



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE HUMANA E MEIO
AMBIENTE - PPGSHMA**

Felicidade Ferreira Amorim Casanova

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM
CRIANÇAS USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE
SANTO ANTÃO/ PE.**

Vitória de Santo Antão

2013

Felicidade Ferreira Amorim Casanova

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM
CRIANÇAS USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE
SANTO ANTÃO/ PE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Mestre em **Saúde Humana e Meio Ambiente.**

Área de Concentração: Saúde e Ambiente.

Orientador: Prof. Dra. Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos

Coorientador: Profa. Dra. Marina de Moraes Vasconcelos Petribú

Vitória de Santo Antão

2013

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Lígia Feliciano dos Santos, CRB4: 2005

C335d Casanova, Felicidade Ferreira Amorim.

Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças usuárias de atenção primária em saúde no município de Vitória de Santo Antão-PE. / Felicidade Ferreira Amorim Casanova. Vitória de Santo Antão: O Autor, 2013.

xii, 70 folhas: il.; tab.

Orientador: Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos.

Coorientador: Marina de Moraes Vasconcelos Petribú.

Dissertação (Mestrado em Saúde Humana e Meio Ambiente) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Saúde Humana e Meio Ambiente, 2013.

Inclui bibliografia.

1. Aleitamento materno. 2. Serviços de saúde. 3. Fatores de risco. I. Campos, Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira (Orientador). II. Petribú, Marina de Moraes Vasconcelos (Coorientador). III. Título.

614.054 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-002/2014



Dissertação de Mestrado apresentada por **Felicidade Ferreira Amorim Casanova** à Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, sob o título "PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM CRIANÇAS USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/ PE", orientada pela Prof.^a Dr.^a Florisbela de Arruda Camara e Siqueira Campos, aprovada no dia 11 de dezembro de 2013 pela Banca Examinadora composta pelos seguintes professores:

Dr. René Duarte Martins
Núcleo de Nutrição - CAV/UFPE

Dr.^a Juliana Souza Oliveira
Núcleo de Nutrição- CAV/UFPE

Dr.^a Eduila Maria Couto Santos
Núcleo de Nutrição- CAV/UFPE

Autor

Karina Clementino de Araújo

Primeiramente à Deus, que me guia e ilumina em todos os momentos da minha vida, ao meu marido, Erbert Casanova que sempre está ao meu lado me incentivando, apoiando e me ajudando a seguir, aos meus pais, Anete e Manoel Casanova que sempre me ensinaram a perseguir os meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço incessantemente a Deus, que é a força propulsora que me faz seguir. A professora Florisbela Campos pela oportunidade, a professora Marina Petribú pelo auxílio, paciência e dedicação, ao professor Rafael Tassitano pela disponibilidade e ajuda, a Adalva funcionária da secretaria do Programa de Pós-graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente pela disponibilidade em ajudar, atenção e auxílio, as mães pela disponibilidade sem elas a pesquisa não se realizaria. Enfim a todos que contribuíram para a realização de mais um objetivo.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS	x
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO 1	1
1.1 Introdução	1
1.2 Objetivos	4
1.2.1 Objetivo Geral	4
1.2.2. Objetivos Específicos	4
1.3 Revisão da Literatura	5
CAPÍTULO 2	
2.1 Metodologia	14
CAPÍTULO 3	
Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças usuárias da atenção primária em saúde no município de Vitória de Santo Antão/ PE.	17
2.1. Resumo	18
2.2 Abstract	19
2.3 Introdução	20
2.4 Material e Métodos	21
2.5 Resultados	23
2.6 Discussão	24
2.7 Conclusões	26
2.8 Referências Bibliográficas	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
ANEXOS	xiii

LISTA DE FIGURAS

- Figura 3.1 Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo em menores de 4 meses, no município de Vitória de Santo Antão no ano de 2013.....30

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1	Perfil demográfico e socioeconômico de crianças de 4 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória de Santo Antão, 2013.....	32
Tabela 3.2	Perfil relacionado a assistência materno-infantil de crianças de 4 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória de Santo Antão, 2013.....	33
Tabela 3.3	Associação entre o aleitamento materno exclusivo e as variáveis demográficas e socioeconômicas de 4 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município da Vitória de Santo Antão, 2013.....	34
Tabela 3.4	Associação entre o aleitamento materno exclusivo e as variáveis relacionadas a assistência materno infantil de 4 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória de Santo Antão, 2013.....	35
Tabela 3.5	Regressão logística bruta e ajustada entre o aleitamento materno exclusivo e as variáveis independentes de 4 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município da Vitória de Santo Antão, 2013.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
WHO	World Health Organization
SIAB/ DATASUS	Sistema de Informação de Atenção Básica/ <u>Departamento</u> de <u>informática</u> do <u>Sistema Único de Saúde</u> do <u>Brasil</u>
SPSS	Statistical Package for Social. Sciences
RP ajustada	Razão de Prevalência ajustada

RESUMO

O aleitamento materno exclusivo é o alimento mais importante nos primeiros seis meses de vida, pois além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher, previne mortes infantis. Apresenta ainda, uma série de benefícios em decorrências das suas propriedades imunológicas. Sabe-se que a oferta de outros alimentos além do leite materno interfere negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, além de aumentar o risco de infecções, e levar a um menor ganho ponderal, devido a redução da quantidade de leite materno ingerido. Devido a todos os fatores acima descritos e tantos outros, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda o aleitamento materno por dois anos, sendo exclusivo nos seis primeiros meses. **Objetivo:** Determinar a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de vida no município da Vitória de Santo Antão. **Métodos:** Pesquisa de natureza descritiva de corte transversal, realizada em 2013 com 297 crianças entre 4 e 24 meses, acompanhadas na puericultura das Unidades Básicas de Saúde. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário, contendo variáveis demográficas, socioeconômicas e de assistência materno-infantil. Para avaliação dos fatores associados ao aleitamento materno exclusivo, realizou-se o teste qui-quadrado para a comparação entre as proporções. Na etapa de análise multivariável, recorreu-se à regressão logística binária. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ no teste do qui-quadrado foram selecionadas para a análise de regressão multivariada. Para todos os procedimentos adotou-se o nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** A prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 4 meses na amostra estudada foi de 16,5% aos 4 meses. As crianças cujas mães realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal, tinham dois filhos ou mais, possuíam acima de 9 anos de estudo, referiram ter experiência anterior com a amamentação, realizaram consulta puerperal e aquelas que não utilizaram bico artificial apresentaram uma probabilidade maior para o aleitamento materno exclusivo. **Conclusões:** A caracterização do perfil do aleitamento e os fatores associados à sua prevalência, expressam a necessidade de repensar estratégias para uma prática eficiente das ações de incentivo ao AME, é importante conhecer o perfil epidemiológico da população a qual se quer atuar, com intuito de promover uma assistência igualitária considerando as diferenças e riscos a que estão expostos uma população.

Palavras-chave: Aleitamento materno, serviços de saúde, fatores de risco

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding is the most important food in the first six months of life , as well as promoting physical , mental and psychic child and woman health, prevent child deaths . Also presents a number of benefits in derivations of their immunological properties . It is known that the supply of foods other than breast milk impairs nutrient absorption and bioavailability , as well as increasing the risk of infections , and lead to less weight gain due to reduction in the amount of breast milk ingested . Due to all the factors mentioned above and many others, the Ministry of Health of Brazil recommends breastfeeding for two years , being unique in the first six meses. **Objetivo :** To determine the prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding up to four months of life in the city of Vitoria de Santo Antao . **Methods :** Search descriptive cross-sectional , conducted in 2013 with 297 children between 4 and 24 months , accompanied by the Child Care Basic Health Units was used as an instrument of data collection, a questionnaire containing demographic and socioeconomic variables maternal and child care . To evaluate factors associated with exclusive breastfeeding factors , we performed the chi - square test to compare proportions . Multivariable analysis was done using into binary logistic regression. The variables with p value <0.20 in the chi - square test were selected for multivariate regression analysis . For all procedures adopted the significance level of $p < 0.05$. **Results:** The prevalence of exclusive breastfeeding at 4 months in the study sample was 16.5 % at 4 months . Children whose mothers had 6 or more pre -natal , had two or more children , had over 9 years of study , reported having previous experience with breastfeeding , postpartum consultation held and those who did not use an artificial nipple were more likely for exclusive breastfeeding . **Conclusions :** The characterization of the profile of breastfeeding and factors associated with their prevalence , expressing the need for new strategies for efficient practice of incentive stock EBF , it is important to understand the epidemiological profile of the population to which it wants to act with a view to promote an egalitarian assistance considering the differences and risks they are exposed to a population .

Keywords : Breastfeeding, health services , risk factors

CAPÍTULO 1

1.1 Introdução

O aleitamento materno (AM) é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover as saúdes física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. A recomendação do Ministério da Saúde do Brasil é da mãe amamentar por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida (BRASIL, 2009).

Desde a gestação, a mãe é capaz de alimentar seu filho suprimindo todas as suas necessidades nutricionais, competência que continua evidente entre nutriz e seu lactente, durante os primeiros meses do bebê por meio do aleitamento materno exclusivo (AME). As inúmeras vantagens do AM são conhecidas e apontadas na literatura atual (CAO et al. 2009; FLORES-LUJANO et al. 2009; SIMON, SOUZA e SOUZA, 2009; SABIROV et al. 2009; BETTLER et al. 2010).

Sabe-se que a administração de outros alimentos além do leite materno interfere negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, além de aumentar o risco de infecções, podendo também diminuir a quantidade de leite materno ingerido e levar a menor ganho ponderal (MARQUES; LOPES; BRAGA, 2004).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) ressalta diversos argumentos a favor do AM, que além de evitar mortes infantis, previne diarreias, infecções respiratórias, diminui o risco de alergias e hipertensão arterial, melhora o desenvolvimento da cavidade bucal, tem um efeito positivo sobre a inteligência, reduz o risco de obesidade, além de não ter custo financeiro e promover melhor qualidade de vida.

A taxa de mortalidade infantil no Brasil dirige-se à meta recomendada pela Organização das Nações Unidas (ONU), mantendo-se em contínua queda desde 1990. Em 2007 a taxa de óbitos para cada mil crianças nascidas vivas passou de 47,1 mortes para 19,3, ou seja, reduziu 59,7%, colocando o Brasil em 16º lugar de um total de 68 países (ONU). Mas a meta imposta para 2015 é de 14,4 mortes a cada mil nascidos vivos, sendo ainda necessárias novas medidas preventivas para melhorar os resultados (LEAL, 2010).

Em vista dos benefícios do AME, a partir de 1991 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) têm se empenhado em intensificar as ações para aumentar a prevalência e a duração do AME, com vistas à redução de morbidade infantil (BERNARDI, 2011). Apesar dos esforços, em todo o mundo, apenas 35% de crianças recebem AME durante os primeiros quatro meses de vida (WHO, 2001).

Pesquisa realizada por Wenzel e Souza (2011), para determinar a prevalência do AM nas macro-regiões brasileiras, ressaltou que independente da região, o número de mulheres que amamentam seu filho até 180 dias de vida é maior do que aquelas que continuam amamentando do 181º dia até o 365º. A prevalência do AM de 0 a 180 dias na região norte foi a maior (63%), enquanto na região sudeste foi a menor (51%). Nas demais regiões esse número variou de 61% no sul, para 59% no nordeste e 56% na região centro-oeste. Mas a manutenção da amamentação do 181º dia adiante diminui bastante comparada aos dados anteriores, com o norte continuando a ser a região com maior prevalência (44%) e o centro-sul passando a ser a região com menores resultados (34%). No nordeste a prevalência passou a ser 37%, no sudeste 44%, e no sul 42%. As autoras também observaram que na região rural as mulheres amamentam mais que na urbana.

Em sua pesquisa, Bernardi et al. (2011), na cidade de Porto Alegre (RS), mostraram que embora 53% das mães tenham iniciado o AM 1 hora após o parto, a maioria das crianças não recebeu AME até os 4 e 6 meses, representando 20,8% e 2,7%, respectivamente; e a média da duração do AME foi de 2,1 meses.

Estudo realizado no estado de São Paulo, com 275 crianças do município de Serrana, observou que a prevalência do AME na região foi de: 29,8%. A idade das crianças que continuavam com o AME teve uma média de 60,6 dias (QUELUZ et al., 2012).

Rutherford *et al.* (2009) descreveram o efeito de proteção do aleitamento materno contra a mortalidade infantil em Gâmbia. Esses autores realizaram um estudo de casos e controles para investigar a relação entre a mortalidade infantil e medidas comuns de prevenção, tais como aleitamento materno, vacinas completas e suplemento de vitamina A. Os autores verificaram que as crianças que receberam aleitamento materno por mais de 12 meses apresentaram menor mortalidade do que aquelas que mamaram por menos de 12 meses. Este efeito foi observado tanto em crianças que receberam aleitamento materno por 13 a 24 meses como em crianças que receberam aleitamento materno por mais de 25 meses.

Pesquisas que envolvem o perfil alimentar de crianças tem evidenciado alguns fatores de risco no que se refere a prática da amamentação. O padrão do aleitamento materno pode ser influenciado pela faixa etária materna, nível educacional, estado psicológico diante da ação de amamentar, contexto social, tipo de emprego, estado civil, renda, tipo e quantidade de partos, apoio familiar e estado nutricional. Torna-se necessário dizer que a realização e a qualidade do atendimento pré-natal e orientações sobre aleitamento materno, além do acolhimento pós-natal, podem aumentar o tempo da

amamentação total e exclusiva (TOMITA et al. 2004; WHO, 2003; KUMMER et al. 2000; HORTA et al. 1996; VIEIRA et al. 2004; DUBOIS, 2003; SALIBA et al.2008).

Esta problemática tornou-se uma questão de saúde pública, devido a interferir principalmente nos países em desenvolvimento no aumento do índice de mortalidade infantil. Portanto é necessária a identificação regional destes fatores para que se trace um perfil que venha contribuir na elaboração de estratégias para superação dos fatores impeditivos do aleitamento materno exclusivo no local de estudo. Desse modo, o presente estudo tem por finalidade conhecer a prevalência do aleitamento materno exclusivo de crianças usuárias da Atenção Primária em Saúde no município de Vitória de Santo Antão, identificando variáveis demográficas, socioeconômicas e relacionadas à assistência materno-infantil associadas com a prática da amamentação. A presente pesquisa é importante para se traçar o perfil da população em estudo, para que as intervenções, feitas pelos órgãos competentes, possam ser realizadas de forma eficaz.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral:

Determinar a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de vida no município de Vitória de Santo Antão.

1.2.2 Objetivos específicos:

Traçar o perfil epidemiológico da população em estudo segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e relacionadas à assistência materno-infantil;

Determinar a prevalência do aleitamento materno exclusivo nos lactentes de 4 à 24 meses durante os primeiros quatro meses de vida da criança;

Correlacionar as variáveis demográficas, socioeconômicas e de assistência materno-infantil à ocorrência do aleitamento materno exclusivo.

1.3 Revisão da Literatura

Histórico da amamentação

Desde o surgimento do cristianismo, houve uma maior proteção às crianças, incluindo o incentivo a prática da amamentação, que se evidenciou nas épocas de Constantino (315 DC), de Carlos Magno e de Inocêncio III (1198 DC), que além do incentivo à prática da amamentação também promoviam a proteção às crianças órfãs e abandonadas (WEHBA, 1991).

Com o descobrimento das Américas chamava a atenção dos europeus que os povos nativos dessas regiões tinham por hábito amamentar as crianças por um período de 3 a 4 anos (WEHBA, 1991), uma vez que o aleitamento materno estava em declínio, principalmente na França e na Inglaterra (SHORT, 1997).

No século XVIII, a elite europeia não via mais a amamentação com admiração e utilizava as amas de leite mercenárias como um hábito rotineiro (BADINTER, 1985). Nesta época a mortalidade infantil aumentou muito, devido ao desmame precoce, chegando a Paris e Londres a 80% e 56%, respectivamente, mesmo com a amamentação feita pelas amas de leite e em Dublin alcançando 99,6% das crianças, onde não havia opção da ama de leite (SHORT, 1997). Até o final do século XIX, a amamentação ao peito era uma opção que determinava a vida e a morte (LO, 1996).

Apesar da superioridade do leite materno em relação ao leite artificial, o declínio da amamentação é fenômeno conhecido em todo o mundo, especialmente a partir do final do século XIX, com o advento da revolução industrial (PALMER, 1993), onde houve importante estímulo para o desenvolvimento dos alimentos artificiais para a alimentação infantil, devido a entrada em massa das mulheres no mercado de trabalho e a aplicação crescente de processos tecnológicos na manufatura de produtos alimentícios.

No Brasil não foi diferente, a prática do aleitamento natural vinha diminuindo consideravelmente, principalmente nas áreas urbanas e periféricas das grandes cidades, desde 1940, onde vários fatores foram responsáveis por esse declínio, recebendo destaque as modificações das estruturas sociais, surgimento das indústrias produtoras de leite em pó e a separação mãe-filho nas maternidades, principalmente quando os recém nascidos permaneciam no hospital por algum problema (CONTRERAS-LEMUS et. al., 1992).

A Pesquisa Interamericana de Mortalidade na Infância, realizada entre 1968 a 1970, em 15 localidades da América Latina (Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, El Salvador,

Jamaica e México), revelou que, das 35.095 mortes em menores de cinco anos, 34,1% tinham como causas subjacentes a deficiência nutricional. Neste estudo, o Brasil, especificamente o Recife, foi considerado a segunda área de maior prevalência do problema (46,2%), ficando atrás apenas do município de El Salvador (46,9%) na América Central. Assim, no caso de El Salvador, menos de 50% das crianças tinham sido amamentadas de forma exclusiva por apenas um mês de vida. No Recife, este percentual foi de apenas 26,8% (PUFFER; SERRANO, 1973).

As consequências desastrosas do desmame precoce, especialmente nos países em desenvolvimento, levaram a um movimento mundial de retorno à amamentação, que teve início em meados da década de 70, e um momento importante em 1981, quando a Assembleia Mundial de Saúde adotou o Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (ORLANDI, 1985).

Na mesma época, em 1981, o Brasil implantou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, utilizando estratégias como campanhas de comunicação de massa, mudanças nas práticas hospitalares e treinamento e supervisão das equipes de saúde (BRASIL, 1991), e por conseguinte a aprovação do sistema de alojamento conjunto em todo território nacional (BRASIL, 1993), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno", mobilizando os profissionais e funcionários de maternidades e hospitais com rotinas para prevenir o desmame precoce (LAMOUNIER, 1998), os Bancos de Leite Humano (BRASIL, 1987) e as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes, também com o objetivo de incentivar e apoiar o aleitamento materno, regulamentando todos os produtos utilizados na alimentação da criança (BRASIL, 1993).

Com as ações de incentivo ao aleitamento materno no Brasil, na década de 80, foram propostas várias estratégias visando o aumento da prevalência do aleitamento materno, verificando-se que houve incremento nesses índices (MONTRONE, 2000). No entanto, esse incremento não é uniforme, demonstrando que pesquisas sobre tendências locais do padrão de amamentação são fundamentais, pois avaliam os serviços e embasam mudanças e ajustes nas práticas de promoção e incentivo ao aleitamento materno (RÉA, 2003; MONTRONE, 2000; KUMMER et al. 1999).

O primeiro Banco de Leite Humano instalado no Brasil foi o do Instituto Fernandes Figueira, na cidade do Rio de Janeiro, que está em atividade desde 1943 (SEGRE, 1980), e em Pernambuco o primeiro foi o Banco de Leite Humano do Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), instituído em 1987 (CAMINHA, 2009).

Perfil epidemiológico no Brasil

Em 2001, a OMS estabeleceu indicadores que definem bem as categorias de aleitamento materno, como: aleitamento materno exclusivo (criança recebeu apenas leite materno, diretamente do seio ou ordenhado, sem fazer uso de outros alimentos, com exceção de gotas, medicamentos, xaropes ou suplementos minerais); aleitamento materno predominante (o único leite que a criança faz uso é o humano, mas pode fazer uso também de outros líquidos, como água, chá ou suco); aleitamento materno complementado (criança recebeu leite materno e outros alimentos) e aleitamento materno (criança recebeu leite materno – engloba todas as possibilidades anteriores) (WHO, 2008).

Os indicadores mais recentes sobre a frequência do aleitamento materno no Brasil são da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, em 2009, a qual descreve, respectivamente, maior prevalência de amamentação exclusiva aos quatro e seis meses no Norte (26,2% e 10,1%), seguido do Centro-oeste (25,5% e 9,3%), tendo menor prevalência no Nordeste (19,8% e 8,4%). Na cidade do Recife, PE, estas tendências seriam de 18,6% e 6,1%, respectivamente (BRASIL, 2009). Realizada em 2006, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) relata que mais de 95% das crianças haviam sido amamentadas alguma vez. Em crianças de quatro a seis meses, a frequência de aleitamento materno exclusivo foi 15,3%, enquanto o tipo predominante e complementar ocorreu, respectivamente, em 8,2% e 62,4% (BRASIL, 2006).

Observa-se que os estudos demonstram uma heterogeneidade na prática da amamentação nos diferentes locais, inclusive nas diversas regiões dentro do próprio país. Isso leva a crer que a realização de diagnósticos locais da situação da amamentação é de fundamental importância na elaboração de políticas de incentivo à amamentação (MASCARENHAS et. al., 2006).

No estado de Pernambuco, em 1991, a I Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (I PESN) detectou uma duração mediana da amamentação de 89 dias, não encontrando diferenças entre as áreas urbana e rural. Metade das crianças ainda mamavam aos três meses, e apenas um terço continuavam com esta prática até os seis meses de vida. Em relação ao aleitamento materno exclusivo, observou-se, já no primeiro mês de vida, que esta prática se aplicava apenas a 6,0% das crianças, caindo para 2,0% aos três meses (PERNAMBUCO, 1998).

Em 1996 houve um novo inquérito, com a II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (II PESN), registrando um incremento na duração da mediana da amamentação para 106,4

dias (PERNAMBUCO, 1998). Embora tendo melhorado a situação em relação a I PESN, apenas 1,9% das crianças amamentavam exclusivamente ao peito até o sexto mês de vida. Bittencourt *et al.* (2005), utilizando apenas crianças menores de 18 meses (602) da II PESN, encontrou que 10,75% utilizaram o aleitamento materno exclusivo até o quarto mês, prevalência que declinou para 3,87% aos seis meses.

De acordo com a pesquisa de Caminha (2009) que se baseou na “III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição de Pernambuco” (III PESN), realizada em 2006, o estado de Pernambuco apresentou progressos sensíveis registrados no comportamento temporal do aleitamento materno, com relação as I PESN e III PESN, de base populacional realizados em 15 anos, com a duração mediana do aleitamento total, mais do que duplicando, ao passar de 89 dias, em 1991, para alcançar 183 dias em 2006. No mesmo período, o aleitamento materno exclusivo, evoluiu de 1,9% aos seis meses em 1997 para 10,6% em 2006.

Amamentação e seus benefícios

Baptista *et al.* (2009) relatam que diversos estudos sobre amamentação realizados no Brasil e em outros países desde 1980, ofereceram importantes contribuições para um melhor conhecimento dos benefícios do aleitamento materno, principalmente do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), tanto para criança, quanto para a mulher. Os resultados desses trabalhos mostraram evidências científicas que contribuíram para as mudanças das políticas nacionais e internacionais. Atualmente, a Política Nacional de Aleitamento Materno objetiva promover, proteger e apoiar a prática de aleitamento materno exclusivo até os seis meses e de complementação até os dois anos de idade ou mais.

Com isso um dos principais focos da atenção integral a saúde da criança é o incentivo ao aleitamento materno (AM), em razão das inúmeras vantagens decorrentes da amamentação. Entre elas destaca-se o baixo risco de diarreia, doenças do trato respiratório e de morrer no primeiro ano de vida (BOCCOLINI *et al.* 2011; HAUCK *et al.* 2011; TOMA; REA, 2008)

Benefícios a longo prazo também são atribuídos ao leite humano, como a prevenção da obesidade, da hipertensão arterial, das doenças cardiovasculares e do diabetes tipo 2, entre outros (ANTUNES *et al.* 2008; HORTA *et al.* 2007)

De acordo com Torres *et al.* (2006) as crianças amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade possuem uma quantidade de hemoglobina superior às que possuem

introdução de alimentação complementar antes dessa idade, diminuindo assim as chances de desenvolver anemia.

Possui ainda propriedades imunológicas como os fatores de crescimento, as citocinas, as vitaminas, os neutrófilos e bífido-bactérias, que em conjunto fortalecem os mecanismos de defesa do hospedeiro contra agentes infecciosos. As crianças amamentadas têm menor exposição a antígenos, e ao mesmo tempo o leite materno promove a maturação da mucosa gastrointestinal, altera a microflora intestinal e tem funções imuno-moduladoras e anti-inflamatórias além de melhorar o desenvolvimento psicomotor da criança (DINIZ et al., 2011; M'RABET et al. 2008).

Em se tratando de mães de prematuros, o leite materno possui uma quantidade maior de vitaminas (A, D e E), cálcio, energia, proteínas, lipídios totais, ácidos graxos, nitrogênio e proteínas que atuam no sistema imunológico do que o leite de mães de bebês nascidos a termo. Desta forma os prematuros devem preferencialmente receber o leite humano (ALVES et al., 2007).

Neiva et al. (2003) ressaltaram que no momento da amamentação, o bebê suga o seio da mãe estabelecendo uma forma adequada de respiração nasal e de um correto posicionamento da língua, proporcionando uma estimulação da musculatura facial, que promove um melhor tônus muscular que irá facilitar uma postura correta para exercer uma mastigação adequada no futuro.

A icterícia precoce, por discreta imaturidade do fígado, pode ocorrer em neonatos, onde a alta concentração de leite e colostro ajuda a eliminar o mecônio pelas primeiras fezes estimulando o desaparecimento da cor (TOLLARA et al., 2005).

O termo "imprinting" metabólico descreve um fenômeno pelo qual uma experiência nutricional precoce, atuando durante um período crítico e específico do desenvolvimento, pode acarretar um efeito duradouro, persistente ao longo da vida do indivíduo, predispondo-o a determinadas doenças (WATERLAND; GARZA, 1999). Sendo o aleitamento materno uma das experiências nutricionais mais precoces do recém-nascido, a composição única do leite materno poderia estar envolvida no processo de "imprinting" metabólico, alterando o número e/ou tamanho dos adipócitos, ou induzindo o fenômeno de diferenciação metabólica (BALABAN et al., 2004).

Analisando a associação entre exposição ao aleitamento materno na infância e a obesidade na idade escolar em crianças de famílias brasileiras de alto nível socioeconômico, Siqueira & Monteiro (2007) verificaram risco de obesidade em crianças que nunca receberam aleitamento materno, sendo duas vezes superior ao risco das demais

crianças. Não foi observado efeito dose-resposta na associação entre duração do aleitamento e obesidade na idade escolar.

Estudo realizado em quatro distritos rurais de Ghana avaliou que a mortalidade por todas as causas poderia ser reduzida em 16,3% se todas as crianças iniciassem a amamentação no primeiro dia de vida, e em 22,3% se a amamentação ocorresse na primeira hora (EDMOND et al., 2006).

Aspectos epidemiológicos apontam os benefícios reflexos ao leite humano, de forma que suas vantagens vão além da esfera biológica e abrangem também a esfera psicólogoico-afetiva, benefício este proporcionado pelo fortalecimento do vínculo entre mãe e filho, conferindo também importantes benefícios para as mães e a sociedade como um todo (AZEVEDO et al. 2010).

Em se tratando aos benefícios maternos, uma revisão de 47 estudos realizados em 30 países envolvendo cerca de 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil controles sugere que o aleitamento materno pode ser responsável por 2/3 da redução estimada no câncer de mama. A amamentação foi tanto mais protetora quanto mais prolongada: o risco relativo de ter câncer decresceu 4,3% a cada 12 meses de duração da amamentação, independentemente da origem das mulheres (países desenvolvidos *versus* não desenvolvidos), idade, etnia, presença ou não de menopausa e número de filhos. Estimou-se que a incidência de cânceres de mama nos países desenvolvidos seria reduzida a mais da metade (de 6,3 para 2,7%) se as mulheres amantassem por mais tempo (MÖLLER et al., 2002).

Um estudo caso-controle realizado em hospital japonês envolvendo 155 mulheres com câncer do endométrio e 96 controles encontrou um maior risco deste câncer entre aquelas múltiparas que nunca haviam amamentado; os autores referem que o aumento verificado nos casos de câncer de endométrio pode estar relacionado à diminuição da prática de amamentar e da paridade de mulheres do Japão (OKAMURA et al. 2006).

Há evidências que a amamentação se relaciona à amenorreia pós-parto e ao consequente maior espaçamento intergestacional. Outros benefícios para a mulher são o retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente e o menor sangramento uterino pós-parto (consequentemente, menos anemia), devido à involução uterina mais rápida provocada pela maior liberação de ocitocina, que é estimulada pela sucção precoce do bebê (REA, 2004; BOCCOLINI, 2011). A relação entre duração da amamentação e diminuição do peso pós-parto foi demonstrada em estudo brasileiro com 405 mulheres, em que a cada mês a mais de amamentação houve uma média de redução de 0,44kg no peso da mãe (KAC et al., 2004).

Fatores associados ao desmame precoce

Da mesma forma que se investigam as prevalências de AM e AME, pesquisas buscam elucidar fatores que podem estar associados a manutenção do AM ou ao seu desmame. O que se encontra associado mais frequentemente tem sido o uso de chupeta, mamadeira, escolaridade da mãe, primiparidade, prematuridade, tipo de parto e baixo peso ao nascer (VENÂNCIO, 2008; BARROS et al. 2009).

De acordo com Sanches et al.(2011), quanto menor o peso ao nascer maior a gravidade e, provavelmente, igualmente maior a exposição aos obstáculos iniciais da amamentação.

Um estudo demonstrou que, quando se considerou apenas a primeira hora de vida, 22,4% das mães com parto normal iniciaram o AM, e só 5,8% das mães com parto cesariano o fizeram-no. O parto cesário atrasa a oferta de leite do peito ao contrário do parto normal que a possibilita (BOCCOLONI et al. 2008).

A falta de conhecimento influenciando na adesão das mulheres ao aleitamento materno está evidenciada em um estudo no qual a população participante referiu orientações prévias a respeito do aleitamento materno ainda no período pré-natal, sem contudo se mostrarem conscientes da importância do mesmo, mostrando um precário conhecimento, mesmo com as orientações fornecidas no serviço de pré-natal (SILVEIRA et al. 2008).

A complementação do leite materno com água ou líquidos não nutritivos é desnecessária nos primeiros seis meses de vida, mesmo em dias secos e quentes. A introdução precoce desses líquidos não nutritivos tem sido associada à menor duração do aleitamento materno, pois reduz o número de mamadas e diminui o volume de leite produzido (BRASIL, 2002).

De acordo com Borelli et al.(2007), a introdução da mamadeira e da chupeta também pode confundir o reflexo de sucção do recém-nascido e retardar o estabelecimento da lactação, pois os movimentos da língua e boca necessários para a sucção do peito são diferentes, além de diminuir a frequência da amamentação quando já estabelecida.

Embora reconhecida e comprovada importância da amamentação, existem crenças que são transmitidas de geração a geração, que interferem no bom desenvolvimento desse processo, levando muitas mulheres ao desmame precoce. Dentre eles, destacam-se o mito de que o leite é fraco, associação entre o tamanho da mama e a capacidade de produção de leite, e o uso de chás para o manejo das cólicas (BOTTARO, 2008)

As razões apontadas mais frequentemente estão relacionadas com as mudanças no estilo de vida da mulher atual e, possivelmente, à falta de um suporte cultural que havia nas sociedades tradicionais, nas quais as avós transmitiam às mães informações e um treinamento das mesmas em relação ao aleitamento (KITOKO et al., 2000).

Caminha et al. (2011), verificaram, no seu estudo, que as mulheres que amamentavam por um maior período de tempo consideraram a participação da mãe e do marido importantes no processo. Além disso, parece haver uma forte correlação entre a intenção da gestante em amamentar seu filho e a duração da amamentação.

O estresse e a carga de trabalho revelados na fala das mulheres, somados à angústia e à depressão, influenciam a baixa produção de leite, uma vez que culmina com a síntese de peptídeos supressores nas células alveolares da glândula mamária que impedem o processo de síntese, o que acaba colaborando com o desmame (ALMEIDA, 1999) .

As dificuldades de conciliar suas atividades fora do lar e a inadequação ou ausência de suporte nos ambientes domésticos e de trabalho, fez com que o governo brasileiro, por meio da Lei 11.265 de 2006, aumentasse de 120 para 180 dias a licença maternidade, objetivando uma maior interação de tempo entre mãe e filho (DEMÉTRIO, 2012). Porém muitas mães que utilizam o trabalho informal se veem obrigadas a retornar ao serviço por não terem carteira assinada com direito aos benefícios trabalhistas (OLIVEIRA, 2003).

Papel do profissional da área de saúde

No Brasil, o Ministério da Saúde coloca que o profissional de saúde tem papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno (AM) e que para exercer esse papel ele precisa, além do conhecimento e de habilidades relacionados a aspectos técnicos da lactação, ter um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros aspectos (BRASIL, 2009).

Durante a fase puerperal a mulher depara-se com situações adversas ao seu bem estar. Visto isso, requerem intervenção profissional, na perspectiva de evitar possíveis complicações do quadro vivenciado (SHIMIZU, 2009). É fundamental que o profissional permita que a mulher coloque suas vivências e experiências anteriores, uma vez que a decisão de amamentar está diretamente relacionada ao que ela já viveu (ARAÚJO et al. 2008).

Ações integradas, abrangendo o pré-natal, assistência ao parto e puerpério, com apoio contínuo, oferecem um efeito conjunto melhorando a qualidade da assistência à mulher que amamenta (HANNULA et al., 2008).

Sendo assim, o que deve ser explorado pelos profissionais de saúde, e mesmo pelas instituições e órgãos de apoio ao aleitamento materno, é o fato deste não ser apenas um ato instintivo e puramente biológico. Trata-se de um processo multidimensional, que incorpora várias facetas da realidade vivenciada para mãe-mulher, devendo ser abordado a partir de uma visão ampla, sob a égide do trinômio mãe-filho-família e do entorno social, histórico, cultural e econômico no qual o trinômio está inserido (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Diante da complexidade da prática da amamentação, faz-se necessária a atuação da equipe de saúde em diversas frentes, integrando todo o serviço e mobilizando todos os profissionais (BECKER, 2001). Nesse sentido, justifica-se o trabalho das Estratégia de Saúde da Família (ESF), já que é possível, por meio do vínculo família-profissional de saúde, realizar o acompanhamento e o aconselhamento das nutrizes, adequando suas ações à cultura, hábitos, crenças e posição socioeconômica, entre outros aspectos específicos das comunidades, bem como perceber as construções sociais das mães acerca do processo saúde-doença (PARADA et al. 2005).

CAPÍTULO 2

2.1 Metodologia

É um estudo de natureza descritiva de corte transversal. A pesquisa transversal pode ser de incidência e prevalência. É o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2002; BORDALO, 2006).

O cenário da investigação deu-se em Vitória de Santo Antão, Zona da Mata de Pernambuco, mais precisamente nas Unidade Básicas de Saúde (UBS). A cidade possui uma população de 129.974 mil habitantes distribuídos heterogeneamente entre as zonas urbana e rural, sendo maior aglomeração na zona urbana (IBGE, 2011).

Para o cálculo amostral foi utilizado o programa *Sample XS* adotando os seguintes parâmetros: população estimada de 1.911 crianças de 4 a 24 meses cadastradas nas UBS (SIAB/ DATASUS, 2012); Essa amostra, inicialmente, era de 6 a 24 meses, porém quando submetida à análise estatística observou-se que o percentual do AME em crianças com essa faixa etária não era significativo, portanto passou a adotar a faixa etária de 4 a 24 meses. O intervalo de confiança utilizado foi de 95%; erro máximo de quatro pontos percentuais, e uma prevalência de aleitamento materno exclusivo dos quatro aos seis meses de 15,3% (VENÂNCIO et al. 2010). Assim, o tamanho da amostra foi estimado em 268 crianças. Visando corrigir eventuais perdas, o tamanho da amostra foi corrigido em 10% totalizando 294 indivíduos.

A escolha da amostra se deu por conglomerado, quando a divisão de uma população é feita em grupos, considerando-se a UBS como unidade amostral, sendo todas as UBS do município consideradas elegíveis. Entre as 30 UBS existentes no município, 21 estavam localizadas na zona urbana e 9 na zona rural. O sorteio foi realizado de forma aleatória, porém proporcional em relação às unidades urbanas e rurais. Com base no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/ DATASUS, 2013) do município, a média de atendimentos de puericultura mensal por unidade era de 38 crianças. Sendo assim, foram sorteadas 9 UBS.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário contendo perguntas objetivas aplicado durante a entrevista, que foi realizada com mães ou cuidadores, em visita única, durante as consultas de puericultura, de crianças de 4 até 24 meses.

Foram abordadas variáveis demográficas (idade materna em anos e da criança em meses, sexo, estado civil da mãe, número de filhos), socioeconômicas (nível de escolaridade materna determinado em anos de estudo, renda familiar) e relacionadas a assistência materno-infantil (número de consultas de pré-natal, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde são 6, tipo de parto, complicações durante o parto e o pré-natal, orientação do profissional de Saúde sobre aleitamento materno exclusivo, experiência anterior com amamentação, intenção de amamentar, peso ao nascer, alojamento conjunto e início da amamentação, amamentação atual, consulta puerperal, duração do aleitamento materno exclusivo, patologias e uso de medicamentos impeditivos para realização do aleitamento materno exclusivo, uso de chupetas, apoio familiar).

Para este estudo foi utilizado como critério de inclusão crianças de 4 a 24 meses residentes no município da Vitória de Santo Antão e que eram atendidas no serviço de puericultura da rede pública municipal de saúde. Foram excluídas crianças de mães com alterações mentais que não compreendessem a aplicação do questionário e as que tivessem tido gestação múltipla.

Primeiramente foi realizado um estudo piloto em uma das UBS selecionada através de um sorteio aleatório, com a finalidade de avaliar o questionário de coleta de dados. Após a realização do estudo piloto, as questões foram reavaliadas e ajustadas, para melhor adequação as necessidades do estudo.

A construção do banco de dados foi realizada no programa Excel e a análise estatística no programa SPSS versão 21.0.

Na descrição das proporções, a distribuição binomial foi aproximada à distribuição normal pelo intervalo de confiança de 95%. A comparação entre as proporções foi realizada através do teste de Qui-quadrado.

Na etapa de análise multivariável, recorreu-se à regressão logística binária, adotando-se a ocorrência do aleitamento materno exclusivo como desfecho. Na análise ajustada foi estabelecido um modelo hierarquizado para a entrada das variáveis, neste modelo, o qual o nível mais distal estavam as variáveis sóciodemográficas e econômicas e no mais proximal as relacionadas a assistência materno-infantil. Houve um ajuste inicialmente para as variáveis do primeiro nível e posteriormente ajustadas para as do segundo nível. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ no teste do qui-quadrado foram selecionadas para a análise de regressão multivariada. Para todos os procedimentos adotou-se o nível de significância de $p < 0,05$.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em 22/08/2012 (Prot.

n°02481512.0.0000.5208). Ressaltando que as mães ou cuidadores que concordaram em participar receberam todas as informações sobre o estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

CAPÍTULO 3

Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças usuárias da Atenção Primária em Saúde no município de Vitória de Santo Antão/ PE

Prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding in children using the Primary Health Care in Vitória de Santo Antão / PE

Felicidade Ferreira Amorim Casanova (Mestranda do programa de Saúde Humana e Meio Ambiente)

Rafael Miranda Tassitano (Doutor em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco; Professora-Adjunta do Departamento de Educação Física da UFRPE, Recife, PE, Brasil)

Marina de Moraes Vasconcelos Petribú (Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco; Professora-Adjunta do Departamento de Nutrição da UFPE/CAV, Recife, PE, Brasil)

Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos (Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco; Professora-titular do Departamento de Educação Física e Ciências do Esporte da UFPE/CAV, Recife, PE, Brasil)

Artigo será submetido a Revista Paulista de Pediatria

Endereço para correspondência:

Felicidade Ferreira Amorim Casanova

Avenida Forte do Arraial Novo do Bom Jesus, 657, sala-02 – Cordeiro, Recife/PE

CEP: 50721-110

Fone: (81)8901-5955/ (81) 8806-7251

E-mail: ffac13@hotmail.com

Instituição de ensino na qual o trabalho foi realizado: Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória, UFPE/CAV

Declaração de conflito de interesse: Nada a declarar

Fonte financiadora do projeto: Os autores

Número total de palavras: no texto (2.929)

Resumo (250)

Abstract (245)

Gráfico (01)

Tabelas (05)

Referencias (19)

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de vida no município da Vitória de Santo Antão. **Métodos:** Pesquisa de natureza descritiva de corte transversal, realizada em 2013 com 297 crianças entre 4 e 24 meses, acompanhadas no atendimento de puericultura das Unidades Básicas de Saúde. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário, contendo perguntas relativas às variáveis demográficas, socioeconômicas e de assistência materno-infantil. Para avaliação dos fatores associados a prevalência do aleitamento materno exclusivo, realizou-se o teste qui-quadrado para a comparação entre as proporções, na etapa de análise multivariável, recorreu-se à regressão logística binária. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ no teste do qui-quadrado foram selecionadas para a análise de regressão multivariada. Para todos os procedimentos adotou-se o nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** A prevalência do aleitamento materno exclusivo na amostra estudada foi de 16,5%. As crianças cujas mães realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal, tinham dois filhos ou mais, acima de 9 anos de estudo, referiram ter experiência anterior com a amamentação, realizaram consulta puerperal e aquelas que não utilizaram bico artificial apresentaram maior propensão para amamentar exclusivamente. **Conclusões:** Para uma prática eficiente das ações de incentivo ao aleitamento materno exclusivo, é importante conhecer o perfil epidemiológico da população a qual se quer atuar, com intuito de promover uma assistência igualitária considerando as diferenças e riscos a que estão expostos uma população ou um indivíduo.

Palavras-chaves: Aleitamento materno, serviços de saúde, fatores de risco.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding up to four months of life in the city of Vitoria de Santo Antão. **Methods:** Search descriptive cross-sectional , conducted in 2013 with 297 children between 4 and 24 months , followed in the care of Child Care Basic Health Units was used as an instrument of data collection, a questionnaire containing questions related to the variables demographic , socioeconomic, and maternal and child care. To evaluate the factors associated with the prevalence of exclusive breastfeeding, we performed chi- square test to compare proportions, in the multivariate analysis stage; we resorted to the binary logistic regression. The variables with p value <0.20 in the chi - square test were selected for multivariate regression analysis. For all procedures adopted the significance level of $p < 0.05$. **Results:** The prevalence of exclusive breastfeeding in the study sample was 16.5 %. Children whose mothers had 6 or more pre – natal, had two or more children, up 9 year study, reported having previous experience with breastfeeding, postpartum consultation held and those who did not use an artificial nipple were more likely to breastfeed exclusively. **Conclusions:** For efficient practice of actions to encourage exclusive breastfeeding, it is important to understand the epidemiological profile of the population which is either acting with intent to promote an egalitarian assistance considering the differences and risks they are exposed to a population or an individual.

Keywords: Breastfeeding, health services , risk factors.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover as saúdes física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. A recomendação do Ministério da Saúde do Brasil é da mãe amamentar por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida⁽¹⁾.

O leite materno, além de reduzir a morbidade, apresenta uma série de benefícios em decorrência das suas propriedades imunológicas como os fatores de crescimento, os fatores estimuladores de colônias, as citosinas, as vitaminas, os neutrófilos e bífido-bactérias, que em conjunto fortalecem os mecanismos de defesa do hospedeiro contra agentes infecciosos. As crianças amamentadas têm menor exposição a antígenos, e ao mesmo tempo o leite materno promove a maturação da mucosa gastrointestinal, altera a microflora intestinal e tem funções de imunomoduladoras e antiinflamatórias além de melhorar o desenvolvimento psicomotor da criança^(2,3).

Em vista dos benefícios do aleitamento materno exclusivo (AME), a partir de 1991 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) têm se empenhado em intensificar as ações para aumentar a prevalência e a duração do AME, com vistas à redução de morbidade infantil⁽⁴⁾.

Pesquisas que envolvem o perfil alimentar de crianças tem evidenciado alguns fatores de risco no que se refere a prática da amamentação. O padrão do aleitamento materno pode ser influenciado pela faixa etária materna, nível educacional, estado psicológico diante da ação de amamentar, contexto social, tipo de emprego, estado civil, renda, tipo e quantidade de partos, apoio familiar, estado nutricional. Torna-se necessário dizer que a realização e a qualidade do atendimento pré-natal e orientações sobre aleitamento materno, além do acolhimento pós-natal, podem aumentar o tempo da amamentação total e exclusiva^(5,6).

Esta problemática tornou-se uma questão de saúde pública, devido a interferir principalmente nos países em desenvolvimento no aumento do índice de mortalidade infantil. Portanto é necessária a identificação regional destes fatores para que se trace um perfil que venha contribuir na elaboração de estratégias para superação dos fatores impeditivos do aleitamento materno exclusivo no local de estudo. Desse modo, o presente estudo tem por finalidade conhecer a prevalência do aleitamento materno exclusivo de crianças usuárias da Atenção Primária em Saúde no município de Vitória de Santo Antão, identificando variáveis demográficas, socioeconômicas e relacionadas à assistência materno-infantil associadas com a prática do aleitamento materno exclusivo.

MÉTODO

Desenho e Local do Estudo:

É um estudo de natureza descritiva de corte transversal, desenvolvido nas Unidade Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória de Santo Antão.

Casuística

Para o cálculo amostral foi utilizado o programa *Sample XS* adotando os seguintes parâmetros: população estimada de 1.911 crianças de 4 a 24 meses cadastradas nas UBS (SIAB/ DATASUS, 2013); intervalo de confiança de 95%; erro máximo de quatro pontos percentuais, e uma prevalência de aleitamento materno exclusivo dos quatro aos seis meses de 15,3%.⁽⁹⁾ Assim, o tamanho da amostra foi estimado em 268 crianças. Visando corrigir eventuais perdas, o tamanho da amostra foi corrigido em 10% totalizando 294 indivíduos.

A escolha da amostra se deu por conglomerado, considerando-se a UBS como unidade amostral, sendo todas as UBS do município consideradas elegíveis. Entre as 30 UBS existentes no município, 21 estavam localizadas na zona urbana e 9 na zona rural. O sorteio foi realizado de forma aleatória, porém proporcional em relação as unidades urbanas e rurais. Com base no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB/ DATASUS, 2012) do município, a média de atendimentos de puericultura mensal por unidade era de 38 crianças. Sendo assim, foram sorteadas 9 UBS.

Para este estudo foi utilizado como critério de inclusão crianças de 4 a 24 meses residentes no município de Vitória de Santo Antão e que eram atendidas no serviço de puericultura da rede pública municipal de saúde. Foram excluídas crianças de mães com alterações mentais que não compreendessem a aplicação do questionário e as que tivessem tido gestação múltipla.

Coleta de dados

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário contendo perguntas objetivas aplicado durante a entrevista, que foi realizada com mães ou cuidadores, em visita única, durante as consultas de puericultura, de crianças de 4 até 24 meses.

Primeiramente foi realizado um estudo piloto em uma das UBS selecionada através de um sorteio aleatório, com a finalidade de avaliar o questionário de coleta de dados.

Variáveis do Estudo

Foram abordadas variáveis demográficas (idade materna em anos e da criança em meses, sexo, estado civil da mãe, número de filhos), socioeconômicas (nível de escolaridade materna determinado em anos de estudo, renda familiar) e relacionadas a assistência materno-infantil (número de consultas de pré-natal, tipo de parto, complicações durante o parto e o pré-natal, orientação do profissional de Saúde sobre aleitamento materno exclusivo, experiência anterior com amamentação, intenção de amamentar, peso ao nascer, alojamento conjunto e início da amamentação, amamentação atual, consulta puerperal, duração do aleitamento materno exclusivo, patologias e uso de medicamentos impeditivos para realização do aleitamento materno exclusivo, uso de chupetas, apoio familiar).

Processamento e Análise dos Dados

A construção do banco de dados foi realizada no programa Excel e a análise estatística no programa SPSS versão 21.0.

Na descrição das proporções, a distribuição binomial foi aproximada à distribuição normal pelo intervalo de confiança de 95%. A comparação entre as proporções foi realizada através do teste de Qui-quadrado.

Na etapa de análise multivariável, recorreu-se à regressão logística binária, adotando-se a ocorrência do aleitamento materno exclusivo como desfecho. Na análise ajustada foi estabelecido um modelo hierarquizado, para a entrada das variáveis neste modelo, o qual no nível mais distal estavam as variáveis sóciodemográficas e econômicas e no mais proximal as relacionadas a assistência materno-infantil. Houve um ajuste inicialmente para as variáveis do primeiro nível e posteriormente ajustadas para as do segundo nível. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ no teste do qui-quadrado foram selecionadas para a análise de regressão multivariada. Para todos os procedimentos adotou-se o nível de significância de $p < 0,05$.

Considerações Éticas

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em 22/08/2012 (Prot. nº02481512.0.0000.5208). Ressaltando que as mães ou cuidadores que concordaram em participar receberam todas as informações sobre o estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 297 mães de crianças entre 4 e 24 meses. O perfil demográfico e socioeconômico dessas crianças é apresentado na Tabela 1. A maioria das mães entrevistadas residia na área urbana; referiram ter dois filhos ou mais, eram casadas ou tinham união estável e tinham mais de 9 anos de estudo. Pouco mais da metade da amostra foi composta por crianças do sexo feminino. A renda familiar mensal da maioria foi de dois salários mínimos, e o menor percentual tinham renda acima de três salários mínimos. Observou-se em relação a faixa etária das mães uma média de 24 anos e das crianças uma média de 11 meses (P25=7 e P75=16).

Quanto as informações relacionadas a assistência materno-infantil (Tabela 2), todas as mulheres entrevistadas realizaram o pré-natal durante a última gestação, realizaram acima de seis consultas e receberam orientação em relação a amamentação. Do total da amostra, mais da metade das mulheres não tinham experiência anterior em amamentar e a maioria tinha intenção de amamentar durante a última gestação. Em relação ao tipo de parto, menos da metade referiram ter sido por via vaginal. A maioria das mães relatou ter ficado em alojamento conjunto, iniciado a amamentação em menos de uma hora após o parto, onde receberam auxílio de um profissional de saúde para amamentar. Um maior percentual das mães entrevistadas não apresentaram intercorrências que impossibilitassem a amamentação e receberam apoio familiar, apesar de um percentual pequeno, porém considerável, ter se mostrado ansiosas ou estressadas e tiver feito uso de medicamentos prescritos pelo médico durante a amamentação. Vale salientar que a maioria das crianças nasceu com peso normal e um pequeno percentual das mesmas apresentou doença ao nascer. Durante a entrevista, quase metade das crianças mamavam e a maioria fazia uso de bicos artificiais. A causa do desmame foi atribuída principalmente a problemas relacionados à mãe. A realização de consulta puerperal ocorreu com a maioria das mulheres onde receberam orientação sobre aleitamento materno. De acordo com o gráfico 1, a prevalência do aleitamento materno exclusivo até o 4º mês de vida na minoria da amostra.

Em relação à associação entre o aleitamento materno exclusivo (AME) e as variáveis demográficas e socioeconômicas (Tabela 3), observou-se que há uma tendência maior do AME em crianças residentes na zona urbana. As mães que tinham dois ou mais filhos e maior nível de escolaridade (mais de 9 anos de estudo) apresentaram uma maior prevalência de aleitamento materno exclusivo.

A tabela 4 demonstra a associação entre o aleitamento materno exclusivo e as variáveis relacionadas à assistência materno-infantil. Observa-se que as crianças cujas mães realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal, referiram ter experiência anterior com a amamentação, realizaram consulta puerperal e aquelas que não utilizaram bico artificial (chupeta ou mamadeira) tiveram uma maior prevalência de aleitamento materno exclusivo, quando comparadas aquelas cujas mães

realizaram até 5 consultas de pré-natal, não tinham experiência anterior com amamentação, não realizaram consulta puerperal e as que fizeram uso de bico artificial. As demais variáveis não apresentaram associação significativa com o aleitamento materno exclusivo.

Na Tabela 5 são apresentados os resultados da análise de regressão logística binária para todas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,2$ no teste de qui-quadrado. Observa-se que um maior número de filhos (dois filhos ou mais), favoreceu a chance do AME.

O maior nível de escolaridade da mãe, maior o número de consultas de pré-natal e a não utilização de bico artificial pelas crianças também foram fatores de proteção. Já as mães que relataram não ter experiência anterior com amamentação e as que não realizaram consulta puerperal tiveram um aumento na chance de não amamentar exclusivamente.

DISCUSSÃO

Embora os inúmeros benefícios do AME elencados na literatura, e o fato de que no Brasil 97% dos lactentes iniciam o aleitamento materno nas primeiras horas de vida do bebê, o desmame ocorre ainda precocemente.⁽⁷⁾

No presente estudo, a prevalência do AME, se mostrou abaixo da encontrado por Bernardi et al.⁽⁴⁾, na cidade de Porto Alegre (RS), onde apesar 53% das mães tenham iniciado o AM 1 hora após o parto, a maioria das crianças não recebeu AME até os 4 e 6 meses, representando 20,8% e 2,7%, respectivamente; e a média da duração do AME foi de 2,1 meses. Outro estudo, realizado no estado de São Paulo, com 275 crianças do município de Serrana, observou-se que as prevalências do AME na região foi de 29,8%. A idade das crianças que continuavam com o AME teve uma média de 60,6 dias⁽⁸⁾.

Venâncio et al.⁽⁹⁾ em sua pesquisa para levantamento de dados sobre a prevalência do AME em menores de 6 meses de idade nas regiões do Brasil, observou que na soma das capitais mais DF esses resultados não atingiram a metade do total das crianças investigadas (41%). Individualmente, as regiões também obtiveram resultados inferiores a 50% de crianças mantendo o AME até os 6 meses recomendados, sendo a Região Norte com a maior prevalência (45,9%) e a região nordeste com a menor (37%). As demais áreas apresentaram: 45% no Centro-Oeste, 43,9% no Sul e 39,4% no Sudeste. Tais resultados demonstram que apesar das iniciativas e intervenções das políticas públicas de saúde, o AME ainda está aquém da meta preconizada pela OMS, ou seja, que 100% das crianças sejam alimentadas exclusivamente com leite materno até o 6º mês de vida e continuem recebendo aleitamento materno até os 2 anos de idade.⁽¹⁰⁾

Em se tratando da escolaridade materna, o estudo demonstra que as mães com escolaridade acima de 9 anos de estudo apresentaram um fator de proteção para o AME. De acordo com Salustiano

et al.⁽¹¹⁾, essa tendência, provavelmente, é devida à maior valorização dos benefícios da prática do aleitamento materno nas classes mais favorecidas econômica e culturalmente. Há controvérsias, se considerarmos que as mulheres mais instruídas trabalham e ocupam cargos cada vez de maior responsabilidade, o que implicaria em menos tempo disponível para permanecerem com os filhos e claro, para amamentá-los.

Com relação a paridade foi observado uma maior prevalência do AME em múltiparas. Justificando o resultado obtido, Venâncio et al.⁽⁹⁾ observou que mães primíparas estiveram associadas a um risco 41% maior de interromper o AME no primeiro mês quando comparadas às mães múltiparas. O resultado encontrado corrobora ainda outro estudo que aponta bebês de mães múltiparas tinham quatro vezes mais chances de serem amamentados exclusivamente que os de mães de primeiro filho⁽¹²⁾. O presente estudo também constatou que ter experiência anterior com amamentação representou um fator de proteção para o AME. Porém, segundo Vieira et al.⁽¹³⁾ o fato de a nutriz possuir experiência previa com amamentação não garante que os outros filhos serão amamentados, por se tratar de uma nova situação vivenciada pela nutriz. A amamentação pode ser vivida pela mulher com grandes variações nos sentimentos e atitudes, e mesmo as mulheres que sentem desejo de amamentar os seus filhos passam por períodos de insegurança perante as exigências da nova experiência⁽¹⁴⁾.

Todas as mães entrevistadas realizaram consultas de pré-natal sendo que a maior prevalência do AME ocorreu nas que realizaram acima de seis consultas. Sanches et al.⁽¹⁵⁾ em sua pesquisa constatou que as mulheres que realizaram menos de seis consultas no pré-natal, relativamente àquelas com número adequado, tinham maior probabilidade de interromperem o AME até o terceiro mês.

Quando questionadas sobre o uso de bico artificial, a maioria das mães referiu uso de chupeta ou mamadeira para os seus filhos. Na presente pesquisa o uso de bico artificial apresentou-se como fator de risco para a permanência do AME. Em pesquisa de coorte envolvendo mães e bebês do município de Feira de Santana, BA, na qual foi demonstrado, por meio de análise multivariada, que o uso da chupeta associou-se a um risco 53% maior de interromper o AME no primeiro mês de lactação⁽¹⁴⁾. De acordo com Borelli et al.⁽¹⁶⁾, a introdução da mamadeira e da chupeta também pode confundir o reflexo de sucção do recém-nascido e retardar o estabelecimento da lactação, pois os movimentos da língua e boca necessários para a sucção do peito são diferentes, além de diminuir a frequência da amamentação quando já estabelecida.

Quanto à consulta puerperal, a não realização da mesma apresentou-se como fator de risco para o AME. O recém-nascido tem por característica a completa dependência do adulto para sobreviver e diante de suas peculiaridades necessita de cuidados especiais. Visto isso, principalmente durante as primeiras semanas de vida, após a alta hospitalar, se faz necessário que a puérpera tenha a assistência de um profissional habilitado, visando diminuir as dificuldades surgidas ao iniciar o seu

papel de mãe, destacando a necessidade de aleitamento materno exclusivo ⁽¹⁷⁾. Acrescenta-se, ainda, que a mulher durante o pré-natal, quando recebe informações e orientações pertinentes à gestação, parto e puerpério, enfrentará este ciclo com maior segurança, harmonia e prazer. A falta de informação tende a gerar preocupações desnecessárias e expectativas frustradas ⁽¹⁸⁾.

Com relação ao alojamento conjunto, foi verificada uma tendência para proteção. Pesquisa demonstra que o alojamento conjunto durante todo o período de internação apresentou-se como a mais importante variável na determinação da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses, exercendo tal influência potencialmente por meio da interação precoce entre mãe-filho e a facilitação do estabelecimento da amamentação desencadeando na sensação de autoconfiança materna para com a amamentação ⁽¹⁹⁾.

As demais variáveis não apresentaram associação com o aleitamento materno exclusivo. É importante ressaltar que há algumas limitações na presente pesquisa. Tratando-se de um estudo transversal, sujeito a viés de memória, pois foram obtidos dados sobre as ações desenvolvidas nas unidades básicas mediante perguntas realizadas nas entrevistas às mães. Mães que apresentaram maior dificuldade no procedimento da amamentação podem ter se lembrado de mais das orientações recebidas, contribuindo assim para diminuir a força da associação dessas ações com o AME. Além disso, mães com dificuldades podem ter recebido maior número de orientações e, mesmo assim, não estar em AME.

CONCLUSÃO

Este estudo mostra que, a prevalência do AME no município ainda se mantém inferior aos valores preconizados pela OMS. No entanto as principais variáveis que interferem negativamente na duração do AME, são passíveis de intervenção.

Os resultados expressos pelo presente estudo indicam que os fatores que favorecem a amamentação por mais tempo são o fato de a mãe ter tido dois filhos ou mais, escolaridade acima de nove anos de estudo, mais que seis consultas de pré-natal, experiência anterior com amamentação, realização de consulta puerperal e não ter fornecido bicos artificiais ao bebê. A caracterização do perfil do aleitamento no município da Vitória de Santo Antão e os fatores associados à sua duração expressam a principal contribuição do estudo, pois evidenciam a necessidade de repensar estratégias, reavaliar programas, implantar ações mais efetivas para conscientização da população, valorizar a função materna no procedimento e reestruturar as políticas de saúde direcionadas ao aleitamento.

Para uma prática eficiente das ações de incentivo ao AME, é importante conhecer o perfil epidemiológico da população a qual se pretende atuar, conhecendo as dificuldades associadas a esta prática, para que se possa direcionar e avaliar as ações de incentivo, com intuito de promover uma

assistência igualitária considerando as diferenças e riscos a que estão expostos uma população ou um indivíduo.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília; 2009. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- 2 Diniz, MB, Coldebella CR, Zuanon ACC, Cordeiro RCL. Alterações orais em crianças prematuras e de baixo peso ao nascer: a importância da relação entre pediatras e odontopediatras. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, 2011; v.29, n.3, p. 440-453.
- 3 M'Rabet L, Vos AP, Boehm G, Garssen J. Breast-feeding and its role in early development of the immune system in infants: consequences for health later in life. *J Nutr*. 2008 Sep;138(9):1782S–1790S.
- 4 Bernardi JR, Gama CM, Vitolo MR. Impacto de um programa de atualização em alimentação infantil em unidades de saúde na prática do aleitamento materno e na ocorrência de morbidade. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jun 2011; v. 27, n. 6, p. 1213-1222.
- 5 Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Santana Netto PV. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2004; 4: 143-50.
- 6 Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the longitudinal study of child development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). *Canadian Journal of Public Health*. 2003; 94: 300-305.
- 7 Brasil - Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), 2006. Capítulo 9. Amamentação e Alimentação. Brasília: MS, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf
- 8 Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, 2012, v. 46, n. 3, p. 537-543.

- 9 Venâncio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e distrito federal: situação atual e avanços. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, jul.-ago. 2010, v. 86, n. 4.
- 10 WHO. Diarrhoea Diseases Control Programme. CDD Update nº 9, Aug. 1991. WHO, Geneva.
- 11 Salustiano LPDQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RDMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, Jan. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000100006 &lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000100006&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000100006>.
- 12 Souza SN, Deggau H, et al . Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 25, n. 1, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100006>.
- 13 Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr*. 2010;86(5):441-4.
- 14 Levy L, Bértolo H. - Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF, 2008, p.9.
- 15 Sanches MTC, Buccini GDS, Gimeno SGA, Rosa TEDC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 27, n. 5, May 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500013 &lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500013&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500013>.
- 16 Borelli MB, Palma D, Bataglin T, Taddei JA. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. *Rev Nutr*. 2007, 20:55-62.
- 17 Angelo BHB, Brito RS. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência?. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 2013; v. 13, n. 5.

18 Catafesta F, Zagonel IPS, Martins M, Venturini KK. A amamentação na transição puerperal. Esc Anna Nery. 2009; 13(3):609-16

19 Faria CP. Determinantes do aleitamento materno: da intenção à primeira hora de vida. [Determinants of breastfeeding: from the intention into the first hour]. Rio de Janeiro: s.n, 2013. 169 p.

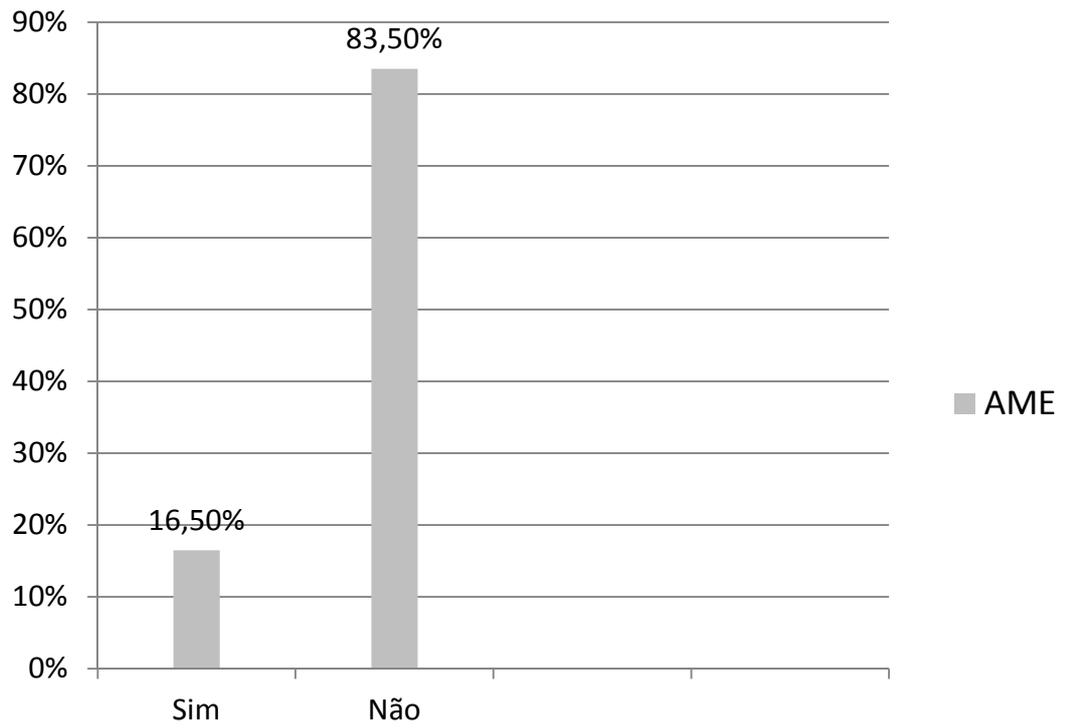


Gráfico 1: Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo em menores de 4 meses no município de Vitória de Santo Antão no ano de 2013.

Tabela 1 - Perfil demográfico e socioeconômico de crianças de 4 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória de Santo Antão, 2013.

Variáveis		n°	%
Localização das UBS	Urbana	244	82,2
	Rural	53	17,8
Sexo da Criança	Masculino	144	48,5
	Feminino	153	51,5
Número de Filhos	1 filho	147	49,5
	2 filhos ou mais	150	50,5
Estado Civil da Mãe	Solteira ou Divorciada	87	29,3
	Casada ou União estável	210	70,7
Escolaridade da Mãe	Até 9 anos de estudo	122	41,1
	Acima de 9 anos de estudo	175	58,9
Renda	Até 1 salário mínimo	74	24,9
	2 salários mínimos	198	66,7
	3 ou mais salários mínimos	25	8,4

Tabela 2 - Perfil relacionado à assistência materno-infantil de crianças de 4 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória de Santo Antão, 2013.

Variáveis		n	%
Número de Consultas Pré – Natal	Até 5 consultas	39	13,1
	6 consultas ou mais	258	86,9
Orientação em relação à amamentação	Sim	273	91,9
	Não	24	8,1
Experiência anterior em amamentar	Sim	140	47,1
	Não	157	52,9
Intenção de amamentar	Sim	278	93,6
	Não	18	6,1
Tipo de Parto	Normal	110	37,0
	Cesárea	187	63,0
Tempo de início da amamentação após o parto	Até 1 hora	162	54,5
	2 a 4 horas	124	41,8
	Acima de 5 horas	11	3,7
Alojamento Conjunto	Sim	252	84,8
	Não	45	15,2
Auxílio profissional para amamentar quando no hospital	Sim	229	78,4
	Não	63	21,6
Intercorrências que impossibilitassem de amamentar	Sim	38	13,0
	Não	255	87,0

Estresse durante amamentação	Sim	97	33,6
	Não	200	66,4
Apoio familiar	Sim	270	90,7
	Não	27	9,3
Uso de medicação durante a amamentação	Sim	81	28,1
	Não	216	71,9
Peso do Recém Nascido	< 2.500g	21	7,1
	2.500g a 4.000g	245	82,8
	> 4.000g	30	10,1
Doença ao nascer	Sim	17	5,7
	Não	280	94,3
A criança mama	Sim	140	47,1
	Não	157	52,9
Fez uso de bico artificial	Sim	227	76,4
	Não	70	23,6
Causa do desmame	Problemas relacionados à criança	56	38,4
	Problemas relacionados mãe	90	61,6
Consulta puerperal	Sim	231	77,8
	Não	66	22,2
Orientação sobre aleitamento materno durante a consulta puerperal	Sim	209	90,9
	Não	21	9,1

Tabela 3 – Associação entre o aleitamento materno exclusivo e as variáveis demográficas e socioeconômicas em crianças de 4 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória de Santo Antão, 2013.

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo				p*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
UBS					
Urbana	45	18,4	199	81,6	0,05
Rural	04	7,5	49	92,5	
Sexo da Criança					
Masculino	26	18,1	118	81,9	0,48
Feminino	23	15,0	130	85,0	
Numero de Filhos					
Primípara	17	11,6	130	88,4	0,02
Multípara	32	21,3	118	78,7	
Estado Civil da mãe					
Solteira ou divorciada	17	19,5	70	80,5	0,36
Casada ou união estável	32	15,2	178	84,8	
Escolaridade da mãe					
Até 9 anos de estudo	13	10,7	109	89,3	0,02
Acima de 9 anos de estudo	36	20,6	139	79,4	
Renda Familiar					
1 salário mínimo	10	12,5	70	87,5	
2 salários mínimo	38	19,2	160	80,8	0,40
3 ou mais salários mínimos	01	14,3	06	85,7	

*teste de Qui-Quadrado

Tabela 4 – Associação entre o aleitamento materno exclusivo e as variáveis relacionadas à assistência materno infantil em crianças de 4 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória de Santo Antão, 2013.

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo						p*
	Sim		Não		%	%	
	n	%	n	%			
Número de Consulta Pré- Natal							
Até 5 consultas	02	5,1	37	94,9		0,04	
6 ou mais consultas	47	18,2	211	81,8			
Orientação sobre aleitamento materno							
Sim	47	17,2	226	82,8		0,26	
Não	02	8,3	22	91,7			
Experiência anterior com amamentação							
Sim	32	22,9	108	77,1		0,00	
Não	17	10,8	140	89,2			
Pensava em amamentar							
Sim	46	16,5	232	83,5		0,90	
Não	03	16,7	15	83,3			
Tipo de Parto							
Normal	18	16,4	92	83,6		0,96	
Cesárea	31	16,6	156	83,4			
Tempo para início da amamentação							
Até 1 hora	30	18,5	132	81,5			
De 2 a 4 horas	18	14,5	106	85,5		0,52	
Acima de 5 horas	01	9,1	10	90,9			
Alojamento conjunto							
Sim	38	15,1	214	84,9		0,11	
Não	11	24,4	34	75,6			
Auxílio profissional no hospital							
Sim	41	17,9	188	82,1		0,32	
Não	08	12,7	55	87,3			
Impossibilidade de amamentar							
Sim	04	10,5	34	89,5		0,27	
Não	45	17,6	210	82,4			

Estresse e ansiedade durante a amamentação						
Sim	19	19,6	78	80,4	0,39	
Não	30	15,6	162	84,4		
Apoio familiar para amamentar						
Sim	45	17,2	217	82,8	0,75	
Não	04	14,8	23	85,2		
Uso de medicamento durante a amamentação						
Sim	15	18,5	66	81,5	0,67	
Não	34	16,4	173	83,6		
Peso ao Nascer						
< 2.500g	03	14,3	18	85,7		
2.500g a 4.000g	43	17,6	202	82,4	0,55	
>4.000g	03	10,0	27	90,0		
Doença ao nascer						
Sim	01	5,9	16	94,1	0,22	
Não	48	17,1	232	82,9		
Uso de bico ou mamadeira						
Sim	26	11,5	201	88,5	0,00	
Não	23	32,9	47	67,1		
Causa do desmame precoce						
Problemas relacionados à criança	07	12,5	49	87,5	0,22	
Problemas relacionados à mãe	06	6,7	84	93,3		
Realizou consulta Puerperal						
Sim	46	19,9	185	80,1	0,00	
Não	03	4,5	63	95,5		
Durante a consulta Puerperal o profissional orientou sobre o aleitamento						
Sim	44	21,1	165	78,9	0,20	
Não	02	9,5	19	90,5		

*teste de Qui-Quadrado

Tabela 5 – Regressão logística bruta e ajustada entre o aleitamento materno exclusivo e as variáveis independentes de 4 a 24 meses atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória de Santo Antão, 2013.

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo					
	RP Bruto	Ic95%	P	RP Ajustado	Ic95%	P
UBS						
Urbana	1,0	0,95 – 8,07	0,06	1,00	0,77 – 5,67	0,16
Rural	2,77			1,87		
Numero de Filhos						
Primípara	1,0	0,25 – 0,91	0,02	1,00	0,31 – 0,98	0,04
Multípara	0,48			0,50		
Escolaridade da mãe (anos de estudo)						
Até 9	1,0	0,23 – 0,91	0,02	1,0	0,24 – 0,03	0,03
Acima de 9	0,46			0,47		
Numero de consultas de Pré-Natal						
Até 5	1,0	0,05 – 1,04	0,05	1,00	0,04 – 0,97	0,04
6 ou mais	0,24			0,18		
Experiência anterior com amamentação						
Sim	1,0	1,29 – 4,62	0,00	1,00	1,45 – 3,13	0,00
Não	2,44			2,33		
Alojamento Conjunto						
Sim	1,00	0,26 – 1,18	0,12	1,00	0,26 – 1,17	0,09
Não	0,55			0,51		
Usou bico artificial (chupeta, mamadeira)						
Sim	1,00	0,14 – 0,50	0,00	1,00	0,15 – 0,49	0,00
Não	0,26			0,31		
Realizou consulta puerperal						
Sim	1,00	1,57 –	0,00	1,00	1,88 – 6,00	0,00
Não	5,22	17,38		2,17		

Agradecimentos

A todos que, contribuíram para a realização deste trabalho de forma direta ou indireta. Meu muito obrigado!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a forte política não só nacional mais internacional de apoio a amamentação, respaldada cientificamente evidenciando a redução da morbimortalidade infantil, o AME até os seis primeiros meses de vida ainda é uma prática deficiente, entretanto tem se observado através da composição do leite materno, dos benefícios e dos problemas arrolados ao aleitamento materno, a importância da amamentação no crescimento e desenvolvimento das crianças, pode-se constatar nas políticas públicas, intensas e significativas modificações.

Para uma prática eficiente das ações de incentivo ao AME, é importante conhecer o perfil epidemiológico da população a qual se quer atuar, conhecendo as dificuldades associadas a esta prática, para que se possa direcionar e avaliar as ações de incentivo, com intuito de promover uma assistência igualitária considerando as diferenças e riscos a que estão expostos uma população ou um indivíduo.

Os resultados expressos pelo presente estudo indicam que os fatores que favorecem a amamentação por mais tempo são o fato de a mãe ter tido dois filhos ou mais, escolaridade acima de nove anos de estudo, mais que seis consultas de pré-natal, experiência anterior com amamentação, realização de consulta puerperal e não ter dado bicos artificiais ao bebê . A caracterização do perfil do aleitamento no município da Vitória de Santo Antão e os fatores associados à sua duração expressam a principal contribuição do estudo, pois evidenciam a necessidade de repensar estratégias, reavaliar programas, implantar ações mais efetivas para sensibilização da população, valorizar a função materna no procedimento e reestruturar as políticas de saúde direcionadas ao aleitamento.

Este estudo mostra ainda que, a prevalência do AME no município ainda se mantém longe dos valores preconizados pela OMS. No entanto as principais variáveis que interferem negativamente na duração do AME, são passíveis de intervenção.

Enfim, a abordagem do aleitamento materno deve ser holística e eficiente, em que as orientações e informações sejam feitas de forma contínua e permanente, durante o pré-natal e puerpério, para que a mulher se sinta acolhida e segura para superar os obstáculos ao aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução a epidemiologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

ALVES, A. M. L.; SILVA, E. H. D. A. A. D.; OLIVEIRA, E. C. D. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 23-8, 2007.

ALMEIDA J. A.; NOVAK F. R. Breastfeeding: a nature-culture hybrid. **J Pediatr**, Rio Janeiro, 80 (Suppl 5):S119-25, 2004.

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido de natureza e cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

ANDERSON, A. S.; CHINN, H. I.; FISHER, K. D. History and current status of infant formulas. **Am J Clin Nutr**. 35: 381-97, 1982.

ARAÚJO, O. D.; CAMPELO, S. M. A.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; MENDONÇA, R. C. M.; NERY, I. S. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 488-92, jul-ago., 2008.

ANGELO, B. H. B.; BRITO, R. S. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência?. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 5. 2013.

AZEVEDO, D. S. de et al. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, n. 2, p53-56, abr./jun. 2010.

ANTUNES, L. S.; ANTUNES, L. A. A.; CORVINO, M. P. F.; MAIA, L. C. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Cienc Saúde Coletiva**,13(1): 103-9, 2008.

BALABAN, G.; SILVA, G. A. P. D.; DIAS, M. L. C. D. M.; DIAS, M. C. D. M.; FORTALEZA, G. T. D. M.; MOROTÓ, F. M. M.; ROCHA, E. C. V. O aleitamento materno previne o sobrepeso

na infância? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 263-8, jul./set., 2004.

BADINTER, E. **Um amor conquistado; o mito do amor materno**. 6ªed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 370p, 1985.

BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G.; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 596-604, mar, 2009.

BARROS, V. O.; CARDOSO, M. A. A.; CARVALHO, D. F.; GOMES, M. M. R.; FERRAZ, N. V. A.; MEDEIROS, C. C. M. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. **Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr.**,34(2):101-14, 2009.

BECKER D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no programa de saúde da família**. 2001. (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

BERNARDI, J. R.; GAMA, C. M.; VITOLO, M. R. Impacto de um programa de atualização em alimentação infantil em unidades de saúde na prática do aleitamento materno e na ocorrência de morbidade. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1213-1222, jun. 2011.

BETTLER, J.; ZIMMER, J. P.; NEURINGER, M.; DERUSSO, P. A. Serum lutein concentrations in healthy term infants fed human milk or infant formula with lutein. **Eur J Nutr**, 49(1):45-51, 2010.

BITTENCOURT, L. J.; OLIVEIRA, J. S.; FIGUEIROA, J. N.; BATISTA FILHO, M. Aleitamento materno no estado de Pernambuco: prevalência e possível papel das ações de saúde. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, 5: 439-48, 2005.

BORELLI M. B.; PALMA D.; BATAGLIN T.; TADDEI J. A. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Rev Nutr.**, 20:55-62, 2007.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.**, Belém, v.20, n.4, dez, 2006.

BOTTARO, S. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Estudo exploratório sobre aleitamento materno entre escolares de quinta série do Ensino Fundamental. **Cad Saúde Pública**, 24(7):1599-608, 2008.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; BOCCOLINI, P. M. M. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. **J Pediatr**, 87(5):399-404, 2011.

BOCCOLONI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I.; LEAL, M. C.; CARVALHO, M. S. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cad Saúde Pública**, 24(11):2681-94, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), 2006. Capítulo 9. **Amamentação e Alimentação**. Brasília: MS, 2008. Disponível em URL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf [2012 Nov 13].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da saúde: 2009

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Política da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição). **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)**. Brasília (DF): O Ministério; 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Desenvolvimento de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde, INAM (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição). **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília (DF): O Ministério; 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. INAM (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição). **Recomendações técnicas para o funcionamento de bancos de leite humano**. Brasília (DF): O Ministério: 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. INAM (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição). Conselho Nacional de Saúde. **Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes**. 2a. ed. Brasília (DF): O Ministério; 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília; 2009. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher (PNDS): relatório final**. Brasília; 2008. [citado 2008 Nov 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf. Acesso em: 05 de março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série C. Departamento de Ações Programáticas).

CAMINHA, M. F. C. **Aleitamento materno no estado de Pernambuco: distribuição geográfica, tendências históricas e fatores associados**. Tese (Doutorado em Nutrição), Ciênc Saúde Coletiva, UFPE, Recife, 2009.

CAMINHA, M. F. C.; SERVA, V. B.; DOS ANJOS, M. M. R.; BRITO, R. B. S.; LINS, M. M.; FILHO, M.B. **Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família**. 2011. Ciênc Saúde Coletiva, UFPE, Recife, 16(4): 2245-2250, 2011.

CATAFESTA, F.; ZAGONEL, I. P. S.; MARTINS, M.; VENTURINI, K. K. **A amamentação na transição puerperal**. Esc Anna Nery. 2009; 13(3):609-16

CAO, Y.; RAO, S. D.; PHILLIPS, T. M.; UMBACH, D. M.; BERNBAUM, J. C.; ARCHER, J. I.; ROGAN, W. J. Are breast-fed infants more resilient? Feeding method and cortisol in infants. **J Pediatr**, 154(3):452-4, 2009.

CONTRERAS-LEMUS, J.; FLORES-HUERTA, S.; CISNEROS-SILVA, I.; OROZCO-VIGUERAS, H.; HERNANDEZ-GUTIÉRREZ, J.; FERNANDEZ-MORALES, J. et. al. **Disminución de lamorbilidad en neonato pretérmino alimentados con leche de su propia madre**. Bol Med Hosp Infant Mex, 1992; 49:10:671-7.

DEMÉTRIO, F.; PINTO, E. J.; ASSIS, A. M. O. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia. **Cad Saúde Pública**, 28(4): 641-654, 2012.

DINIZ, M. B. *et al.* Alterações orais em crianças prematuras e de baixo peso ao nascer: a importância da relação entre pediatras e odontopediatras. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.29, n.3, p. 440-453, 2011.

DUBOIS, L.; GIRARD, M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the longitudinal study of child development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). **Canadian Journal of Public Health**, 94: 300-305, 2003.

EDMOND, K.M.; ZANDOH, C.; QUIGLEY, M.A.; AMENGA- ETEGO, S.; OWUSU-AGYEI, S.; KIRKWOOD, B.R. **Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality**. Pediatrics 2006; 117:380-6.

FARIA, C. P. Determinantes do aleitamento materno: da intenção à primeira hora de vida. [Determinants of breastfeeding: from the intention into the first hour]. Rio de Janeiro: s.n, 2013. 169 p.

FLORES-LUJANO, J.; PEREZ-SALDIVAR, M. L.; FUENTES-PANANÁ, E. M.; GORODEZKY, C.; BERNALDEZ-RIOS, R.; DEL CAMPO-MARTINEZ, M. A. et al. Breastfeeding and early infection in the aetiology of childhood leukaemia in Down syndrome. **Br J Cancer**, 101(5):860-4, 2009.

FREITAS, T. C. S. B. **Situação do aleitamento materno entre policiais militares da região metropolitana de belo horizonte e fatores associados ao desmame.** 2012. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2012.

HANNULA, L.; KAUNONEN, M.; TARKKA, M. T. A systematic review of Professional support interventions for breastfeeding. **Journal of Clinical Nursing**, 17(9):1132-1143, 2008.

HAUCK, F. R.; THOMPSON, J. M. D.; TANABE, K. O.; MOON, R. Y.; VENNEMANN, M. M. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome. **Pediatrics**, 128 (1):1-9, 2011.

HORTA, B. L.; OLINTO, M. T. A.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; GUIMARÃES, P. R. V. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Caderno de Saúde Pública**, 12 (Supl 1): 43-8, 1996.

HORTA, B. L.; BAHL, R.; MARTINES, J. C.; VICTORA, C. G. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses.** Geneva: WHO; 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA – IBGE, disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=PD160&sv=&t=escolaridade-anos-de-estudo-de-homens-de-10-anos-ou-mais-de-idade-ocupados>> Acesso em: 06 junho 2012.

KAC, G.; BENICIO, M. H. D.; MELENDEZ, G. V.; VALENTE, J. G.; STRUCHINER, C. J. Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. **Am J Clin Nutr**, 79:487-93, 2004.

KITOKO, P. M.; RÉA, M. F.; VENÂNCIO, S. I.; VASCONCELOS, A. C. C. P.; SANTOS, E. K. A.; MONTEIRO, A. C. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cad Saúde Pública**, 16(4): 1111-1119, 2000.

KUMMER, S. C.; GIUGLIANI, E. R. J.; SUSIN, L. O.; FOLLETO, J. I.; LERMEN, N. R.; WU, V. Y. J.; SANTOS, L.; CAETANO, M. B. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, 34: 143-8, 1999.

LAMOUNIER, J. A. Experiência hospital amigo da criança. **Rev Assoc Med Brasil**, 44: 319-24, 1998.

LEAL, M. C. **Chamada neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ/ENSP, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/projeto_cep_leonor.pdf >. Acesso em: 08 ago. 2013.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno**. Comité Português para a UNICEF, 2008, p.9.

LO, C. W.; KLEINMAN, R. E. Infant formula, past and future: opportunities for improvement. **Am J Clin Nutr**, 63: 646S-50S, 1996.

LUCAS, A.; MORLEY, R.; COLE, T. J.; LISTER, G.; LEESON-PAYNE, C. **Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm**. *Lancet*. 1992 ;339:261-4.

MARQUES, F. S.; LOPES, F. A.; BRAGA, J. A. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 80:99-105, 2004.

M'RABET, L.; VOS, A. P.; BOEHM, G.; GARSSSEN, J. Breast-feeding and its role in early development of the immune system in infants: consequences for health later in life. **J Nutr.**, 138(9):1782S–1790S, Sep. 2008.

MASCARENHAS, M. L. W.; ALBERNAZ, E. P.; SILVA, M. B.; SILVEIRA, R. B., Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n.4, 2006.

MONTRONE, V. G.; ARANTES, C. I. S. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 76: 138-42, 2000.

MÖLLER, T.; OLSSON, H.; RANSTAM, J.; BERGKVIST, L. **Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer**. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50.302

women with breast cancer and 96.973 women without the disease. *Lancet*. 2002 ;360:187-95.

NEIVA, F. C. B.; CATTONI, D. M.; RAMOS, J. L. D. A.; ISSLER, H. Desmame precoce: implicações para desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p.7-12, 2003.

ODIJK, J.; KULL, I.; BORRES, M.P.; BRANDTZAEG, P.; EDBERG, U.; HANSON, L.A. et al. **Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966 - 2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations**. *Allergy*. 2003 ;58:833-43.

OKAMURA C.; TSUBONO Y.; ITO K.; NIIKURA H.; TAKANO T.; NAGASE S. et al. **Lactation and risk of endometrial cancer in Japan: a case-control study**. *Tohoku J Exp Med* 2006; 208:109-15.

OLIVEIRA R.L.; SILVA A.N. Aspectos legais do aleitamento materno:cumprimento da lei por hospitais de médio e de grande porte de Maceió. **Rev. Bras Saúde Matern Infant**. 2003;3(1):43-4.

ORLANDI, O. **Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.

PARADA, C. M.; CARVALHAES, M. A.; WINCKLER, C. C.; WINCKLER, L. A.; WINCKLER, V. C. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo Programa de Saúde da Família – PSF. **Rev. Latino-Am Enfermagem** 2005;13:407-14.

PALMER, G. **The politics of breastfeeding**. 4th ed. London: Pandor Press; 1993.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Nutrição. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). **II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição: Saúde, Nutrição, Alimentação e Condições Socioeconômicas no Estado de Pernambuco**. Recife; 1998.

PEREZ, A. & VALDEZ, V. Santiago breastfeeding promotion program: preliminary results of an intervention study. **Am J Obstet Gynecol**, 165: 2.039-44, 1991.

PUFFER, R.R.; SERRANO, C.V. **The role of nutritional deficiency in mortality: findings of the Inter-American investigation of mortality in childhood.** Bol. Ofic. Sanit Panam. [english ed] [serial on line] [Consulted on 2013 ago. 03]. Available from: <http://hist.library.paho.org/English/BUL/ev7n1p1.pdf>.

QUELUZ, M. C.; PEREIRA, M. J. B.; SANTOS, C. B.; LEITE, A. M.; RICCO, R. G. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 537-543, 2012.

RÉA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J Pediatr** (Rio J) 2004; 80(5 Suppl): S142-6.

RÉA, M. F.; Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Caderno de Saúde Pública**, 19 (Supl 1): S37-S45, 2003.

RÉA, M. F. Amamentação: a visão das mulheres e a Semana Mundial [Editorial]. **Jornal Pediatria**. Rio de Janeiro, 71: 179, 1995.

RUTHERFORD, M. E.; DOCKERTY, J. D.; JASSEH, M.; HOWIE, S. R. C.; HERBISON, P.; JEFFRIES, D. J., et al. Preventive measures in infancy to reduce under-five mortality: a case-control study in The Gambia. **Trop Med Int Health**, 14(2):149–155, 2009.

SALUSTIANO, L. P. D. Q.; DINIZ, A. L. D.; ABDALLAH, V. O. S.; PINTO, R. D. M. C. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, Jan. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000100006>.

SALIBA, N. A.; ZINA, L. G.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, O. Frequência e Variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. **Revista brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 8 (4): 481-490, out./ dez., 2008.

SANTOS, V. L.; SOLER, Z. A.; AZOUBEL, R. Children in the first semester of life: focus on exclusive breastfeeding. **Rev Bras Saúde Matern Infant** 2005;5:283-91.

SANTOS, V. L. F. ; SOLER, Z. A. S. G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife 5 (3): 283-291, julho/setembro, 2005.

SANCHES, M. T. C.; BUCCINI, G. D. S.; GIMENO, S. G. A.; ROSA, T. E. D. C.; BONAMIGO, A. W. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 5, May 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Out. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500013>.

SABIROV, A.; CASEY, J. R.; MURPHY, T. F.; PICHICHERO, M. E. Breast-feeding is associated with a reduced frequency of acute otitis media and high serum antibody levels against NTHi and outer membrane protein vaccine antigen candidate P6. **Pediatr Res**, 66(5):565-70, 2009.

SEGRE, C. A. M.; ARMELLINI, P. A.; DOI, S. K.; ROSENBLIT, J.; ISHY, A. Banco de leite humano: análise de 11 anos de funcionamento. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 49:5-6, 1980.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Crianças e adolescentes em Pernambuco: saúde, educação e trabalho**. Recife: UNICEF; 1992.

SERVA, V. B. Manejo da lactação. *In*: LIMA, G. S.; BRAGA, T. D. A.; MENESES, J. A. editores. **Neonatologia** (IMIP). Rio de Janeiro: Medsi; 2004. p. 75-94

SILVEIRA, V. G.; MARTINS, M. C.; ALBUQUERQUE, C. M.; FROTA, M. A. Percepção da mãe sobre aleitamento materno na puericultura. **Ciênc Cuid Saúde**, 7(4):523-9, 2008.

SIMON, V. G. N., SOUZA, M. J. P.; SOUZA, S. B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Rev Saúde Pública**, 43(1):60-69, 2009.

SIQUEIRA, R. S.; MONTEIRO, C. A. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. **Rev Saúde Pública**.41(1):5-12, 2007. DOI: 10.1590/S0034-89102007000100002.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, 62(3):387-92, 2009.

SHORT, R. **Amamentação, fertilidade e crescimento populacional**. São Paulo: UNICEF/IBFAN; 1997. 17p.

SOUZA, S. N.; DEGGAU, H. et al . Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 25, n. 1, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Out. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100006>.

TORRES, M. A. A.; BRAGA, J. A. P.; TADDEI, J. A. A.; NÓBREGA, F. J. Anemia em lactentes de baixa renda em aleitamento materno exclusivo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 284-8, jul./ago., 2006.

TOLLARA, M. N.; BONECKER, M. J. S.; CARVALHO, G. D.; CORRÊA, M. S. N. P. Aleitamento natural. In: Corrêa M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Editora Santos; 2005. p. 83-98.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Caderno de Saúde Pública**, 24(2):235-46, 2008.

TOMITA, L. M.; CARRASCOZA, K. C.; POSSOBON, R. F.; AMBROSANO, G. M. B.; MORAES, A. B. A. Relação entre o tempo de aleitamento materno, introdução de hábitos orais e ocorrência de más oclusões. **Revista Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**. 9: 101, 2004.

VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; SALDIVA, S. R. D. M.; GIUGLIANI, E. R. J. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e distrito federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, jul.-ago. 2010.

VICTORA, C. G.; SMITH, P. G.; VAUGHAN, J. P.; NOBRE, L. C.; LOMBARDI, C.; TEIXEIRA, A. M. et al. Infant feeding and death due to diarrhea: a case-control study. **American Journal Epidemiol.** 129:1032-41, 1989.

VICTORA, V. G.; FUCHS, S. C.; KIRKWOOD, B. R.; LOMBARDI, C.; BARROS, F. C.; Breast-feeding nutritional status and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhea in Brazil. **Bull World Health Organ.** 1992; 70:467-75.

VIEIRA, G. O.; ALMEIDA, J. A. G.; SILVA, L. R.; CABRAL, V. A.; SANTANA NETTO PV. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** 4: 143-50, 2004.

VIEIRA, G. O.; MARTINS, C. C.; VIEIRA, T. O.; OLIVEIRA, N. F.; SILVA, L. R. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. **J Pediatr.** 86(5):441-4, 2010.

WATERLAND, R. A.; GARZA, C. Potencial mechanisms of metabolic imprinting that lead to chronic disease. **Am J Clin Nutr.** 69(2):179-97, 1999.

WENZEL, D.; SOUZA, S. B. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 251-258, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The food and nutrition program.** Geneva: WHO; 2001.

WEHBA, J. **Nutrição da criança.** São Paulo: Fundo Editorial Byk ; 1991. 300p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus.** Washington DC: World Health Organization; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for infant and young child feeding.** Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Organization's infant-feeding recommendation.** Bull World Health Organ, 1995; 73: 165-74.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation – Geneva, Switzerland, March 2001.**

WHO. Diarrhoea Diseases Control Programme. CDD Update n° 9, Aug. 1991. WHO, Geneva.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

FATORES DETERMINANTES DO DESMAME PRECOCE E CONHECIMENTO MATERNO
SOBRE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

Entrevistador: _____

Data: _____ Hora: _____

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------|--------|----------------------|
| 1. Número da criança | <input type="text"/> | Número | <input type="text"/> |
| 2. Nome da criança: | _____ | | |
| 3. Nome da mãe ou responsável: | _____ | | |

DADOS DEMOGRÁFICOS

- | | | | |
|--|--------------|-------------------|----------------------|
| 4. Idade da mãe: | _____ | IDADMAE | <input type="text"/> |
| 5. Idade criança (meses): | _____ | IDADCRIA | <input type="text"/> |
| 6. Sexo | | SEX | <input type="text"/> |
| (1) Masculino | (2) Feminino | | |
| 7. Presença paterna/ companheiro na estrutura familiar | | PREPAT | <input type="text"/> |
| (1) Sim | (2) Não | | |
| 8. Número de filhos | _____ | NFILHO | <input type="text"/> |
| 9. Estado civil da mãe: | | ESTCIVMAE | <input type="text"/> |
| (1) Solteira | (2) Casada | (3) União Estável | |
| (4) Divorciada | (5) Viúva | | |

DADOS SOCIOECONÔMICOS

- | | | | |
|--|--|-----------|----------------------|
| 10. Qual a última série que a mãe completou na escola? | | ESCOLAMAE | <input type="text"/> |
| (1) Analfabeto | | | |
| (2) Fundamental I incompleto | | | |
| (3) Fundamental I completo | | | |
| (4) Fundamental II incompleto | | | |
| (5) Fundamental II completo | | | |
| (6) Ensino médio incompleto | | | |
| (7) Ensino médio completo | | | |
| (8) Ensino Superior Incompleto | | | |
| (9) Ensino Superior Completo | | | |
| (10) Pós-Graduação | | | |
| 11. Qual a última série que o pai completou na escola? | | ESCOLAPAI | <input type="text"/> |
| (1) Analfabeto | | | |
| (2) Fundamental I incompleto | | | |
| (3) Fundamental I completo | | | |

- (4) Fundamental II incompleto
- (5) Fundamental II completo
- (6) Ensino médio incompleto
- (7) Ensino médio completo
- (8) Ensino superior
- (9) Ensino Superior Completo
- (10) Pós-Graduação
- (11) Não sabe

12. Na sua casa existem esses itens?

Iten	Quantidade
Geladeira	_____
TV em cores	_____
Radio	_____
DVD	_____
Máquina de lavar	_____

GELAD	<input type="text"/>
TV	<input type="text"/>
RAD	<input type="text"/>
DVD	<input type="text"/>
MAQLAV	<input type="text"/>

13. Sua família possui automóvel?

- (1) Sim (2) Não

AUTOM

14. A mãe trabalha?

- (1) Sim (2) Não

MAETRAB

15. Qual ocupação da mãe? _____

OCUPMAE

16. Qual a renda familiar ? _____

- (1) < 1 salário mínimo (4) não sabe informar
 (2) 1 a 3 salários mínimos (5) sem renda
 (3) ≥ 4 salários mínimos

RENDA

17. Quantas pessoas moram no domicílio? _____

MORA

18. Renda per capita? _____

PERCAPTA

DADOS RELACIONADOS À MÃE

19. A mãe fez pré-natal na gravidez desta criança?

- (1) Sim (2) Não

PN

20. Quantas consultas? _____

- (99) Não se aplica

CONSULTA

21. Recebeu orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal?

- (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica

ORIENTAAM

22. Recebeu orientação sobre alimentação complementar durante o pré-natal?

- (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica

ORIENTAAC

23. Tem experiência anterior com amamentação?

- (1) Sim (2) Não

EXPERIEN

24. No período da gestação, pensava em amamentar? (1) Sim (2) Não	PENSAMA	<input type="text"/>
25. Qual foi o tipo de parto? (1) Normal (2) Cesárea	TIPOPARTO	<input type="text"/>
26. Qual foi o tempo para início da amamentação após o parto? (1) < 1 hora (2) 1 a 3 horas (3) 3 a 8 horas (4) > 8 horas (5) não amamentou	INICAMA	<input type="text"/>
27. Após o parto ficou em alojamento conjunto? (1) Sim (2) Não	ALOJCONJ	<input type="text"/>
28. Quando estava no hospital, recebeu auxílio de profissionais de saúde durante a amamentação? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	AUXPROF	<input type="text"/>
29. Teve alguma intercorrência que impossibilitasse a amamentação? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	IMPAMAN	<input type="text"/>
30. Se sim, qual? (1) Ingurgitamento (2) Ferimento do bico (3) Mamilo invertido (4) Falta de apoio familiar (5) Uso de medicamentos (6) Outros	QUAL?	<input type="text"/>
31. A mãe apresentou alguma doença que impossibilitasse de amamentar? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	DOENMAMA	<input type="text"/>
32. Teve estresse ou ansiedade no período da amamentação? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	ESTRANS	<input type="text"/>
33. Recebeu apoio familiar para amamentar? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	APOIOFAM	<input type="text"/>
34. Fez uso de medicamentos, prescrito por médico, durante o tempo que estava amamentando? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	MEDAMAM	<input type="text"/>
DADOS RELACIONADOS À CRIANÇA		
35. Data de nascimento _____	DN	<input type="text"/>
36. Peso ao nascer (g) _____	PESORN	<input type="text"/>
37. Doença ao nascer? (1) Sim (2) Não	DOENRN	<input type="text"/>

38. A criança mama? (1) Sim (2) Não	MAMA	<input type="text"/>
39. Se a criança não mama, perguntar se a criança mamou? (1) Sim (2) Não Quanto tempo (dias)? _____ (99) Não se aplica	MAMOU TEMPO	<input type="text"/> <input type="text"/>
40. A criança usa bico artificial (chupeta ou mamadeira)? (1) Sim (2) Não	BICO	<input type="text"/>
41. Porque a criança deixou de mamar? Porque nunca mamou? (1) Leite insuficiente/fraco (5) Mãe doente (2) Criança não aceitou (6) Mãe não queria (3) Criança estava doente (7) Problema na mama (4) Mãe trabalhava/estudava (8) outros _____ (99) Não se aplica	DESMAME	<input type="text"/>
42. A criança realizou consulta puerperal? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	CONSPUER	<input type="text"/>
43. Se sim, o profissional orientou sobre o aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	PROFORIEN	<input type="text"/>
DADOS RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR		
44. A criança recebe outros líquidos além do leite materno? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	OUTROLIQ	<input type="text"/>
45. Enquanto mamava com que idade começou a receber: Água _____ mês(es) _____ dia(s) Chá _____ mês(es) _____ dia(s) Sucos _____ mês(es) _____ dia(s) Leite fluido _____ mês(es) _____ dia(s) Leite pó _____ mês(es) _____ dia(s) Mingau _____ mês(es) _____ dia(s)	Água Chá Sucos Leite fluido Leite pó Mingau	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
46. A criança recebe alimentos de consistência pastosa (papa, purê, sopa)? (1) Nunca (5) 2 a 4 vezes por semana (2) < 1 vez por mês (6) 1 vez por dia (3) 1 a 3 vezes por mês (7) 2 ou mais vezes por dia (4) 1 vez por semana	ALIMPAST	<input type="text"/>

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você deve procurar a pesquisadora responsável no endereço Rua do Alto do Reservatório s/n Bela Vista – Vitória de Santo Antão/PE, pelo telefone (81) 3523-3351 ou e-mail ffac13@hotmail.com e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sla 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo no município de Vitória de Santo Antão/PE.

Pesquisador Responsável :Felicidade Ferreira Amorim Casanova, residente na rua Afonso Arinos, nº29, Aldeia – Camaragibe, e-mail: ffac13@hotmail.com, Tel.: 8523-9532

1. O estudo tem como objetivo determinar a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo no município de Vitória de Santo Antão, atendidos na rede municipal pública de saúde.
2. Para o estudo serão necessários será realizado o preenchimento de um questionário sobre dados sócio-econômicos, gravidez, puerpério e consultas de puericultura.
3. Em caso de sentir constrangimento, você poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa, antes ou após o início da coleta dos dados.
4. A pesquisadora responsável, após a entrevista, fornecerá como benefícios informações através de palestras e orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo.
5. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguradas o sigilo sobre sua participação. Os dados serão arquivados na Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória pela pesquisadora responsável, por um período de trinta e seis meses. Não haverá nenhum gasto com a sua participação, nem receberá nenhuma quantia por isto. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.
6. Você receberá respostas a perguntas ou esclarecimentos a qualquer dúvida relacionada com os objetivos da pesquisa.

Pelo presente documento, Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo no município de Vitória de Santo Antão”, como sujeito. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Felicidade Ferreira Amorim Casanova sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Vitória de Santo Antão, _____ de _____ de _____.
Assinatura do sujeito: _____ RG/CPF: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

PROJETO DE PESQUISA

Título: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/ PE.

Área Temática:

Pesquisador: FELICIDADE FERREIRA AMORIM CASANOVA **Versão:** 2

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE **CAAE:** 02481512.0.0000.5208

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 79581

Data da Relatoria: 15/08/2012

Apresentação do Projeto:

- Trata-se de um projeto de mestrado na área Saúde Humana e Meio Ambiente, junto ao Centro de Vitória de Santo Antão/UFPE.
- A temática refere-se ao aleitamento materno, enquanto um fator importante para o crescimento e desenvolvimento infantil. Parte da hipótese de que a baixa adesão à prática do aleitamento materno exclusivo está relacionada à falta do conhecimento sobre sua importância por parte das mães e a falta de orientação durante o pré-natal, maternidade e pelos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares.
- Será um estudo de natureza descritiva de corte transversal, onde será analisada uma amostra de 318 crianças e seus responsáveis que procuraram as Unidades de Saúde da Família do município da Vitória de Santo Antão, para consultas de puericultura. Para a definição da amostra foi utilizado o programa Sample XS adotando critérios e parâmetros devidamente descritos. Os critérios de inclusão e exclusão também estão explicitados: Critério de Inclusão: Para este estudo será utilizado como critério de inclusão mães ou cuidadores de crianças de 6 a 24 meses residentes no município da Vitória de Santo Antão e que sejam atendidas no serviço de puericultura da rede pública municipal de saúde. Critério de Exclusão: Serão excluídas mães com alterações mentais que não compreendam a aplicação do questionário, gestações múltiplas e aquelas que não se enquadrem nos critérios de inclusão.
- Será utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário incluindo: idade, profissão e escolaridade dos pais, condições de moradia, renda familiar, trabalho materno, duração da amamentação exclusiva, causas de desmame e importância do leite materno, se realizou consultas de pré-natal e se recebeu orientação profissional.
- Para a análise dos dados será utilizada uma abordagem de mensuração de dados estatísticos, se valendo do programa Epi-info versão 6.04 e SPSS versão 13.0.
- Sobre a forma de como serão coletados os dados, consta somente que a aplicação do questionário será realizada por duas mestrandas do Programa de Pós Graduação de Saúde Humana e Meio Ambiente, enfermeiras, as quais são as pesquisadoras responsáveis pelo presente estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Determinar a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo no município da Vitória de

Santo Antão.

Objetivo Secundário:

- Traçar o perfil epidemiológico da população em estudo segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e antecedentes obstétricos;
- Determinar a prevalência do aleitamento materno exclusivo nos lactentes de 6 a 24 meses durante os primeiros seis meses de vida da criança;
- Avaliar o conhecimento que as mães têm a respeito dos benefícios do aleitamento materno exclusivo.
- Relacionar as variáveis que levaram ao desmame precoce.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa oferece risco de algum constrangimento em responder o questionário. Mas todos estão livres em deixar espontaneamente de participar da pesquisa.

Benefícios:

Através da coleta de dados (questionários) os participantes poderão ser esclarecidos das suas dúvidas e receberem informações e orientações específicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto assinada pela pesquisadora e pelo vice-diretor do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão
- Carta de Anuência assinada pela Secretária de Saúde do município;
- TCLE devidamente redigido, mas não explicitando sobre a forma de como serão realizadas as entrevistas.
- Cronograma compatível (início previsto para 27 de agosto);
- Orçamento descrito e de responsabilidade do pesquisador;
- Relatório de Pesquisa contendo as informações detalhada da pesquisa. Porém não está detalhado sobre a forma de como serão realizadas as entrevistas.

Recomendações:

Recomendações:

- a) Indicar no relatório de Pesquisa e no TCLE: a forma de como serão realizadas as entrevistas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendência

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão para início da coleta de dados.
Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, por meio de ofício impresso, após a entrega do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE

RECIFE, 22 de Agosto de 2012

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO – REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA

QUALIS: B3

Escopo e política

MISSÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A **Revista Paulista de Pediatria** é a publicação científica da Sociedade de Pediatria de São Paulo, sendo indexada nas bases Medline, Scopus, Embase (Excerpta Medica Database), SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e no Index Medicus Latino-Americano (IMLA) BR. A missão da Revista é divulgar pesquisa de qualidade metodológica reconhecida, relacionada a temas que englobem a saúde da criança e do adolescente. Todos os artigos publicados na Revista obedecerão exclusivamente a critérios de mérito técnico-científico. A **Revista Paulista de Pediatria** aceita a submissão de artigos em português, inglês e espanhol.

PROCESSO DE REVISÃO

Cada artigo submetido é encaminhado a um dos editores, que verifica se o mesmo obedece aos padrões mínimos especificados nas normas de publicação. A seguir, o artigo é enviado a dois revisores, especialistas na área, cegos em relação à autoria do artigo a ser examinado, acompanhado de formulário específico para revisão. Uma vez feita esta revisão, os editores da Revista decidem se o artigo vai ser aceito sem modificações, se deve ser recusado ou se deve ser enviado aos autores para modificações e posterior reavaliação. Diante desta última opção, o artigo é reavaliado pelos editores e, se necessário, pelos revisores, para posterior decisão quanto à aceitação, recusa ou necessidade de novas modificações.

TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS

Artigos originais: incluem estudos epidemiológicos, clínicos ou experimentais.

Relatos de casos: incluem artigos que relatam casos de pacientes portadores de doenças raras ou intervenções pouco frequentes ou inovadoras.

Artigos de revisão: análises críticas ou sistemáticas da literatura a respeito de um tema selecionado enviados, de forma espontânea, pelos autores.

Cartas ao editor: refletem o ponto de vista do missivista a respeito de outros artigos publicados na Revista.

Editoriais: em geral encomendados pelos editores, para discutir um tema ou algum artigo original controverso e/ou interessante e/ou de tema relevante, a ser publicado na Revista.

Forma e preparação de manuscritos

NORMAS GERAIS

O artigo deverá ser digitado em formato A4 (210x297mm), com margem de 25 mm em todas as margens, espaço duplo em todas as seções. Empregar fonte Times New Roman tamanho 11, páginas numeradas no canto superior direito

(começar pela página de rosto) e processador de textos Microsoft Word®. Os manuscritos deverão conter, no máximo:

- Artigos originais: 3000 palavras (sem incluir: página de rosto, resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 30 referências.

- Revisões: 3500 palavras (sem incluir: página de rosto, resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 55 referências.

- Relatos de casos: 2000 palavras (sem incluir: página de rosto, resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 25 referências.

Observação:

Relatos clínicos só serão aceitos mediante apresentação de número de registro e de cadastro, seguindo a normatização de ensaios clínicos da PORTARIA Nº 1.345, DE 07 DE JULHO DE 2008, Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1345_02_07_2008.html e para o registro, acessar: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/about/>

É obrigatório o envio de carta de submissão assinada por todos os autores. Nessa carta, os autores devem referir que o artigo é original, nunca foi publicado e não foi ou não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela **Revista Paulista de Pediatria**. Além disto, deve ser declarado na carta que todos os autores participaram da concepção do projeto e/ou análise dos dados obtidos e/ou da redação final do artigo e que todos concordam com a versão enviada para a publicação. Deve também citar que não foram omitidas informações a respeito de financiamentos para a pesquisa ou de ligação com pessoas ou companhias que possam ter interesse nos dados abordados pelo artigo ou caso. Finalmente, deve conter a indicação de que os autores são responsáveis pelo conteúdo do manuscrito.

Transferência de direitos autorais: no momento da aceitação do manuscrito para publicação na **Revista Paulista de Pediatria**, todos os autores devem assinar formulário enviado pela Revista, no qual os autores reconhecem que, a partir desse momento, a Associação de Pediatria de São Paulo passa a ser detentora dos direitos autorais do manuscrito. O artigo só será publicado após a chegada à secretaria editorial da Revista desse formulário com as assinaturas originais de todos os autores.

ATENÇÃO:

Deve ser feito o upload no sistema de cada um dos itens abaixo em separado:

1) Carta de submissão; 2) Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição; 3) Manuscrito com página de rosto, resumo, palavras-chave, abstract, key-words, texto, referências bibliográficas e tabelas; 4) Arquivo suplementar com figuras e gráficos, quando pertinente.

- Para artigos originais, anexar uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa. A **Revista Paulista de Pediatria** adota a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que aprovou as "Novas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos" (DOU 1996 Out 16; nº201, seção 1:21082-21085). Somente

serão aceitos os trabalhos elaborados de acordo com estas normas. Para relato de casos também é necessário enviar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e, se houver possibilidade de identificação do paciente, enviar cópia do consentimento do responsável para divulgação científica do caso clínico. Para revisões da literatura, não há necessidade desta aprovação.

A **Revista Paulista de Pediatria** não se responsabiliza pelo eventual extravio dos originais. Os autores devem ter consigo uma cópia do manuscrito original, enquanto o artigo estiver sendo considerado para a publicação pela Revista.

A **Revista Paulista de Pediatria** executa verificação de plágio.

- **Informação referente ao apoio às políticas para registro de ensaios clínicos:** todos os ensaios clínicos devem estar registrados no ClinicalTrials.gov, que um registro subsidiado pelo *U.S. National Institutes of Health* de estudos clínicos em seres humanos, financiados de modo público ou privado, conduzidos em todo o mundo. O número do registro deve constar entre parênteses ao final do resumo e do abstract.

NORMAS DETALHADAS

O conteúdo completo do artigo original deve obedecer aos "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (disponível em <http://www.icmje.org/>). Cada uma das seguintes seções deve ser iniciada em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras-chave em português; *abstract* e *key-words*; texto; agradecimentos e referências bibliográficas. As tabelas e figuras devem ser numeradas em algarismos arábicos e colocadas ao final do texto. Cada tabela e/ou figura deve conter o título e as notas de rodapé. Cada tabela e/ou figura deverá estar em uma página separada.

PÁGINA DE ROSTO:

Formatar com os seguintes itens:

- Título do artigo em português (evitar abreviaturas)
- Título do artigo em inglês
- Nome COMPLETO de cada um dos autores acompanhado de titulação mais importante de cada autor e a instituição de ensino, pesquisa ou assistência à qual pertence.
- Autor correspondente: definir o autor correspondente e colocar endereço completo (endereço com CEP, telefone, fax e, obrigatoriamente, endereço eletrônico).
- Instituição: declarar a instituição de ensino, pesquisa ou assistência na qual o trabalho foi realizado.
- Declaração de conflito de interesse: descrever qualquer ligação de qualquer um dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever "nada a declarar".
- Fonte financiadora do projeto: descrever se o trabalho recebeu apoio financeiro, qual a fonte (por extenso) e o número do processo.
- Número total de palavras: no texto (excluir página de rosto, resumo, abstract, agradecimento, referências, tabelas, gráficos e figuras), no resumo e no abstract. Colocar também o número total de tabelas, gráficos

e figuras e o número de referências.

RESUMO E ABSTRACT:

Cada um deve ter, no máximo, 250 palavras. Não usar abreviaturas. Eles devem ser estruturados de acordo com as seguintes orientações:

- Resumo de artigo original: deve conter as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões (*Abstract: Objective, Methods, Results and Conclusions*).
- Resumo de artigos de revisão: deve conter as seções: Objetivo, Fontes de dados, Síntese dos dados e Conclusões (*Abstract: Objective, Data source, Data synthesis and Conclusions*).
- Resumo de relato de casos: deve conter as seções: Objetivo, Descrição do caso e Comentários (*Abstract: Objective, Case description and Comments*).

Para o abstract, é importante obedecer às regras gramaticais da língua inglesa. Deve ser feito por alguém fluente em inglês.

PALAVRAS-CHAVE E KEY-WORDS:

Fornecer, abaixo do resumo em português e inglês, 3 a 6 descritores, que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar exclusivamente descritores da lista de "Descritores em Ciências da Saúde" elaborada pela BIREME e disponível no site <http://decs.bvs.br/>. Esta lista mostra os termos correspondentes em português e inglês.

TEXTO:

Artigo original: dividido em introdução (sucinta com 4 a 6 parágrafos, apenas para justificar o trabalho e contendo no final os objetivos); método (especificar o delineamento do estudo, descrever a população estudada e os métodos de seleção, definir os procedimentos empregados, detalhar o método estatístico. É obrigatória a declaração da aprovação dos procedimentos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição); resultados (claros e objetivos - o autor não deve repetir as informações contidas em tabelas e gráficos no corpo de texto); discussão (interpretar os resultados e comparar com os dados de literatura, enfatizando os aspectos importantes do estudo e suas implicações, bem como as suas limitações - finalizar esta seção com as conclusões pertinentes aos objetivos do estudo).

Artigos de revisão: não obedecem a um esquema rígido de seções, mas sugere-se que tenham uma introdução para enfatizar a importância do tema, a revisão propriamente dita, seguida por comentários e, quando pertinente, por recomendações.

Relatos de casos: divididos em introdução (sucinta com 3 a 5 parágrafos, para ressaltar o que é conhecido da doença ou do procedimento em questão); descrição do caso propriamente dito (não colocar dados que possam identificar o paciente) e discussão (na qual é feita a comparação com outros casos da literatura e a perspectiva inovadora ou relevante do caso em questão).

AGRADECIMENTOS:

Agradecer de forma sucinta a pessoas ou instituições que contribuíram para o

estudo, mas que não são autores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

No corpo do texto: Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. As referências no corpo do texto devem ser identificadas por algarismos arábicos entre parênteses sobrescritos.

No final do texto (lista de referências): Devem seguir o estilo preconizado no "International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements" e disponível em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, conforme os exemplos a seguir.

1. Artigos em Periódicos

Até 6 autores: listar todos os autores:

Jih WK, Lett SM, des Vignes FN, Garrison KM, Sipe PL, Marchant CD. The increasing incidence of pertussis in Massachusetts adolescents and adults, 1989-1998. Infect Dis 2000;182:1409-16.

Mais do que 6 autores:

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK *et al.* Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res 2002;935:40-6.

Grupos de pesquisa:

a. *Sem autor definido:*

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension 2002;40:679-86.

b. *Com autor definido:*

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol 2003;169:2257-61.

Sem autores:

Autoria não referida. 21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ 2002;325:184.

Volume com suplemento:

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache 2002;42 Suppl 2:S93-9.

Artigo publicado eletronicamente, antes da versão impressa:

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. Blood; Epub 2002 Jul 5.

Artigos aceitos para a publicação ainda no prelo:

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. In press 2002.

Artigos em português:

Seguir o estilo acima, na língua portuguesa.

2. Livros e Outras Monografias

Livros:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Obs: se 1^a edição, não é necessário citar a edição.

Capítulos de livros:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Obs: se 1^a edição, não é necessário citar a edição.

Conferência publicada em anais de Congressos:

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. p. 182-91.

Resumos publicados em anais de Congressos:

Blank D, Grassi PR, Schlindwein RS, Melo JL, Eckhert GE. The growing threat of injury and violence against youths in southern Brazil: a ten year analysis. Abstracts of the Second World Conference on Injury Control; 1993 May 20-23; Atlanta, USA . p. 137-8.

Teses de mestrado ou doutorado:

Afiune JY. Avaliação ecocardiográfica evolutiva de recém-nascidos pré-termo, do nascimento até o termo [tese de mestrado]. São Paulo (SP): USP; 2000.

3. Outros materiais publicados

Artigos em jornais, boletins e outros meios de divulgação escrita:

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post 2002 Aug 12. p. 1.

Leis, portarias e recomendações:

Brasil - Ministério da Saúde. Recursos humanos e material mínimo para assistência ao RN na sala de parto. Portaria SAS/MS 96, 1994.

Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde - área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Obs: se o material for disponível na internet, colocar Disponível em: <http://www....>

4. Material Eletrônico

Artigo de periódico eletrônico:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002;102(6) [cited 2002 Aug 12]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Monografia na internet ou livro eletrônico:

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Homepage/web site:

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Parte de uma homepage ou de um site:

American Medical Association [homepage on the Internet]. AMA Office of Group Practice Liaison [cited 2002 Aug 12]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Brasil - Ministério da Saúde - DATASUS [homepage na Internet]. Informações de Saúde- Estatísticas Vitais- Mortalidade e Nascidos Vivos: nascidos vivos desde 1994 [citado em Fevereiro 10, 2007]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Observação: Comunicações pessoais não devem ser citadas como referências.

TABELAS:

Cada tabela deve estar em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto e conter um título. As explicações devem estar no rodapé da tabela e não no título. Não usar qualquer espaço do lado do símbolo ±. Digitar as tabelas no processador de textos Word, usando linhas e colunas - não separar colunas como marcas de tabulação. Não importar tabelas do Excel ou do Powerpoint.

GRÁFICOS:

Numerar os gráficos de acordo com a ordem de aparecimento no texto e colocar um título abaixo do mesmo. Os gráficos devem ser sempre em duas dimensões, em branco/preto (não usar cores) e feitos em PowerPoint. Mandar em arquivo ppt separado do texto: não importar os gráficos para o texto. A **Revista Paulista de Pediatria** não aceita gráficos escaneados.

FIGURAS:

As figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento do texto. As explicações devem constar da legenda (mandar legenda junto com o arquivo de texto do manuscrito, em página separada). Figuras reproduzidas de outras fontes devem indicar esta condição na legenda e devem ter a permissão por escrita da fonte para sua reprodução. A obtenção da permissão para reprodução das imagens é de inteira responsabilidade do autor. Para fotos de pacientes, estas não devem permitir a identificação do indivíduo - caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória carta de consentimento assinada pelo indivíduo fotografado ou de seu responsável, liberando a divulgação do material. Imagens geradas em computador devem ser anexadas nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, em arquivo separado (não importar para o texto). Pode-se também enviar a figura em papel e, nesse caso, a **Revista Paulista de Pediatria** não se responsabiliza pelo eventual extravio, devendo o autor manter em seu arquivo o original da figura. A **Revista Paulista de Pediatria** não aceita figuras escaneadas.

Submissão Online

SUBMISSÃO ON LINE (A PARTIR DE 1 DE FEVEREIRO DE 2013)

SÓ SERÃO ACEITAS SUBMISSÕES DE ARTIGOS ATRAVÉS DO SISTEMA ON LINE.

Para submissão acessar link abaixo e seguir passos do processo:
<http://mc04.manuscriptcentral.com/rpp-scielo>

Abaixo você encontrará as instruções que irão ajudá-lo a navegar no Central do Autor (Author Center). Essas instruções abrangem as diversas fases de sua submissão. Esteja ciente de que quaisquer orientações específicas para os autores podem ser encontradas em "Instruções e Formulários", seção no canto superior direito do site.

Novas submissões

Para iniciar a submissão de um novo manuscrito, clique sobre "submit a new manuscript link" em "Author Resources". Para continuar com a submissão de um novo manuscrito já em andamento, clique em "Unsubmitted Manuscripts" em "My Manuscripts". Encontre a submissão que você deseja continuar e clique em "Continue Submission".

Submissões revisadas

Para iniciar a submissão de um manuscrito revisado, clique no link revisão em "Author Resources" ou clique no botão "Manuscripts with Decisions" no campo "My Manuscripts" para visualizar uma lista de manuscritos. Encontre a submissão em

que você deseja iniciar o processo de revisão e clique em

"Create Revision". Para continuar com um manuscrito revisado, que ainda tem de ser apresentado, clique no link de revisão, conforme descrito acima, ou clique em "Revised Manuscripts in Draft" no campo "My Manuscripts". Encontre a submissão que você deseja continuar e clique em "Continue Submission".

Correção/Atualização

Para corrigir ou atualizar o artigo que foi devolvido pela Revista, clique em "Unsubmitted Manuscripts" no campo "My Manuscripts". Encontre o artigo que pretende corrigir/atualizar e clique em "Continue Submission". Esteja ciente de que, se a versão que foi devolvida para você foi uma revisão, então ela será localizada nos "Revised Manuscripts in Draft" no campo "My Manuscripts".

Qual é o status do meu manuscrito?

Para verificar o status de um manuscrito, clique em "Submitted Manuscripts" no campo "My Manuscripts". Todos os manuscritos que foram enviados e estão sendo avaliados serão listados nessa área. O "status" do manuscrito pode ser encontrado sob o título da coluna 'Status'. Nota: Você pode clicar em qualquer opção sob a área "My Manuscripts" para ver todos os manuscritos atuais e seu "status".