

MÁRCIA TELES DE OLIVEIRA GOUVEIA



**PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO EM TRÊS DISTRITOS SANITÁRIOS NA CIDADE DO RECIFE**

**RECIFE
2007**

MÁRCIA TELES DE OLIVEIRA GOUVEIA

**PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM
TRÊS DISTRITOS SANITÁRIOS NA CIDADE DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Colegiado da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador:

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira, PhD



RECIFE 2007

Gouveia, Márcia Teles de Oliveira

Prevalência do aleitamento materno exclusivo em três distritos sanitários na cidade do Recife / Márcia Teles de Oliveira Gouveia . – Recife: O Autor, 2007.

65 folhas : il., gráf., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde da Criança e do Adolescente, 2007.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Aleitamento materno. I. Título.

613.22
612.664

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2007-146

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

COORDENADOR DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**

COLEGIADO

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima (Coordenadora)
Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho (Vice-Coordenadora)
Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira
Profa. Dra. Mônica Maria Osório de Cerqueira
Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho
Profa. Dra. Maria Clara Albuquerque
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann
Profa. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima
Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Profa. Dra. Luciane Soares de Lima
Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli
Paula Andréa de Melo Valença (Representante discente - Doutorado)
Luciano Meireles de Pontes (Representante discente - Mestrado)

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento

Título:

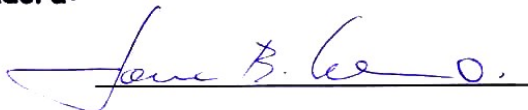
Prevalência do aleitamento materno exclusivo em três distritos
sanitários da cidade do Recife

Nome: Márcia Teles de Oliveira Gouveia


Dissertação aprovada em: 28 / 02 / 07

Membros da Banca Examinadora:

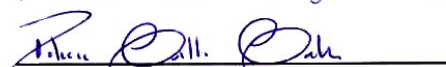
– Profa. Sônia Bechara Coutinho



– Profa. Maria Eugênia Farias A. Motta



– Profa. Poliana Coelho Cabral



**Recife
2007**

Dedicatória

Aos meus pais, Manuel Teles e Maria José.

A minha Paixão, Flauber Gouveia.

Às minhas maiores riquezas, Isabela e Isadora.

Agradecimentos

A Deus, que na Sua divina providência me fortalece nos momentos difíceis, me abriga quando estou desterritorializada, me conforta nas incertezas e me leva às vitórias da vida.

A todas as mulheres que amamentam seus filhos, em especial as mulheres dos Distritos Sanitários III, IV e V da cidade do Recife, que compartilharam conosco suas experiências.

Ao Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira, meu professor e meu mestre, pela sua orientação competente, sua capacidade de resolução, mostrando-me que as fronteiras do conhecimento são visíveis e possíveis de serem transpostas com serenidade e compromisso social.

À Profa. Dra. Sônia Bechara pela paciente leitura dos originais. Suas valiosas observações que em muito me ajudaram.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, por seus preciosos ensinamentos.

A Flauber, meu amado esposo, companheiro inseparável nas minhas caminhadas, amparando-me com seu carinho, paciência e compreensão.

Às minhas meninas Isadora e Isabela, por serem fontes de estímulo.

A Maria José, minha mãe, pela sua visão do homem como ser resiliente.

A Leocádia, minha tia querida, mulher de fé e coragem frente às veredas do cotidiano.

Aos meus irmãos Alexandre, Wladimir e Manuel, pela fraternidade que vivemos e vivenciamos juntos e seus braços sempre abertos para o acolhimento.

Aos colegas da XX turma do Mestrado da Saúde da Criança e do Adolescente, pelos momentos de alegria, companheirismo e carinho.

Aos amigos que compreenderam minhas ausências, me apoiaram nas situações difíceis e sempre ofertaram palavras de entusiasmo.

A Paulo Sérgio, por sua presteza e alegria.

A Albertina Farias, por sua super colaboração desde os rabiscos iniciais deste trabalho.

A todos que integram o Laboratório de Nutrição em Saúde Pública, por me acolherem em seu fraterno convívio.

Ao UNICEF e ao CNPq, pelo apoio financeiro à nossa pesquisa, que serviu de fundamento às análises aqui contempladas.

Às enfermeiras e aos agentes comunitários de saúde dos Distritos Sanitários III, IV e V, dedicados profissionais, que com suas experiências colaboraram de forma insigne para este estudo.

As entrevistadoras de campo pela seriedade no labor da coleta das informações.

À Prefeitura da Cidade do Recife por disponibilizar meios que proporcionaram subsídios para nossa pesquisa.

Ao CNPq, na qualidade de bolsista, pela imprescindível concessão dos recursos que permitiram-me a produção deste estudo.

A NOVAFAPI pelo estímulo e apoio para qualificação profissional.

“Iniciar bem a vida significa dar à criança a oportunidade de romper a exclusão e os ciclos de pobreza que atravessam gerações”.

Reiko Niimi

Representante do Unicef no Brasil

Sumário

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS	11
LISTA DE SIGLAS	12
RESUMO	13
ABSTRACT	14
1 - APRESENTAÇÃO	15
1.1 Referências bibliográficas	17
2 – ARTIGO REVISÃO DA LITERATURA	18
Aleitamento materno exclusivo: prevalência e fatores associados	
RESUMO	19
Abstract	20
2.1. Introdução	21
2.1.1 Definições de Aleitamento Materno, Aleitamento Materno Exclusivo e Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo	22
2.1.2 Importância do aleitamento materno para a saúde infantil	23
2.1.3 Histórico do resgate da amamentação no Brasil	25
2.2. Considerações finais	30
2.3 Referências bibliográficas	31

3 – ARTIGO ORIGINAL	37
Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo em três distritos sanitários na Cidade do Recife	
Resumo	38
Abstract	39
Introdução	40
Casuística e Métodos	41
Resultados	44
Discussão	49
Conclusão	55
Referências Bibliográficas	56
 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	 61
 5 – ANEXOS	 64

Lista de tabelas e gráfico

Artigo Original

Gráfico

Gráfico – 1	Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo em crianças menores de 6 meses, segundo os Distritos Sanitários, Recife, 2006	45
--------------------	--	----

Tabelas

Tabela - 1	Aleitamento Materno Exclusivo segundo as variáveis da criança	47
Tabela - 2	Aleitamento Materno Exclusivo segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas maternas	48
Tabela - 3	Aleitamento Materno Exclusivo segundo a assistência pré-natal, parto	49

Lista de siglas

ACS	– Agente Comunitário de Saúde
AM	– Aleitamento Materno
AME	– Aleitamento Materno Exclusivo
Benfam	– Sociedade Civil de Bem-Estar da Família no Brasil
DS	– Distrito Sanitário
HAC	– Hospital Amigo da Criança
Ihac	– Iniciativa Hospital Amigo da Criança
Imip	– Instituto Materno-Infantil de Pernambuco
OMS	– Organização Mundial da Saúde
Opas	– Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	– Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PSF	– Programa Saúde da Família
UFPE	– Universidade Federal de Pernambuco
Unicef	– Fundo das Nações Unidas para a Infância

Resumo

A presente dissertação consta de um capítulo de revisão da literatura e um artigo original. Na revisão é enfatizada a relevância da nutrição infantil, o aleitamento materno como alimento ideal, as vantagens do aleitamento para o crescimento e desenvolvimento infantil, breve histórico do aleitamento no Brasil, intervenções em prol do aleitamento, a situação do aleitamento materno em Pernambuco e no Nordeste. O artigo original, trata-se de um estudo transversal que tem por objetivo avaliar a situação do Aleitamento Materno nos Distritos Sanitários III, IV e V da cidade do Recife e sua associação com as variáveis socioeconômicas das lactantes. Foram entrevistadas 651 mães de crianças de 0-6 meses de idade, acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde, no período de julho de 2003 a julho de 2005. A idade da criança foi fator determinante para a prática do aleitamento materno exclusivo, assim como o uso de chupetas, bicos e mamadeiras. Os resultados sugerem que mais esforços devem ser realizados para o aumento e manutenção do Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses de idade.

Palavras-chave: Aleitamento materno, prevalência, aleitamento materno exclusivo.

Abstract

The present dissertation is made up of a literature review chapter and an original article. In the review chapter, it is emphasized the relevance of maternal breastfeeding as the ideal aliment in the infant nutrition, the advantages of breastfeeding for the growing and development of the child, a brief history of breastfeeding in Brazil, interventions in favor of breastfeeding, the situation of breastfeeding in the northeastern region of Brazil, in Pernambuco and in the city of Recife. The original article, entitled Prevalence of Exclusive Maternal Breastfeeding in the city of Recife, displays data about the situation diagnosis of Maternal Breastfeeding in the sanitary districts III, IV and V in the city of Recife. Its objectives were: to evaluate the situation of maternal breastfeeding in the city; determine the duration of maternal breastfeeding in the city and its relation to the social economic variables of the nursing mother. Six hundred and fifty one mothers of infants aged 0-6 months were interviewed, whom did health counselors attend from July 2003 to July 2005. The child's age was a determinant factor for the practice of exclusive maternal breastfeeding, as well as pacifiers, baby beakers and nursing bottles. The results suggest that more efforts should be done in order to improve the maintenance of Exclusive Maternal Breastfeeding until the child is 6 months old.

Key words: Maternal breastfeeding, prevalence, Exclusive Maternal Breastfeeding.



1 - APRESENTAÇÃO

1 – Apresentação

O leite materno é indiscutivelmente o alimento ideal para a criança, nos seis primeiros meses de vida, por possuir todas as vantagens nutricionais e imunológicas, além da prática do aleitamento materno estabelecer um elo, uma interação entre a mãe e o filho alimentado no seio por ela ¹

A prevalência do aleitamento materno é baixa, sua duração é curta e o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida é raro.² Segundo estudo realizado na Região Metropolitana do Recife e no interior do Estado de Pernambuco, a mortalidade infantil no primeiro ano de vida constitui um dos problemas mais recorrentes na região.³ Segundo estudo publicado no Lancet em 2005, o aleitamento materno como única ação pode prevenir 13% das mortes infantis mundiais.⁴

Diante da relevância do aleitamento materno para à saúde infantil foi realizado este estudo, com o objetivo de conhecer a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em três distritos sanitários na cidade do Recife e destacar sua importância, enfatizando o AME e sua contribuição par o combate da morbi-mortalidade infantil.

Esta dissertação do Curso de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), elaborada sob forma de revisão bibliográfica acerca dos benefícios do AM, explicita intervenções para aumentar a adoção desta prática. O artigo original intitulado: “*Prevalência do aleitamento materno exclusivo em três distritos sanitários na Cidade do Recife*”, aborda os resultados de entrevistas realizadas com as mães que são acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

1.1 Referências

1. UNICEF. Situação da Infância Brasileira 2006 - Crianças de até 6 anos. O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília, 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia Alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
3. Batista Filho M & Romani SAM. Atenção à saúde materno–infantil no Estado de Pernambuco. Recife: Bagaço, 2000.123p.
4. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can prevent this year? Lancet 2003; 362: 65-71.



2 - ARTIGO REVISÃO DA LITERATURA



2 – Aleitamento materno exclusivo: prevalência e fatores associados

Resumo

Objetivo: Avaliar a prática do Aleitamento Materno, com ênfase no Aleitamento Materno Exclusivo, através de revisão da literatura sobre o tema.

Fonte de Dados: Foram pesquisadas as bases de dados Medline, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), no período de 1986 – 2006, utilizando os seguintes descritores: prevalência, aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno. Os estudos selecionados foram os que abordavam o Aleitamento Materno Exclusivo, principalmente a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo ao longo das duas últimas décadas.

Resultados: Diversos fatores podem interferir na prática do aleitamento, de forma positiva (orientação profissional, escolaridade da mãe, co-habitação com o pai) ou negativa (uso de mamadeiras, chupetas ou chucas, orientações errôneas sobre alimentação infantil, trabalho da mãe fora de casa, introdução de outros líquidos).

Conclusões: Os estudos demonstram a necessidade de estabelecimento de políticas públicas que promovam a elevação das taxas de aleitamento materno, em especial o exclusivo.

Palavras-chave: Aleitamento Materno Exclusivo; Prevalência; Aleitamento Materno

Abstract

Objective: Evaluate the Maternal Breastfeeding practice, with emphasis on Exclusive Maternal Breastfeeding, through a literature review of the theme.

Data Source: The Medline database was researched, as well as the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information from 1986 to 2006 using the following descriptors: prevalence, exclusive maternal breastfeeding and maternal breastfeeding. The selected studies were the ones that dealt with Exclusive Maternal Breastfeeding, specially the prevalence of Exclusive Maternal Breastfeeding along the last two decades.

Results: Several factors might interfere in the breastfeeding practice, in a positive way (professional guidance, mother's level of education, cohabitation with the father), or in a negative way (use of bottles or pacifiers, erroneous guidance about child nutrition, mother's working outside the home, introduction to other liquids).

Conclusions: The study revealed the need to establish public policies in order to promote the increase of maternal breastfeeding rates, specially the exclusive maternal breastfeeding.

Key Words: Maternal Breastfeeding, Prevalence, Exclusive Maternal Breastfeeding

2.1 Introdução

O leite materno é o alimento adequado para as crianças nos primeiros meses de vida, tanto do ponto de vista nutritivo quanto do imunológico.¹ Uma alimentação adequada é de fundamental importância para a sobrevivência, o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e a nutrição das crianças.^{2,3}

O Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, a Organização Mundial da Saúde - OMS e o Ministério da Saúde,^{2,3} preconizam o Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses de vida e que a amamentação deve ser mantida por pelo menos dois anos, por ser a forma mais segura, eficaz e completa de alcançar crescimento e desenvolvimento adequados de uma criança.

Apesar da importância do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses para a saúde da criança pequena, apenas um percentual baixo das mulheres o pratica, como revelou a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada em 1996, cuja duração do aleitamento materno exclusivo foi de 1,1 mês em todo o Brasil. (BEMFAM, 1997)⁴

A amamentação exclusiva e sob livre demanda até os seis meses de vida, era esperada para ser praticada por todas as mulheres que pudessem e quisessem amamentar seus filhos, no entanto, os percentuais apresentados pela literatura são desalentadores.⁵ Tal fato necessita ser estudado e explicado para uma melhor prática do aleitamento materno, principalmente o exclusivo, que é fundamental para a sobrevivência e desenvolvimento dos recém-nascidos.

A melhoria das taxas de aleitamento materno também contribui para a redução da mortalidade infantil, para o aumento do intervalo interpartal e tem considerável impacto ambiental,⁶ além de ter sido destacada como fundamental na redução da morbi-mortalidade por doenças infecciosas.⁷

Diante das evidências que o aleitamento, incluindo o aleitamento exclusivo nos seis primeiros meses, pode ser prolongado tanto por suporte profissional, como por suporte de conselheiros comunitários de saúde e de grupos de mães-para-mães, esta revisão tem por objetivo apresentar estudos realizados acerca dos benefícios e intervenções em prol do aleitamento materno exclusivo e mudanças na sua prevalência diante das intervenções realizadas.

2.1.1 Definições de Aleitamento Materno, Aleitamento Materno Exclusivo e Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo

Dentre as categorias de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial de Saúde⁸ destacam-se para esta revisão:

- Aleitamento Materno Exclusivo - quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas e/ou medicamentos.
- Aleitamento Materno - quando a criança recebe leite materno diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano.⁹

É importante destacar que a OMS^{8,10} propôs indicadores para o acompanhamento da situação do aleitamento para que seja atingida a meta de 100% das crianças em amamentação exclusiva até os seis meses de idade.

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): proporção de crianças que receberam apenas o leite materno como única fonte de nutrição durante as últimas 24 horas. Calculada para as crianças menores de 4 meses (<120 dias).

- Aleitamento Materno: proporção de crianças menores de 01 ano que receberam leite materno, nas últimas 24 horas.⁸

Com a finalidade de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a saúde da criança e da mulher, é importante a aplicação de indicadores de morbidade, dentre eles destacamos:

- Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo – percentual de crianças que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno aos 30, 120 e 180 dias de vida, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.¹¹

É importante o conhecimento dessas definições, pois segundo a criteriosa revisão sistemática da OMS em que Kramer e Kakuma,¹² utilizaram 20 estudos independentes, as definições de aleitamento exclusivo variaram consideravelmente nos estudos analisados, o que acaba gerando dificuldade de comparação dos estudos. Embora se saiba que o conhecimento não garante mudanças de atitude, ele é considerado um passo importante no processo de mudanças de comportamento,¹³ principalmente da amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida que constitui prática indispensável para a saúde e o desenvolvimento da criança.¹²

2.1.2 Importância do aleitamento materno para a saúde infantil

A nutrição adequada na infância é importante para o crescimento e o desenvolvimento da criança, ao mesmo tempo em que constitui um dos fatores de prevenção de algumas doenças, na idade adulta.¹⁴

O leite materno é o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento da criança, sendo recomendado exclusivamente durante os seis primeiros meses de vida.¹⁰ A introdução precoce de outros alimentos interfere negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, levando a uma menor ingestão de leite materno, menor ganho ponderal e ao aumento do risco de diarreias, infecções respiratórias e alergias,¹⁵ quando comparado ao uso de fórmulas infantis.¹⁶

Os benefícios do aleitamento materno na redução da morbimortalidade por doenças infecciosas têm sido amplamente demonstrados. O aleitamento materno é fator de proteção contra pneumonia, sendo mais efetivo quanto menor a idade da criança. O risco é 14 vezes maior de morte por diarreia e

3,6 vezes maior de morte por pneumonia em crianças não amamentadas quando comparadas com as crianças exclusivamente amamentadas, sendo o risco de morte por diarreia maior nos dois primeiros meses de vida.¹⁷ Crianças exclusivamente amamentadas até quatro meses têm metade dos episódios de otite média que as não amamentadas.¹⁸

O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma e esse efeito protetor parece persistir pelo menos durante a primeira década de vida, sendo particularmente evidente em crianças com história familiar de doenças atópicas.¹⁹

Na revisão sistemática da OMS, também foi verificada que a manutenção do aleitamento materno exclusivo até seis meses reduz a morbidade por infecções gastrointestinais, promove adequado crescimento e favorece amenorréia materna.²⁰

As propriedades anti-infecciosas do leite humano são representadas pelos componentes solúveis (imunoglobulinas, IgA, IgM, IgD, IgE, lisozima, lactoferrina, componentes do sistema do complemento, peptídeos bioativos, oligossacarídeos e lipídeos) e celulares (fagócitos polimorfonucleares, linfócitos, plasmócitos e células epiteliais).²¹⁻²³

Dentre os 10 passos para alimentação saudável da criança menor de dois anos, destacamos o passo 1 que recomenda: dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.³ A amamentação exclusiva supre as necessidades de ferro nos primeiros meses de vida, em crianças nascidas a termo, com bom peso e mães não deficientes em ferro, graças às suas reservas desse micronutriente. Em geral, a criança amamentada exclusivamente por uma mãe que não tem carência vitamínica não necessita de suplementação com vitaminas, com exceção da vitamina K (que é administrada de rotina nas maternidades).²⁴

O Aleitamento Materno contribui para o desenvolvimento adequado do bebê por ser uma extensão natural da vida intra-uterina, proporcionando alimentação imediata e segura, proteção e ligação afetiva mãe-filho.²⁵

2.1.3 Histórico do resgate da amamentação no Brasil

O aleitamento materno foi instituído e reafirmado ao longo do tempo, como estratégia simplificada em nível de atenção primária para redução da mortalidade e da morbidade infantis, principalmente em países do Terceiro Mundo,²⁶ por ser um bom exemplo de política pública que envolve família, comunidade, governo e sociedade civil, com baixo custo e excelente impacto sobre o desenvolvimento infantil.²⁷

No Brasil, não há referência de estudos sobre índices de amamentação anteriores à década de 70. Nesta época, foram registrados os mais baixos índices de aleitamento materno, encontrando-se a mediana de amamentação em 2,5 meses,²⁸ o que motivou a publicação de um estudo inglês – “The Baby Killer” – que alertava sobre a contribuição das multinacionais de leites industrializados na ocorrência de diarreia e desnutrição, com conseqüente elevação das taxas de morbimortalidade infantil nas populações pobres dos países da África e América Latina.²⁹

Desde 1979, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendava que a duração do aleitamento materno exclusivo fosse de quatro a seis meses. Em maio de 2001, a Assembléia Mundial de Saúde aprovou a recomendação de amamentação exclusiva por seis meses.³⁰

A partir dos anos 80, com a regulamentação do Código de Substitutos do Leite Humano na Assembléia Mundial de Saúde em 1981 e com o início das pesquisas em relação aos benefícios do aleitamento materno, este passou a ser reconhecido como uma intervenção importante nos países em desenvolvimento, visando a redução da mortalidade infantil decorrente da desnutrição e das doenças

infecciosas. Surgem, desta maneira, as campanhas em prol do aleitamento materno, no Brasil. 28,^{17,31}

No Brasil, nos anos 80, desenvolveu-se o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), visando uma intervenção em larga escala, notável pela diversidade de ações e pela contribuição para o aumento das taxas de aleitamento exclusivo³² que, mesmo assim, ainda estavam muito longe de alcançar os valores desejáveis.³³

O desafio de garantir a proteção e desenvolvimento das crianças em seus primeiros seis anos de vida foi enfrentado pelo Brasil, através de marcos legais como a aprovação: da Lei do Alojamento Conjunto em 1983, que tornou sua prática obrigatória através da Portaria do Ministério da Saúde, da Constituição Federal, em 1988, e do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990. A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos aos Lactentes (NBCAL), foi aprovada em 1988 e revisada em 1992.³⁴

Em 1990, representantes de diversos países produziram o documento “Amamentação nos anos 90: uma iniciativa global”, que tratava de um conjunto de metas chamado “Declaração de Innocenti”.³⁵ Na Reunião de Cúpula Mundial em favor da Infância, também realizada em 1990, em Nova York, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir a mortalidade infantil.³⁶

Em 1991, o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, realizou no nordeste brasileiro um estudo que apontou índices de amamentação exclusiva abaixo de 10% no primeiro mês e inferior a 3% no terceiro mês de vida.³⁷

Dentre os esforços para garantir o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida das crianças, destaca-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). O projeto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança é promovido em diversos países, pelo UNICEF e pela Organização Mundial da Saúde; no Brasil, tem apoio fundamental do Ministério da Saúde, com implantação iniciada em 1992, por meio do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e do grupo de Defesa da Saúde da Criança.¹⁴

Em 1992, o Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira de Pernambuco foi credenciado como o primeiro Hospital Amigo da Criança (HAC) no estado, após implementar os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno e atender os cinco requisitos para o credenciamento, dentre os quais o limite de partos cesáreos.²⁷ Em 1998 já havia 103 Hospitais Amigos da Criança, sendo a maioria (68,1%) localizados no nordeste brasileiro. No Recife sete hospitais receberam até o momento o título de Hospital Amigo da Criança.¹⁴

O Brasil ao aderir às políticas internacionais pró-amamentação recebe apoio de entidades como a WABA, que é uma Organização Não Governamental e que com o apoio do UNICEF e outras instituições, idealizou a Semana Mundial da Amamentação, que é comemorada desde 1992 em cerca de 120 países, inclusive o Brasil.

Pesquisas regionais, estaduais e municipais realizadas na década de 90 revelam melhora no perfil do aleitamento materno exclusivo. Monteiro compara resultados obtidos pela Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde (PNDS - 1996) com os da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF - 1986), revelando a tendência ascendente de AME, 11 vezes maior para menores de 4 meses, e 25 vezes maior para crianças entre 4 e 6 meses.³⁸ Em 1998, na cidade de Pelotas, cerca de 57% dos bebês aos três meses de idade estavam em aleitamento materno exclusivo e 11% já estavam desmamados.³⁹ De acordo com a pesquisa do Ministério da Saúde, de 1999, as mães brasileiras amamentam seus filhos exclusivamente com leite do peito por apenas 33,7 dias em média. A região Sul tem o melhor índice (53,1 dias), seguida do Nordeste (38,2 dias).²⁷ No Nordeste, a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de quatro meses foi de 37,8% e para a cidade do Recife, 27,4%.

Dados da II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição do Estado de Pernambuco, realizada em 1997, mostram que os percentuais do aleitamento materno das crianças menores de 2 anos, no 1º, 3º e 6º mês de vida respectivamente, de 85,5%, 59,7% e 37,9%, portanto, abaixo da média encontrada no presente estudo.⁴⁰

Outro importante programa inovador que tem sido implantado em todo mundo é o método canguru ou *Kangaroo Mother Care* (baseado no contato “pele a pele” e sustentado na premissa de que todo neonato não poderia ser privado desta sensação de contato íntimo com sua mãe após o nascimento), usado em prematuros para melhorar os índices de Aleitamento Materno.⁴¹

Em 2000 é apresentada na Declaração do Milênio das Nações Unidas, as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), sendo a quarta meta a que trata da Redução da Mortalidade Infantil, cujo objetivo dependerá de muitos e variados meios, recursos, políticas e programas – dirigidos não só às crianças mais, às suas famílias e comunidades também, e que se pretende alcançar até 2015, a redução de mortes de crianças em dois terços (a partir do ano base de 1990).⁴²

Coutinho e al.⁴³ relatam uma experiência randomizada comparando os efeitos, nas taxas de aleitamento materno exclusivo de dois sistemas de promoção do aleitamento no Nordeste do Brasil. As intervenções foram realizadas no sistema hospitalar, no qual o pessoal da maternidade foi treinado pelo curso da lhac e na comunidade, através de dez visitas domiciliares realizadas por mulheres da comunidade treinadas no mesmo curso e cuja escolaridade era similar à do agente comunitário de saúde. Os autores acreditam que a combinação dos sistemas hospitalar e comunitário é necessária para que as mães possam continuar recebendo ajuda local, especialmente nas primeiras semanas após o nascimento da criança, quando as dificuldades geralmente aparecem.

Depois de todas essas iniciativas em prol do aleitamento materno no Brasil, surgiu em 2001 uma proposta de “Centros de Saúde Amigo da Criança”, que consiste na mobilização de todos os trabalhadores de centros de saúde, a fim de estabelecer rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce e desta forma tornar o local como referência em Aleitamento Materno.⁴⁴

O impacto de intervenções desenvolvidas em Atenção Primária à Saúde na duração do aleitamento exclusivo foi evidenciado em duas revisões da literatura, a primeira, uma revisão sistemática; e a segunda, que inclui uma meta-

análise. As revisões demonstraram que as intervenções geralmente efetivas eram as que associavam a interação face a face com a mãe, maior número de contatos e duração mais longa.⁴⁵

Segundo o artigo da série sobre a Sobrevivência Infantil, publicado no *The Lancet* em julho de 2003, a identificação de intervenções comprovadas de sobrevivência infantil, podem evitar milhões de mortes de crianças com menos de cinco anos de vida. Dentre essas intervenções, destaca-se a amamentação, que é estimada como sendo capaz de prevenir 13% de todas as mortes globais de crianças.⁴⁶

A revisão de literatura sobre 19 estudos de intervenções face a face para a promoção do aleitamento exclusivo que demonstrou nos estudos que a orientação às mães, em diferentes momentos, levou a mudanças significativas nos índices de aleitamento materno.³³

Ao avaliar o impacto do treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre as práticas relacionadas à amamentação na maternidade e frequências de aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida, Coutinho et al.⁴⁷ concluíram que há necessidade de um apoio mais efetivo e continuado, por parte dos profissionais de saúde e gestores, com relação à prática do aleitamento materno exclusivo durante todo o ciclo grávido- puerperal e pós-natal.

Uma vez que as informações e o suporte oferecidos às mães individualmente têm se mostrado bastante eficazes na promoção do aleitamento materno exclusivo, é de crucial importância o treinamento adequado de profissionais de saúde, agentes de saúde e pessoas leigas que se propõem a dar suporte às mães que estão amamentando.⁴⁸

Após o nascimento é importante avaliar a influência das práticas alimentares sobre o padrão de crescimento e morbi-mortalidade infantil, sem, todavia, dissociá-lo dos determinantes que o precederam.⁴⁹

A política de saúde da criança no Brasil tem priorizado, dentre outras, as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como estratégia fundamental para redução da mortalidade infantil no país e para a melhoria da qualidade de saúde das crianças brasileiras.³⁶

Apesar dos baixos índices, nos últimos anos o Brasil tem sido reconhecido internacionalmente pelo crescimento do índice de amamentação materna não-exclusiva. Em 1986, a duração média do aleitamento não-exclusivo, no Brasil, era de 5,5 meses e, em 1996, esse índice alcançou 7,7 meses.²⁷

No Brasil, apesar de atualmente já existir uma maior prevalência da prática do aleitamento materno e de haver maiores investimentos na atenção à saúde materno-infantil para promovê-la, ainda não se alcançou a cobertura desejada,⁵⁰ que é amamentação exclusiva até os seis meses, bem como a garantia que nossas crianças sejam amamentadas até o segundo ano de vida ou mais.³⁶

2.2 Considerações Finais

Diante da relevância do aleitamento materno para a saúde infantil, pesquisas vem sendo realizadas em busca de identificar as maneiras mais viáveis de atender as recomendações da Organização Mundial de Saúde acerca do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e o prosseguimento do aleitamento materno com complementação até os dois anos de idade. Pesquisas brasileiras demonstram que muitos esforços já foram desenvolvidos para a implantação das políticas de incentivo e apoio ao aleitamento materno, mas que ainda há a necessidade de estabelecimento de políticas públicas mais efetivas que promovam a elevação das taxas de aleitamento materno, em especial o aleitamento materno exclusivo.

Os inquéritos são importantes instrumentos de acompanhamento e avaliação dessas políticas, para entender a epidemiologia da saúde infantil e assim selecionar uma intervenção adequada. Neste caso, o alcance da meta proposta pela OMS, de que 100% das crianças até os seis meses de vida recebam apenas o leite materno como alimento.

2.3 Referências bibliográficas

1. Bosi MLM, Machado MT. Amamentação: um resgate necessário. Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará. v.1, n.1, Julho/ Dezembro, 2005.
2. OMS/Unicef. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Genebra; 1989.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília; 2002. 152p.(Série A, Normas e Manuais Técnicos; Nº 107).
4. SOCIEDADE CIVIL BEM ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde – 1996. Amamentação e Situação Nutricional das Mães e Crianças. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997, p.125-38.
5. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF, Queiroz ML, Higasa DN. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. Rev Bras S Mat Infant 2005; 5 (1):87-92.
6. Wright AL, Bauer M, Naylor A, Sutcliffe E, Clark L. Increasing breastfeeding rates to reduce infant illness at the community level. Pediatrics 1998; 101 (5): 827-43.
7. OMS. Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna. Genebra; 1991.

8. OMS / Opas. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos – Embasamento científico. Giugliani ERJ, Victora CG. Brasília; 1997.
9. OMS. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília; 2001.
10. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações – Ripsa – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
11. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO; 2002.
12. Kaplowitz DD, Olson C. The effect of an education program on the decision to breastfeed. J Nutr Educ, v.15, p.61-5, 1983.
13. Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno : Iniciativa Hospital Amigo da Criança. J Pediatr 1998; 72 (6):363-7.
14. Venâncio SI, Escuder MM, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev S Públ 2002; 36(3): 319-25.
15. Trippia SMG, Filho NR, Ferrari FP. Aspectos clínicos da asma na criança: análise de 1009 pacientes de um ambulatório especializado. Rev Bras Alerg Imunol 1998; 21:75-82.
16. Victora CG, Vaughan LP, Lombardi C, Fuchs SMC, Gigante LP, Smith PG et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. Lancet 1987; 319-21.
17. Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. Pediatrics. 1993;91:867-72.

18. Van Odjik J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*. 2003; 58:833-43.
19. Devincenzi MU, Ribeiro LC, Modesto SP, Campos KA, Sigulem DM. Nutrição e alimentação nos dois primeiros anos de vida. *Compacta Nutrição*. UNIFESP: Vol.V – Nº 1, 2004.
20. Lamounier JA, Vieira GO, Gouvêa LC. Composição do leite humano - fatores nutricionais. In: Rego JD (Ed.) *Aleitamento materno*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001. p. 47-58.
21. Fernandes RM, Carbonare SB, Carneiro-Sampaio MM, Trabulsi LB. Inhibition of entero aggregative *Escherichia coli* adhesion to Hep-2 cells by secretory immunoglobulin A from human colostrum. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 20(7): 672-8.
22. Novak FR, Almeida JAG, Vieira GO, Borba LM. Colostro humano: fontes naturais de probióticos? *J Pediatr* 2001; 77(4): 265-71.
23. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr* 2004; 80(5): S131-41.
24. Oddy WH. The impact of breast milk on infant and child health. *Breastfeed Rev* 2002; 10(3):5-18.
25. Pereira MJB et al. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto. *Ver Brás Epidemiol* 2004 1;7.
26. Relatório Situação da Infância Brasileira 2001. Fundo das Nações Unidas para a Infância no Brasil. Brasília; 2001.
27. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad S Públ* 2003; 19 (1) :37-45.

28. Muller M. O matador de bebês. (The baby killer). 2ª ed. São Paulo: Cemicamp /Cepe / Imip;1977.
29. Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP et al. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. Cad S Públ 2005; 21 (2) : 482-89.
30. Cesar JA, Victora CG, Barros FC. Impact of breast-feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. BMJ 1999; 318 (7194):1316-20.
31. Rea MF, Berquó ES. Impact of the Brazilian national breastfeeding programme on mothers in Greater São Paulo. Bull World Health Organ 1990; 68(3): 365-71.
32. Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. Rev Panam S Publ 2003; 14:17-24.
33. Sakae PPO, Costa MTZ, Vaz FAC. Cuidados humanizados e o aleitamento materno promovendo a redução da mortalidade infantil. J Pediatr 2001; 23 (2): 179-87.
34. Sokol EJ. Em defesa da amamentação: manual para implementar o código internacional de mercadização de substitutos do leite materno. IBFAN (Internacional Baby Food Network) 1999.
35. Araújo MFM. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1-10.
36. BRASIL. Governos Estaduais/UNICEF. Pesquisas Estaduais de Saúde e Nutrição, 1989 –1991. 1991.

-
37. Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. In: Cadernos de Políticas Sociais 1996; p.1-17. (Série Documentos para Discussão, 1).
 38. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida e seus determinantes no sul do Brasil. J Pediatr 2006; 82(4): 289-94.
 39. Vasconcelos MGL. Perfil do aleitamento materno em crianças de 0-24 meses de idade no Estado de Pernambuco [Dissertação] Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Nutrição. 1999.
 40. Anderson GC. Current Knowledge about skin-to skin (kangaroo) care for preterm infants. J. Perinatol, v.11, p. 215-225, 1991.
 41. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. As metas de Desenvolvimento do Milênio. Metas, Objetivos e Indicadores. Disponível em www.pnud.org.br.
 42. Coutinho SB, Lira PIC, Lima MC, Ashworth A. Comparison of the effect of the two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. Lancet 2005; 366: 1094 -100.
 43. Lana APB, Lamounier JA. Centro de saúde amigo da criança: uma referência em aleitamento materno. Rev. Méd. Minas Gerais, v.11, n.4, p.235-245, 2001.
 44. Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. J Hum Lact 2001; 17:326-43.
 45. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can prevent this year? Lancet 2003; 362: 65-71.

-
46. Coutinho SB, Lima MC, Ashworth A, Lira PIC. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. J Pediatr 2005; 81: 471-7.
 47. Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva e sua promoção . In : Carvalho MR, Tamez RN, colaboradores. Amamentação - bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.11-24.
 48. Sprydes MHC, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. Rev Bras S Mat Infant 2005; 5 (2): 145-53.
 50. Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília ;2001.



3 - ARTIGO ORIGINAL

3 – Prevalência do aleitamento materno exclusivo em três sanitários na cidade do Recife

Resumo

Objetivos: Determinar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em três distritos sanitários da cidade do Recife e sua associação com as variáveis socioeconômicas, demográficas e de assistência à saúde do binômio mãe/filho.

Método: Estudo do tipo transversal, realizado nos Distritos Sanitários III, IV e V da cidade do Recife, através de visitas domiciliares. Foram entrevistadas 651 mães de crianças menores de seis meses que eram acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde.

Resultados: Da amostra analisada, 51,3% eram do sexo feminino, 90,1% nasceram com peso adequado, 45,5% usavam chupetas, 59,3% usavam chucas / mamadeiras. Em relação ao aleitamento materno exclusivo, as prevalências no quarto e no sexto meses de vida eram de 30,8% e 10,7%, respectivamente. A idade da criança foi fator determinante para a prática do aleitamento materno exclusivo. O uso elevado de chupetas, bicos e mamadeiras interferem significativamente no aleitamento materno exclusivo.

Conclusão: Apesar da alta cobertura do pré-natal e da orientação para a alimentação na primeira infância na cidade do Recife, é baixa a prevalência do aleitamento materno exclusivo. Portanto, é necessária uma avaliação da qualidade da assistência oferecida pelos profissionais de saúde, a fim de aumentar a eficácia dessas práticas e, conseqüentemente o número de mães que adotam o aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Prevalência, Aleitamento materno exclusivo

Abstract

Objectives:: Determine the prevalence of maternal breastfeeding in three sanitary districts in the city of Recife and its association with the social-economic and demographic variables and with the health assistance of the binomial mother son.

Methods: Transversal study, performed in Sanitary Districts III, IV and V in the city of Recife, through home visits. Six hundred and fifty one mothers of infants younger than 6 months old were interviewed. These mothers were all seen by health counselors.

Results: In relation to the sample analyzed, 51.3% were female, 90.1% were born with appropriate weight, 45.5% used pacifiers, and 59.3% used bottles. As to exclusive maternal breastfeeding, the prevalence in the fourth month of life was 30.8% and in the sixth month of life 10.7%. The child's age was a determinant factor for the practice of exclusive maternal breastfeeding. The high rates of pacifier and bottle use interfere significantly in the exclusive maternal breastfeeding.

Conclusion: Although there is a great coverage of prenatal care and nutrition guidance of infants in the city of Recife, there is a low prevalence of exclusive maternal breastfeeding. Therefore, it is necessary to evaluate the quality of assistance offered by health professionals.

Key Words: Maternal Breastfeeding, Prevalence, Exclusive Maternal Breastfeeding.

Introdução

A amamentação tem um papel extremamente importante na segurança alimentar, significando a garantia da obtenção de alimento em quantidade e qualidade suficiente para que a criança possa manter uma vida produtiva e saudável, na infância e na vida adulta.¹

Embasada numa revisão sistemática da literatura sobre a duração ótima do aleitamento materno exclusivo, a Organização Mundial de Saúde recomenda a amamentação exclusiva por seis meses, por essa trazer benefícios para a mãe e o seu filho, sem prejudicar o crescimento da criança.² No entanto, as taxas de aleitamento materno exclusivo costumam ser baixas ao serem comparadas com as taxas de aleitamento materno total, tanto no Brasil, como em diversos países do mundo.³

Em estudo realizado sobre os padrões de amamentação natural na América Latina, em 1993, a prevalência do aleitamento materno exclusivo no Brasil foi uma das mais baixas.⁴ Devido, provavelmente, ao processo de urbanização e seu efeito sobre a composição familiar, a cultura e as tradições locais.⁵

Pelos dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, a duração de aleitamento materno exclusivo é de apenas 1,1 mês em todo o Brasil.⁶ E segundo a Pesquisa Nacional, realizada em 1999 pelo Ministério da Saúde em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, foi verificada que a duração média do aleitamento materno exclusivo, na região urbana, era de 23 dias e que, nenhuma capital brasileira cumpre a determinação de amamentar exclusivamente por seis meses, sendo, portanto, o aumento da prevalência da amamentação exclusiva um desafio.⁷

Por ser o aleitamento materno exclusivo, uma prática apropriada de alimentação de fundamental importância para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição dos lactentes,⁸ faz-se necessário o conhecimento e a avaliação da prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo.

O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em três distritos sanitários na cidade do Recife e sua associação com as variáveis socioeconômicas, demográficas e de assistência à saúde do binômio mãe/filho.

Casuística e Métodos

Local do estudo

Os dados foram coletados nos Distritos Sanitários (DS) III, IV e V na Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. Recife é a capital do Estado de Pernambuco, situada no litoral nordestino e possui uma área de 219,493 km². Tendo como divisão territorial: 94 bairros e uma população residente de 1.422.905 habitantes, correspondendo a 43% da população da Região Metropolitana. A composição etária da população de 0 a 14 anos é 26,16% e 15 a 64 anos de 67,3%. Proporção de domicílios ligados à rede geral de abastecimento de água, à rede geral de esgotamento sanitário e com coleta domiciliar de lixo é da ordem de 87,9%, 43,0% e de 96,2%, respectivamente.⁹

A área de abrangência do estudo é representada por 57 (cinquenta e sete) bairros, compreendendo uma população total de aproximadamente 762 mil habitantes (estimativa a partir da população de 2001), o que representa cerca de 50% da população do Recife.

Desenho do estudo

Estudo do tipo transversal, para avaliar a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) nos Distritos Sanitários III, IV e V da Região Metropolitana do Recife. Também denominado de estudo seccional ou de corte-transversal, é o estudo que produz “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos

membros do grupo, daí produzindo indicadores globais da saúde do grupo investigado.¹⁰

Amostra

Foram incluídas no estudo mães nutrizes e suas crianças residentes nos DS III (n=201), DS IV (n=240) e DS V (n=211), e que eram acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As crianças estavam compreendidas na faixa etária de 0 a 6 meses de idade. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando o *software* Epi-info 6.04, programa *Epi-table*. A amostra foi estimada para uma prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de 10% e um erro máximo de 4% para um nível de significância de 5% e um poder de 80%. Foram sorteados 50 agentes comunitários de saúde de cada DS, utilizando-se a tábua de números randômicos do programa *Epi-table*. Após o sorteio, foram selecionadas as famílias com filhos na idade de 0-6 meses de vida, visitadas por cada agente comunitário sorteado. Caso o agente sorteado não estivesse acompanhando famílias com este critério, era escolhido na lista o agente de número imediatamente posterior.

Definição da Variável Dependente

Aleitamento materno exclusivo - uso do leite materno diretamente da mama ou extraído, sem a utilização de nenhum outro líquido, como: água, chá, suco ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais ou medicamentos.¹¹

Operacionalização do estudo

O presente estudo faz parte do Projeto intitulado “Impacto do treinamento dos agentes comunitários de saúde na promoção do aleitamento materno exclusivo em distritos sanitários da cidade do Recife”, financiado pelo

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e CNPq. O referido projeto foi elaborado objetivando que através de visitantes domiciliares (agentes comunitários de saúde) adequadamente capacitados, os mesmos pudessem vir a incentivar, promover, apoiar e introduzir mudanças na prática da amamentação, durante as visitas domiciliares, nos períodos pré e pós-natal contribuindo para a manutenção do aleitamento materno exclusivo, até o sexto mês de vida e ampliação da duração da amamentação.

Foram entrevistadas 651 mães, residentes nos Distritos Sanitários III, IV e V da cidade do Recife, no período de junho de 2003 a junho de 2005. As entrevistas foram realizadas em visitas domiciliares, sendo aplicado questionário para coletar informações sobre as características demográficas da família, a prática da alimentação da criança, o uso de chupetas e mamadeiras e as possíveis causas do desmame nos seis primeiros meses de vida. Os critérios utilizados para seleção da amostra foram: a criança ter idade inferior ou igual a seis meses, não ter nascido de gestação gemelar, não apresentar má formação congênita.

As informações foram colhidas do banco de dados constituído durante a execução do Projeto já referido, de que faz parte o trabalho. Tendo como principais variáveis, relacionadas às crianças: sexo, peso ao nascer, idade, uso de chupeta e uso de mamadeiras e chucas. As variáveis relacionadas às mães: escolaridade, realização do pré-natal, início do pré-natal número de consultas de pré-natal, orientação sobre Aleitamento Materno, co-habitação com o pai da criança, paridade e bens de consumo (geladeira e TV).

Processamento dos dados e análise estatística

Após a coleta dos dados e revisão dos questionários pela supervisora de campo, os dados foram digitados. Foi realizada a dupla entrada dos dados e, em seguida, a validação da digitação. Na análise estatística foi utilizado o pacote estatístico EPI-Info, versão 6.04. Inicialmente, foram verificadas a distribuição de frequência das variáveis e de medidas dispersão das variáveis contínuas. E aplicado o Teste de Qui-quadrado para um nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (processo nº 512) do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (Imip).

Resultados

A amostra foi constituída por 651 menores de seis meses de vida e suas mães, sendo 201 (30,9%), 240 (36,9%) e 210 (32,2%) dos Distritos Sanitários III, IV e V, respectivamente, da cidade do Recife. No gráfico 1 observa-se, para o total da amostra, uma prevalência de aleitamento materno exclusivo de 44,8%, com o maior percentual para o DS III (48,3%) e o menor para o DS V (40,5%).

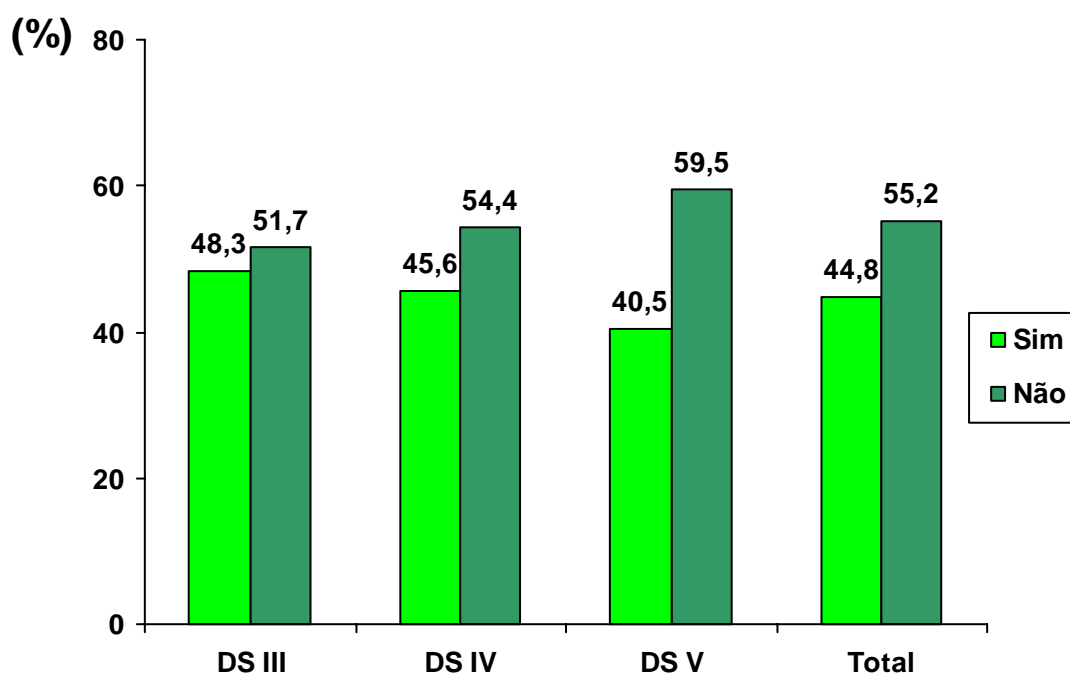


Gráfico 1 – Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo em crianças menores de seis meses, segundo os Distritos Sanitários, Recife, 2006.

A amostra final constitui-se de 51,3% de crianças do sexo feminino e 48,7 do sexo masculino. As que nasceram com 2500g ou mais foram representadas por 583 crianças, as que usavam chupetas por 296 crianças e as que usavam chucas/mamadeiras por 386 crianças. Com relação às faixas etárias, a amostra apresentou-se relativamente homogênea com percentuais variando de 18,4% a 13,0% (Tabela 1).

Em relação ao aleitamento materno exclusivo, os percentuais foram semelhantes para as variáveis sexo e peso ao nascer (Tabela 1). As prevalências de Aleitamento Materno Exclusivo diminuíram à medida que aumentava a idade, com percentuais de 30,8% e 10,7% no quarto e sexto mês, respectivamente. Ao se considerar o uso de chupetas e chucas/mamadeiras, as maiores prevalências de Aleitamento Materno Exclusivo foram observadas entre as crianças que não faziam uso, quando comparadas com aquelas que usavam esses acessórios ($p < 0,001$).

Nenhuma das variáveis socioeconômicas e demográficas analisadas esteve associada estatisticamente à prática do aleitamento materno exclusivo,

embora essa prática tenha sido menos freqüente entre as mães de menor escolaridade (38,7%) e entre aquelas que não co-habitavam com o pai da criança (39,8%) (Tabela 2).

Em relação às variáveis da assistência ao pré-natal e parto, a maioria realizou pré-natal, tendo o mesmo sido iniciado no primeiro trimestre, realizando mais de cinco consultas de pré-natal e 82,1% receberam orientação sobre aleitamento materno. De acordo com o tipo de parto, 35,3% nasceram de parto cesariano. Em relação ao aleitamento materno exclusivo, não houve associação estatística com as variáveis da assistência ao pré-natal e parto (Tabela 3).

Tabela 1. Aleitamento Materno Exclusivo segundo as variáveis sócio demográficas da criança nos Distritos Sanitários III, IV e V da cidade do Recife, 2006

Variável	Total	Aleitamento Materno Exclusivo				P
	n=651	Sim n=291	%	Não n=360	%	
Idade da criança (meses)						
1	120	94	78,3	26	21,7	<0,001
2	120	81	67,5	39	32,5	
3	118	51	43,2	67	56,8	
4	107	33	30,8	74	69,2	
5	102	23	22,5	79	77,5	
6	84	09	10,7	75	89,3	
Sexo da criança						
Masculino	317	140	44,2	177	55,8	0,78
Feminino	334	151	45,2	183	54,8	
Peso ao nascer	(n=647)	(n=288)		(n=359)		
Menos de 2500g	64	28	43,8	36	56,2	0,17
2500g ou mais	583	260	44,6	323	55,4	
Uso de chupeta						
Sim	296	73	24,7	223	75,3	0,001
Não	355	218	61,4	137	38,6	
Uso de chucas/mamadeiras						
Sim	386	52	13,5	334	86,5	0,001
Não	265	239	90,2	26	9,8	

Tabela 2. Aleitamento Materno Exclusivo segundo as variáveis socioeconômicas maternas nos Distritos Sanitários III, IV e V da cidade do Recife, 2006.

Variável	Total n=651	Aleitamento Materno Exclusivo				P
		Sim		Não		
	n=291	%	n=360	%		
Escolaridade materna (anos)						
0-4	145	56	38,7	89	61,3	0,23
5-8	298	140	47,0	158	53,0	
≥ 9	208	95	45,7	113	54,3	
Co-habitação (pai)						
Sim	528	242	45,8	286	54,2	0,22
Não	123	49	39,8	74	60,2	
Paridade						
≤ 2	477	213	44,6	264	55,4	0,91
> 3	174	78	44,8	96	55,2	
Bens de Consumo						
Televisor						
Sim	584	259	44,3	325	55,7	0,59
Não	67	32	47,7	35	52,3	
Geladeira						
Sim	543	244	45,0	299	55,0	0,78
Não	108	47	43,5	61	56,5	

Tabela 3 – Aleitamento Materno Exclusivo segundo a assistência pré-natal e parto nos Distritos Sanitários III, IV e V da cidade do Recife, 2006.

Variável	Total	Aleitamento Materno Exclusivo				
		Sim		Não		P
		n=291	%	n=360	%	
	n=651					
Realização do pré-natal						
Sim	626	282	45,0	344	55,0	0,49
Não	25	09	36,0	16	64,0	
Início do pré-natal						
	(n=626)	(n=282)		(n=344)		
No primeiro trimestre	444	205	46,1	239	53,9	0,23
A partir de 4 meses	182	77	42,3	105	57,7	
No. de consultas no pré-natal						
Até 5 consultas	204	85	41,6	119	58,4	0,36
6 e mais consultas	422	197	46,7	225	53,3	
Orientação sobre aleitamento materno						
Sim	514	232	45,1	282	54,9	0,34
Não	112	50	44,6	62	55,4	
Tipo de parto						
Normal	421	193	45,8	228	54,2	0,40
Cesariana	230	98	42,6	132	57,4	

Discussão

A realização de diagnósticos da prevalência de aleitamento materno, é de fundamental importância para orientar medidas oportunas de intervenção, para que a maioria das crianças seja mantida em aleitamento materno exclusivo até completar seis meses de vida, segundo as normas nacionais.¹²

No nosso estudo foram avaliadas as características socioeconômicas e demográficas do binômio mãe/filho, além das variáveis ligadas à assistência da saúde das mulheres e das crianças acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, nos Distritos Sanitários III, IV e V da cidade do Recife. Esses dados, certamente poderão contribuir na análise das condições de saúde e nutrição dos lactentes do estudo.

A idade da criança foi um fator determinante para a prática do aleitamento materno exclusivo, neste estudo. No primeiro mês, foi detectado um percentual de aleitamento materno exclusivo de 78,3%, no segundo mês 67,5%, decaindo drasticamente, no quarto mês para 30,8%, e para apenas 10,7%, no sexto mês. Considerando o que é preconizado pelos órgãos internacionais de proteção à infância, a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) foi baixa, tanto entre as crianças menores de quatro meses quanto entre as menores de seis meses. Percentuais baixos de Aleitamento Materno Exclusivo são muito preocupantes, considerando que muitos benefícios do leite materno, como a proteção contra infecções, são mais evidentes se a amamentação for exclusiva nos primeiros meses.^{3, 13}

Na pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 1999, para avaliar a prevalência do aleitamento materno, a duração mediana do Aleitamento Materno Exclusivo na cidade do Recife foi de apenas 6,8 dias.¹⁴ É importante reiterar a necessidade de se investir mais na análise de variações geográficas e temporais na distribuição da prevalência do aleitamento materno, identificando áreas e grupos em maior risco de desmame precoce.¹²

O desmame precoce ainda é um importante problema de saúde pública no Brasil, e o fortalecimento das ações de aleitamento materno é estratégia fundamental para a reversão desse quadro, possibilitando a melhoria da qualidade de vida das crianças brasileiras.⁷ Em relação ao peso ao nascer, 90,1% das crianças nasceram com peso igual ou superior a 2500g; entretanto, na associação com o Aleitamento Materno Exclusivo, não foi encontrada diferença significativa.

Então, qualquer esforço no sentido de aumentar as taxas de aleitamento materno deve levar em consideração os fatores que influem negativamente nesta prática, pois muitos são os fatores que afetam o modo como as mulheres alimentam seus filhos e o tempo durante o qual os amamentam.¹⁵ Dentre os fatores que interferem na prática do Aleitamento Materno Exclusivo, foram avaliados: o uso de chupetas, chucas e mamadeiras. Das crianças que fizeram parte da amostra, 45,5% usavam chupetas e apenas 24,6% estavam em Aleitamento Materno Exclusivo quando comparadas com aquelas que não faziam uso e estavam em AME (61,4%). Constata-se que o uso de chupetas é fator que interfere no Aleitamento Materno Exclusivo, neste estudo, as crianças que usavam este artefato tiveram um risco estimado 2,5 vezes maior de não serem amamentadas do que as que não usavam. Comparando com os resultados encontrados por outros estudos como o de Silveira e Lamounier (2006)¹⁶, cujo risco de interrupção do aleitamento materno nas crianças que usaram chupeta foi 3,16 vezes maior em relação às que não usaram chupeta. Estudo realizado nas capitais brasileiras, constatou que 52,9% das crianças brasileiras usam chupetas e, no Recife, a prevalência relativa a este uso foi de 60,3%.¹⁴

Fica portanto, demonstrado, que o hábito de utilizar chupetas é muito freqüente entre as mães brasileiras, sendo considerado pela comunidade, benéfico para a criança e até natural. Contrapondo esse hábito, os estudos sugerem que o uso de chupetas deve ser combatido, por ser inapropriado, por causar sérios prejuízos à saúde infantil e por estar associado a menor duração do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo.^{17,18} O uso de chupeta pode ser um indicativo de dificuldades na amamentação ou motivação reduzida para amamentar¹⁹. Victora et al²⁰ concluíram que, mães com menos dificuldades e maior confiança em relação ao aleitamento materno, o uso de chupeta foi menos associado com o desmame precoce, sugerindo que talvez seja apenas parte do processo, e não exatamente a causa da interrupção da amamentação.

É sabidamente difundido, que a amamentação e a manutenção da mesma não são tarefas fáceis para a mulher, pois os condicionantes sociais se sobrepõem aos biológicos e as mulheres sofrem as mais diversas pressões para

introduzir novos alimentos,¹⁵ necessitando as mesmas de apoio e ajuda nas dificuldades específicas ou nas suas crises de autoconfiança.²¹

Aliado ao uso de chupetas, há a prática também inadequada do uso de mamadeiras e chucas que, neste estudo, teve um percentual de 59,3%, o que equivale afirmar que as crianças que usavam chucas/mamadeiras tiveram um risco de interrupção do Aleitamento Materno Exclusivo 6,7 vezes maior do que as que não usavam. Estudo de coorte realizado na Zona da Mata Meridional de Pernambuco, em 1998, revelou o hábito de usar água, chá e outros alimentos precocemente, quando as mães ainda estão internadas nas maternidades, ou durante a primeira semana de vida.²² A utilização da mamadeira com sucos, água e leite, reflete hábitos culturais e o fato das mães não serem orientadas para a mudança, continuando a praticar hábitos antigos, na crença de que estes líquidos são necessários para os bebês.²³

O uso de mamadeiras contraria a lógica de que o bebê, ao longo de seu desenvolvimento, não precisa usá-la,²⁴ que deve ser evitada porque, além de ser uma fonte de contaminação para a criança, prejudica a dinâmica oral²⁵ e pode confundir o bebê (“confusão de bicos”).²⁶ Sendo também comprovado que quando o bebê inicia outros alimentos, mesmo líquidos como água, chás ou sucos, no denominado Aleitamento Materno Predominante (AMP), os mesmos se constituem fatores precipitantes do desmame. Portanto, qualquer outro tipo de Aleitamento Materno, que não o exclusivo, deve ser preterido.²⁷

Na análise das variáveis socioeconômicas e demográficas maternas, a escolaridade foi avaliada e observou-se que as mulheres com mais anos de estudo optavam por amamentar mais seus filhos, mesmo não tendo sido obtidos resultados estatisticamente significantes quanto a esta variável. Esse fato está de acordo com alguns autores²⁸⁻³⁰ que constataram melhores índices de Aleitamento Materno nos filhos de pais com maior nível de escolaridade e socioeconômico, mesmo não sendo as diferenças da duração do aleitamento materno significantes.

Outros estudos, como a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, a duração de aleitamento materno exclusivo foi bastante baixa

em todo o país – 1,1 mês, no entanto as mulheres com maior escolaridade amamentavam mais: enquanto, para as mulheres com mais de 12 anos de escolaridade, a mediana da duração do aleitamento materno exclusivo foi de 2,1 meses e entre as mulheres com até três anos de estudo foi de 0,6 mês.⁶ Corroborando, o estudo de Santiago LB et al³¹ confirma que a escolaridade é uma variável que deve ser considerada em programas que se destinam à melhoria dos indicadores de Aleitamento Materno, principalmente quando se trata de trabalho comunitário em situações de baixa condição econômica e social.

A duração do aleitamento materno pode ser favorecida ou restringida por fatores biológicos, culturais, relativos à assistência à saúde e socioeconômicos,³² considerando a co-habitação das mães com os pais biológicos das crianças, a maioria convivia no mesmo lar com o pai, 45,8% em Aleitamento Materno Exclusivo, em contraste com aquelas que não co-habitavam com o pai (39,8%). Vários autores ratificam o achado de que o pai biológico tem uma importante influência sobre o início e duração da amamentação.³³⁻³⁶ Cabe um maior incentivo para a participação do pai no apoio ao aleitamento, considerando o fato de que, quando os pais aprovavam a amamentação, 98,1% das crianças eram amamentadas, enquanto apenas 26,9% eram amamentadas quando o pai era indiferente.

Na avaliação da assistência perinatal, apesar da cobertura universal de 96,2% para realização do pré-natal, apenas 45% das mulheres estavam em Aleitamento Materno Exclusivo. Dos 3,8% que não realizaram o pré-natal, o percentual de AME foi ainda menor (36,0%), embora não estatisticamente significativo. O pré-natal tem influência no aumento da duração do aleitamento materno em Pernambuco, particularmente na Região Metropolitana do Recife, por constituir um dos fatores de oportunidade para orientar e incentivar as mães a amamentarem seus filhos, vez que a decisão de amamentar raramente é feita antes do nascimento da criança.³⁷

Com relação ao início do pré-natal, 70,9% o fizeram no primeiro trimestre da gestação e 67,4% compareceram a seis ou mais consultas, ou seja, uma boa porcentagem de gestantes que fizeram mais de seis consultas, o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde. Dentre as mães que realizaram mais de seis

consultas, 70% amamentavam exclusivamente. Cabendo, entretanto, uma avaliação da contribuição do pré-natal para evitar um óbito infantil que depende não só do número de consultas, mas também da fase da gestação em que é feita a primeira consulta e, principalmente, da qualidade do acompanhamento.³⁸

Uma grande parte das mães (82,1%) foram orientadas sobre o Aleitamento Materno, na análise da associação com o Aleitamento Materno Exclusivo, não observou-se diferença, as prevalências do AME foram semelhantes entre as mães que receberam e as que não receberam orientação. Esse resultado remete a uma reflexão sobre a qualidade do modelo de orientação que vem sendo implementado, porque orientações e condutas equivocadas sobre alimentação infantil, freqüentemente difundidas por alguns profissionais de saúde podem ser consideradas obstáculos para a prática da amamentação. Esse trabalho de orientação objetiva oferecer suporte para maior segurança das mães no que se refere ao cuidado do bebê e à iniciativa e manutenção do aleitamento.¹⁵

Fatores relacionados às práticas hospitalares, incluindo tipo de parto, amamentação na primeira meia hora de vida, alojamento conjunto, orientação e auxílio dos profissionais de saúde na prática da amamentação, são importantes para superar as primeiras barreiras do aleitamento materno.³⁹

O índice de cesariana encontrado (35,3%) é muito superior aos 15% preconizados pela Organização Mundial da Saúde, sendo contudo, compatível com o índice encontrado no Brasil em 1999 (35%).⁴⁰ A cesariana altera as respostas endócrinas na mãe e no bebê, no período imediato após o parto, além de provocar dor na mãe e maior sonolência em ambos, condições que retardam e impõem dificuldades nas primeiras mamadas.⁴¹ Apesar dessas evidências desfavoráveis, as prevalências de Aleitamento Materno Exclusivo foram semelhantes para as mulheres que realizaram parto normal e parto cesariano.

A duração da amamentação pode ser influenciada por diversos fatores, que não atuam de forma independente. Coutinho et al,⁴² destacam que, quando a mãe recebe suporte e apoio após sua alta hospitalar, através de visitas domiciliares, há um aumento da prevalência do aleitamento materno e um declínio do uso de

bicos, chupetas e mamadeiras. No entanto, o efeito que cada um desses fatores pode exercer sobre a duração desse hábito é variável e, muitas vezes, até contraditório, de acordo com resultados de estudos recentes.¹⁶

Desta avaliação fica explícito que a prática do Aleitamento Materno Exclusivo, necessita que mais esforços sejam empreendidos de forma a aumentar a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses após o parto, na cidade do Recife. Isto porque a promoção do Aleitamento Materno constitui uma das formas mais eficazes, em relação aos custos, para combater a morbidade e mortalidade infantil. Fica assim bastante evidente o quanto é importante a união de esforços da sociedade, governos e instituições de saúde a fim de se atingir esse objetivo.⁴³

Conclusão

A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida cada vez mais tem sido valorizada como uma prática alimentar saudável. No entanto, ela ainda é muito pouco praticada no Brasil, sendo necessárias intervenções que considerem os obstáculos que dificultam a sua prática.

A avaliação da prática do aleitamento materno exclusivo pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a saúde da criança e da mulher.

Pelo analisado neste estudo, houve uma redução drástica da prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo, a partir do 2º mês de vida da criança, associada à influência negativa do uso de chupetas, chucas e mamadeiras, concluindo-se que há muito por fazer para melhoria desta prática nos três distritos sanitários estudados. Ações como o apoio individualizado na assistência à mulher durante o pré-natal, o parto e o pós-natal, a inclusão dos pais em programas para o incentivo ao Aleitamento Materno, a disseminação de informações, junto à população, acerca dos efeitos negativos que tem para a saúde infantil a introdução precoce de outros alimentos, ou outras ações de incentivo, apoio e promoção da

amamentação poderão reverter esse quadro epidemiológico, tendo como suporte os Agentes Comunitários de Saúde.

Referências Bibliográficas

1. World Alliance for Breastfeeding Action. Amamentação e comida caseira: amor e saúde. 2005. www.waba.org.br
2. WHO. Complementary feeding: Family foods for breastfed children. Geneva: World Health Organization. Who/NHD/00. 1: WHO/FCH/CAH/OO.6; 2000.
3. Giugliani ERJ. Amamentação Exclusiva e sua Promoção. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.11-24.
4. Pérez-Escamilla R. Patrones de la lactancia natural en America Latina y el Caribe. Bol Ofic. Sanit Panam 1993;115: 185-94.
5. Pedroso GC, Puccini RF, da Silva EMK, da Silva NN, Alves MCGP. Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do Sudeste do Brasil, Embu, SP. Rev Bras Saúde Matern Infant., Recife, 4 (1): 45-58, jan./ mar., 2004.
6. Benfam. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996. Amamentação e situação nutricional das mães e crianças. Rio de Janeiro 1997; p.125-38.
7. Araújo MFM. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.1-10.

8. Silva AP, Souza N. Prevalência do aleitamento materno. *Rev Nutr* 2005; 18(3): 301-310.
9. Prefeitura do Recife. Site da Secretaria de Saúde do Recife:
<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude/distrito.php>
10. Rouquayrol MZ, Filho NA. *Epidemiologia & Saúde*. 6ª ed. – Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
11. WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. Update. *Progr Control Diarrh Dis* 1992; (10): 1-4.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Promoção do Aleitamento Materno: Normas Técnicas*. Brasília, 1997.
13. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*, v.2, p. 317-22, 1987.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. *Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal*. Brasília; 2001.
15. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF, Queiroz ML, Higasa DN. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. *Rev Bras S Mat Infant* 2005; 5 (1): 87-92.
16. Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(1): 69-77, jan, 2006.

17. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Debliek EA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics* 1999; 103 (3):33. Disponível em: www.pedialink.org.
18. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr* 2003; 79: 309-16.
19. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286: 322-6.
20. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics* 1997; 99: 445-53.
21. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr*, 2004; 80 (5): S126-S30.
22. Marques NM, Lira PIC, Lima MC, Silva NL, Batista Filho M, Huttly SRA et al. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001; 108:66. Disponível em: URL:<http://pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/4/e66>.
23. Silveira FJF & Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Rev Nutr.* 2004; 17 (4): 437-47.
24. WHO. Complementary feeding: Family foods for breastfed children. Geneva; 2000.
25. Newman J. Nipple confusion: letters to the editors. *Pediatrics*, v.92, p.297-298, 1993.

-
26. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr* 1995; 126: 125-9.
 27. Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. *R S Públ* 2000; 34: 617-22.
 28. Lima TM. Perfil do aleitamento materno em crianças menores de 2 anos de idade da Região Nordeste do Brasil – [Dissertação de Mestrado em Nutrição] Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2001.
 29. Vasconcelos MGL. Perfil do aleitamento materno em crianças de 0-24 meses de idade no Estado de Pernambuco [Dissertação de Mestrado em Nutrição] Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 1999.
 30. Kummer SC et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev S Públ* 2000; 34(2): 143-8.
 31. Santiago LB, Bettiol H, Barbieri MA, Gutierrez MRP, Ciampo LAD. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *J Pediatr* 2003; 79(6): 504-12.
 32. Aldair LS, Popkin BM, Guilkey DK. The duration of breastfeeding: how is it affected by biological, sociodemographic, health sector, and food industry factors? *Demography* 1993; 30: 63-80.
 33. Bar-Yam NB, Darby L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Human Lact* 1997; 13: 45-50.
 34. Cohen R, Lange L, Slusser W. A description of a male-focused breastfeeding promotion corporate lactation program. *J Human Lact* 2002; 18: 61-5.
 35. Li L, Zhang M, Scott JA, Binn CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding by Chinese mothers in Perth, Western Australia. *J Hum Lact* 2004; 20: 188-95.

-
36. Littman H, Medndorp SV, Goldfarb J. The decision to breastfeed: the importance of fathers' approval. *Clin Pediatr* 1994; 33:214-9.
37. Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Ver Bras S Mat Infant* 2006; 6 (1): 99-105, jan/mar.
38. UNICEF. Situação da infância brasileira 2006 - crianças de até 6 anos. O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento, Brasília ;2005.
39. Segall AM. Aleitamento materno: estudo sobre o impacto das práticas assistenciais. [Tese de Doutorado]Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas;1996.
40. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of cesarean sections in Latin American: ecological study. *BMJ*. 1999; 319 (7222): 1397-400.
41. Pérez – Escamilla R, Maulén – Rdovan I, Dewey KG. The association between cesarean delivery and breast feeding outcomes among Mexican Women. *Am J Public Health* 1996; 86: 832-6.
42. Coutinho SB, Lira PIC, Lima MC, Ashworth A. Comparison of the effect of the two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet* 2005; 366: 1094 -100.
43. Silva AP, Souza N. Prevalência do aleitamento materno. *Rev Nutr* 2005; 18(3):301 -10.



4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS



Considerações finais

A experiência da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida das crianças, na cidade do Recife, nos Distritos Sanitários III, IV e V, configura uma práxis no sentido da consolidação de um novo padrão de valorização na promoção da saúde da criança, como forma mais segura, eficaz e completa de alimentação infantil.

O princípio basilar desse novo padrão apoiou-se na premissa de que o leite materno, sozinho, é suficiente para garantir uma nutrição perfeita das crianças. Não obstante a importância vital do leite materno para a saúde da criança, a amamentação exclusiva ainda é muito pouco praticada no Brasil e em outros países.

É importante registrar que, em termos globais, o padrão de valorização na promoção da saúde da criança foi reflexo de um deslocamento nas relações intergovernamentais em nível nacional, assinalando tendencialmente um movimento em direção à municipalização e à descentralização política da saúde. Apesar do caráter institucionalmente inconcluso do movimento, o seu desdobramento mais imediato foi o fortalecimento da autonomia e do papel dos governos locais na criação de programas tais como: Agentes Comunitários de Saúde, Incentivo ao Aleitamento Materno e Saúde da Família.

A experiência da amamentação exclusiva na cidade do Recife, nos Distritos Sanitários III, IV e V, foi guiada por novas referências quanto ao padrão de assistência individualizada à mulher durante o pré-natal, o parto e o pós-parto; a inclusão dos pais em programas de incentivo ao Aleitamento Materno; a

disseminação de informações junto à população, acerca dos efeitos negativos que tem para a saúde infantil, a introdução precoce de outros alimentos, além do uso indiscriminado de chupetas, chucas e mamadeiras.

Os referenciais de incentivo e de intervenções que serviram de experimentos na cidade do Recife são exemplos de que é possível, a partir de um exercício de participação social, fortalecer a prevalência da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida. Privilegiando-se o direito à melhoria de vida das crianças, respeitando-se a pluralidade de interesses e apropriando-se da troca de saberes (o saber popular versus o saber científico) facilitada pelo estreitamento da relação dos agentes comunitários de saúde com a comunidade, abre-se um campo para gerar programas mais globais de incentivo à amamentação exclusiva tão essencial à promoção da saúde da criança. Em suma, trata-se de reafirmar a importância da amamentação para a segurança alimentar dos bebês e, além disso, uma grande contribuição para que o problema da fome em todo o mundo seja atenuado.



5 - ANEXOS



5 – Anexos

**ANEXO I – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos do Instituto Materno Infantil Prof.
Fernando Figueira**

ANEXO II – Questionário domiciliar

Anexo I – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira


Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o Projeto de pesquisa no. 512 “**Perfil do Aleitamento materno exclusivo após o treinamento dos Agentes Comunitários para avaliação as mudanças na prática da amamentação – Apresentação de novo questionário a ser aplicado com os Agentes de Saúde**”, apresentado pelo Pesquisador Pedro Israel Lira, foi aprovado pelo do Comitês de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, em sua reunião ordinária 03 de novembro de 2005.

Recife, 22 de novembro de 2005.


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
e Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

ANEXO II - QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA / SOCIEDADE DE PEDIATRIA
DE PERNAMBUCO / PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE / UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO

**PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NAS
COMUNIDADES DOS DISTRITOS SANITÁRIOS III, IV e V - 2005**

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR – (QUESDOM1)

1. NOME DA MÃE: _____ 2. NOME DA CRIANÇA: _____ 3. N° DA CRIANÇA: _____ 4. ENDEREÇO: (Rua, N°, Bairro, Ponto de Referência) _____ _____	NÚMERO _____
--	--------------

5. Revisado pelo Entrevistador? 1 () Sim 2 () Não _____ <i>Assinatura do Entrevistador</i>	REVIENT _____ REVISUP _____
6. Revisado pelo Supervisor? 1 () Sim 2 () Não _____ <i>Assinatura do Supervisor</i>	

DADOS DA CRIANÇA

7. Data do Nascimento: ____/____/____ 8. Sexo: 1 () Masculino 2 () Feminino 9. Data da Visita: ____/____/____ 10. A mãe fez pré-natal na gravidez de < >? 1 () Sim 2 () Não	DATA NASC ____/____/____ SEXO _____ DATAVIS ____/____/____ PRENAT _____
--	--

[illegible]

<p>24. Como você está alimentando o seu bebê nas últimas 24 horas?</p> <p>- Esperar resposta</p> <p>24.1 Água 1 () Sim 2 () Não</p> <p>24.2 Chá 1 () Sim 2 () Não</p> <p>24.3 Suco 1 () Sim 2 () Não</p> <p>24.4 Outro leite 1 () Sim 2 () Não</p> <p>24.5 Mingau 1 () Sim 2 () Não</p> <p>24.6 Outros alimentos 1 () Sim Qual(is)? _____ 2 () Não</p> <p>25. A senhora vem recebendo orientação sobre amamentação?</p> <p>1 () Sim 2 () Não 8 () Não mama 9 () Não lembra</p> <p>26. Se SIM, quem está orientando?</p> <p>26.1 Agente Comunitário 1() Sim 2() Não 8() Não mama 9() Não lembra</p> <p>26.2 Vizinha / Amiga 1() Sim 2() Não 8() Não mama 9() Não lembra</p> <p>26.3 Parente 1() Sim 2() Não 8() Não mama 9() Não lembra</p> <p>26.4 Profissional de Saúde 1() Sim 2() Não 8() Não mama 9() Não lembra</p> <p>26.5 Outro _____ 1() Sim 2() Não 8() Não mama 9() Não lembra</p> <p>27. < > usa chupeta?</p> <p>1 () Sim 2 () Não 3 () Usou 9 () Não sabe</p> <p>28. Se USA, por quê?</p> <p>1 () Para acalmar o bebê 4 () Todo bebê usa 9 () Não sabe</p> <p>2 () Para dormir 5 () Outro _____</p> <p>3 () Porque acha bonito 8 () Não usa</p> <p>29. Se usa chupeta (SIM), com que frequência?</p> <p>1 () Só durante o dia 4 () Durante o dia e noite 8 () Não usa</p> <p>2 () Só à noite 5 () De vez em quando 9 () Não lembra</p> <p>3 () Quando chora</p> <p>30. A senhora vem usando chuquinha ou mamadeira? 1 () Sim 2 () Não</p> <p>OBS: Se NÃO, passe para a questão 35. Se SIM, pergunte:</p>	<p>MAMADA _____</p> <p>ÀGUA1 _____</p> <p>CHÁ1 _____</p> <p>SUCO1 _____</p> <p>LEITE1 _____</p> <p>MINGAU1 _____</p> <p>OUTROAL1 _____</p> <p>ORIMAE _____</p> <p>AGENTE _____</p> <p>AMIGA _____</p> <p>PARENTE _____</p> <p>PROFIS _____</p> <p>OUTROR1 _____</p> <p>CHUPETA _____</p> <p>USO _____</p> <p>FREQDUM _____</p> <p>CHUCA _____</p>
<p>31. Com o que utiliza a chuquinha / mamadeira?</p> <p>31.1 Com água 1() Sim 2() Não 8() Não usa 9() Não lembra</p> <p>31.2 Com chá 1() Sim 2() Não 8() Não usa 9() Não lembra</p> <p>31.3 Leite materno ordenhado 1() Sim 2() Não 8() Não usa 9() Não lembra</p> <p>31.4 Com suco 1() Sim 2() Não 8() Não usa 9() Não lembra</p> <p>31.5 Outro leite 1() Sim 2() Não 8() Não usa 9() Não lembra</p> <p>31.6 Com mingau 1() Sim 2() Não 8() Não usa 9() Não lembra</p> <p>31.7 Com sopa 1() Sim 2() Não 8() Não usa 9() Não lembra</p>	<p>BÁGUA _____</p> <p>BCHÁ _____</p> <p>BLM _____</p> <p>BSUCO _____</p> <p>BLEITE _____</p> <p>BMINGAU _____</p> <p>BSOPA _____</p>

<p>32. Com que frequência utiliza a chuquinha / mamadeira?</p> <p>1 () Uma vez ao dia 4 () Em todas as refeições</p> <p>2 () Duas vezes ao dia 5 () Outro _____</p> <p>3 () Três vezes ao dia 8 () Não usa</p>	<p>BFREQ _____</p>
<p>33. Alguém sugeriu começar a usar a chuquinha / mamadeira</p> <p>1 () Pai da criança 4 () Vizinha 7 () Outro</p> <p>2 () Avós 5 () Profissional de Saúde 8 () Não usa</p> <p>3 () Outro parente 6 () Decisão da Mãe 9 () Não lembra</p>	<p>BQUEM _____</p>
<p>34. Por que a senhora decidiu usar a chuquinha / mamadeira?</p> <p>1 () Leite insuficiente 4 () Bebê doente 7 () Outro _____</p> <p>2 () Mãe trabalha/estuda 5 () Criança não queria o seio 8 () Não usa</p> <p>3 () Mãe doente 6 () Problema no seio 9 () Não lembra</p>	<p>USACHU _____</p> <p>NATVIV _____</p> <p>VIVOS _____</p>
<p>35. A senhora teve quantos filhos?</p> <p>1. Nascidos vivos _____ 2. Vivos atualmente _____</p>	
<p>36. A senhora está vivendo com o pai da criança?</p> <p>1 () Sim 2 () Não</p>	<p>LEMÃE _____</p>
<p>37. A senhora pode ler uma carta ou uma revista?</p> <p>1 () Com facilidade 3 () Não lê</p> <p>2 () Com dificuldade</p>	<p>SÉRIE _____</p> <p>GRAU _____</p>
<p>38. Qual foi a última série que a senhora completou na escola?</p> <p>_____ Série _____ Grau 8 () Nunca estudou 9 () Não lembra</p>	
<p>OBS: Quando for universidade (Superior) codificar da seguinte forma:</p> <p>0 e 3 (série – grau) → incompleto / 1 e 3 (série – grau) → completo</p>	<p>GELA _____</p>
<p>39. A senhora tem alguns desses aparelhos funcionando em casa?</p> <p>39.1 Geladeira 1 () Sim 2 () Não</p> <p>39.2 Televisão 1 () Sim 2 () Não</p> <p>39.3 Rádio 1 () Sim 2 () Não</p>	<p>TV _____</p> <p>RÁDIO _____</p> <p>IDMÃE _____</p>
<p>40. Idade da mãe: _____ anos</p>	

LEGENDA: As perguntas destacadas NÃO FORAM UTILIZADAS NA ANÁLISE.