo faixa etária; distribuição das crianças menores de um ano que receberam leite materno no dia anterior a coleta de dados; distribuição das crianças menores de quatro meses em aleitamento materno exclusivo, predominante, aleitamento materno exclusivo e predominante juntos, distribuição de crianças que receberam alimentação complementar oportuna; distribuição de crianças menores de um ano que chuparam chupeta e que receberam qualquer alimento por mamadeira; distribuição das crianças menores de quatro meses com até quatro dias de permanência no hospital após o nascimento que receberam leite materno, outro tipo de leite, água, água com açúcar e chá no primeiro dia em casa; distribuição das crianças menores de quatro meses em aleitamento materno exclusivo e completo segundo idade materna, paridade,

escolaridade e trabalho materno; distribuição das crianças menores de quatro meses em aleitamento materno exclusivo, segundo local de nascimento e bairro de residência.

Outras tabulações, análises de tendência e determinantes podem ser processadas posteriormente, de acordo com o interesse de cada município ou de pesquisadores interessados, desde que com a autorização prévia da autoridade local de saúde que administra o banco. Assim, o banco de dados sobre alimentação infantil produzido a cada aplicação do AMAMUNIC pertence ao município, sendo incentivada sua posterior análise com vistas a avaliar as ações pró-aleitamento. Ao mesmo tempo, este banco integra um banco mais amplo, com dados relativos ao Estado de São Paulo.

Em Bauru, o primeiro inquérito foi realizado em 1999, assumindo a responsabilidade por sua execução a equipe do BLH ligado à Secretaria Municipal de Saúde. O segundo e terceiro inquéritos foram realizados em 2003 e 2006, já sob a coordenação da autora desta dissertação, enfermeira do citado BLH, desde 2000. Até o momento, nenhuma análise da situação do AME em menores de seis meses e seus condicionantes foi produzida.

### **3.2 Local de realização do estudo**

O município de Bauru está situado na região central do Estado de São Paulo e hoje, aos 111 anos, possui uma população de 356.680 habitantes e conta com três hospitais que possuem maternidade. Apenas um deles, a Maternidade Santa Isabel, atende pelo Sistema Único de Saúde; os demais são o Hospital da Unimed e Hospital Prontocor, privados. Nasceram no município cerca de

400 crianças/mês, sendo o maior número na Maternidade Santa Isabel. Nenhum desses hospitais detém o título Hospital Amigo da Criança.

O Banco de Leite, junto com a Secretaria Municipal de Saúde e a direção do Hospital e Maternidade Santa Isabel, estão em processo de articulação da IHAC em Bauru. Com o objetivo de implantar no Hospital Maternidade Santa Isabel rotinas e condutas facilitadoras do aleitamento materno, formou-se uma comissão para divulgação e aprofundamento sobre os conhecimentos técnicos e administrativos da IHAC. Esse trabalho teve início em agosto de 2007, com reuniões e visitas técnicas ao Hospital São Francisco de Tupã, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros de São Paulo, os quais detêm o título de IHAC. Foram realizados, também, treinamentos com a equipe diretamente envolvida na assistência a mães e bebês no Hospital Maternidade Santa Isabel.

O município conta com catorze unidades básicas de saúde, sendo duas organizadas segundo a Estratégia Saúde da Família. Estas unidades têm sido envolvidas em ações de promoção e apoio ao aleitamento materno no município.

### **3.3 População de estudo**

Nos três estudos a população consistiu das crianças de zero a seis meses de vida que compareceram a uma das duas etapas da Campanha de Multivacinação, nos anos de 1999, 2003 e 2006, no município de Bauru.

### **3.4 Amostragem**

Nos três inquéritos foram considerados os mesmos passos para cálculo do tamanho e seleção da amostra. Como o município de Bauru possui uma população de crianças menores de um ano que excede 1500 crianças, foi feita uma amostragem por conglomerados, em dois estágios. Estipulou-se um tamanho fixo de amostra de 1000 crianças, o qual permite estimar com 95% de certeza a prevalência de diferentes indicadores relacionados à alimentação infantil, dentro de intervalos de confiança de, no máximo, mais ou menos 3%. Considerando que as crianças estão distribuídas uniformemente nos postos de vacinação (conglomerados), adotou-se sorteio em dois estágios. No primeiro estágio, foram sorteados os postos de vacinação; no segundo, as crianças. A amostragem desenvolvida é considerada equiprobabilística ou autoponderada, já que as frações amostrais mantêm-se constantes, a partir da expressão  $f=f_1 \cdot f_2$ , ou seja, todas as crianças têm a mesma probabilidade de pertencer à amostra sorteada. Os postos maiores têm maior probabilidade de serem sorteados no primeiro estágio ( $f_1$ ) e as crianças dos postos menores tem maior probabilidade de sorteio no segundo estágio ( $f_2$ )<sup>9</sup>.

Partindo do número de crianças previstas para serem vacinadas, chegou-se ao número para serem entrevistadas em cada posto de vacinação. O município recebeu uma planilha contendo os postos sorteados para conduzir o inquérito. Nesta planilha constava o nome do posto sorteado, o número de crianças vacinadas na última campanha (usado para orientar o sorteio), o número de crianças (aproximado) a serem entrevistadas e a fração de sorteio.

Em alguns postos, foram entrevistadas todas as crianças, em outros, as crianças foram sorteadas de modo sistemático, sendo a fração de sorteio dependente do tamanho da unidade. Todo o processo de amostragem foi conduzido pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Quando a equipe conseguia o número estipulado de crianças, mas ainda havia crianças na fila de vacinação, o sorteio continuava, isto é, a inclusão de crianças começava com a abertura do posto de vacinação e acabava em seu fechamento. Este procedimento visa evitar viés de seleção associado a eventuais diferenças das mães/crianças ligadas ao horário de comparecimento para vacinação.

Na campanha de 1999, estimava-se que 4987 crianças estivessem na faixa etária de zero a um ano, em 2003, 4724 crianças e em 2006, 3998 crianças. Foram obtidos dados válidos sobre a alimentação de 1021 crianças em 1999, 1256 crianças em 2003 e 996 crianças em 2006. No ano de 2006, a cobertura da Campanha foi de 92,88%.

Para as análises do presente estudo foram incluídas apenas as crianças menores de seis meses, conforme segue: 496, 674 e 509 crianças, respectivamente em 1999, 2003 e 2006.

### **3.5 Variáveis estudadas**

Para descrever a situação do AME, variável dependente e de interesse, foram obtidas informações sobre a data de nascimento da criança, situação do aleitamento materno (se a criança mama no peito – sim ou não) e, na vigência dessa prática, se consumiu outros líquidos (água, água com açúcar, chá, leite em pó, leite de caixinha tipo longa vida ou suco de fruta) e alimentos (mingau, papa ou sopa, comida de panela, frutas e outros alimentos).

Para identificar possíveis fatores associados à interrupção do aleitamento exclusivo entre os menores de seis meses foram consideradas variáveis

individuais, maternas ou das crianças, como idade, escolaridade e trabalho materno, ordem de nascimento, baixo peso ao nascer, tipo de parto e uso de chupeta e hospital de nascimento e local de puericultura.

No Quadro 3, a seguir, apresenta-se descrição completa das variáveis.

TIPO	VARIÁVEIS	AFERIÇÃO
Características das crianças	Faixa etária	Meses
	Baixo peso ao nascer	Sim/Não
	Uso de chupeta	Sim/Não
	Tipo de parto	Vaginal/Cesárea
Características das mães	Idade materna *	< 20 anos 20   – 35 anos > 35 anos
	Ordem de nascimento *	Primeiro filho/ segundo ou mais
	Situação de trabalho *	Informal Formal Dona de casa
	Trabalhando quando engravidou *	Sim/Não
	Licença maternidade *	Sim/Não
	Escolaridade materna *	1 <sup>o</sup> grau incompleto 1 <sup>o</sup> grau compl. e 2 <sup>o</sup> grau incompl. 2 <sup>o</sup> grau completo e mais
	Alfabetizada *	Sim/Não
Local de Parto e Puericultura	Maternidade Santa Isabel	Sim/Não
	Hospital da Unimed	Sim/Não
	Hospital Prontocor	Sim/Não
	Rede Pública	Sim/Não
	Rede Privada	Sim/Não
	Prontocor	Sim/Não

**Quadro 3** – Variáveis individuais incluídas no estudo.

\* Informações que foram obtidas apenas quando o entrevistado era a mãe da criança.

### 3.6 Instrumento de coleta de dados

Nos três inquéritos o instrumento para a coleta de dados (Anexos A, B, C) foi muito semelhante. As questões versaram sobre o consumo de leite materno, outros tipos de leite e alimentos no dia anterior a coleta de dados. Para as crianças acompanhadas pelas mães também foram incluídas questões referentes à situação de nascimento da criança, utilização da rede básica de saúde do município de Bauru e dados socioeconômicos e demográficos.

### **3.7 Coleta de dados**

As Campanhas de Multivacinação de crianças menores de cinco anos constituem eventos nacionais com alta cobertura que acontecem duas vezes por ano e têm sido utilizadas para monitoramento e estudos sobre saúde infantil. O projeto AMAMUNIC adotou, como estratégia de coleta de dados, a entrevista com as mães ou acompanhantes de crianças menores de um ano nestes eventos, para garantir a representatividade populacional dos indicadores gerados e a abordagem da alimentação atual de cada criança. Esta estratégia apresenta maior rapidez e custo menor, comparada à coleta de dados por entrevista domiciliar, e a vantagem dos dados estarem menos sujeitos a viés de recordação ou memória. As perguntas indagam sobre o consumo alimentar de cada criança na véspera da entrevista e não quando a criança começou receber cada tipo de líquido ou alimento sólido <sup>42</sup>.

Nos três inquéritos em Bauru, os dados foram coletados por funcionários da Secretaria Municipal de Saúde (dentistas, auxiliares de consultório dentário, médicos, assistentes sociais, recepcionistas, psicólogos, nutricionistas, agentes comunitários de saúde, terapeuta ocupacional e farmacêuticos),

previamente treinados por uma enfermeira do município que atuou como supervisora de campo.

A supervisora também recebeu treinamento prévio, ministrado pela equipe do Instituto de Saúde. Em cada inquérito, esse treinamento teve duração de oito horas, com o seguinte conteúdo: indicadores para a avaliação de práticas de alimentação infantil; situação nacional do aleitamento materno; projeto AMAMUNIC objetivos e metodologia; como realizar a pesquisa durante a campanha de vacinação e o papel dos supervisores locais; como realizar o treinamento dos entrevistadores para a aplicação do instrumento de coleta de dados e a apresentação da proposta para armazenamento e análise dos dados. As orientações sobre como organizar a coleta dos dados, no município, também foram fornecidas em um “Manual do Supervisor”.

Os entrevistadores receberam treinamento realizado pela supervisora e um “Manual de Instrução sobre as Condutas no Campo”. Em 1999, foram treinados 52 entrevistadores que atuaram em 17 postos de vacinação. Em 2003 foram treinados 65 entrevistadores para 23 postos de vacinação, em 2006 foram 62 entrevistadores e 24 postos de vacinação.

Em 1999 a supervisão da coleta de dados no dia da Campanha, o treinamento no Instituto de Saúde e o treinamento dos entrevistadores foram feitos pela coordenadora do BLH de Bauru e pela enfermeira que estava atuando nessa unidade, naquele ano. A digitação dos questionários foi feita pelos funcionários do Núcleo de Informações da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru.

Nos anos seguintes (2003 e 2006), a supervisão das coletas de dados, os treinamentos no Instituto de Saúde, os treinamentos dos entrevistadores e a digitação dos questionários foram feitos pela autora desta dissertação.

### 3.8 Análise dos dados

As frequências de crianças em aleitamento materno exclusivo segundo idade (em meses) e ano de inquérito foram calculadas e comparadas. As diferenças, foram expressas em termos de pontos percentuais a mais ou a menos e mudança relativa (% de alteração), sendo comparados os períodos 1999-2003, 2003-2006 e 1999-2006. Também foram calculadas as taxas anuais de variação, em pontos percentuais, para os dois primeiros períodos. Em todas as comparações, as diferenças foram submetidas a teste estatístico (qui-quadrado de Pearson e de tendência) adotando-se  $p < 0,05$  como nível crítico.

A presença de associação entre aleitamento materno exclusivo e cada uma das variáveis independentes foi investigada, sendo a significância avaliada através do teste qui-quadrado. Uma análise múltipla, mediante regressão logística, foi conduzida posteriormente, adotando-se como critério de inclusão no modelo significância inferior a 20% ( $p < 0,20$ ) na análise univariada. Para medir a magnitude do risco de interrupção de AME associado aos fatores de estudo, foram calculadas “*odds ratio*” ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança. A regressão foi realizada com o programa SPSS 12.0, adotando-se o método *stepwise forward selection* e  $p < 0,05$  como nível de significância estatística.

### 3.9 Aspectos éticos

Este é um estudo com dados secundários. A origem dos dados são inquéritos realizados periodicamente pela Pesquisa “Prevalência e Determinantes do Aleitamento Materno no Estado de São Paulo - projeto

AMAMUNIC”, da Secretaria de Estado da Saúde. A pesquisa, coordenada por uma pesquisadora do Instituto de Saúde, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (Anexo D).

Os três inquéritos realizados em Bauru foram autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (Anexos E, F, G), sendo que a autora desta dissertação integra a equipe local da pesquisa desde 2000. Obteve-se autorização prévia do Secretário de Saúde do município de Bauru (Anexo H) e da coordenação geral do projeto (Anexo I) para realização da presente análise.

#### 4. RESULTADOS

A Tabela 1 compara as características das populações estudadas nos três inquéritos. Observa-se que houve pequenas variações nas características socioeconômicas e demográficas das mães, como aumento da proporção com mais de 35 anos e uma oscilação na proporção que trabalhou na gestação, mas não fez uso da licença maternidade. Com relação às crianças, houve significativa redução da proporção que usava chupeta e aumento da proporção usuária de serviço público de saúde para puericultura.

A situação do AME, segundo faixa de idade (em meses) da criança, nos diferentes anos estudados, é apresentada na Tabela 2 e Figura 1.

Houve aumento progressivo nas prevalências do AME nos três anos estudados em todas as faixas etárias consideradas. As diferenças foram estatisticamente significantes, exceto na faixa de um a dois meses. No primeiro mês de vida, a taxa de AME, que era de cerca de 20% em 1999, passou a quase 50% em 2006. A frequência de AME em crianças entre zero e seis meses era de 8,5% em 1999, alcançando 24% em 2006.

Na Figura 1, pode-se visualizar que, em 1999, na faixa etária de cinco a seis meses, não havia nenhuma criança em AME, chegando a 4% em 2006. Apesar da tendência ascendente, a proporção de crianças em AME no sexto mês de vida era e continuava sendo, em 2006, muito baixa. Também se observa, em 2003 e 2006, grande queda na proporção de crianças em AME do primeiro para o segundo mês de vida e do terceiro para o quarto, comportamento diferente do verificado em 1999, quando o declínio do AME com o aumento da idade da criança foi mais linear.

**Tabela 1** – Características maternas, relativa às crianças e ao local de puericultura nos anos de 1999, 2003 e 2006. Bauru/SP, 2008.

Características		Aleitamento Materno Exclusivo						P***
		99(n=495)**		03 (n=674)**		06(n=509)*		
		N	%	N	%	N	%	
Escolaridade	1º g incompl.	*	*	*	*	221	49,7	
materna	1º g compl. e 2º g incompl.	*	*	*	*	107	24,0	-
	2º g compl. e mais	*	*	*	*	117	26,3	
Mãe sabe ler	Sim	437	96,9	568	98,8	441	98,2	0,1524
	Não	14	3,1	7	1,2	8	1,8	
Idade materna	< 20 anos	87	19,3	112	19,5	80	17,9	0,0647#
	20 I – 35 anos	340	75,4	400	69,6	327	73,0	0,5631#
	> 35 anos	24	5,3	63	10,9	41	9,1	0,0367#
Trabalho materno	Informal	87	22,1	*	*	70	16,2	
	Formal	51	12,9	*	*	134	30,9	0,2598
	Dona de casa	256	65,0	*	*	229	52,9	
Trabalho gestação	Sim	200	44,4	204	45,4	279	48,9	0,1423
	Não	251	55,6	245	54,6	292	51,1	
Licença maternidade	Sim	114	25,3	175	36,4	134	29,8	0,0118#
	Não	101	22,4	155	32,2	70	15,6	0,5454#
	Não se aplica	236	52,3	151	31,4	245	54,6	
Trabalha atualmente	Sim	75	16,7	107	18,9	100	22,3	0,0033
	Não	375	83,3	460	81,1	349	77,7	
Tipo de parto	Vaginal	225	45,5	290	43,3	227	44,7	0,7886
	Cesárea	269	54,5	379	56,7	281	55,3	
Ordem nascimento	Primeiro filho	184	40,8	257	44,7	207	46,1	0,1088
	Segundo ou mais	267	59,2	318	55,3	242	53,9	
Uso de chupeta	Sim	325	65,8	388	57,7	275	54,0	0,0002
	Não	169	34,2	285	42,3	234	46,0	
Baixo peso	Sim	42	8,5	47	7,0	38	7,5	0,546
	Não	453	91,5	627	93,0	471	92,5	
Puericultura	Particular/convênio	269	55,9	178	26,6	153	30,3	<0,0001
	Rede pública	212	44,1	492	73,4	352	69,7	
É mãe da criança	Sim	451	91,1	576	86,9	449	88,2	0,1537
	Não	44	8,9	87	13,1	60	11,8	

Fonte: AMAMUNIC – Tabulações realizadas pela autora.

\*Dados não disponíveis.

\*\*Variações do n total em cada variável são devidas a respostas incompletas.

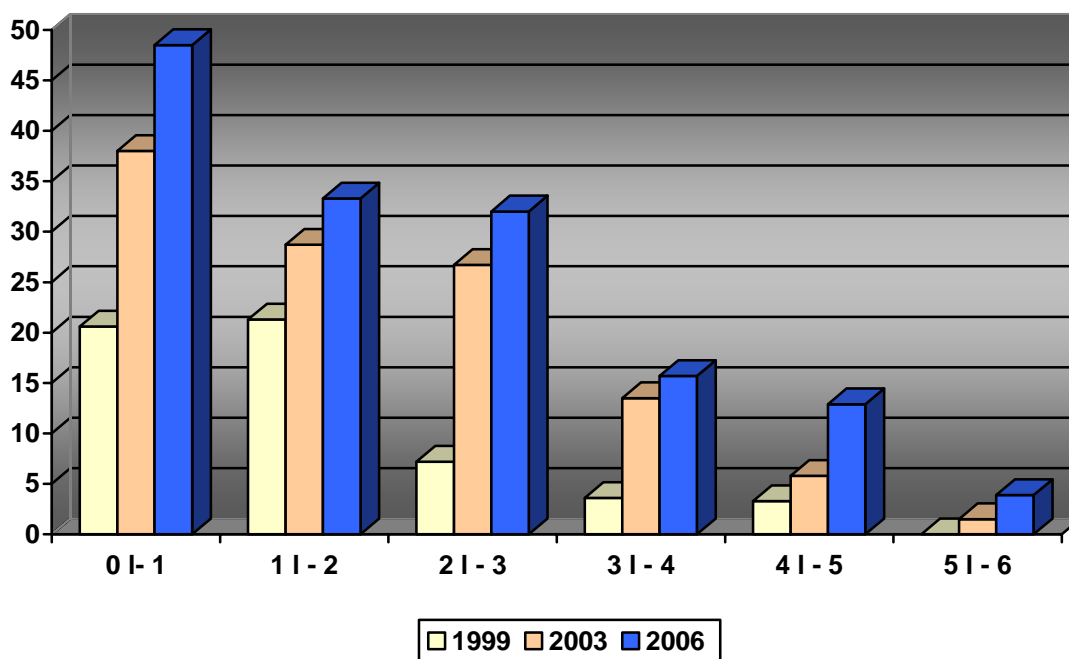
\*\*\*p valor para teste qui-quadrado de tendência.

# p valor para teste qui-quadrado de Pearson

**Tabela 2** – Prevalência do aleitamento materno exclusivo segundo faixa de idade (meses) nos anos de 1999, 2003 e 2006. Bauru/SP, 2008.

Idade mês	Aleitamento Materno Exclusivo												P valor X <sup>2</sup> tendência
	1999 (n=495)				2003 (n=674)				2006 (n=509)				
	Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
0 I- 1	50	79,4	13	20,6	49	62,0	30	38,0	34	51,5	32	48,5	0,001
1 I- 2	63	78,8	17	21,3	82	71,3	33	28,7	60	66,7	30	3,33	0,081
2 I- 3	77	92,8	6	7,2	77	73,3	28	26,7	70	68,0	33	32,0	0,0003
3 I- 4	81	96,4	3	3,6	90	86,5	14	13,5	75	84,3	14	15,7	0,0118
4 I- 5	87	96,7	3	3,3	130	94,2	8	5,8	74	87,1	11	12,9	0,0135
5 I- 6	95	100	0	0,0	131	98,5	2	1,5	73	96,1	3	3,9	0,0457
0 I- 6	453	91,5	42	8,5	559	82,4	115	17,6	386	75,8	123	24,2	<0,0001

Fonte: AMAMUNIC – Tabulações realizadas pela autora



**Figura 1** - Prevalência do aleitamento materno exclusivo segundo faixa de idade (meses) nos anos de 1999, 2003 e 2006. Bauru/SP, 2008.

Na Tabela 3, são apresentadas as diferenças de prevalência de AME entre o primeiro e o segundo inquéritos e entre o segundo e o terceiro, em termos de pontos percentuais de variação, indicando a magnitude das elevações.

Em relação ao AME nos primeiros seis meses de vida, no período 1999 – 2003 houve aumento de 9,1 pontos percentuais, no período 2003 – 2006, o acréscimo foi de 6,6 pontos percentuais; aumento de 15,7 pontos percentuais nos sete anos abrangidos pelos inquéritos.

A taxa de crescimento anual do AME, em pontos percentuais, foi de 2,3 pontos percentuais no período 1999 – 2003 e 2,2 no período 2003 – 2006, revelando-se ritmo quase constante de elevação nos dois períodos. Ressalva-se que algumas diferenças de prevalências não foram estatisticamente significativas quando comparados o primeiro com o segundo inquérito e o segundo com o terceiro.

**Tabela 3** – Diferenças de prevalência do aleitamento materno exclusivo no período de 1999 – 2003 – 2006 em pontos percentuais. Bauru/SP, 2008.

Idade Mês	Prevalência do AME			Diferença em pontos percentuais			
	1999 %	2003 %	2006 %	1999 – 2003 %	valor P	2003 – 2006 %	valor P
0 I– 1	20,6	38,0	48,5	17,4	0,04	10,5	0,269
1 I– 2	21,3	28,7	33,3	7,4	0,3151	4,6	0,5743
2 I– 3	7,2	26,7	32,0	19,5	0,0012	5,3	0,6961
3 I– 4	3,6	13,5	15,7	9,9	0,0362	2,2	0,8095
4 I– 5	3,3	5,8	12,9	2,5	0,59	7,1	0,1076
5 I– 6	0,0	1,5	3,9	1,5	0,63	2,4	0,5211
0 I– 6	8,5	17,6	24,2	9,1	<0,0001	6,6	0,0032

Fonte: AMAMUNIC – Tabulações realizadas pela autora.

A Tabela 4 mostra a magnitude das elevações do AME entre 1999 e 2006 em termos de variação relativa ou percentual. Em algumas faixas etárias, como por exemplo, de três a quatro meses, o aumento no período 1999 - 2006 foi de 336,1%. Considerando a faixa etária zero a seis meses, o aumento do AME nos sete anos abrangidos pelos inquéritos foi de 185%, ou seja, a taxa em 2006 foi 2,85 vezes maior do que a identificada em 1999. Apenas a diferença percentual de prevalência de AME no sexto mês de vida não alcançou significância estatística.

**Tabela 4** – Diferenças percentuais de prevalência do aleitamento materno exclusivo no período 1999 - 2006 segundo faixa etária da criança. Bauru/SP, 2008

Idade Mês	Prevalência do AME		Diferença (porcentagem de alteração)*	P Valor
	1999	2006	1999 - 2006	1999 - 2006
	%	%		
0 I- 1	20,6	48,5	+ 135,4	0,0017
1 I- 2	21,3	33,3	+ 56,3	0,1126
2 I- 3	7,2	32,0	+ 344,0	0,0002
3 I- 4	3,6	15,7	+ 336,1	0,01511
4 I- 5	3,3	12,9	+ 290,9	0,03913
5 I- 6	0,0	3,9	**	0,1714
0 I- 6	8,5	24,2	+ 184,7	<0,0001

Fonte: AMAMUNIC – Tabulações realizadas pela autora

\* Tomando o ano de 1999 como 100%

\*\* A prevalência em 1999 foi igual a zero, o que impede o cálculo da porcentagem de alteração.

Os resultados das análises conduzidas para identificar associações entre AME nos primeiros seis meses de vida da criança e fatores selecionados são apresentados na Tabela 5.

Observou-se apenas associação inversa significativa entre AME e uso de chupeta ( $P = 0,0001$ ). A frequência de AME entre crianças que não chupavam chupeta foi o dobro da observada nas usuárias.

**Tabela 5** – Situação das crianças menores de seis meses quanto à presença de aleitamento materno exclusivo em 2006 segundo variáveis maternas, relativas à criança, tipo e local de parto. Bauru/SP, 2008.

Variáveis	AME				Resultado teste $X^2$ Pearson (P)
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
<b>Escolaridade materna</b>					
1 <sup>o</sup> grau incompleto	37	31,6	80	68,4	0,192
1 <sup>o</sup> grau compl e 2 <sup>o</sup> grau incompl	24	22,4	83	77,6	
2 <sup>o</sup> grau completo e mais	52	23,5	169	76,5	
<b>Idade materna</b>					
< 20 anos	16	20,0	64	80,0	0,233
20 l – 35 anos	85	26,0	242	74,0	
> 35 anos	14	34,1	27	65,9	
<b>Trabalho materno</b>					
Trabalho formal	36	26,9	98	73,1	0,260
Trabalho informal	13	18,6	57	81,4	
Dona de casa	65	28,4	164	71,6	
<b>Primeiro filho</b>					
Não	71	29,3	171	70,7	0,05
Sim	44	21,3	163	78,7	
<b>Uso de Chupeta</b>					
Não	77	32,9	157	67,1	0,0001
Sim	46	16,7	229	83,3	
<b>Baixo peso ao nascer</b>					
Sim	7	18,4	31	81,6	0,39
Não	116	24,6	355	75,4	
<b>Tipo de parto</b>					
Vaginal	62	27,3	165	72,7	0,143
Cesárea	61	21,7	220	78,3	
<b>Local de nascimento</b>					
Maternidade Santa Isabel	97	24,0	307	76,0	0,992
Hospital da Unimed	18	24,0	57	76,0	
Hospital Prontocor	2	22,2	7	77,8	

Fonte: AMAMUNIC – Tabulações realizadas pela autora.

Não houve diferenças estatisticamente significativas nas taxas de AME segundo escolaridade, trabalho e idade materna, local e tipo de parto e peso ao nascer da criança. Ser ou não primeiro filho modificou a frequência de AME, mais elevada entre crianças com ordem de nascimento igual ou acima de dois, mas a significância estatística foi limítrofe.

Na Tabela 6 estão os resultados da análise de regressão logística conduzidas para verificar a presença de associação independente entre interrupção do AME e uso de chupeta, controlando-se para escolaridade materna, tipo de parto e ordem de nascimento. Observou-se associação inversa independente e significativa entre interrupção do AME e uso de chupeta ( $P < 0,0001$ ). O risco da criança não estar em AME nos primeiros seis meses de vida associado ao uso de chupeta foi de 2,7 (1,7 - 4,2).

**Tabela 6** - Associação entre interrupção do aleitamento materno exclusivo e escolaridade materna, ordem de nascimento, tipo de parto e uso de chupeta. Bauru/SP, 2008

VARIÁVEIS	ODDS RATIO	IC 95%*	P**
<b>Escolaridade Materna</b>			
2 <sup>o</sup> grau compl. ou mais	-	-	-
1 <sup>o</sup> grau compl. e 2 <sup>o</sup> grau incomp.	1,157	0,652 – 2,055	0,618
1 <sup>o</sup> grau incomp.	0,735	0,424 – 1,275	0,274
<b>Ordem de nascimento</b>			
Segundo filho ou mais	-	-	-
Primeiro filho	1,191	0,746 – 1,902	0,463
<b>Tipo de Parto</b>			
Vaginal	-	-	-
Cesárea	1,219	0,771 – 1,928	0,398
<b>Chupeta</b>			
Não	-	-	-
Sim	2,646	1,685 – 4,157	<0,0001

Fonte: AMAMUNIC – Tabulações realizadas pela autora.

\* Intervalo de confiança 95%.

\*\* Teste Wald.

## 5 – DISCUSSÃO

Analisando a tendência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses no município de Bauru, observou-se aumento significativo desta prática nos últimos sete anos. A prevalência de AME quase triplicou, passando de 8,5% em 1999 para 24,2% em 2006. Esta evolução está de acordo com o que vem sendo observado para o aleitamento materno em geral e para o aleitamento materno exclusivo, mais recentemente, em outros municípios brasileiros<sup>43,44,45</sup>, no Brasil como um todo<sup>29,46</sup> e em vários outros países do mundo<sup>35</sup>.

Um primeiro aspecto a considerar sobre tais resultados é se o ritmo de elevação das taxas de AME em Bauru está acima ou abaixo do que vem ocorrendo em outras cidades brasileiras e assim, indiretamente, avaliar comparativamente a efetividade das ações de promoção e apoio ao aleitamento materno em curso nesse município.

Existem poucos dados sobre a tendência do aleitamento materno exclusivo em municípios.

Comparando com o município Botucatu, cidade distante menos de 100 km e que dispõe de dados de prevalência do AME em anos próximos, a situação em Bauru é desfavorável, seja para as prevalências de AME nos três anos estudados, seja quanto ao ritmo de elevação. Em Botucatu, a prevalência de AME em menores de seis meses era de 16,5% em 1999 e 29,6% em 2004<sup>43</sup>. Projetando-se a prevalência de AME em Botucatu para o ano de 2006 (a um ritmo de aumento anual de 2,6 pontos percentuais) chega-se a 34,8%, 10 pontos percentuais acima da observada em Bauru nesse mesmo ano. O ritmo de aumento em Bauru foi de 2,3

pontos percentuais entre 1999 e 2003 e de 2,2 pontos percentuais entre 2003 e 2006, portanto inferior ao observado em Botucatu.

Constata-se que, apesar da evolução positiva, nesse ritmo, serão necessários cerca de trinta anos para que 90% das crianças menores de seis meses do município de Bauru passem a se beneficiar das vantagens do aleitamento materno exclusivo. Ou, em outras palavras, para que apenas uma pequena parcela das crianças e não a maioria, como na atualidade, esteja exposta a agravos à saúde e a prejuízos ao seu crescimento e desenvolvimento perfeitamente evitáveis.

As práticas de cuidado e as rotinas assistenciais dirigidas aos recém-nascidos são apontadas como fatores mais proximais que modificam as chances de AME. Dentre as práticas de cuidado associadas com menor duração do AME, destaca-se a oferta de água, chás e outros leites nos primeiros dias de vida e o uso de chupeta<sup>26,46</sup>. A primeira não foi estudada nesta análise dos dados de Bauru porque não existiam essas informações para o conjunto das crianças menores de seis meses, apenas para menores de quatro meses. Além disso, sabe-se que a qualidade da informação materna sobre o recebimento pelo recém-nascido de líquidos e complementos lácteos na maternidade está muito sujeita a erro, por desconhecimento ou erro de memória. A segunda, uso de chupeta, foi investigada e identificada como o único fator associado com a interrupção do AME nos primeiros seis meses de vida em Bauru em 2006: crianças que usavam chupeta tiveram 2,7 vezes mais chance de não estar em aleitamento materno exclusivo.

Este resultado é muito semelhante ao observado em Botucatu<sup>37</sup> (*odds ratio* para interrupção do AME associada ao uso de chupeta = 2,7) e concorda com vários outros estudos brasileiros que apontaram forte associação entre uso de chupeta e desmame precoce e interrupção do aleitamento materno exclusivo<sup>34</sup>. A

diferença entre os estudos diz respeito apenas à magnitude do risco associado ao uso de chupeta: há um estudo que encontrou valor menor, 1,49 (1,11 – 2,0), em Itaúna/MG; outro, valor maior, 3,27 (1,83 – 5,86), em Cuiabá<sup>44,45</sup>.

Silveira e Lamounier (2003) revisaram a literatura sobre uso de chupeta e maior duração do aleitamento materno, encontrando oito estudos: todos apresentaram associação significativa entre chupeta e interrupção do AME ou menor duração do AM<sup>47</sup>.

A oferta de chupeta ao recém-nascido é um hábito de cuidado infantil bastante difundido em nosso meio, apesar de seus efeitos negativos sobre a amamentação e dentição<sup>48</sup>.

A partir de dados populacionais de 111 municípios paulistas, constatou-se que a prevalência de uso de chupeta nas 22.188 crianças menores de quatro meses estudadas foi alta (61,3%), variando de 32,8% a 78,4% conforme o município. Verificou-se ainda que a introdução da chupeta ocorria precocemente (53,9% das crianças menores de um mês usavam chupeta) e havia associação entre uso de chupeta e interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno em geral<sup>9</sup>.

Estudo de coorte realizado em Pelotas, no Rio Grande do Sul, no qual foram entrevistadas 2741 mães e que tinha como desfecho principal o aleitamento materno exclusivo nos primeiros três meses de vida (situação observada em apenas 39% dos bebês), identificou como principais fatores de risco para ausência de AME: mães trabalhando fora, escolaridade paterna abaixo de cinco anos, renda familiar entre um e cinco salários-mínimos e uso de chupeta. Este hábito quadruplicou o risco da criança não estar mamando exclusivamente leite materno<sup>49</sup>.

Há um estudo apontando um possível efeito dose-resposta da chupeta sobre o risco de desmame precoce: crianças que usavam continuamente chupeta tinham risco de não estar em aleitamento maior do que aquelas que a usavam de forma intermitente ou ocasional <sup>50</sup>.

Outro estudo, com delineamento de coorte, realizado em Porto Alegre/RS, mostrou que das 237 crianças acompanhadas, no final do primeiro mês de vida 61,6% usavam chupeta, a maioria desde a primeira semana de idade. O uso de chupeta foi observado com mais frequência naquelas não amamentadas exclusivamente. A incidência de desmame, entre o primeiro e sexto mês, nas crianças ainda amamentadas no final do primeiro mês, foi de 22,4% para as crianças não usuárias de chupeta e de 50,8% para as usuárias. Quase dois terços das usuárias de chupeta deixaram de ser amamentadas exclusivamente até o final do segundo mês, entre as não usuárias, o índice foi de 45% <sup>51</sup>.

O risco de desmame total até o sexto mês em crianças que usaram chupeta e eram amamentadas com um mês de idade foi de 2,8 <sup>51</sup>.

Em outro estudo longitudinal, verificou-se que 73% das crianças usuárias de chupeta descontinuaram o aleitamento materno exclusivo antes dos três meses de idade, para os não expostos, a taxa foi de 58% <sup>52</sup>.

Para Victora et al (1997), a associação entre uso de chupeta e desmame precoce é complexa: este hábito pode aumentar o risco de desmame entre mães que já não se sentiam confortáveis com a amamentação, ou seja, seria mais um marcador de dificuldades com a amamentação e não um fator de risco de desmame com efeito próprio, direto ou mediado <sup>53</sup>.

Uma possível explicação para esse papel, segundo Chaves et al (2007), é que mães mais seguras não usam chupeta, estão menos sujeitas a

pressões sociais e menos ansiosas quanto ao sono e ao aumento de peso de seus filhos. O uso de chupeta poderia estar camuflando dificuldades como ansiedade e insegurança. Para verificar essa hipótese, os autores recomendam métodos qualitativos de pesquisa; para reduzir o uso de chupeta, informar melhor as mães sobre as graves conseqüências da chupeta, hábito ainda considerado inócuo <sup>44</sup>.

Há um autor que atribui à chupeta efeito próprio, ou seja, uma relação causal entre seu uso e dificuldades com o aleitamento: reduzindo o número de mamadas, haveria redução da estimulação mamária e de seu esvaziamento completo, levando à menor secreção de leite, ao reconhecimento dessa menor produção pela mãe e/ou ao surgimento de sinais de baixa saciedade no bebê, fatos que culminariam com a introdução de outros leites <sup>50</sup>.

Outra hipótese para justificar um efeito próprio do uso de chupeta como fator de risco de desmame é o mecanismo denominado confusão de bicos, já aceito como explicação para a relação negativa entre o uso de mamadeira e desmame precoce <sup>54</sup>.

A chupeta é um dos fatores associados negativamente ao aleitamento materno de mais difícil modificação, dado seu caráter simbólico e cultural fortemente enraizado em nossa população. Em Pelotas em 1993, 80% dos bebês no terceiro mês de vida usavam chupeta, proporção que se manteve praticamente inalterada após dez anos de desestímulo a seu uso (78,8%) <sup>49</sup>.

Para alguns autores, a chupeta parece tanto atender à necessidade materna de acalmar o bebê e de fazer o choro cessar, como também de representá-lo <sup>55</sup>. Há muitas gerações mães e profissionais de saúde têm sido orientados ou induzidos a usar chupeta para acalmar o choro do bebê, comportamento que faz parte da cultura do cuidado infantil. Em estudo sobre

conhecimentos, atitudes e práticas relativos ao aleitamento materno de profissionais de saúde do município de São Paulo, 100% afirmaram que a chupeta pode fazer mal à saúde da criança, mas as razões apontadas mais frequentemente para esse efeito foram relacionadas com problemas ortodônticos e da fala e não com a contribuição da chupeta para a interrupção de aleitamento materno exclusivo, para o desmame e suas conseqüências negativas: mais infecção, pior crescimento e desenvolvimento, mais alergias, mais doenças auto-imunes e mais mortalidade<sup>56</sup>.

Nesse sentido, um aspecto positivo dos resultados do presente estudo foi observar que houve diminuição da proporção de crianças menores de seis meses usando chupeta em Bauru, de 65,5% em 1999 para 54,0% em 2006. Mas o risco atribuível populacional, com base em 54% de usuários e *odds ratio* de 2,7, foi alto (46%), ou seja, quase metade dos casos de crianças menores de seis meses de idade que já haviam interrompido o aleitamento materno podem estar ligados de alguma forma ao uso de chupeta.

Cabe então considerar se a redução do uso de chupeta entre 1999 e 2006 (queda de 17,9%) seria uma explicação da evolução positiva do AME em Bauru (aumento de 184,7%) no período estudado. Dada a grande diferença de magnitude entre a possível causa (redução do uso de chupeta) e o efeito (aumento do AME), pode-se admitir apenas uma parcial responsabilidade a este fator, obrigando a consideração de outras explicações.

A implementação de ações organizadas para aumentar a promoção e o apoio ao aleitamento materno junto às mães do município também poderia ser, ao menos em parte, responsável pela tendência? Está hipótese encontra forte apoio na literatura, como se buscará demonstrar.

Labbok et al. (2006) foram um dos poucos autores que analisaram a tendência do AME em países em desenvolvimento nas décadas de oitenta/noventa, observando elevação de 46% para 53% em menores de quatro meses e de 34% para 39% em menores de seis meses e sugerindo que a atuação dos programas e políticas pró-aleitamento materno são responsáveis pela evolução positiva. Argumentam com o fato do aumento ter sido maior em áreas urbanas do que rurais, mais suscetíveis a pressões ambientais do sistema de saúde, social e comercial. Com programas como a IHAC e a Regulamentação da Comercialização de Substitutos do Leite Materno, além das campanhas de promoção da amamentação na mídia, a atuação destes sistemas, antes negativa, teria passado a positiva e explicaria o aumento dos índices de aleitamento materno exclusivo <sup>57</sup>.

Outros dois autores buscaram explicar a tendência ascendente do aleitamento materno em países em desenvolvimento a partir da década de oitenta.

Grummer-Strawn (1996) buscou, com base nas pesquisas World Fertility Survey (WFS) e Demographic and Health Survey (DHS), separar o efeito de mudanças nas características da população do decorrente de mudanças de comportamento das mães em relação ao aleitamento materno. Segundo o autor, a expectativa para a década era de decréscimo dos índices de aleitamento nesses países, já que intensas mudanças populacionais ocorreram no sentido de colocar mais crianças nos grupos onde se amamentava menos. A urbanização, o aumento da escolaridade, do uso de contraceptivos e da participação materna em trabalho fora de casa, reduziria os índices de AME e não os melhoraria, a menos que houvesse uma marcante transformação dos comportamentos frente à amamentação da população. Essa transformação, empiricamente constatada, somente seria

provocada por uma ação intensiva e bem articulada de promoção do aleitamento materno e transformação da atuação dos serviços de saúde. Assim, os autores encaram a política e os programas de incentivo ao aleitamento materno como uma bem sucedida intervenção mundial <sup>58</sup>.

Mais recentemente, Pérez-Escamilla (2003) analisou a evolução do aleitamento materno na América Latina e Caribe, também a partir de dados obtidos com 23 DHS conduzidas em meados das décadas de oitenta e noventa. A tendência ascendente do aleitamento foi confirmada: dos seis países onde foi possível realizar análises de tendência (Brasil, Bolívia, Colômbia, República Dominicana, Peru e Guatemala), apenas nesse último os dados não foram positivos. Para o autor, esse resultado é encorajador, dado que se esperava declínio e não aumento do aleitamento no período, face às mudanças epidemiológicas e demográficas. Para explicar a tendência, esse autor levantou hipóteses, sendo a mais consistente a que atribui à IHAC e aos programas e políticas de promoção do aleitamento materno o papel preponderante. A segunda hipótese seria que as mudanças demográficas, principalmente a migração rural-urbana, explicariam parte da melhora nas taxas de amamentação. A população rural, ao migrar, teria exercido efeito positivo sobre o aleitamento aumentando a disponibilidade de apoio a esta prática entre migrantes e na população tradicionalmente urbana. Está hipótese, no entanto, não se sustentou integralmente diante da constatação de que o aleitamento também aumentou nas áreas rurais. O autor finaliza reconhecendo que o aleitamento materno é um dos poucos desfechos relacionados à nutrição com evolução positiva nas últimas décadas, caracterizadas por aumento da obesidade, do consumo de gorduras e açúcar e das doenças crônicas associadas a essas práticas alimentares. Assim, a agressiva ofensiva de pró-aleitamento materno, tanto

para promovê-lo quanto protegê-lo e apoiá-lo nos países em desenvolvimento, pode servir de modelo para o enfrentamento dos novos problemas nutricionais associados a comportamentos alimentares. Lembra ainda que a maior parte dos programas começou com esforços de um pequeno grupo, sensibilizados com as graves perdas à saúde infantil se nada fosse feito para reverter a tendência declinante do aleitamento materno justamente quando teve início a transição demográfica na América Latina<sup>59</sup>.

As ações de promoção e apoio ao aleitamento materno desenvolvidas em Bauru no período do estudo seriam a explicação para o aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo? Em princípio, cabe apontar que nenhum dos três hospitais do município onde existem leitos de maternidade tem o título de Hospital Amigo da Criança, tampouco as unidades básicas de saúde estão organizadas em torno da IUBAAM, fatos que poderiam desautorizar uma resposta afirmativa à questão proposta. Porém, existe um movimento pró-aleitamento no município, organizado como Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo (GAAME), criado em 2003, do qual participam cerca de onze pessoas em reuniões mensais, sendo quatro nutricionistas, uma médica pediatra e uma dentista, profissionais estes que atuam em unidades básicas de saúde, uma enfermeira do Senac, um dentista e uma doula de consultórios privados, um docente da universidade local, e dois profissionais do BLH. Este grupo tem investido em treinamentos para capacitação de profissionais e técnicos que atuam na rede básica de saúde, na promoção do aleitamento na mídia local, em eventos anuais como a Semana da Amamentação, na montagem de “stands” de promoção do aleitamento materno em feiras e eventos do comércio local, entre outras ações brevemente apresentadas anteriormente nessa Dissertação (Quadro 1). Essa atuação pode ter

potencializado no município o impacto positivo da promoção do aleitamento materno na mídia nacional, sob patrocínio do Ministério da Saúde, e de outras intervenções em curso no país, como a melhoria da formação de médicos e enfermeiros, e ser, ao menos em parte, responsável pela tendência favorável do aleitamento materno exclusivo.

Fala a favor deste raciocínio o fato de ter aumentado a exposição das mães às ações dos profissionais das unidades básicas: a proporção de mães que referiram levar a criança para puericultura em serviços particulares ou conveniados caiu de 56,0% para 30,3% ( $p < 0,0001$ ). Venâncio et al (2008) detectou para o Estado de São Paulo, em 1998, que a existência de quatro ações pró-amamentação nos municípios foi capaz de atenuar o risco relativo de desmame devido à baixa escolaridade e ao baixo peso ao nascer e transformar o acompanhamento em rede pública em fator de proteção para o AME. A autora concluiu que os municípios que implantaram ações de estímulo à amamentação atenuaram o impacto negativo de alguns atributos maternos e das crianças<sup>46</sup>.

Em síntese, a tendência do AME entre 1999 e 2006 foi ascendente, essa evolução concorda com o observado em vários outros municípios e no país como um todo, a prevalência em 2006 ainda é baixa (24,2%), situando Bauru como município em situação desfavorável em relação a outros do estado de São Paulo e em situação muito distante das recomendações.

Para explicar a evolução positiva, embora em ritmo insatisfatório, aponta-se o possível papel de intervenções locais pró-aleitamento materno, efetivadas no período considerado, como capacitação de profissionais de saúde, principalmente da rede básica, e a promoção do aleitamento materno exclusivo junto

à comunidade. Também, se levanta a hipótese de que a redução da prevalência de crianças usando chupeta tenha contribuído para a elevação do AME.

Finalmente, destaca-se que houve aumento da frequência de mães de crianças menores de seis meses trabalhando fora de casa, fato que tenderia a reduzir a prevalência de aleitamento materno exclusivo. A evolução no município seria, portanto, o resultado do balanço entre alguns fatores favoráveis e pelo menos um desfavorável.

O fato de não terem sido identificadas as associações esperadas entre AME e escolaridade materna, tipo de parto, ordem de nascimento e peso ao nascer do bebê, vem reforçar a importância de estudos locais sobre os condicionantes de aleitamento materno exclusivo e, novamente, o papel dos fatores contextuais.

## **5 - REPERCUSSÕES PARA A ATENÇÃO A SAÚDE NO MUNICÍPIO**

A assistência à saúde do recém-nascido constitui uma importante tarefa para os serviços de saúde municipais, por ser este um período da vida em que ações e omissões podem ser decisivas para a manutenção ou não de uma adequada qualidade de vida.

Planejar o atendimento sob o enfoque do aleitamento materno exclusivo significa um olhar diferenciado para a criança que está exposta a determinadas condições, biológicas, ambientais ou sociais, que a predispõe a problemas de saúde. Isso significa reconhecer as situações de risco de desmame precoce e de interrupção do AME.

Sendo este o primeiro estudo sobre a tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município, espera-se que os resultados sirvam para reorientar as ações promoção e apoio à amamentação.

Os resultados indicam que as ações pró-aleitamento materno em Bauru devem sofrer tanto uma reorganização, como uma intensificação. Sugere-se focar no desestímulo ao uso de chupeta e na estruturação das unidades básicas de saúde para prestar apoio intensivo às mães nas duas primeiras semanas do bebê em casa, após a alta da maternidade.

Estudos de monitoramento das práticas de aleitamento materno devem continuar, pois podem assumir o importante papel de desencadear reflexões e contribuir para o planejamento de ações e políticas municipais mais efetivas.

## 7 - CONCLUSÕES

O resultado deste estudo permitiu conhecer a tendência e os determinantes do aleitamento materno exclusivo em Bauru.

No primeiro mês de vida, a taxa de AME era de 20,6% em 1999 e passou a 48,5% em 2006. A freqüência de AME em crianças menores de seis meses era de 8,5% em 1999 e alcançou 24,2% em 2006. No período 2003 – 2006 houve aumento de 6,6 pontos percentuais do AME; no período 1999 – 2003 o acréscimo foi de 9,1 pontos percentuais. A taxa de crescimento anual do AME em crianças de zero a seis meses foi de 2,3 pontos percentuais no período 1999 - 2003 e de 2,2 pontos percentuais no período 2003 – 2006, revelando-se ritmo quase constante de elevação nos dois períodos. Observou-se associação significativa entre interrupção do AME nos primeiros seis meses de vida e uso de chupeta, hábito observado em 54,0% das crianças. O risco da criança não estar em AME associado ao uso de chupeta foi de 2,7 (IC95% 1,69-4,16).

Espera-se que tais resultados redirecionem e conduzam à implementação de novas estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo no município de Bauru.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva AAM. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1990.
2. Freyre G. A casa grande e senzala: formação da família Brasileira sob o regime da economia patriarcal. Rio de Janeiro: José Olympio; 1978.
3. Almeida JAG. Amamentação, um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
4. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal; 1983.
5. Brasil. Ministério da Saúde. [homepage da Internet] Brasília; 2006 [acesso em 17 nov 2007]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
6. NBCAL. Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Manual do curso de capacitação em monitoramento. Jundiaí (Brasil); 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN. Programa Nacional de incentivo ao aleitamento materno. Brasília; 1991.

8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2 ed. Brasília (Brasil); 2007.
9. Venâncio SI. Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do Estado de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
10. IBFAN Brasil. [homepage da Internet] [acesso em 07 fev 2008] Disponível em:  
URL: <http://www.ibfan.org.br>
11. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 2, 2008. Oxford: Update Software.
12. Secretaria de Estado da Saúde. [homepage da Internet] [acesso em 08 nov 2007] Disponível em: URL: <http://www.saude.sp.gov.br>
13. Método mãe canguru. [homepage da Internet] [acesso em 20 fev 2008]. Disponível em: URL: <http://www.metodomaecanguru.org.br>
14. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. [homepage da Internet] [acesso em 01 mar 2008] Disponível em: URL: <http://www.redeblh.fiocruz.br>

15. Oliveira MIC, Camacho LBA. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. Rev Bras Epidemiol 2002; 5 (1): 41-51.
16. Aleitamento.com [homepage da Internet]. Coleção amiga: unidade básica amiga da amamentação [acesso 29 mar 2008]. Disponível em: URL:[http://www.aleitamento.com/a\\_artigos.asp?id=1&id\\_artigo=1313&id\\_subcategoria=2](http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=1313&id_subcategoria=2)
17. Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. Extending Breastfeeding Duration Through Primary Care: A Systematic Review of Prenatal and Postnatal Interventions. J Hum Lact 2001; 17 (4): 326-43.
18. Amigas do Peito. [homepage da Internet] Quem somos. [acesso em 15 mar 2008]. Disponível em URL: <http://www.amigasdopeito.org.br>.
19. Grupo Origem [homepage da Internet] Blog do Origem. [acesso em 15 mar 2008]. Disponível em URL: <http://www.grupoorigem.blogspot.com.br>
20. Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS/OMS. [homepage da Internet] Amamentação, 2003. [acesso em 02 mar 2008]. Disponível em URL: <http://www.opas.org.br>.

21. Marques FSV, Lopez FA, Braga JAP. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. *J Pediatr* 2004; 80 (2): 99-105.
22. Edmond KM, et al. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. *Pediatrics*. 2006; 117: 380-6.
23. UNICEF Brasil. [homepage da Internet] Nossas prioridades. [acesso em 07 mar 2008] Disponível em: URL: <http://www.unicef.org/brazil>
24. Akre J. Alimentação Infantil – Bases Fisiológicas. São Paulo: Instituto de Saúde; 1994.
25. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folleto JL, Lermen NR, Wu VYJ, et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saúde Pública* 2000; 34 (2): 143-8.
26. Brunken GS, Silva SM, França GVA, Escuder MM, Venâncio SI. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. *J Pediatr* 2006; 182-6.
27. Victora CG, Vaughan JP, Lombardi C, Fuchs SMC, Gigante LP, Smith PG, et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2: 319-22.

28. Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 11-24.
29. Rea MF. Reflexões sobre amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (s1): 35-7.
30. Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: A summary of the rationale and scientific evidence. *Birth* 1996; 23 (3): 154-60.
31. World Health Organization. [homepage da Internet] The optimal duration of exclusive breastfeeding, 2001. [acesso em 22 out 2007]. Disponível em: URL: <http://www.who.int>.
32. Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. Brasília: Unicef; 1997
33. Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios de Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 (3): 313-8.
34. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol.* 1998; 1 (1): 40-9.

35. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Tendência do aleitamento materno no Brasil no último quarto do Século XX. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10 (4): 499-505.
36. Brasil. Ministério da Saúde [homepage da Internet]. Prevalência (%) e intervalo de confiança de aleitamento materno exclusivo, segundo regiões e capitais – Brasil, 1999. Brasília; [acesso 12 set 2007]. Disponível em: URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/d20.htm>.
37. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu – SP. *Rev Latinoam Enferm.* 2007; 15 (1): 62-9.
38. Widerpass E, Barros FC, Victora GC, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 1998; 32 (3): 225-31.
39. Horta BL, Barros FC, Halpen R, Victora CG. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 12 (1): 27-31.
40. Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saúde Pública* 1997; 31 (2): 149-56.

41. Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Tacla MTGM, Vezozzo KMK, Castro LMC.P, Oliveira MMB, Venancio S. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná Rev Bras Saúde Materno Infant; 2005; 5 (2): 155-62.
42. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SI. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. Rev Saúde Pública, 1998; 32 (5): 430-6.
43. Ferreira L, Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Tendência do aleitamento materno em município da região centro-sul de estado de São Paulo: 1995 – 1999 – 2004. Rev Nutr. 2007; 20 (3): 265-73.
44. Chaves RG, Lamounier JÁ, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding. J Pediatr 2007; 83 (3): 241-6.
45. França GVA, Brunken, GS, Silva SM, Escuder MM, Venâncio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. Rev Saúde Pública 2007; 41 (5): 711-8.
46. Venâncio SI, Saldiva SRDM, Mondini RBL, Escuder MML. Early interruption of exclusive breastfeeding and associated factors, state of São Paulo, Brazil. J Hum Lact 2008; 24 (2): 168-74.

47. Silveira FJF, Lamounier JA. Influência do uso de chupeta e do tabagismo materno na amamentação: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais* 2003; 13: 120-8.
48. Tomazi E, Victora CG, Olinto, MTA. Padrões e determinantes do uso de chupeta em crianças. *J Pediatr* 1994; 70 (3): 167-71.
49. Victora CG, Tomasi E, Olinto MT, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993; 341: 404-6.
50. Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno *J Pediatr* 2003; 79 (4): 284-6.
51. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr* 2003; 79 (4): 309-16.
52. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behaviour. A randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286: 322-6.
53. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics* 1997; 99 (3): 445-53.

54. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J Pediatr* 2004; 80 (s5): 155-62.
55. Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão das mães. *Rev Saúde Pública* 2005; 39 (2):156-62.
56. Rea MF, Venâncio SI, Martines JC, Savage F. Counselling on breastfeeding: assessing knowledge and skills. *Bull World Health Organ.* 1999; 77(6): 492–8.
57. Labbok MH, Wardlaw T, Blanc A, Clark D, Terreri N. Trends in exclusive breastfeeding: findings from the 1990s. *J Hum Lact* 2006; 22 (3): 272-6.
58. Grummer-Strawn LM. The effect of changes in population characteristics on breastfeeding trends in fifteen developing countries. *Int J Epidemiol.* 1996; 25 (1): 94-102.
59. Pérez-Escamilla R. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success story? *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (S1): 119-27.

## ANEXOS



INSTITUTO DE SAÚDE/SES-SP  
 "Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação"



Nº

01-DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 02-ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ 03-MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
 04-LOCAL DE VACINAÇÃO: \_\_\_\_\_ 04a-ÁREA 1  Urbana 2  Rural

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA TODAS AS CRIANÇAS  
 COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE COMPARECEREM À VACINAÇÃO

05-A SRA. (SR.) PODE ME DIZER O NOME DESTA CRIANÇA? \_\_\_\_\_ (Anotar apenas o 1º nome)  
 06-DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Anotar da carteira de vacinação)  
 06a-Sexo: 1  Masculino 2  Feminino 07-A SRA. É A MÃE DA CRIANÇA? 1  Sim 2  Não

O  
Q  
U  
Ê  
C  
O  
M  
E  
U  
D  
E  
O  
N  
T  
E  
M  
P/  
H  
O  
J  
E  
?

A SENHORA (OU SR.) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALANDO O NOME DE CADA ALIMENTO E A SRA. (SR.) ME RESPONDE SIM OU NÃO, ESTÁ BEM?

08-LEITE DE PEITO? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

09-SE TOMOU LEITE DE PEITO→QUANTAS VEZES?\_\_\_\_(Anotar 8 se for 8 vezes ou mais) 99  Não Sabe

10-LEITE EM PÓ? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

11-SE SIM→QUAL A MARCA? \_\_\_\_\_ 4  Não sabe

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO:

1  FÓRMULA INFANTIL 2  LEITE INTEGRAL 3  OUTRO TIPO DE LEITE EM PÓ

12-OUTRO LEITE? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

13-MINGAU OU PAPA? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

14-SOPA DE LEGUMES? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

15-SE TOMOU SOPA →COM CARNE? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

16-COMIDA DE PANELA? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

17-SE COMEU COMIDA→COM CARNE? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

18-SE COMEU COMIDA→COM FEIJÃO? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

19-ÁGUA PURA? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

20-ÁGUA COM AÇÚCAR? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

21-CHÁ? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

22-SUCO DE FRUTA? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

23-FRUTA (EM PEDAÇO OU AMASSADA)? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

23a-OUTROS \_\_\_\_\_

24-ALGUM DESSES ALIMENTOS (OU LÍQUIDOS) FOI DADO POR MAMADEIRA OU CHUQUINHA?

1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

25-A CRIANÇA CHUPA CHUPETA? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

**FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA TODAS AS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO**

**INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO, PARTO E ATENDIMENTO MÉDICO:**

- 26-HOSPITAL ONDE A CRIANÇA NASCEU: \_\_\_\_\_ (Anote o nome) 2  Nasceu em casa 3  Não Sabe
- 27-MUNICÍPIO ONDE A CRIANÇA NASCEU: \_\_\_\_\_ (Anote o nome) 3  Não Sabe
- 28-PESO AO NASCER: \_\_\_\_\_ gramas (Anote da carteira de vacinação) **em branco se não preenchido**
- 29-TIPO DE PARTO: ? 1  Normal 2  Fórceps 3  Cesárea 4  Não Sabe
- 30-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA CONSULTA MÉDICA? (Assinale apenas uma alternativa)
- 1  Serviço Particular ou Convênio ( )  Rede Pública \_\_\_\_\_ 9  em branco/não sabe
- Especifique
- PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO:**  
 2  Unidade Básica de Saúde 3  Unidade de Saúde da Família
- 30b-ESTA CRIANÇA JÁ FOI INTERNADA ALGUMA VEZ?  Sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
 0  Não 9  Não Sabe Qual a razão da última internação? \_\_\_\_\_

**FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES**

- 31-COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE? \_\_\_\_\_ (Anote em dias)  
 998  Nasceu em casa 999  Não Sabe
- NO PRIMEIRO DIA EM CASA A CRIANÇA:**
- 32- MAMOU NO PEITO? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe
- 33-TOMOU OUTRO LEITE QUE NÃO O LEITE DE PEITO? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe
- 34-TOMOU ÁGUA? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe
- 35-TOMOU ÁGUA COM AÇÚCAR? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe
- 36-TOMOU CHÁ? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

**FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS QUANDO O ACOMPANHANTE DA CRIANÇA FOR A MÃE**

- 37-QUAL É A SUA IDADE? \_\_\_\_\_ (Anos)
- 38-ESTA CRIANÇA É SEU PRIMEIRO FILHO? 1  Sim 2  Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)
- 39-A SRA. SABE LER E ESCREVER? 1  Sim 2  Não
- 40-A SRA. ESTA ESTUDANDO? 1  Sim (Passe para a questão 42) 2  Não
- 41-A SRA. JÁ FREQUENTOU A ESCOLA? 1  Sim 2  Não (Passe para questão 44)
- 42-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE COMPLETOU? \_\_\_\_\_ 43-E GRAU? \_\_\_\_\_
- 44-A SRA. TRABALHAVA FORA DE CASA QUANDO ENGRAVIDOU DESTA CRIANÇA? 1  Sim 2  Não
- 45-SE TRABALHOU DURANTE A GRAVIDEZ, TEVE LICENÇA MATERNIDADE?  
 1  Sim 2  Não (Passe para a questão 47) 3  Não se aplica (Passe para a questão 47)
- 46-AINDA ESTA DE LICENÇA MATERNIDADE? 1  Sim 2  Não
- 47-ATUALMENTE A SRA. ESTÁ TRABALHANDO FORA DE CASA? 1  Sim (questão 48 e 49) 2  Não (Encerrar)
- 48- SE SIM, QUANTAS HORAS TRABALHA FORA? \_\_\_\_\_
- 49- QUAL A SUA OCUPAÇÃO? \_\_\_\_\_

Observações:



2003

**INSTITUTO DE SAÚDE/SES-SP**  
**“Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação”**



Nº

01-DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 02-ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ 03-MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
 04-LOCAL DE VACINAÇÃO: \_\_\_\_\_ 04a-ÁREA 1  Urbana 2  Rural

**FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA TODAS AS CRIANÇAS  
 COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE QUE COMPARECEREM À VACINAÇÃO**

05-A SRA. (SR.) PODE ME DIZER O NOME DESTA CRIANÇA? \_\_\_\_\_ (Anotar apenas o 1º nome)  
 06-DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Anotar da carteira de vacinação)  
 06a-Sexo : 1  Masculino 2  Feminino 07-A SRA. É A MÃE DA CRIANÇA? 1  Sim 2  Não

**O  
Q  
U  
Ê  
C  
O  
M  
E  
U  
D  
E  
O  
N  
T  
E  
M  
P/  
H  
O  
J  
E  
?**

A SENHORA (OU SR.) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALANDO O NOME DE CADA ALIMENTO E A SRA. (SR.) ME RESPONDE SIM OU NÃO, ESTÁ BEM?

08-LEITE DE PEITO? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

09-SE TOMOU LEITE DE PEITO→QUANTAS VEZES?\_\_\_\_(Anotar 8 se for 8 vezes ou mais) 99  Não Sabe

10-LEITE EM PÓ? , 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

11-SE SIM→QUAL A MARCA? \_\_\_\_\_ 4  Não sabe

☞ **PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO:**

1  FÓRMULA INFANTIL 2  LEITE INTEGRAL 3  OUTRO TIPO DE LEITE EM PÓ

12-OUTRO LEITE? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

13-MINGAU OU PAPA? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

14-SOPA DE LEGUMES? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

15-SE TOMOU SOPA →COM CARNE? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

16-COMIDA DE PANELA ? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

17-SE COMEU COMIDA→ COM CARNE? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

18-SE COMEU COMIDA→ COM FEIJÃO? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

19-ÁGUA PURA? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

20- ÁGUA COM AÇÚCAR? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

21-CHÁ? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

22-SUCO DE FRUTA? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

23-FRUTA (EM PEDAÇO OU AMASSADA)? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

23a-OUTROS \_\_\_\_\_

24-ALGUM DESSES ALIMENTOS (OU LÍQUIDOS) FOI DADO POR MAMADEIRA OU CHUQUINHA?

1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

25-A CRIANÇA CHUPA CHUPETA? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

**FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA TODAS AS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO**

**INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO, PARTO E ATENDIMENTO MÉDICO:**

- 26-HOSPITAL ONDE A CRIANÇA NASCEU: \_\_\_\_\_  
(Anote o nome) 2  Nasceu em casa 3  Não Sabe
- 27-MUNICÍPIO ONDE A CRIANÇA NASCEU: \_\_\_\_\_ (Anote o nome) 3  Não Sabe
- 28-PESO AO NASCER: \_\_\_\_\_ gramas (Anote da carteira de vacinação) **em branco se não preenchido**
- 29-TIPO DE PARTO: ? 1  Normal 2  Fórceps 3  Cesárea 4  Não Sabe
- 30-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA CONSULTA MÉDICA? (Assinale apenas uma alternativa)
- 1  Serviço Particular ou Convênio ( )  Rede Pública \_\_\_\_\_ 9  em branco/não sabe  
Especifique \_\_\_\_\_
- \* **PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO:**  
2  Unidade Básica de Saúde 3  Unidade de Saúde da Família
- 30b-ESTA CRIANÇA JÁ FOI INTERNADA ALGUMA VEZ?  Sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
0  Não 9  Não Sabe Qual a razão da última internação? \_\_\_\_\_

**FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES**

- 31-COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE? \_\_\_\_\_ (Anote em dias)  
998  Nasceu em casa 999  Não Sabe
- NO PRIMEIRO DIA EM CASA A CRIANÇA:**
- 32-MAMOU NO PEITO? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe
- 33-TOMOU OUTRO LEITE QUE NÃO O LEITE DE PEITO? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe
- 34-TOMOU ÁGUA? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe
- 35-TOMOU ÁGUA COM AÇÚCAR? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe
- 36-TOMOU CHÁ? 1  Sim 2  Não 3  Não Sabe

**FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS QUANDO O ACOMPANHANTE DA CRIANÇA FOR A MÃE**

- 37-QUAL É A SUA IDADE? \_\_\_\_\_ (Anos)
- 38-ESTA CRIANÇA É SEU PRIMEIRO FILHO? 1  Sim 2  Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)
- 39-A SRA. SABE LER E ESCREVER? 1  Sim 2  Não
- 40-A SRA. ESTA ESTUDANDO? 1  Sim **(Passe para a questão 42)** 2  Não
- 41-A SRA. JÁ FREQUENTOU A ESCOLA? 1  Sim 2  Não **(Passe para questão 44)**
- 42-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE COMPLETOU? \_\_\_\_\_ 43-E GRAU? \_\_\_\_\_
- 44-A SRA. TRABALHAVA FORA DE CASA QUANDO ENGRAVIDOU DESTA CRIANÇA? 1  Sim 2  Não
- 45-SE TRABALHOU DURANTE A GRAVIDEZ, TEVE LICENÇA MATERNIDADE?  
1  Sim 2  Não **(Passe para a questão 47)** 3  Não se aplica **(Passe para a questão 47)**
- 46-AINDA ESTA DE LICENÇA MATERNIDADE? 1  Sim 2  Não
- 47-ATUALMENTE A SRA. ESTÁ TRABALHANDO FORA DE CASA? 1  Sim **(questão 48 e 49)** 2  Não (trincora)
- 48- SE SIM, QUANTAS HORAS TRABALHA FORA? \_\_\_\_\_
- 49- QUAL A SUA OCUPAÇÃO? \_\_\_\_\_

Observações:

---



---



---



---

2006

## INSTITUTO DE SAÚDE/SES-SP

"Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais – Ano 2006"

Nº _____ (Preenchimento exclusivo do Supervisor de Campo)	01-DATA: ____/____/____
02-ENTREVISTADOR: _____	03-MUNICÍPIO: _____
04-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____	04a-ÁREA <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural

05- QUAL O NOME DESTA CRIANÇA? _____ (Anotar apenas o primeiro nome)	
06- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____ (Anotar da carteira de vacinação)	
06a-SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	07-A SRA. É A MÃE DESTA CRIANÇA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
07a- A CRIANÇA É MORADORA DESTA MUNICÍPIO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	BAIRRO: _____

O Q U Ê C O M E U D E O N T E M P A R A H O J E ?	O (A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALANDO O NOME DE CADA ALIMENTO E O(A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO, ESTÁ BEM?	
	08-TOMOU LEITE DE PEITO? ✓	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para Q. 10) <input type="checkbox"/> Não Sabe (Passe para Q. 10)
	09- SE TOMOU LEITE DE PEITO: -QUANTAS VEZES? ✓	_____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) <input type="checkbox"/> Não sabe
	10-TOMOU OUTRO LEITE QUE NÃO O LEITE DO PEITO? ✓	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para Q. 13) <input type="checkbox"/> Não Sabe (Passe p/ Q. 13)
	11- SE TOMOU OUTRO LEITE, FOI LEITE EM PÓ? ✓	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe p/Q. 12a) <input type="checkbox"/> Não Sabe (Passe p/ Q. 12a)
	12-SE SIM→QUAL A MARCA DO LEITE EM PÓ? ✓	_____ <input type="checkbox"/> Não sabe
	* PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO: <input type="checkbox"/> FÓRMULA INFANTIL <input type="checkbox"/> LEITE INTEGRAL <input type="checkbox"/> LEITE ENRIQUECIDO <input type="checkbox"/> OUTROS	
	12a-TOMOU LEITE DE CAIXINHA, SAQUINHO OU GARRAFA? ✓	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
	13- TOMOU MINGAU OU LEITE ENGROSSADO COM FARINHA? ✓	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
	14- TOMOU SOPA OU PAPA DE LEGUMES? ✓	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para Q. 16) <input type="checkbox"/> Não Sabe (Passe para a Q. 16)
	14a- SE TOMOU SOPA OU PAPA DE LEGUMES → ESTA SOPA OU PAPA ESTAVA: (LER nessa questão as opções de resposta de 1 a 4)	<input type="checkbox"/> Em pedaços <input type="checkbox"/> Amassada <input type="checkbox"/> Passada pela peneira <input type="checkbox"/> Liquidificada <input type="checkbox"/> Não Sabe
	15a- SE TOMOU SOPA OU PAPA → TINHA ALGUM TIPO DE CARNE: FRANGO, BOI, PEIXE, OUTROS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
	15b- SE TOMOU SOPA OU PAPA DE LEGUMES: → TINHA FEIJÃO, CALDO OU GRÃO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
	16- COMEU COMIDA DE PANELA, OU SEJA: → COMEU DA MESMA COMIDA OFERECIDA PARA O RESTANTE DA FAMÍLIA? ✓	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para a Q. 19) <input type="checkbox"/> Não Sabe (Passe para a Q. 19)
	17-SE COMEU COMIDA DE PANELA → TINHA ALGUM TIPO DE CARNE: FRANGO, BOI, PEIXE, OUTROS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
18- SE COMEU COMIDA DE PANELA → TINHA FEIJÃO CALDO OU GRÃO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
19-TOMOU ÁGUA PURA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
20- TOMOU ÁGUA COM AÇÚCAR?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
21- TOMOU CHÁ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
22- TOMOU SUCO DE FRUTA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
23- COMEU FRUTA (EM PEDAÇO OU AMASSADA)? ✓	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
23a-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS? ✓	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
24-ALGUM DESSES ALIMENTOS FOI DADO POR MAMADEIRA OU CHUQUINHA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
25-A CRIANÇA CHUPOU CHUPETA? ✓	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	

## FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO (Q.26 à Q.30c)

INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO, PARTO E ATENDIMENTO MÉDICO	
26- EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? (Anote e nome) _____	998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe
27- EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? (Anote e nome) _____	9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
28- QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? _____	gramas (Anote da carteira de vacinação) 9999 <input type="checkbox"/> Não sabe
29- QUAL FOI O TIPO DE PARTO:	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Fórceps 3 <input type="checkbox"/> Cesárea 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
30- ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA CONSULTA MÉDICA COM MAIS FREQUÊNCIA? (Assinale apenas uma alternativa)	1 <input type="checkbox"/> Serviço Particular ou Convênio <input type="checkbox"/> Rede Pública: _____ (Anote o nome) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
<b>PRENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO:</b> SE REDE PÚBLICA, ESPECIFICAR: 2 <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde 3 <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde da Família	
30a- ESTA CRIANÇA JÁ FOI INTERNADA ALGUMA VEZ?	1 <input type="checkbox"/> Sim (Passe para a Q.30b) 2 <input type="checkbox"/> Não (**) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (**): (** Menores de 4meses segue p/ Q.31; Maiores de 4m segue p/ Q.37)
30b- SE JÁ FOI INTERNADA, QUANTAS VEZES? _____	
30c- QUAL A RAZÃO DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO? _____	

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q.31 à 36)	
31- LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE? _____ (Anote em dias)	998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe
<b>NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA:</b>	
32- MAMOU NO PEITO? <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
33- TOMOU OUTRO LEITE QUE NÃO O LEITE DE PEITO? <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
34- TOMOU ÁGUA? <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
35- TOMOU ÁGUA COM AÇÚCAR? <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
36- TOMOU CHÁ? <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q.37 à 46)	
37- QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos)	
38- ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)
39- A SRA. SABE LER E ESCREVER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
40- A SRA. ESTÁ ESTUDANDO?	1 <input type="checkbox"/> Sim (Passe para a Questão 42) 2 <input type="checkbox"/> Não
41- A SRA. JÁ FREQUENTOU A ESCOLA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Passe para a Questão 44)
42- QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE COMPLETOU? _____ 43- E O GRAU? _____	
44- A SRA. TRABALHOU FORA DE CASA DURANTE A GRAVIDEZ DESTA CRIANÇA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Passe para a Questão 46)
45- SE TRABALHOU DURANTE A GRAVIDEZ, TEVE DIREITO À LICENÇA MATERNIDADE?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
46- ATUALMENTE A SRA. ESTÁ TRABALHANDO FORA DE CASA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_



Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

Telefones: (55-11) 3066- 7779 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/181/01

19 de setembro de 2001

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou** em sua 7.ª/01 Sessão Ordinária, realizada em 11.09.01, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o protocolo de pesquisa n.º 548, intitulado “PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA NO ESTADO DE SÃO PAULO”, apresentado pela pesquisadora Sonia Isoyama Venância.

O Comitê recomenda que, em caso de não concordância dos municípios, os resultados mantenham o anonimato das fontes primárias de dados.

Atenciosamente,

**Paulo Antonio de Carvalho Fortes**  
**Professor Associado**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 INSTITUTO DE SAÚDE/SES/SP  
 NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM NUTRIÇÃO  
 NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



**Consentimento Informado do Município**

Nós, representantes do município Bauri solicitamos integrar o projeto "Amamentação e Municípios", no qual o Instituto de Saúde/SES/SP nos prestará assessoria na coleta de dados da pesquisa "Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida", na análise dos dados (fornecendo gratuitamente um *software* elaborado para esse fim) e na discussão sobre políticas municipais pró-amamentação.

Autorizamos a inclusão dos dados da pesquisa realizada em nosso município em um Banco de Dados Central do Instituto de Saúde, que possibilita a avaliação da situação da amamentação no Estado de São Paulo, bem como a divulgação dos mesmos.

Nos dispomos, da mesma forma, a divulgar os dados desta pesquisa de acordo com os interesses de nosso município, citando a fonte "Projeto Amamentação e Municípios: Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação".

São Paulo, 07 de julho de 1999.

Maria Neide Pavoni  
 (Nome do participante)

Nutricionista - chefe do Banco de Leite Humano  
 (Cargo/Função que ocupa na Secretaria de Saúde)



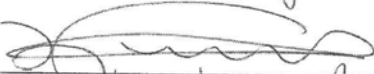
### CONSENTIMENTO INFORMADO DO MUNICÍPIO


Nós, representantes do município Bauri solicitamos integrar o projeto "Amamentação e Municípios", do NISM/Instituto de Saúde/SES e NUPENS/Faculdade de Saúde Pública/USP, no qual as instituições ora citadas nos prestarão assessoria na coleta de dados da pesquisa "Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida", na análise dos dados (fornecendo gratuitamente um *software* elaborado para esse fim) e na discussão sobre políticas municipais pró-amamentação.

Autorizamos a inclusão dos dados da pesquisa realizada em nosso município em um Banco de Dados Central do Instituto de Saúde, que possibilita a avaliação da situação da amamentação no Estado de São Paulo, bem como a divulgação dos mesmos.

Nos dispomos, da mesma forma, a divulgar os dados desta pesquisa de acordo com os interesses de nosso município, citando a fonte "Projeto Amamentação e Municípios: Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação".

São Paulo, 24 de junho de 2003.

  
 Maria Tereza Lourenço  
 Nutricionista - CRN 1185

  
 Guiliana Amelato Pinheiro  
 Enfermeira



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 INSTITUTO DE SAÚDE/SES/SP  
 NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM NUTRIÇÃO  
 NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



**Consentimento Informado do Município**

Nós, representantes do município Bauri  
 solicitamos integrar o projeto "Amamentação e Municípios", no qual o Instituto de Saúde/SES/SP nos prestará assessoria na coleta de dados da pesquisa "Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida", na análise dos dados (fornecendo gratuitamente um *software* elaborado para esse fim) e na discussão sobre políticas municipais pró-amamentação.

Autorizamos a inclusão dos dados da pesquisa realizada em nosso município em um Banco de Dados Central do Instituto de Saúde, que possibilita a avaliação da situação da amamentação no Estado de São Paulo, bem como a divulgação dos mesmos.

Nos dispomos, da mesma forma, a divulgar os dados desta pesquisa de acordo com os interesses de nosso município, citando a fonte "Projeto Amamentação e Municípios: Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação".

São Paulo, 30 de junho de 2006.

[Assinatura]  
 (Nome do participante) Guilherme Michelato Lavizete

Enfermeira (78428)  
 (Cargo/Função que ocupa na Secretaria de Saúde)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fone: (014) 3235-1455 / Fax(014) 3235-1481

Email: saude@bauru.sp.gov.br

Bauru, 29 de fevereiro de 2008.

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que Giuliana Micheloto Parizoto está autorizada a utilizar os dados da Pesquisa AMAMUNIC realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Bauru nos anos de 1999, 2003 e 2006 em sua dissertação de mestrado.

**Dr.Mário Ramos de Paula e Silva**  
Secretário Municipal de Saúde



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS  
ESTRATÉGICOS DE SAÚDE  
INSTITUTO DE SAÚDE



#### DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o estudo "**Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses no município de Bauru-SP**", desenvolvido pela enfermeira **Giuliana Micheloto Parizoto**, da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, com orientação da **Profa. Dra Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes**, integra o estudo "**Prevalência e determinantes da amamentação exclusiva no Estado de São Paulo**", parte integrante do Projeto Amamentação e Municípios do Instituto de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, cujo desenvolvimento foi aprovado pelo COEP da Faculdade de Saúde Pública em 19 de setembro de 2001, conforme ofício 181/01 em anexo.

São Paulo, 20 de junho de 2008.

Dra. Sonia Isoyama Venancio

PqC VI/Coord. do Projeto

Amamentação e Municípios

IS/SES/SP