

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

**ALEITAMENTO MATERNO: ESTUDO COM CRIANÇAS MENORES**  
**DE DOIS ANOS ATENDIDAS PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA – PR**

**FLORIANÓPOLIS, 2007**

**MARCELA KOMECHEN BRECAILO**

**ALEITAMENTO MATERNO: ESTUDO COM CRIANÇAS MENORES  
DE DOIS ANOS ATENDIDAS PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA  
NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA – PR**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de mestre em Nutrição: área de concentração Diagnóstico e Intervenção Nutricional em Coletividades.**

**Orientadora: Profª Dra. Arlete Catarina TITTONI CORSO  
Parceira: Profª Dra. Cláudia Choma BETTEGA ALMEIDA**

**FLORIANÓPOLIS, 2007**

Dedico a Shrii Shrii Ánandamúrti  
por me resgatar da escuridão.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, em quem confio e a quem tudo entrego.

Ao meu pai e à minha mãe, que, mais do que confiança, dedicaram todo seu amor nesta minha empreitada. Amo vocês!

Aos meus irmãos, pelos afetuosos momentos de descontração, mesmo quando não era possível sair da frente do computador para uma singela conversa.

A todos os membros da minha família que, mesmo nem sempre perto em distância, estavam próximos do meu coração.

Ao João Madhusanga pela doce companhia e por ser a fonte de inspiração da minha alma.

À Elaine, pela presença sempre marcante em minha vida. A dedicação dispensada durante esta fase comprova que nosso encontro nesta vida ainda está além do nosso entendimento.

À Tanushree, irmã espiritual, dedicada e carinhosa. Sua presença foi a luz em muitas noites escuras pelas quais passei.

À Jayanti e à toda família de amor (Ananda Parivar) pelo meu crescimento espiritual durante este processo acadêmico.

À Mari Casanova, amiga fiel e companheira, desde o primeiro momento. Você é uma pessoa muito especial, e demonstra facilmente sua importância em minha vida. À Rê Demário, não só pelo apoio emocional, mas também pelo apoio que se traduziu em uma imensa ajuda em Guarapuava, na fase de campo. Nunca esquecerei o que você e sua família fizeram por mim! À Lisi Scheunemann, pelo carinho, apoio e companhia em muitos momentos em nossa jornada. Sentirei falta das nossas conversas! À Josi Freygang, por ser sempre esta presença encantadora, que ilumina a vida de todos que se aproximam. Dividir um pedacinho da minha vida (e do nosso quatinho) com você foi maravilhoso! À Manu Marcos pela amizade sincera, pelos bem-vindos conselhos e pelo apoio sempre presente. À Fer Boesing pela alegria de uma amizade querida, que sempre encheu meu coração. O encontro com vocês foi muito mais do que uma feliz coincidência. Vocês fazem parte da minha vida definitivamente.

Aos demais colegas do mestrado, pelo auxílio na construção do conhecimento.

Às amigas reveladas no curso de graduação em Nutrição, especialmente à Aline e à Maria Thereza. Seu apoio é uma dádiva.

À professora Arlete Corso, pelo incansável trabalho em busca do nosso aprendizado. Seu carinho nos conduz à realização de um trabalho proeminente e correto.

À Cláudia Choma, cuja confiança e amizade me fez trilhar pelos auspiciosos caminhos da pesquisa. Meu maior incentivo sempre foi sua lição de vida.

À Priscila Tsupal, com quem pude contar em tantas dificuldades. Sua amizade é uma bela flor que nasceu nos campos desta dissertação.

À professora Bethsaida Schmitz pela dedicação durante a realização deste trabalho. Sua apreciação é muito preciosa, assim como sua amabilidade.

À professora Suzi Cavalli pela presteza no atendimento às nossas necessidades, e sempre com um belo sorriso no rosto.

À professora Ileana Kazapi pelas valiosas lições profissionais e pessoais. Nossa convivência foi um presente oferecido a mim.

A todos os professores do programa de pós-graduação em Nutrição, nível mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) pela dedicação prestada ao avanço do conhecimento.

A todos os professores da Universidade Federal do Paraná (UFPR) por alimentar nossa sede de saber, em busca de um mundo melhor.

À Prefeitura Municipal de Guarapuava por seu apoio à realização desta pesquisa.

À Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro) pela valiosa parceria neste trabalho.

Aos bolsistas e entrevistadores que participaram da pesquisa, pelo intenso trabalho durante a pesquisa, mesmo quando as intempéries nos faziam pensar em desistir.

Às Agentes Comunitárias de Saúde pela dedicação à pesquisa, sempre pensando no bem-estar da população materno-infantil.

A todos que contribuíram, de alguma maneira, para a realização deste trabalho.

## RESUMO

BRECAILO, MK. **Aleitamento materno: estudo com crianças menores de dois anos atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de Guarapuava – PR.** Florianópolis: 2007. [Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina]

**Introdução:** A infância é uma fase de crescimento e desenvolvimento muito intensos, portanto uma das mais vulneráveis aos fatores externos aos quais o indivíduo está exposto. Um dos fatores preponderantes na alimentação das crianças menores de dois anos de idade é o aleitamento materno e o aleitamento materno exclusivo. São inúmeras suas vantagens para a mãe e para o bebê. Porém, sua prevalência no Brasil está muito aquém do recomendado. A atenção básica parece ser efetiva na promoção do aleitamento materno exclusivo, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população. **Objetivo:** Verificar a associação entre o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e as características socioeconômicas, demográficas, ambientais, de morbidades e biológicas das famílias assistidas pelo Programa Saúde da Família no município de Guarapuava – PR. **Método:** Trata-se de um estudo transversal de base analítica que incluiu crianças de 0 a 23,9 meses e suas mães biológicas, que residiam na área urbana de Guarapuava e eram assistidas pelo Programa Saúde da Família. Calculou-se uma amostra da população e, por meio de entrevistas domiciliares, foram aplicados questionários pré-codificados para a coleta de dados, sendo a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade a variável dependente. **Resultados:** Foram entrevistadas mães de 426 crianças menores de dois anos de idade. A mediana de aleitamento materno total foi de 180 dias e de aleitamento materno exclusivo de 60 dias. A prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses foi de 12,91%. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade e trabalho materno fora de casa e entre esta variável dependente e a continuidade do aleitamento materno até o momento da entrevista. **Conclusão:** Os resultados deste estudo atentam para as medidas que os serviços de saúde podem tomar, objetivando um aprimoramento nos indicadores de aleitamento materno.

Palavras-chaves: Aleitamento materno exclusivo, Programa Saúde da Família, fatores associados.

## ABSTRACT

**Introduction:** Childhood is a very intense occasion for growth and development, therefore is one of the most vulnerable moments of life. Preponderant facts for children under two years old are breastfeeding and exclusive breastfeeding. Its advantages for mother and baby are innumerable. However, its prevalence in Brazil is lower than the recommended. Basic Health Attention seems to be effective in order to promote exclusive breastfeeding, contributing to improve population's quality of life. **Objective:** To verify association between exclusive breastfeeding until six months of age and socioeconomic, demographic, environmental, biological and morbidity characteristics, for families attended by Family Health Program in the city of Guarapuava, PR, Brazil. **Method:** This is a transversal study that includes children from 0 to 23,9 months and its biological mothers, who inhabited Guarapuava's urban area and that were attended by Family Health Program. A sample was calculated and, by domiciliary interviews, questionnaires had been applied, being exclusive breastfeeding until six months of age the dependent variable. **Results:** Mothers of 426 children under two years old were interviewed. Median of total breastfeeding was 180 days and of exclusive breastfeeding 60 days. Exclusive breastfeeding at six months' prevalence was 12.91%. Association between exclusive breastfeeding at six months of age and maternal work out of home was verified as significantly statistic. In addition, dependent variable showed association statistically significant with the continuity of breastfeeding until interview's moment. **Conclusion:** The results of this study can show measures that health services can take, objectifying an improvement on breastfeeding picture.

Keywords: Exclusive breastfeeding, Family Health Program, associated factors.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b>	– Distribuição da amostra, de acordo com a Unidade Local de Saúde. Guarapuava, PR, 2007.	53
<b>Tabela 02</b>	– Distribuição da amostra, de acordo com suas características demográficas. Guarapuava, PR, 2007.	54
<b>Tabela 03</b>	– Distribuição da amostra, de acordo com o peso ao nascer. Guarapuava, PR, 2007.	54
<b>Tabela 04</b>	– Caracterização da amostra, de acordo com variáveis socioeconômicas. Guarapuava, PR, 2007.	56
<b>Tabela 05</b>	– Prevalência de aleitamento materno exclusivo na amostra e diferença em sua prevalência entre meses subseqüentes, de acordo com a faixa etária. Guarapuava, PR, 2007	58
<b>Tabela 06</b>	– Distribuição das variáveis socioeconômicas na amostra, de acordo com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Guarapuava, PR, 2007.	63
<b>Tabela 07</b>	– Distribuição das variáveis demográficas na amostra, de acordo com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Guarapuava, PR, 2007.	64
<b>Tabela 08</b>	– Distribuição das variáveis ambientais na amostra, de acordo com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Guarapuava, PR, 2007.	65

- Tabela 09** – Distribuição das variáveis biológicas na amostra, de acordo com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Guarapuava, PR, 2007. 67
- Tabela 10** – Análise de regressão logística multivariada em relação às condições socioeconômicas, ambientais e biológicas relacionadas ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Crianças menores de dois anos de idade atendidas pelo Programa Saúde da Família, Guarapuava, PR, 2007. 69

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 –</b>	Categorização e nível de exposição das variáveis socioeconômicas da criança e sua família	43
<b>Quadro 2 –</b>	Categorização e nível de exposição das variáveis demográficas da criança e sua família	43
<b>Quadro 3 –</b>	Categorização e nível de exposição das variáveis ambientais da criança e sua família	44
<b>Quadro 4 –</b>	Categorização e nível de exposição das variáveis biológicas da criança e sua família	45

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Paraná e seus grandes municípios, 2006 (Governo do Estado do Paraná) 37
- Figura 2:** Porcentagem de crianças em aleitamento materno exclusivo de acordo com a idade em meses. Crianças menores de dois anos de idade atendidas pelo Programa Saúde da Família, Guarapuava, PR, 2007. 59
- Figura 3:** Porcentagem de crianças em aleitamento materno exclusivo de acordo com a idade em meses e categorias de trabalho materno. Crianças menores de dois anos de idade atendidas pelo Programa Saúde da Família, Guarapuava, PR, 2007. 60
- Figura 4:** Causas do desmame precoce. Crianças menores de dois anos de idade atendidas pelo Programa Saúde da Família, Guarapuava, PR, 2007. 61

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
1.1	Importância da alimentação no início da vida	14
1.2	Aleitamento materno	16
1.3	Aleitamento materno exclusivo	26
1.3.1	Fatores relacionados à prática do aleitamento materno exclusivo	30
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>36</b>
2.1	Objetivo geral	36
2.2	Objetivos específicos	36
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>37</b>
3.1	Descrição da área	37
3.1.1	O Programa Saúde da Família em Guarapuava e a promoção do aleitamento materno exclusivo	
3.2	Delineamento do estudo	39
3.3	População de referência do estudo e cálculo da amostra	39
3.4	Variáveis do estudo	42
3.5	Instrumento para coleta dos dados	46
3.6	Seleção e treinamento dos entrevistadores	47
3.7	Coleta dos dados	48
3.8	Processamento e análise dos dados	49
3.9	Critérios éticos da pesquisa	50
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>52</b>
4.1	Caracterização da amostra	52

4.2	Prevalência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo	57
4.2.1	Interrupção do aleitamento materno exclusivo e desmame precoce	60
4.3	Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade	62
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>70</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>88</b>
	<b>RECOMENDAÇÕES</b>	<b>90</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>92</b>
	<b>APÊNDICES</b>	
	<b>ANEXOS</b>	

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 Importância da alimentação no início da vida**

A infância é uma fase de crescimento e desenvolvimento muito intensos, portanto uma das mais vulneráveis aos fatores externos aos quais o indivíduo está exposto. A diarreia, as doenças respiratórias e outras doenças infecciosas, associadas ou não à desnutrição, acometem mais de dez milhões de crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento, levando a óbito mais da metade das mesmas (WHO, 1997).

Portanto, até os cinco anos a criança requer cuidados especiais na área da alimentação e nutrição, contribuindo assim para o alcance de seu potencial biológico. Estes cuidados específicos englobam a qualidade e quantidade, além da frequência e consistência dos alimentos oferecidos. O estado nutricional da população infantil reflete as condições de vida da população como um todo, sendo que a adoção de medidas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis significa garantir um direito da população e o cumprimento de uma obrigação do Estado (BRASIL, 2002a).

As crianças menores de dois anos estão ainda mais expostas aos fatores externos. Além de serem vulneráveis a doenças e morte, é nesta fase que se dá a transição da dieta láctea para a dieta da família, podendo ocasionar erros alimentares. Após o nascimento e até os dois anos de idade, estes erros alimentares e a ocorrência de doenças infecciosas, levam rapidamente à falha de crescimento,

resultando em baixo peso e baixa estatura, sendo o último muito difícil de ser revertido após os dois anos. Neste sentido, a alimentação oferecida nos primeiros anos da criança tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo (MONTE e GIUGLIANI, 2004).

Um dos fatores preponderantes na alimentação das crianças menores de dois anos de idade é o aleitamento materno. São inúmeras suas vantagens para a mãe e para o bebê. Para a mãe, há uma possível proteção contra câncer de mama e ovário. Para o bebê, os principais benefícios incluem a proteção das vias respiratórias e do trato gastrointestinal contra doenças infecciosas. Também a promoção de ganho de peso adequado e o estímulo à formação de um maior vínculo afetivo entre mãe e filho devem ser mencionados (BRASIL, 2002c).

O aleitamento materno é, comprovadamente, um grande fator associado a proteção contra o risco de morbi-mortalidades, sendo que as crianças na faixa etária menor de dois anos são as mais favorecidas pelas ações que priorizam a vigilância nutricional durante a gravidez e o primeiro ano de vida (VICTORA *et al.*, 1987; VITOLLO *et al.*, 2005).

Estima-se que, nos países em desenvolvimento, 63% das mortes de crianças menores de cinco anos por diarreia, pneumonia, sarampo, malária e HIV, associadas ou não à desnutrição poderiam ser prevenidas (JONES *et al.*, 2003). Um estudo ecológico apresentou resultados do impacto do aleitamento materno na redução da mortalidade por diarreia e doença respiratória aguda em menores de um ano, sendo estimado que cerca de 52000 mortes poderiam ser prevenidas por ano na América Latina e Caribe (BETRÁN *et al.*, 2001). Neste sentido, o aleitamento materno tem um importante papel na redução da mortalidade neonatal, devendo ser estimulado (HUFFMAN *et al.*, 2001).

## 1.2 Aleitamento materno

A Organização Mundial da Saúde definiu em 1991 categorias de Aleitamento Materno para a padronização de termos, sendo os mesmos adotados pelo Ministério da Saúde (WHO, 1991; BRASIL, 2002c). São eles:

- *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, minerais e/ou medicamentos.*
- *Aleitamento Materno Predominante: quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas a base de água, como sucos de frutas ou chás.*
- *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.*

A alimentação complementar é definida como qualquer alimento líquido, sólido ou semi-sólido oferecido para a criança, que não seja o leite materno. Será definida como em tempo oportuno quando introduzida após os seis meses, mas antes dos dez meses de idade (WHO, 1991).

Nos primeiros meses de vida, as funções de sucção e deglutição são vitais para o bebê. Quando se colocam alimentos sólidos ou semi-sólidos na boca da criança pequena, geralmente são rejeitados vigorosamente pela ação do reflexo de extrusão, presente até cerca de quatro meses de idade. A partir de então alimentos sólidos passam a ser levados até a região posterior da boca para serem deglutidos. A série de movimentos necessários para isto é diferente dos movimentos de sucção de líquidos. Dos sete aos nove meses de idade começam a aparecer os movimentos

rítmicos de mastigação, ao mesmo tempo em que nascem os primeiros dentes. Portanto, entre quatro e seis meses de vida, o bebê está se adaptando para a fase que está por vir, que necessitará de movimentos mais complexos. No entanto, mesmo quando a mãe encontra uma maneira de administrar outros alimentos líquidos ou semi-sólidos antes dos seis meses, ou até mesmo antes dos quatro meses, não significa que isto seja correto ou desejável (AKRÉ, 1990).

Visando a promoção e a proteção à saúde desta faixa etária, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002c) elaborou o “Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos”, à luz dos atuais conhecimentos científicos. Neste instrumento educativo, o conteúdo é abordado em Dez Passos que norteiam a prática para a alimentação saudável para crianças menores de dois anos. Dentre os Dez Passos, destacam-se dois que preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e o aleitamento materno até os dois anos ou mais:

*Passo 1 – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.*

*Passo 2 – A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.*

Dessa forma, o leite materno deve ser oferecido exclusivamente às crianças nos primeiros seis meses de vida para que se promova adequadamente seu crescimento e desenvolvimento; porém, a partir desse período, deve haver a introdução de novos alimentos. A técnica de introdução e a adequação nutricional dos alimentos complementares são fundamentais na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo a desnutrição e o sobrepeso (WHO, 1998; BRASIL, 2002c).

Apesar das vantagens oferecidas, no Brasil, a prática do aleitamento materno passou por caminhos sinuosos. Mesmo a amamentação natural sendo comum entre

as índias brasileiras, após a colonização, abriu-se espaço para o uso de amas-de-leite, e, posteriormente, para o aleitamento artificial. Mais à frente, com a modernização das indústrias de leite, aliada à falta de conhecimentos médicos sobre os benefícios do aleitamento materno, observou-se a maciça utilização de substitutos do leite materno, que eram enfaticamente recomendados por pediatras. Não há estudos consistentes sobre aleitamento materno que precedam à década de 70. Estima-se que a partir dos anos 40, a prática do aleitamento materno foi sendo abandonada até chegar à ínfima prevalência verificada na década de 70 pelo Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF 1974-1975), que demonstrou uma mediana de aleitamento materno de 2,5 meses no país. Soma-se a isto o fato de o quadro nacional ser de predominância de não incentivo ao aleitamento materno por parte dos pediatras, além da existência de propagandas não éticas de substitutos do leite materno, e do fornecimento de leite para crianças, por parte do governo, desde o nascimento. Tudo isto fazia crer que a questão do aleitamento materno não era um problema no Brasil, já que ele não era necessário (MONTEIRO *et al.*, 1987; REA, 2003; BOSI, 2005; MARTINS FILHO, 2006).

A situação internacional começa a se alterar em 1979, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram uma reunião conjunta para pensar a saúde infantil em todo o mundo. Assim, em maio de 1981, durante a 34<sup>a</sup> Assembléia Mundial de Saúde, foi aprovado o *Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No Brasil, também em 1981, é lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), talvez o mais importante passo dado em prol do aleitamento materno no Brasil. O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

(INAN) inicia campanhas na mídia, eventos, cursos, treinamentos, entre outras ações sem, entretanto, qualquer padronização ou planejamento. De qualquer modo, o Programa ganhou notoriedade internacional, principalmente devido a ações pioneiras, como a formação de profissionais de saúde na área e o desenvolvimento de pesquisas sobre a relactação e a lactação adotiva<sup>1</sup> (MARTINS FILHO, 2006).

Nos anos subseqüentes o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi responsável pela realização de uma campanha mais bem planejada, tendo em vista estudos realizados na época, que divulgaram que mais de 90% das mulheres iniciavam o aleitamento materno, porém, a continuidade deste estava comprometida. Sendo assim, as campanhas focaram na continuidade da amamentação e nos mitos populares, como o do “leite fraco”. Neste mesmo período, no entanto, as propagandas de alimentos infantis eram bastante incisivas (REA, 2003; MARTINS FILHO, 2006).

No final da década de 80 estudos demonstraram a importância do aleitamento materno exclusivo, culminando com a criação da *Declaração de Inocenti* em 1990, visando à proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. O Ministério da Saúde, então, corroborando com a *Declaração de Inocenti* e com a causa do PNIAM, reconhece a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) para assegurar a prática dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, com vistas a

---

<sup>1</sup> Estes processos consistem em uma técnica visando o restabelecimento da produção do leite da mãe biológica que havia desmamado seu filho (relactação) ou o estabelecimento da produção de leite para um filho adotivo (lactação adotiva) por meio de sucção do seio de oito a dez vezes por dia. Para estimulação da sucção pelo bebê, utiliza-se uma seringa com leite ou uma sonda acoplada a um frasco com leite para fornecimento da alimentação à criança enquanto suga o seio, estimulando, deste modo, a produção de leite pela mãe. Apesar de ser um processo lento e que exige bastante determinação, a técnica tem demonstrado sucesso mesmo em virgens, nulíparas e mulheres que já entraram na menopausa (CURY, 2002; REA, 2003).

alcançar a meta de aumentar para seis meses o período de aleitamento materno exclusivo dos bebês e crianças que nascem no Hospital Amigo da Criança (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2006a).

Os esforços realizados nestes anos levam à criação de quatro políticas imprescindíveis para a história do aleitamento materno no Brasil: (1) aprovação da *Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes* (NBCAL) em 1989; (2) estabelecimento das normas de funcionamento de Bancos de Leite Humano, presentes no Brasil desde 1985, em 1988; (3) extensão na Constituição Federal de 1988 (CF/88) da licença maternidade para quatro meses e (4) inclusão na Constituição Federal de 1988 (CF/88) da licença paternidade de cinco dias. Somam-se a estas políticas esforços como a inclusão do tema do aleitamento materno nos currículos escolares, a realização de programas de capacitação sobre o tema, a criação de grupos de apoio, o desenvolvimento de pesquisas sobre aleitamento materno, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; ALMEIDA, 2002; REA, 2003).

Dentro de uma perspectiva mundial, para que as metas conquistadas continuassem avançando, designou-se a criação da Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (WABA), e a conscientização e capacitação de profissionais foi o foco principal nos próximos anos (REA, 2003). Ao repensar a *Declaração de Innocenti*, organizou-se a *Estratégia Global sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena*, reafirmando a necessidade de incentivo do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementar até 2 anos ou mais (WHO, 2003).

Também a partir da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), organizou-se um sistema semelhante, que pudesse promover o aleitamento materno na Unidade Básica de Saúde. Desta maneira, criou-se a Iniciativa Unidade Básica

Amiga da Amamentação (IUBAAM) com 10 passos para o sucesso do aleitamento materno (OLIVEIRA e GOMES, 2006):

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

Essa iniciativa, realizada e avaliada no estado do Rio de Janeiro, mostrou-se eficaz quando aplicada corretamente pelas Unidades Locais de Saúde. A implementação deste projeto e sua expansão para todo o Brasil poderia ser uma poderosa arma na promoção do aleitamento materno (OLIVEIRA e GOMES, 2006), entretanto, as ações governamentais neste sentido estão estagnadas.

Analisando dados do Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF 1974-1975) e da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN 1989), Venâncio e

Monteiro (1998) observaram um aumento na prática do aleitamento materno em todo o país, passando a mediana de aleitamento materno de 2,5 para 5,5 meses. Este aumento ocorreu nas áreas urbana e rural, em todas as Regiões do Brasil e em todos os estratos sócio-econômicos. Um dos acréscimos menos intensos ocorreu no Sul do Brasil nesta época; ainda assim, continuou sendo uma das regiões com maior mediana de duração da amamentação, passando para 5,9 meses em 1989.

Mesmo com a melhoria dos indicadores, dados da “Pesquisa sobre Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal”, realizada em 1999, indicaram que a prevalência do aleitamento materno ainda está muito aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde. No primeiro mês de vida, 87% das mães dão continuidade à prática do aleitamento materno, porém, ao completar o primeiro ano, apenas 35% das crianças são amamentadas. Em se tratando do aleitamento materno exclusivo, a situação é ainda mais preocupante. No Sul do Brasil, onde os índices de aleitamento materno exclusivo são os melhores, 24% das crianças são amamentadas exclusivamente ao seio aos quatro meses de idades, e apenas 10% quando completam seis meses de idade, sendo que no Brasil estes valores são de 18% e 8%, respectivamente (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

Apesar da existência destas médias nacionais e regionais, o que se verifica no Brasil é uma grande variação na prevalência de aleitamento materno exclusivo entre municípios. Em um estudo conduzido em 84 municípios do estado de São Paulo verificou-se que a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses variou entre 0% e 45%, sendo superior a 20% em apenas 32% dos municípios. Sabendo-se que todas as crianças deveriam ser amamentadas exclusivamente até os seis meses, este dado torna-se ainda mais preocupante, visto

que aos seis meses uma ínfima parcela destas crianças estará em aleitamento materno exclusivo (VENÂNCIO *et al.*, 2002).

Outros estudos recentes, realizados em diversas cidades brasileiras também apontam a baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo. Uma pesquisa realizada em 20 municípios do estado de Pernambuco mostra que o aleitamento materno exclusivo alcança apenas 31,3% das crianças menores de um mês, índice que diminui continuamente até chegar à prevalência de 3,87% ao sexto mês (BITTENCOURT *et al.*, 2005). Também no nordeste brasileiro, quatro municípios foram avaliados quanto às práticas de aleitamento materno e encontrou-se que 99% das mães iniciam a amamentação, porém 72% delas introduzem água ou chá no primeiro dia de vida. Neste contexto, o aleitamento materno exclusivo aos seis meses obteve prevalência de 0,6% (MARQUES *et al.*, 2001).

Em Botucatu – SP, apenas 2,2% das crianças são amamentadas exclusivamente ao seio até os seis meses de idade, confirmando a necessidade de incentivo ao aleitamento materno no município (CARVALHÃES *et al.*, 1998). Em Ouro Preto – MG estimou-se que 93,4% das crianças começam a receber o aleitamento materno, porém apenas 58,2% de maneira exclusiva. Aos seis meses de idade apenas 1,8% ainda eram amamentadas exclusivamente (PASSOS *et al.*, 2000).

Em Londrina – PR, a taxa de aleitamento materno exclusivo, avaliada com dados obtidos em uma “Campanha Nacional de Vacinação”, foi de 21% aos seis meses, muito superior a de outros municípios e a própria média da região. Esta prevalência foi, porém, avaliada como mediana pelos autores, pois há décadas o município desenvolve atividades de incentivo ao aleitamento materno, e conta hoje com três Hospitais Amigos da Criança (VANNUCHI *et al.*, 2005).

Um estudo realizado na cidade de Florianópolis – SC verificou a idade de introdução de cada grupo alimentar na alimentação de crianças menores de dois anos de idade. Foi verificado que a ordem média de introdução de alimentos foi: leite modificado, suco natural e fruta, seguidos pelos vegetais, cereais e carnes. Desconsiderando-se água e chá, não houve introdução de alimentos antes dos três meses de idade, porém leite modificado, suco de frutas e frutas não cítricas foram introduzidas antes dos seis meses de idade (CORRÊA, 2005).

As vantagens do aleitamento materno são amplamente reconhecidas atualmente, garantindo a sobrevivência das crianças, especialmente nos primeiros meses de vida, e principalmente daquelas que vivem em condições desfavoráveis. Neste sentido, verifica-se que a proteção à saúde é diretamente proporcional ao tempo de amamentação oferecido à criança (BRASIL, 2002c).

Além de estar totalmente adequado às necessidades nutricionais das crianças, o leite materno é livre de contaminação e fornece diretamente proteção imunológica da mãe para o bebê (NASCIMENTO e ISSLER, 2003; WHO, 2003).

Um importante estudo brasileiro demonstrou que crianças menores de um ano não amamentadas tiveram um risco 14,2 vezes maior de morrer por diarreia e 3,6 vezes maior de morrer por infecções respiratórias do que as que receberam leite materno exclusivamente. Mesmo as que recebiam, junto com o leite materno, outro tipo de leite, estavam mais protegidas do que as não amamentadas. Para outras infecções, as crianças amamentadas ao seio apresentaram proteção 2,5 vezes maior do que as não amamentadas (VICTORA *et al.*, 1987).

O aleitamento materno parece ter efeito protetor contra o sobrepeso na infância, e também auxilia na formação de melhores hábitos alimentares quando se comparam crianças amamentadas e não amamentadas, contribuindo desta forma,

para a redução de riscos para doenças crônicas não-transmissíveis na idade adulta (BALABAN *et al.*, 2004; VIEIRA *et al.*, 2004).

A continuidade da amamentação também é essencial para o correto desenvolvimento motor-oral das crianças, prevenindo problemas fonoaudiológicos e odontológicos, além de outros desconfortos, como a inadequada respiração nasal (NEIVA *et al.*, 2003).

Para a saúde da mulher, o aleitamento materno, principalmente sob livre demanda, é importante para acelerar a involução uterina e para manter a amenorréia, diminuindo, desta forma, o risco de desenvolvimento de anemia ferropriva e aumentando o espaçamento entre as gestações. Também há evidências de que amamentar diminui o risco de câncer de mama e de ovário e de osteoporose, porém estes ainda com resultados conflitantes (WHO, 2002; REA, 2004).

Um estudo recente avaliou variáveis reprodutivas em relação ao câncer de mama, e observou que as mulheres na pós-menopausa estavam mais protegidas contra esta doença se tivessem amamentando, e este efeito apresentou uma forte relação dose-resposta (SHANTAKUMAR *et al.*, 2006). Este resultado, entretanto, não foi encontrado em um estudo caso-controle realizado no Brasil, em que a prática da amamentação não foi protetora para câncer de mama tanto em mulheres na pré-menopausa quanto em mulheres na pós-menopausa (TESSARO *et al.*, 2003).

A associação entre risco de câncer de ovário e risco de osteoporose e aleitamento materno necessita de outras pesquisas para que possa ser comprovada uma relação benéfica. Isto porque há indicações de que outras variáveis reprodutivas, como paridade, número de abortos, idade da menarca, idade da primeira gravidez, entre outras, são variáveis confundidoras (CHIAFFARINO *et al.*, 2005; OZDEMIR *et al.*, 2005).

O benefício mais comum para a mulher parece mesmo ser a perda de peso promovida pelo aleitamento materno, já que esta prática exige um grande aumento energético para a mãe. Um amplo estudo realizado em Honduras verificou que esta perda de peso foi significativamente maior nas mulheres que amamentavam exclusivamente. O aleitamento materno exclusivo também foi mais eficaz para manter a amenorréia até os seis meses, quando comparado às mulheres que introduziram precocemente alimentos sólidos na alimentação de seus filhos (DEWEY et al., 2001; REA, 2004).

O aleitamento materno também é importante por não gerar custos adicionais para a família. Para a Saúde Pública, é menos oneroso e mais eficaz promover a adequada alimentação complementar das nutrizes do que distribuir substitutos do leite materno, promovendo, desta maneira, o aleitamento materno (ARAÚJO et al., 2004).

*“São muitas e importantes as vantagens conhecidas do aleitamento materno que, somadas às prováveis vantagens ainda desconhecidas, não deixam dúvidas quanto à superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite para crianças pequenas” (BRASIL, 2002c).*

### **1.3 Aleitamento materno exclusivo**

Durante algum tempo a Organização Mundial da Saúde preconizou o aleitamento materno exclusivo durante quatro a seis meses, pois restavam dúvidas principalmente quanto ao aporte de ferro e ao crescimento adequado da criança pequena amamentada exclusivamente ao seio. Porém, estudos recentes têm

observado uma maior proteção contra diversos tipos de doenças para crianças em aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida. Além disso, previne que sejam oferecidos às crianças alimentos menos nutritivos que o leite materno e/ou com presença de contaminações. Nos países em desenvolvimento, a principal vantagem do aleitamento materno exclusivo por seis meses, ao invés de quatro meses, está relacionada à redução da morbidade por doenças infecciosas e a mortalidade por infecção gastrointestinal (WHO, 1998; WHO, 2002).

O Brasil foi um dos primeiros países a determinar que o aleitamento materno exclusivo deveria perdurar seis meses, o que pode ter estimulado a Organização Mundial da Saúde a empregar a mesma recomendação. Assim, após a realização de uma rigorosa revisão sistemática sobre a ótima duração do aleitamento materno exclusivo, a Organização Mundial da Saúde passou a recomendá-lo até os seis meses, fato ocorrido na 54ª Assembléia Mundial de Saúde e aprovado na 55ª Assembléia Mundial de Saúde, documentado na *Estratégia Global sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena* (GSIYCF) (OLIVEIRA e CAMACHO, 2002; WHO, 2002; AUDI *et al.*, 2003; WHO, 2003).

Corroborando esta recomendação, outros estudos brasileiros têm demonstrado a superioridade do aleitamento materno exclusivo para o crescimento das crianças pequenas (MARQUES *et al.*, 2004; LONGO *et al.*, 2005). Também sobre a concentração de hemoglobina, tem-se verificado que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses pode contribuir para a diminuição do risco de anemia no primeiro ano de vida da criança (ASSIS *et al.*, 2004).

O leite materno é especialmente importante nos seis primeiros meses de vida, pois é um alimento completo; oferece todos os nutrientes necessários, inclusive água, nas proporções adequadas para o crescimento e desenvolvimento, sem

exceder a capacidade funcional do recém-nascido. Também contém fatores de proteção contra as infecções comuns da infância, é isento de contaminações e é importante para estabelecer as relações afetivas entre mãe e bebê, que, por sua vez, auxilia no prolongamento do aleitamento materno para além do primeiro ano de vida da criança (BRASIL, 2002c; CARRASCOZA *et al.*, 2005).

As crianças amamentadas exclusivamente ao seio possuem menor risco de morbi-mortalidades por diarreia e doenças respiratórias do que as parcialmente amamentadas, e possuem uma proteção ainda mais acentuada comparando-se às crianças não amamentadas ao seio. A proteção do leite materno contra estas afecções parece ser máxima nos dois primeiros meses de vida, e decai após oito meses (VICTORA *et al.*, 1987; POPKIN *et al.*, 1990).

Um estudo brasileiro verificou a associação entre o aleitamento materno e o internamento hospitalar por pneumonia, tendo sido observado que as crianças menores de três meses não amamentadas apresentaram 61 vezes mais chance de internamento do que as que recebem aleitamento materno. Este risco diminuiu para 10 vezes em crianças de três meses a um ano. A inclusão de sólidos na dieta das crianças menores de três meses foi responsável pelo aumento do risco de internamento por pneumonia em 13,4 vezes (CÉSAR *et al.*, 1999).

O efeito protetor do leite materno é importante na redução da mortalidade por enterocolite necrotizante logo após o nascimento. As crianças em aleitamento materno também possuem menor chance de contrair otite média. Há ainda uma possível proteção contra a síndrome da morte súbita, doença de Crohn, retocolite ulcerativa inespecífica e doenças alérgicas (BRASIL, 2002c; WHO, 2002).

Outra discussão em torno do aleitamento materno e doença crônica é o aumento do risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo 1 pela exposição

precoce ao leite de vaca, que contribui para o processo destrutivo das células  $\beta$  do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina. A literatura traz dados conflitantes (GIMENO e SOUZA, 1998), mas as crianças em aleitamento materno exclusivo até pelo menos os quatro meses de idade parecem ter menores chances de desenvolver a doença (MEDEIROS, *et al.*, 2003).

Uma particularidade na prática do aleitamento materno é a observação de que o HIV é transmitido transversalmente da mãe para o bebê pelo leite materno, o que fez com que a Saúde Pública deixasse de recomendar o aleitamento materno para filhos de mulheres com diagnóstico de infecção por HIV. É prioridade tornar possível o aleitamento materno em casos especiais, como mães soropositivas e vítimas de catástrofes naturais (WHO, 2003).

Neste sentido, um estudo observou crianças menores de três meses, filhas de mães soropositivas, revelando que as crianças em aleitamento materno exclusivo foram infectadas pelo HIV tanto quanto as não amamentadas; e a proteção das crianças exclusivamente amamentadas foi significativamente maior contra o vírus do que as não exclusivamente amamentadas (COUTSOU DIS *et al.*, 1999).

Novas pesquisas relacionando aleitamento materno e a transmissão do HIV são necessárias. Esta recomendação é bastante complexa, tendo em vista os aspectos éticos destas pesquisas. Mas os resultados de pesquisas já realizadas podem ser um indício de que ainda se pode encontrar um caminho para que a Saúde Pública possa recomendar o aleitamento materno para filhos de mães soropositivas, que forneceria a seus filhos, além de todas as vantagens do aleitamento materno exclusivo, a proteção contra a transmissão do HIV.

Outras condições adversas, como infecções maternas, podem ou não ser impedimentos para a continuidade do aleitamento materno, devendo ser muito bem

avaliadas caso a caso. Entretanto, a maioria dos problemas comuns durante a lactação, como fissuras, ingurgitamento mamário e mastite, podem ser prevenidos com a correta orientação para esvaziamento completo da mama, evitando-se o desmame precoce decorrente de problemas no seio. Grupos de apoio, como os preconizados pela IUBAAM, e outras estratégias de suporte à mãe que amamenta são eficientes na prevenção destes problemas, devendo, portanto, ser implantados e implementados em todo o país, como determina o décimo passo dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (GIUGLIANI, 2004; LAMOUNIER *et al.*, 2004; LIMA, 2006; VIEIRA *et al.*, 2006):

“Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar” (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2006a).

### **1.3.1 Fatores relacionados à prática do aleitamento materno exclusivo**

A amamentação não é um ato determinado apenas biologicamente, mas é também socioculturalmente condicionado. Está impregnado de ideologias e determinantes que resultam da vida em sociedade (ALMEIDA e NOVAK, 2004).

Os indígenas brasileiros tinham por cultura o hábito de amamentar seus filhos por mais de dois anos, e introduzir alimentos complementares respeitando-se a vontade da criança, conservando a tradição alimentar da família. O abandono da amamentação veio com a urbanização. Com a descoberta de suas vantagens para a mãe e para o bebê, o higienismo passou a promovê-lo, porém sem dar o devido

amparo às mulheres que historicamente não sabiam amamentar. Ocorreu, então, a busca por explicações para o desmame, surgindo assim o mito do “leite fraco”, uma fuga da censura social para o insucesso do aleitamento materno e que está arraigada em nossa cultura até os dias de hoje. Desta maneira, as mães se sentem cada vez mais inseguras com o ato de amamentar, necessitando do apoio dos profissionais de saúde e do amparo da família para que o aleitamento materno seja adequado (ALMEIDA, 2002; ALMEIDA e NOVAK, 2004).

A grande maioria das mães inicia o aleitamento materno, porém a prevalência do ótimo aleitamento materno é baixa. É importante identificar os motivos pelos quais as mães deixam de amamentar. Estes motivos são reunidos pela Organização Mundial da Saúde em dois grupos (WHO, 1998):

*1 – Fatores que influenciam a decisão pessoal das mães, relacionados aos indivíduos, família ou comunidade:*

- *Informação incorreta ou falta de informação;*
- *Uso de mamadeiras, bicos artificiais e/ou chupetas logo após o nascimento;*
- *Introdução de outros líquidos e/ou sólidos antes dos 6 meses de idade;*
- *Rotinas inadequadas nos Serviços de Saúde;*
- *Aconselhamento insuficiente no planejamento familiar;*
- *Suporte inadequado para a mãe tanto em casa como nos Serviços de Saúde e na comunidade;*
- *Falta de proteção à mãe trabalhadora que está amamentando;*
- *Incentivos ao aleitamento artificial, em particular a distribuição gratuita ou a baixo custo de amostras de substitutos do leite materno;*
- *Gravidez na adolescência, que freqüentemente significa que a criança será criada por outro membro da família.*

*2 – Fatores sócio-econômicos:*

- *Perda das tradições, crenças e valores;*
- *Desvalorização da prática de aleitamento materno;*
- *Falha do reconhecimento do Aleitamento Materno como uma estratégia para alcançar a Segurança Alimentar;*

- *Atitudes médicas e culturais desfavoráveis quanto ao aleitamento materno;*
- *Influências comerciais negativas;*
- *Falta de orientação quanto ao aleitamento materno no processo educacional;*
- *Falta de reconhecimento do papel da mulher na sociedade;*
- *Mudanças desfavoráveis no mercado de trabalho;*
- *Isolamento social e perda do suporte social.*

Alguns estudos vêm demonstrando que a introdução precoce dos alimentos complementares que pode levar ao desmame precoce, parece estar associada a diversos fatores, entre eles, a escolaridade materna, a renda familiar, o trabalho materno, o estado conjugal, a introdução de outro tipo de leite, as cesarianas eletivas, o baixo peso ao nascer e o aconselhamento de avós paternas e maternas, influenciando negativamente as mães no sentido de introduzir água e chá no primeiro mês de vida do bebê (HORTA *et al.*, 1996; WEIDERPASS *et al.*, 1998; BUENO *et al.*, 2002; AUDI *et al.*, 2003; BUENO *et al.*, 2003; SIMON *et al.*, 2003; FROTA e MARCOPITO, 2004; SUSIN *et al.*, 2005).

Portanto, as práticas de Aleitamento Materno são influenciadas pelas características socioeconômicas, ambientais e demográficas nas quais as famílias estão inseridas. Verificar quais fatores estão mais fortemente associados ao aleitamento materno exclusivo é o primeiro passo para a busca da sua promoção, garantindo, desta forma, a melhoria da qualidade de vida da população infantil e da população como um todo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Verificar a associação entre o Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses de idade e as características socioeconômicas, demográficas, ambientais, de morbidades e biológicas das famílias assistidas pelo Programa Saúde da Família no município de Guarapuava – PR.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar as crianças menores de dois anos e suas famílias de acordo com os dados socioeconômicos, demográficos, ambientais, de morbidades e biológicos;
- Estimar a prevalência do aleitamento materno entre crianças menores de dois anos;
- Estimar a prevalência do aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de seis meses de idade;
- Identificar os fatores associados ao Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses de idade.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 Descrição da área

O estudo foi desenvolvido na cidade de Guarapuava, município do centro-sul paranaense fundado em 1810, localizado no Terceiro Planalto, ou Planalto de Guarapuava. Possui extensão de 3.160,1km<sup>2</sup> e está localizado a 219,3Km de Curitiba, capital do Estado do Paraná, e a 361Km do Porto de Paranaguá (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2007; WIKIPEDIA, 2006).

Limita-se ao norte com os municípios de Campina do Simão e Turvo, ao sul com o município de Pinhão, à leste com Prudentópolis e Inácio Martins, e a oeste com Candói, Cantagalo e Goioxim.



**Figura 1:** Paraná e seus grandes municípios

Fonte: Governo do Estado do Paraná, 2006

Em 2000, o município foi considerado como uma região de médio desenvolvimento pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O Brasil passa a figurar a lista de países classificados como de alto desenvolvimento a partir de 2007, porém não há disponibilidade deste dado recente por região e município.

Em relação aos outros municípios do Brasil, Guarapuava ocupa a 1227ª posição, sendo que 22,3% dos municípios estão em situação melhor e 77,7% dos municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos outros municípios do Estado, Guarapuava ocupa a 80ª posição, sendo que 79 municípios (19,8%) estão em situação melhor e 319 municípios (80,2%) estão em situação igual ou pior (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2007).

A cidade possui 169.008 habitantes, sendo 3634 crianças menores de 2 anos de idade (2,15% da população). A taxa de urbanização é de 91,32%, maior que a média do estado. Em 2000, a taxa de analfabetismo mensurada no município foi de 10,2%, e a renda média per capita de R\$292,11 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2007). O salário mínimo vigente no Estado do Paraná durante o período da pesquisa era de R\$437,00.

Com relação à economia de Guarapuava, o Produto Interno Bruto (PIB) municipal é de aproximadamente R\$1.423.856.874,00, sendo que 80% da participação do PIB municipal são provenientes da indústria e do setor de serviços. As indústrias dominantes são a de papel e papelão, química, bebidas, madeira e produtos alimentícios. Os demais 20% do PIB municipal são devidos a agropecuária da região. A população economicamente ativa é de 71.307 habitantes (WIKIPEDIA, 2006).

### **3.1.1 O Programa Saúde da Família em Guarapuava e a promoção do aleitamento materno exclusivo**

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para reorientação do modelo assistencial, operacionalizada por meio de equipes multiprofissionais em Unidades Locais de Saúde responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias. As ações destas equipes buscam a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação dos agravos mais frequentes e manutenção da saúde na comunidade. As equipes do Programa Saúde da Família contam com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e seu saber popular na busca ativa na sociedade. O intuito é consolidar a Saúde da Família como a porta de entrada prioritária do SUS, organizando o sistema a partir deste serviço, visando resolver ainda na atenção básica, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

Entre outras ações, a atenção básica parece ser efetiva na promoção do aleitamento materno exclusivo, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população. As Unidades Locais de Saúde mais preparadas para a promoção, proteção e apoio à amamentação alcançam maiores prevalências de aleitamento materno exclusivo do que as pouco envolvidas na questão da amamentação (OLIVEIRA e CAMACHO, 2002).

O acompanhamento das mães após o parto tem demonstrado ser uma ação efetiva para o aumento do tempo total de aleitamento materno e do tempo de aleitamento materno exclusivo. Este aconselhamento face a face parece exercer

maior influência quando feito na própria comunidade e proporciona um efeito dose-resposta (quanto maior o número de visitas, maior a duração do aleitamento materno exclusivo), o que demonstra a importância de visitas domiciliares constantes (ALBERNAZ e VICTORA, 2003; COUTINHO *et al.*, 2005).

Vitolo *et al.* (2005) em estudo de intervenção randomizado sobre o impacto da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos, também verificaram este aumento do tempo do aleitamento materno exclusivo. As orientações foram repassadas para as mães do grupo intervenção em dez visitas domiciliares, com base no “Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos”. As crianças do grupo intervenção apresentaram mais que o dobro da probabilidade de serem amamentadas exclusivamente até os seis meses. As orientações repassadas estimularam as mães a terem maior cuidado e preocupação com a alimentação de seus filhos, resultados que também podem ser conseguidos por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se bem treinados e incentivados.

Portanto, o Programa Saúde da Família pode ser uma boa estratégia para a promoção e apoio ao Aleitamento Materno, já que oferece às famílias atenção à saúde preventiva e curativa. Os serviços de saúde têm um papel fundamental, pois muitas vezes a errônea e/ou precoce introdução de novos alimentos e o desmame precoce podem ocorrer devido a atuação inadequada ou ao despreparo dos profissionais de saúde (PARADA *et al.*, 2005).

Diante do exposto, parte-se do princípio da necessidade da realização de estudos relacionados aos aspectos acerca do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade em populações que recebem assistência do Programa Saúde da Família.

Em Guarapuava, Estado do Paraná, verifica-se a escassa existência de dados municipais sobre a situação do aleitamento materno e de alimentação complementar. Por isso, conhecer a situação do Aleitamento Materno, bem como os fatores associados ao mesmo, é de suma importância para a cidade, visando em longo prazo, a diminuição da mortalidade infantil e a melhoria das condições de saúde da população.

Este projeto faz parte de um projeto mais amplo intitulado “Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar – Estudo de Intervenção Randomizado”, que tem por objetivo a promoção da alimentação saudável nos padrões de amamentação e alimentação complementar na população estudada. Portanto, o presente projeto de pesquisa embasará a promoção do aleitamento materno exclusivo no município de Guarapuava.

Desse modo, propõe-se a realização de uma pesquisa neste município, para verificação dos fatores associados ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, na população de crianças menores de dois anos, freqüentadoras de Unidades Locais de Saúde que recebem assistência do Programa de Saúde da Família, pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Desta maneira, este será um estudo inicial que contribuirá para a realização de uma futura intervenção na comunidade, no sentido de treinar os Agentes Comunitários de Saúde com os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável”, para que aconselhem corretamente as mães quanto às práticas de amamentação. Isto se faz necessário, visto que o Programa Saúde da Família do município ainda não utiliza o “Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos”, uma proposta do Ministério da Saúde como embasamento teórico para ações na atenção básica, na área de alimentação infantil (BRASIL, 2002b).

O Programa Saúde da Família está em vigor no município de Guarapuava desde o ano de 2002; e vem crescendo continuamente desde este período. A cobertura era de 20% naquele ano, e passou para 65% em 2005 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2005). Apesar deste substancial crescimento e da preocupação do município com a saúde infantil, segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) em 2003, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 20,5 por mil nascidos vivos. Esta taxa vem decaindo, entretanto encontra-se acima do coeficiente avaliado em 2004 para o Sul do Brasil – 15,0 por mil nascidos vivos – e para o Estado do Paraná – 15,5 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2006).

### **3.2 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo transversal de base analítica (PEREIRA, 2005) que incluiu crianças de 0 a 23,9 meses e suas mães biológicas, que residiam na área urbana da cidade de Guarapuava e que eram assistidas pelo Programa Saúde da Família (PSF) vigente no município.

### 3.3 População de referência do estudo e cálculo da amostra

Inicialmente a população de referência incluiu todas as crianças menores de dois anos e suas mães biológicas, atendidas pelo Programa Saúde da Família, implantado em 25 Unidades Locais de Saúde, situadas na área urbana da cidade de Guarapuava, que se encontravam devidamente registrados pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Dentre as crianças que fizeram parte da amostra, foram excluídas do estudo:

- 1º: As crianças gêmeas e as que haviam sido internadas recentemente, a fim de não prejudicar a rotina já dificultada da mãe, interferindo também na coleta dos dados. Estes poderiam não ser fidedignos em sua análise, devido a maior dificuldade de continuidade do aleitamento materno por estas mães.
- 2º: As crianças que não eram cuidadas pelas mães biológicas, tendo em vista que as práticas de aleitamento materno podem ser referidas apenas por elas, caso não tenha ocorrido a lactação induzida na mãe adotiva.
- 3º: As crianças que completaram dois anos antes da realização da entrevista.
- 4º: As crianças em cujos domicílios durante o estudo, foram visitados por três vezes sem que se conseguisse contato com a mãe biológica da criança.

Os dados foram coletados nos domicílios das famílias que recebiam a visita dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A área urbana do município de Guarapuava, com exceção do centro da cidade, contava com 25 Unidades Locais de Saúde.

Desse modo, para o cálculo do tamanho da amostra, foi considerado o total de 2454 crianças que no momento, eram atendidas pelo Programa Saúde da

Família das 25 Unidades Locais de Saúde situadas na área urbana do município, utilizando-se da seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot P \cdot (1-P)}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot P \cdot (1-P)}$$

onde,

n = tamanho da amostra

N = população de referência = 2454 crianças

z = 1,96

P = prevalência do fenômeno sob investigação = 0,5% (50% por ser desconhecida a prevalência do fenômeno na população)

d = erro amostral previsto (5,0 pontos percentuais para mais ou para menos com 95%)

$$n = \frac{2454 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)}{(5,0)^2 \cdot (2454-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)}$$

Assim, o tamanho mínimo da amostra totalizou 332 crianças. Estimou-se o efeito do desenho de 1,2, resultando em 399 crianças:

$$N = 332 \times 1,2 = 399$$

Então foram acrescentados 30% na amostra a fim de compensar eventuais perdas ou recusas em participar do estudo. Desse modo, o total da amostra sorteada foi de **519 crianças**.

### 3.4 Variáveis do estudo

As variáveis selecionadas para serem coletadas neste estudo são as seguintes:

- Peso ao nascer;
- Características socioeconômica, demográficas e ambientais das famílias das crianças estudadas;
- Presença de morbidades, como diarreia e indícios de doenças pulmonares;
- Práticas de aleitamento materno.

#### Variável dependente ou variável de desfecho:

A variável dependente é a prática de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.

#### Variáveis independentes:

No quadro 1 estão apresentadas as variáveis independentes em relação às características socioeconômica da criança e sua família e suas respectivas categorias adotadas e níveis de exposição.

Variável	Categorias	Nível de exposição
Estado civil da mãe	Sem união estável	Exposto
	Com união estável	Basal
Anos de estudo da mãe	0 a 4 anos de estudo	Exposto
	De 5 a 8 anos de estudo	Moderadamente exposto
	≥ 9 anos de estudo	Basal
Anos de estudo do pai	0 a 4 anos de estudo	Exposto
	De 5 a 8 anos de estudo	Moderadamente exposto
	≥ 9 anos de estudo	Basal
Trabalho materno remunerado	Trabalho fora de casa	Exposto
	Trabalho dentro de casa	Moderadamente exposto
	Sem trabalho remunerado	Basal
Renda mensal familiar	< 0,25 SM/pessoa/mês	Exposto
	0,25 – 0,5 SM/pessoa/mês	Moderadamente exposto
	> 0,5 SM/pessoa/mês	Basal
Recebimento de orientação sobre aleitamento materno	Não	Exposto
	Sim	Basal

**Quadro 1** – Categorização e nível de exposição das variáveis socioeconômicas da criança e sua família

No quadro 2 estão apresentadas as variáveis independentes em relação às características demográficas da mãe da criança e suas respectivas categorias adotadas e níveis de exposição.

Variável	Categorias	Nível de exposição
Idade materna	≤ 19 anos	Exposto
	≥ 20 anos	Basal
Número de filhos vivos atualmente	≥ 3 filhos	Exposto
	≤ 2 filhos	Basal
Idade materna no nascimento do primeiro filho	≤ 19 anos	Exposto
	≥ 20 anos	Basal

**Quadro 2** – Categorização e nível de exposição das variáveis demográficas da mãe da criança

No quadro 3 estão apresentadas as variáveis independentes em relação às características ambientais da criança e sua família e suas respectivas categorias adotadas e níveis de exposição.

Variável	Categorias	Nível de exposição
Número de pessoas na casa	≥ 5 pessoas	Exposto
	≤ 4 pessoas	Basal
Tipo de casa	Outro	Exposto
	Alvenaria	Basal
Número de peças na casa	≤ 4 peças	Exposto
	≥ 5 peças	Basal
Número de peças servindo de dormitório	≤ 1 peças	Exposto
	≥ 2 peças	Basal
Aglomeração no domicílio	> 2 pessoas/dormitório	Exposto
	≤ 2 pessoas/dormitório	Basal
Presença de água encanada	Não	Exposto
	Sim	Basal
Presença de tratamento efetivo da água	Não	Exposto
	Sim	Basal
Presença de esgotamento sanitário ligado à rede pública	Não	Exposto
	Sim	Basal
Presença de coleta pública regular de lixo	Não	Exposto
	Sim	Basal

**Quadro 3** – Categorização e nível de exposição das variáveis ambientais da criança e sua família

No quadro 4 estão apresentadas as variáveis independentes em relação às características biológicas da criança e sua família e suas respectivas categorias adotadas e níveis de exposição.

Variável	Categorias	Nível de exposição
Tipo de parto	Cesariana	Exposto
	Normal	Basal
Peso ao nascer	< 2500g	Exposto
	≥ 2500g	Basal
Presença de diarreia no dia ou na semana anterior à visita	Sim	Exposto
	Não	Basal
Presença de tratamento efetivo para a diarreia	Não	Exposto
	Sim	Basal
Interrupção da alimentação durante a diarreia	Sim	Exposto
	Não	Basal
Presença de sintomas de doença respiratória	Sim	Exposto
	Não	Basal
Encaminhamento à consulta (frente à tosse)	Não	Exposto
	Sim	Basal
Internamento nos últimos 12 meses (criança)	Sim	Exposto
	Não	Basal
Presença de aleitamento materno atualmente	Não	Exposto
	Sim	Basal
Gravidez atual	Sim	Exposto
	Não	Basal

**Quadro 4** – Categorização e nível de exposição das variáveis biológicas da criança e sua família

Considerando-se que a variável dependente é o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, as crianças que tiverem recebido água, chá, suco, outro tipo de leite, ou qualquer outro alimento, ou tiverem utilizado mamadeira antes dos 180 dias, serão incluídas no grupo que interrompeu o aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses.

### 3.5 Instrumento para coleta dos dados

Para a realização deste estudo foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário pré-codificado, contendo dados de identificação da criança e sua família, questões sobre as características socioeconômicas e demográficas da família, saúde da criança menor de dois anos e saúde da mulher (**APÊNDICE A**), contemplando todos os objetivos da pesquisa.

Este questionário teve como base o questionário utilizado em entrevistas quantitativas no teste de viabilidade, realizado para posterior elaboração dos “Guias Alimentares para Crianças Menores de Dois Anos” (BRASIL, 2002c) após intensas discussões de importantes consultores brasileiros na área de alimentação infantil. Estes foram aplicados em todo o Brasil para fazer um diagnóstico da situação alimentar e nutricional das crianças brasileiras menores de dois anos de idade, considerando-se várias culturas e tradições. As adaptações feitas no questionário corresponderam à inclusão de perguntas, para acessar todos os objetivos do projeto.

Foi realizado um teste piloto, no qual cada entrevistador participante aplicou pelo menos um questionário, totalizando 82 questionários aplicados nas áreas das Unidades Locais de Saúde não sorteadas para o estudo final (14,64% da amostra proposta). Este questionário foi aplicado com as mães das crianças menores de dois anos em seus domicílios, conforme proposição do Agente Comunitário de Saúde responsável pela área. Posteriormente, a codificação destes questionários foi corrigida pelo coordenador do projeto, solucionando as dúvidas ainda existentes por parte dos entrevistadores em relação à aplicação e codificação dos questionários.

### **3.6 Seleção e treinamento dos entrevistadores**

Para sua realização, o estudo contou com 74 alunos voluntários, 3 alunos bolsistas, estudantes do primeiro, segundo e terceiro anos do curso de Graduação em Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), situada no município de Guarapuava – PR, bem como a pesquisadora autora desta pesquisa.

Para o recrutamento dos alunos voluntários, a busca foi feita por meio de cartazes informativos e visitas às salas de aula, apresentando-se o estudo aos alunos interessados. Os alunos bolsistas foram selecionados pelo coordenador do projeto, conforme as normas da referida Universidade.

O pesquisador coordenador e os pesquisadores colaboradores treinaram os entrevistadores durante dois dias, em Guarapuava, totalizando 16 horas. Os temas abordados foram: a técnica de amostragem e identificação das famílias a serem incluídas no estudo, abordagem às mães, aplicação dos questionários e prévia codificação dos mesmos e também sobre a alimentação da criança menor de dois anos, segundo o “Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos”.

Após o treinamento, os alunos selecionados foram devidamente distribuídos nos bairros onde estavam situados os domicílios das crianças sorteadas na amostra. Em um primeiro momento, foi solicitado que os mesmos entrassem em contato com os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Local de Saúde onde cada criança era atendida, com a finalidade de conhecer o local e procurar manter um bom relacionamento com os colaboradores durante o estudo.

### **3.7 Coleta de dados**

Os dados foram coletados nos domicílios onde residiam as crianças, no qual as mães responderam a um questionário pré-codificado, que foi aplicado pelos entrevistadores treinados, acompanhados pelo Agente Comunitário de Saúde responsável pela microrregião onde cada criança sorteada residia.

Os questionários que apresentaram dados inconsistentes foram revisados pelo pesquisador responsável, a fim de corrigir os erros apresentados quando possível, por meio de uma nova visita. Desta maneira, não se excluíam famílias pertencentes à amostra devido a erros durante a entrevista.

As crianças excluídas posteriormente ao cálculo da amostra (devido aos critérios de exclusão) não tiveram reposição na amostra.

O controle de qualidade dos dados foi realizado durante a coleta, por meio de repetição ou supervisão direta na coleta de dados, e também durante o processamento dos mesmos, por checagem de consistência e de validade interna dos dados, pelos pesquisadores locais responsáveis pelo estudo, e posteriormente pela pesquisadora colaboradora autora desta pesquisa durante a codificação final e digitação dos dados.

### 3.8 Processamento e análise de dados

Inicialmente os dados de todos os questionários respondidos foram analisados, corrigindo-se aqueles que eventualmente apresentaram inconsistência nas respostas. Nenhum questionário foi excluído por respostas inconsistentes, uma vez que os eventuais erros puderam ser corrigidos. Após este procedimento, foi criado um banco de dados no Software Epi Info 6.04, no qual os dados foram digitados duplamente, verificando-se desta forma, erros de digitação e procedendo-se a limpeza do banco de dados. Este foi posteriormente exportado para o programa Stata 9.1 para as análises. Em um primeiro momento foram realizadas análises estatísticas descritivas, utilizando as medidas de tendência central (média e mediana) e medida de dispersão (Desvio-padrão).

Posteriormente foi realizado teste de associação com o teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) entre a variável dependente e as variáveis independentes. Todas as variáveis que apresentaram valor de  $p < 0,25$  no teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) foram selecionadas para a análise de regressão multivariada não condicional. Foram estimadas as razões de chances – RC (Odds Ratio) –, com respectivos intervalos de confiança de 95%, brutos e ajustados (HOSMER e LEMESHOW, 1989).

### 3.9 Critérios éticos da pesquisa

Conhecer a realidade de uma população precede o desenvolvimento de ações efetivas que visem a melhoria da qualidade de vida da mesma (BRASIL, 2003). Proporcionar uma alimentação adequada para a maioria das crianças pequenas mostra-se como um componente essencial para garantir a Segurança Alimentar (MONTE e GIUGLIANI, 2004).

A amamentação é uma questão prioritária no Brasil para o planejamento das ações em Saúde Pública, bem como para estabelecimento de metas e indicadores. Para tanto, a determinação da situação do aleitamento materno exclusivo na comunidade proposta, bem como seus fatores associados, torna-se uma estratégia exeqüível para a redução da morbi-mortalidade infantil e conseqüente melhora da qualidade de vida da população (ESCUDE *et al.*, 2003).

O estudo proposto não envolve dano associado ou decorrente da pesquisa para a população investigada. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS – Unicentro seguindo os requisitos da “Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde do Brasil” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) (**ANEXO A**).

Todas as mães entrevistadas foram informadas do conteúdo da pesquisa, bem como seus objetivos, apresentando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APENDICE B**), que após lido e explicado quando necessário, foi assinado anteriormente à entrevista, com a garantia de sigilo das informações fornecidas para a pesquisa.

A Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), a Universidade Federal do Paraná (UFPR), a Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava e o Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) formaram uma parceria para a realização deste projeto.

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 Caracterização da amostra**

Das 519 crianças inicialmente sorteadas, foi possível a coleta dos dados de 426 crianças, obtendo-se uma taxa de não resposta de 17,92%. No cálculo da amostra, haviam sido acrescidos 30% a fim de compensar eventuais perdas ou recusas em participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas somente com as mães das crianças menores de dois anos não sendo, portanto, realizadas com as demais pessoas responsáveis por estas.

Cada entrevistador realizou em média, 5,46 entrevistas, sendo que havia em média, 4,34 crianças menores de dois anos das famílias pesquisadas para cada Agente Comunitário de Saúde envolvido no estudo.

Na tabela 01 está apresentada a distribuição das crianças menores de dois anos de idade atendidas pelo Programa Saúde da Família, que participaram da pesquisa, de acordo com a Unidade Local de Saúde em que está inserida, sorteadas proporcionalmente ao número de crianças atendidas.

**Tabela 01** – Distribuição da amostra, de acordo com a Unidade Local de Saúde. Guarapuava, PR, 2007.

Unidade Local de Saúde	n	%
<i>CIA Boqueirão</i>	9	2,1
<i>CIA Primavera</i>	22	5,2
<i>CIA Santa Cruz</i>	14	3,3
<i>CIA Santana</i>	6	1,4
<i>CIA Vila Bela</i>	9	2,1
<i>CIA Vila Carli</i>	16	3,8
<i>CIA Xarquinho</i>	15	3,5
<i>PSF Adão Kaminski</i>	21	4,9
<i>PSF Campo Velho</i>	27	6,3
<i>PSF Colibri</i>	27	6,3
<i>PSF Concórdia</i>	22	5,2
<i>PSF Dourados</i>	18	4,2
<i>PSF Jardim das Américas</i>	15	3,5
<i>PSF Parque das Árvores</i>	25	4,7
<i>PSF Paz e Bem</i>	15	3,5
<i>PSF Pinheiros</i>	20	4,7
<i>PSF Planalto</i>	34	8,0
<i>PSF Recanto Feliz</i>	28	6,6
<i>PSF Residencial 2000</i>	27	6,3
<i>PSF São Cristóvão</i>	27	6,3
<i>PSF São Miguel</i>	19	4,5
<i>PSF Tancredo Neves</i>	10	2,3
<b>Total</b>	<b>426</b>	<b>100</b>

Na tabela 02 observa-se que o número de crianças maiores de um ano é muito superior ao número de crianças menores de um ano, sendo que apenas 13,1% são crianças menores de seis meses. A média de idade das crianças participantes da pesquisa foi de 13,32 meses ( $\pm 5,84$ ).

**Tabela 02** – Distribuição da amostra, de acordo com suas características demográficas. Guarapuava, PR, 2007.

Variáveis	n	%	% acumulada
<b>Sexo</b>			
Masculino	232	54,5	-
Feminino	194	45,5	-
<b>Idade</b>			
0 a 3,9 meses	26	6,1	6,1
4 a 5,9 meses	30	7,0	13,1
6 a 8,9 meses	48	11,3	24,4
9 a 11,9 meses	65	15,3	39,7
12 a 17,9 meses	148	34,7	74,4
18 a 23,9 meses	109	25,6	100
<b>Total</b>	<b>426</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

Na tabela 03 está apresentado o peso ao nascer. Observa-se uma média de 3148,64g ( $\pm$  569,65). Verifica-se um percentual de 8,8% (n = 37) de crianças que nasceram com baixo peso e um percentual de 2,2% (n = 9) que apresentavam muito baixo peso ao nascer, ou seja, peso inferior a 1500 gramas.

**Tabela 03** – Distribuição da amostra, de acordo com o peso ao nascer. Guarapuava, PR, 2007.

Peso ao nascer	n	%
Adequado <sup>1</sup>	376	89,0
Baixo peso ao nascer <sup>2</sup>	37	8,8
Muito baixo peso ao nascer <sup>3</sup>	9	2,2
<b>Total</b>	<b>422</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> superior a 2500 gramas

<sup>2</sup> entre 1500 a 2500 gramas

<sup>3</sup> inferior a 1500 gramas

Não informado = 4 (0,94%)

As mães apresentaram idade média de 25,64 anos ( $\pm 6,65$ ) e uma média de anos de estudo de 7,14 anos ( $\pm 3,47$ ). Os pais das crianças menores de dois anos de idade apresentaram em média 7,05 anos de estudo ( $\pm 3,35$ ).

Na tabela 04 estão apresentados dados socioeconômicos sobre as famílias das crianças menores de dois anos pesquisadas.

Verifica-se que 41,78% da população reside em domicílios com cinco pessoas ou mais, sendo que mais da metade da população (57,51%) possui dormitórios para três pessoas ou mais. Na amostra, 97,85% da população possuía água encanada, 93,43% contava com coleta pública regular de lixo, porém o esgotamento sanitário estava presente em apenas 54,93% dos domicílios das crianças pesquisadas.

**Tabela 04** – Caracterização da amostra, de acordo com variáveis socioeconômicas. Guarapuava, PR, 2007.

<b>Variáveis socioeconômicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Número de pessoas na casa</b>		
1 a 4 pessoas	249	58,45
5 a 8 pessoas	157	36,85
9 pessoas ou mais	20	4,70
<b>Tipo de casa</b>		
Madeira	166	38,97
Alvenaria	192	45,07
Alvenaria e madeira	59	13,85
Pré-montada	8	1,88
Madeira e lona	1	0,23
<b>Número de cômodos na casa</b>		
1 a 3 cômodos	124	29,11
4 a 6 cômodos	244	57,28
7 a 9 cômodos	60	11,74
10 cômodos ou mais	8	1,88
<b>Aglomeração no domicílio</b>		
Sim (5 pessoas ou mais)	178	41,78
Não (4 pessoas ou menos)	248	58,22
<b>Número de cômodos servindo de dormitório</b>		
1 dormitório	151	35,45
2 a 3 dormitórios	264	61,97
4 a 5 dormitórios	8	1,87
	* NI = 3	* 0,70%
<b>Aglomeração por dormitório</b>		
Sim (3 pessoas ou mais por dormitório)	245	57,51
Não (2 pessoas ou menos por dormitório)	177	41,55
	* NI = 4	* 0,94%
<b>Presença de água encanada</b>		
Sim	417	97,89
Não	7	1,64
	* NI = 2	* 0,47%
<b>Presença de tratamento efetivo da água</b>		
Sim	154	36,15
Não	272	63,85

**Presença de esgotamento sanitário ligado à rede pública**

Sim	234	54,93
Não	190	44,60
	* NI = 2	* 0,47%

**Presença de coleta pública regular de lixo**

Sim	398	93,43
Não	27	6,34
	* NI = 1	* 0,23%

**Total** **426** **100**

---

\* NI = Não informado

A renda média familiar mensal foi de R\$623,48 ( $\pm$  435,19) e a renda média “per capita” mensal foi de R\$151,75 ( $\pm$  120,00). Ainda segundo a renda familiar mensal, 39,44% das famílias (n = 168) viviam abaixo da linha da pobreza (<0,25 salários-mínimos por pessoa por mês, segundo o IBGE, 2007) e 1,88% das famílias (n = 8) não possuía renda no momento da entrevista.

Os domicílios observados possuíam em média 4,63 cômodos ( $\pm$  1,98) e 1,88 dormitórios ( $\pm$  0,80) com uma densidade de 4,64 pessoas por domicílio ( $\pm$  1,77).

#### **4.2 Prevalência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo**

O tempo de aleitamento materno total apresentou média de 188,91 dias ( $\pm$  144,58) e mediana de 180 dias, sendo necessário considerar que 212 (49,76%) crianças ainda estavam recebendo aleitamento materno total no momento da entrevista não sendo, portanto, consideradas no cálculo de média e mediana por

ainda não terem passado pelo processo de desmame. Estas crianças apresentaram média de 359,39 dias de idade ( $\pm 179,88$ ).

A média de tempo de aleitamento materno exclusivo foi de 74,56 dias ( $\pm 62,02$ ) e sua mediana 60 dias. Também, 2,35% das crianças ( $n = 10$ ) nunca receberam aleitamento materno.

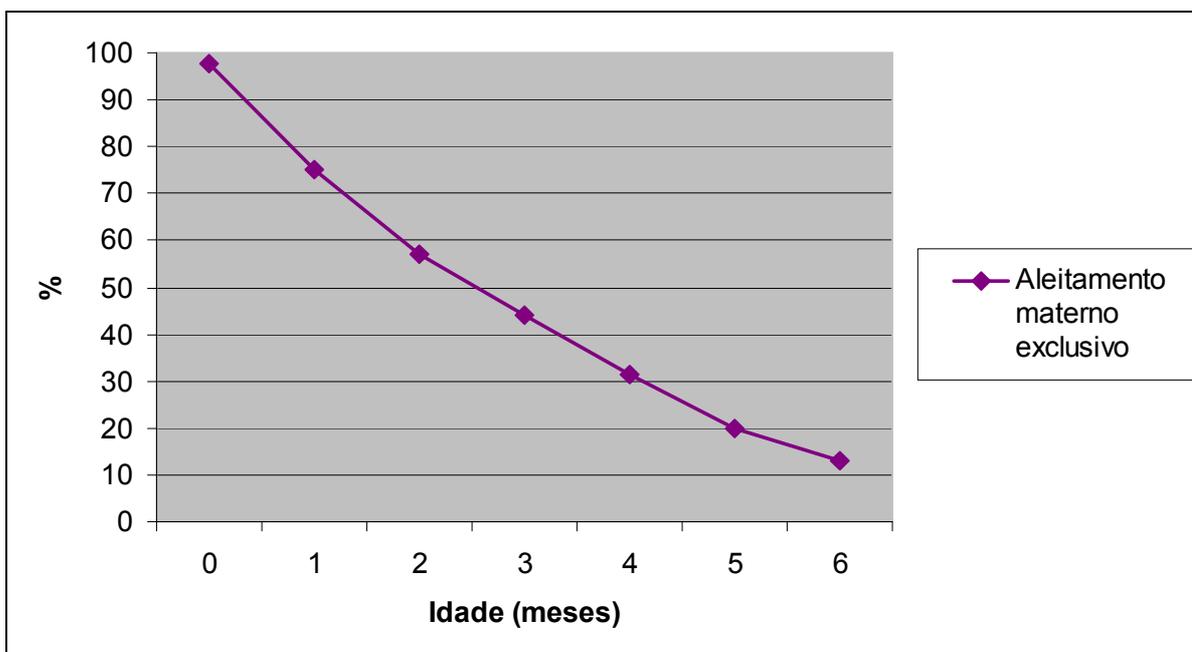
A Tabela 05 demonstra a prevalência de aleitamento materno exclusivo por faixa etária. Verifica-se que da amostra total, 12,91% das crianças ( $n = 55$ ) receberam aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade ou mais, sem ultrapassar os dez meses de idade, segundo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (1991).

**Tabela 05** – Prevalência de aleitamento materno exclusivo na amostra e diferença em sua prevalência entre meses subsequentes, de acordo com a faixa etária. Guarapuava, PR, 2007.

Idade	% de crianças em aleitamento materno exclusivo	Diferença (%) na prevalência de aleitamento materno exclusivo entre meses subsequentes
0 meses	97,42%	-
1 mês	74,88%	23,14%
2 meses	56,81%	24,13%
3 meses	43,90%	22,72%
4 meses	31,22%	28,88%
5 meses	19,95%	36,10%
6 meses ou mais	12,91%	35,29%

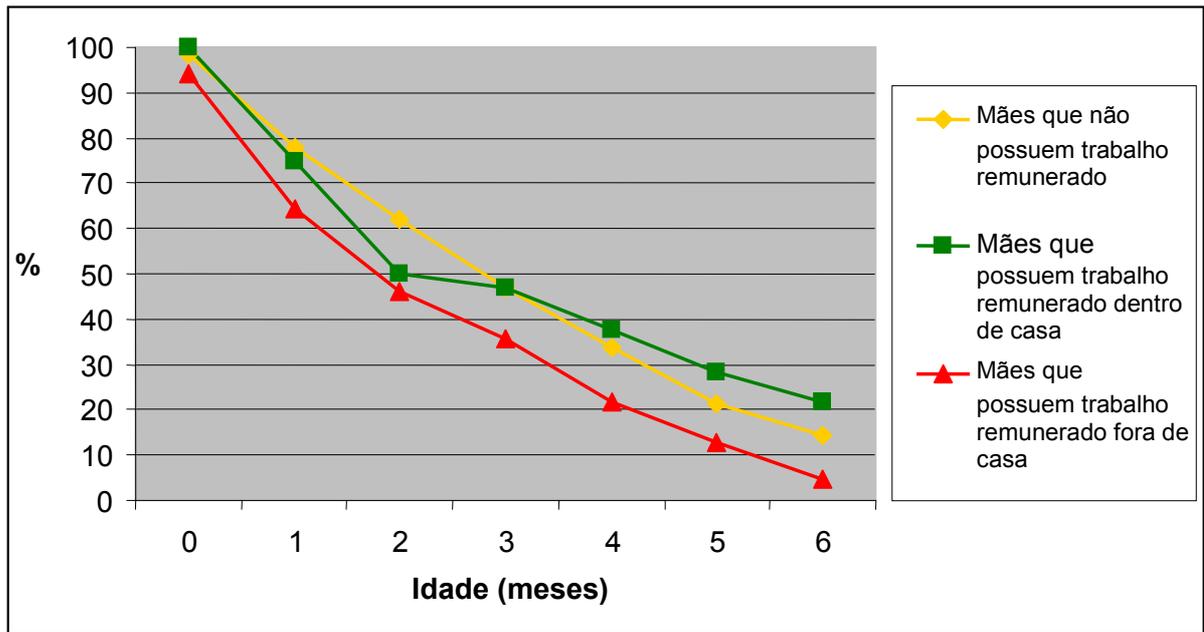
Na figura 2 está apresentado o tempo de aleitamento materno exclusivo de acordo com a idade da criança. Observa-se que quase a totalidade das crianças (97,42%) inicia o aleitamento materno de forma exclusiva, porém este diminui gradativamente. Ao completar o primeiro mês de vida, 74,88% das crianças estão em aleitamento materno exclusivo, aos três meses, 43,90% e aos quatro meses,

31,22%. Esta queda na prevalência de aleitamento materno exclusivo continua acontecendo, até chegar à prevalência de 12,91% verificada aos seis meses de idade.



**Figura 2:** Porcentagem de crianças em aleitamento materno exclusivo de acordo com a idade em meses. Crianças menores de dois anos de idade atendidas pelo Programa Saúde da Família, Guarapuava, PR, 2007.

Comparando-se o tempo de aleitamento materno exclusivo entre mães que trabalham fora de casa, mães que trabalham dentro de casa e mães que não trabalham remuneradamente, observa-se (**Figura 3**) que as mães que trabalham fora de casa interrompem o aleitamento materno exclusivo mais precocemente do que as demais. As mães que possuem um trabalho remunerado, porém dentro de casa, são as que chegam ao sexto mês com uma prevalência de aleitamento materno exclusivo de 21,9%, superior ao praticado pelas mães que trabalham fora de casa e que não possuem trabalho remunerado (4,5% e 14,4%, respectivamente).



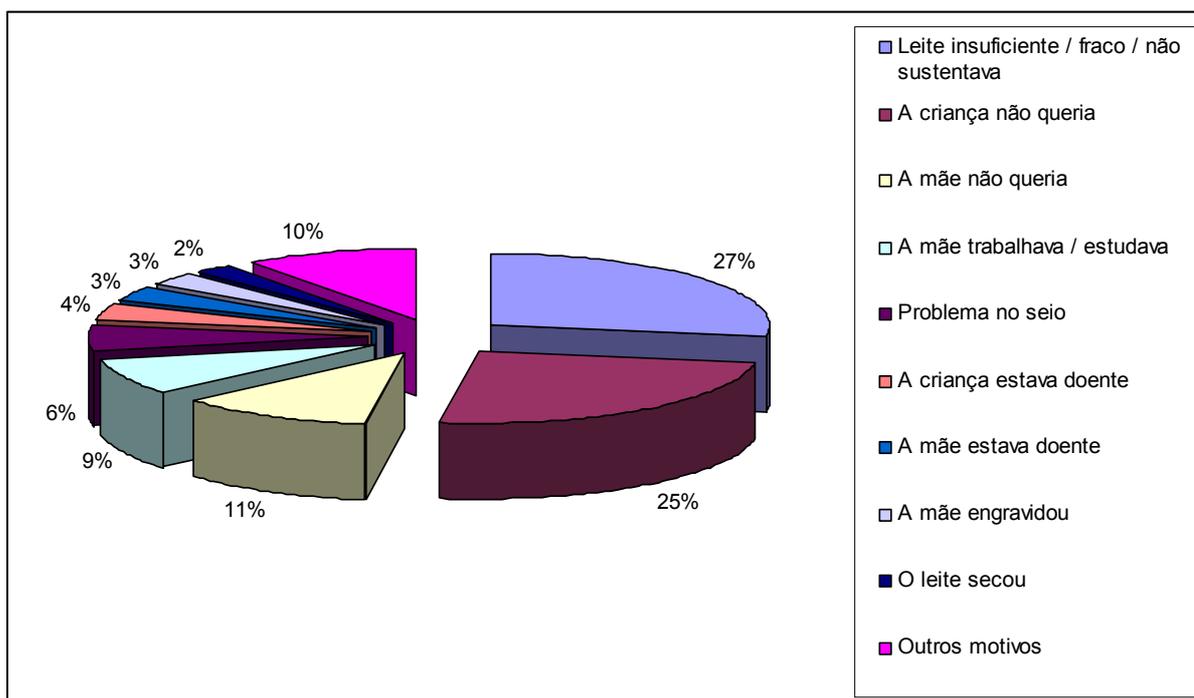
**Figura 3:** Porcentagem de crianças em aleitamento materno exclusivo de acordo com a idade em meses e categorias de trabalho materno. Crianças menores de dois anos de idade atendidas pelo Programa Saúde da Família, Guarapuava, PR, 2007.

#### 4.2.1 Interrupção do aleitamento materno exclusivo e desmame precoce

A introdução de água apresentou média de 124,30 dias ( $\pm 57,59$ ). O chá foi introduzido em média aos 90,82 dias de idade da criança ( $\pm 73,27$ ). A média de introdução de outro tipo de leite foi de 160,57 dias ( $\pm 125,22$ ). As medianas de introdução dos mesmos foram 90, 120 e 210 dias, respectivamente.

Na Figura 4 estão apresentadas as causas do desmame precoce, relatadas pelas mães no momento da entrevista. Das mães que haviam desmamado seus filhos ( $n = 214$ ; 50,24%) 211 responderam a esta pergunta (98,60% das mães que não amamentam seus filhos e 49,53% do total de mães). Observa-se que o relato de causa mais freqüente de desmame é a idéia de que o leite materno é insuficiente, fraco, ou que ele não sustenta ( $n = 58$ ; 27%) seguido da não aceitação pela criança

(n = 52; 25%) e da falta de desejo da mãe de amamentar (n = 23; 11%). O fato de a mãe trabalhar ou estudar foi relatado como causa do desmame em 9% dos casos (n = 18). Outros motivos para o desmame incluíram nascimento prematuro da criança (n = 3; 1,42%), a criança apresentava refluxo (n = 2; 0,95%) e mãe com diagnóstico de infecção por HIV (n = 1; 0,47%).



**Figura 4:** Causas do desmame precoce. Crianças menores de dois anos de idade atendidas pelo Programa Saúde da Família, Guarapuava, PR, 2007.

### **4.3 Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade**

Na tabela 06 estão apresentados os resultados da análise univariada para as variáveis socioeconômicas. Observa-se que houve significância estatística ( $p < 0,05$ ) para a variável trabalho materno. As mães que trabalhavam fora apresentaram 3,53 vezes mais chances de não amamentar exclusivamente seus filhos até os seis meses do que as mães que não trabalhavam fora (OR = 3,53 e IC 95% 1,22-10,14). Embora o trabalho materno dentro de casa não tenha mostrado associação estatisticamente significativa, a proporção de mães que exercem esta função e que referiram ter praticado aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade foi de 21,9%, percentual que representa quase o dobro da média da população total pesquisada.

As outras variáveis socioeconômicas não se mostraram associadas com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, e as prevalências entre as categorias não se mostraram muito distantes.

**Tabela 06** – Distribuição das variáveis socioeconômicas, de acordo com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Guarapuava, PR, 2007.

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo				ORbruta (IC 95%) <sup>a</sup>	p-valor
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Estado Civil da Mãe</b>						
Sem união estável	8	12,1	58	87,9	1,09 (0,48 – 2,43)	0,83
Com união estável	47	13,1	313	86,9	1,00	
<b>Escolaridade da mãe</b>						
0 a 4 anos de estudo	17	16,0	89	84,0	0,75 (0,37 – 1,49)	0,40
5 a 8 anos de estudo	23	13,3	150	86,7	0,60 (0,28 – 1,26)	0,18
≥ 9 anos de estudo	15	10,3	131	89,7	1,00	
<b>Escolaridade do pai</b>						
0 a 4 anos de estudo	12	11,0	97	89,0	0,62 (0,31 – 1,24)	0,18
5 a 8 anos de estudo	25	16,4	127	83,6	0,99 (0,44 – 2,23)	0,99
≥ 9 anos de estudo	15	10,9	122	89,1	1,00	
<b>Trabalho materno remunerado</b>						
Trabalho fora de casa	4	4,5	84	95,5	3,53 (1,22 – 10,14)	0,008**
Trabalho dentro de casa	7	21,9	25	78,1	0,60 (0,24 – 1,48)	0,26
Sem trabalho remunerado	44	14,4	262	85,6	1,00	
<b>Renda mensal familiar</b>						
<0,25 SM/pessoa/mês	21	12,5	147	87,5	0,71 (0,29 – 1,78)	0,47
0,25 – 0,5 SM/pessoa/mês	20	12,9	135	87,1	0,74 (0,30 – 1,83)	0,52
>0,5 SM/pessoa/mês	7	9,6	66	90,4	1,00	
<b>Recebimento de orientação sobre aleitamento materno</b>						
Não	12	17,4	57	82,6	0,65 (0,32 – 1,31)	0,23
Sim	43	12,1	313	87,9	1,00	

<sup>a</sup> Odds Ratio e Intervalo de Confiança de 95%

\* Teste exato de Fisher

Na tabela 07 estão apresentados os resultados da análise univariada para as variáveis demográficas das mães das crianças menores de dois anos de idade atendidas pelo Programa Saúde da Família.

Não houve significância estatística ( $p < 0,05$ ) com nenhuma variável, portanto estas não foram selecionadas para a análise de regressão logística multivariada.

**Tabela 07** – Distribuição das variáveis demográficas, de acordo com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Guarapuava, PR, 2007.

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo				ORbruta (IC 95%) <sup>a</sup>	p-valor
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Idade Materna</b>						
≤ 19 anos	11	12,1	80	87,9	1,09 (0,54 – 2,23)	0,79
≥ 20 anos	44	13,1	291	86,9	1,00	
<b>Número de filhos vivos atualmente</b>						
≥ 3 filhos	13	10,7	109	89,3	1,34 (0,69 – 2,61)	0,38
≤ 2 filhos	42	13,8	262	86,2	1,00	
<b>Idade materna no nascimento do primeiro filho</b>						
≤ 19 anos	37	13,6	235	86,4	0,79 (0,43 – 1,46)	0,46
≥ 20 anos	17	11,1	136	88,9	1,00	

<sup>a</sup> Odds Ratio e Intervalo de Confiança de 95%

Na tabela 08 estão apresentados os resultados da análise univariada para as variáveis ambientais das famílias das crianças estudadas. Observa-se que houve significância estatística ( $p < 0,05$ ) para as variáveis ausência de água encanada no lar ( $p = 0,04$ ) e ausência de coleta pública regular de lixo ( $p = 0,01$ ). As demais variáveis ambientais não apresentaram significância estatística e não foram selecionadas para a análise de regressão logística multivariada.

**Tabela 08** – Distribuição das variáveis ambientais na amostra, de acordo com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Guarapuava, PR, 2007.

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo				ORbruta (IC 95%) <sup>a</sup>	p-valor
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Número de pessoas na casa</b>						
≥ 5 pessoas	19	10,7	159	89,3	1,42 (0,78 – 2,57)	0,25
≤ 4 pessoas	36	14,5	212	85,5	1,00	
<b>Tipo de casa</b>						
Outro	28	12,0	206	88,0	1,20 (0,68 – 2,13)	0,52
Alvenaria	27	14,1	165	85,9	1,00	
<b>Número de peças na casa</b>						
≤ 4 peças	28	13,5	180	86,5	0,91 (0,51 – 1,60)	0,74
≥ 5 peças	27	12,4	191	87,6	1,00	
<b>Número de peças servindo de dormitório</b>						
≤ 1 peças	20	13,3	130	86,7	0,92 (0,51 – 1,67)	0,80
≥ 2 peças	34	12,4	239	87,6	1,00	
<b>Aglomeracão no domicílio</b>						
> 2 pessoas/dormitório	31	12,7	214	67,3	1,03 (0,58 – 1,84)	0,92
≤ 2 pessoas/dormitório	23	13,0	154	87,0	1,00	
<b>Presença de água encanada</b>						
Não	3	42,9	4	57,1	0,18 (0,04 – 0,86)	0,047**
Sim	51	12,2	366	87,8	1,00	
<b>Presença de tratamento efetivo da água</b>						
Não	39	14,3	233	85,7	0,69 (0,37 – 1,29)	0,25
Sim	16	10,4	138	89,6	1,00	
<b>Presença de esgotamento sanitário ligado à rede pública</b>						
Não	27	14,2	163	85,8	0,82 (0,46 – 1,45)	0,49
Sim	28	12,0	206	88,0	1,00	
<b>Presença de coleta pública regular de lixo</b>						
Não	8	29,6	19	70,4	0,32 (0,13 – 0,80)	0,015**
Sim	47	11,8	351	88,2	1,00	

<sup>a</sup> Odds Ratio e Intervalo de Confiança de 95%

• Teste exato de Fisher

Na tabela 09 estão apresentados os resultados da análise univariada para as variáveis biológicas das crianças menores de dois anos de idade atendidas pelo Programa Saúde da Família.

A variável que indica presença do aleitamento materno total no momento da entrevista mostrou-se associada ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, evidenciando que as crianças que foram amamentadas exclusivamente ao seio até os seis meses tiveram 2,10 vezes mais chances de estarem sendo amamentadas no momento da entrevista (OR = 2,10 e IC95% 1,16-3,80). As demais variáveis não apresentaram significância.

**Tabela 09** – Distribuição das variáveis biológicas na amostra, de acordo com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Guarapuava, PR, 2007.

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo				ORbruta (IC 95%) <sup>a</sup>	p-valor
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Tipo de parto</b>						
Cesariana	17	12,5	40	97,5	1,05 (0,57 – 1,95)	0,86
Normal	38	13,1	328	86,9	1,00	
<b>Peso ao nascer</b>						
< 2500g	6	13,0	40	87,0	0,98 (0,39 – 2,43)	0,96
≥ 2500g	48	12,8	328	87,2	1,00	
<b>Presença de diarreia no dia ou na semana anterior à visita</b>						
Sim	14	15,0	79	85,0	0,78 (0,40 – 1,51)	0,46
Não	40	12,2	289	87,8	1,00	
<b>Presença de tratamento efetivo para a diarreia</b>						
Não	8	12,7	53	87,3	0,56 (0,17 – 1,83)	0,25*
Sim	6	20,7	25	79,3	1,00	
<b>Interrupção da alimentação durante a diarreia</b>						
Sim	4	15,4	22	84,6	0,98 (0,27 – 3,55)	0,60*
Não	10	15,2	56	84,8	1,00	
<b>Presença de sintomas de doença respiratória</b>						
Sim	21	13,0	141	87,0	0,99 (0,55 – 1,78)	0,97
Não	33	12,8	224	87,2	1,00	
<b>Encaminhamento à consulta (frente a tosse)</b>						
Não	9	11,5	69	88,5	1,39 (0,58 – 3,37)	0,46
Sim	16	15,4	88	84,6	1,00	
<b>Internamento nos últimos 12 meses (criança)</b>						
Sim	11	12,2	79	87,8	1,08 (0,53 – 2,20)	0,82
Não	43	13,1	285	86,9	1,00	

**Presença de aleitamento materno atualmente**

Não	19	8,9	195	91,1	2,10 (1,16 – 3,80)	0,015*
Sim	36	17,0	176	83,0	1,00	

**Gravidez atual**

Sim	2	28,6	5	71,4	0,36 (0,07 – 1,90)	0,22*
Não	52	12,5	364	87,5	1,00	

---

<sup>a</sup> Odds Ratio e Intervalo de Confiança de 95%

\*Teste exato de Fisher

As variáveis socioeconômicas selecionadas para a regressão logística multivariada ( $p < 0,25$ ) foram: trabalho materno fora de casa ( $p = 0,008$ ), anos de estudo da mãe ( $p = 0,18$ ), anos de estudo do pai ( $p = 0,18$ ) e recebimento de orientação sobre aleitamento materno ( $p = 0,23$ ).

Nenhuma das variáveis demográficas foi selecionada para a regressão multivariada pois apresentaram valor de  $p > 0,25$ .

As variáveis ambientais selecionadas para a regressão multivariada ( $p < 0,25$ ) foram: coleta pública regular de lixo ( $p = 0,015$ ) e presença de água encanada no domicílio ( $p = 0,047$ ).

As variáveis biológicas selecionadas para a regressão logística ( $p < 0,25$ ) foram: presença da continuidade do aleitamento materno até o momento da visita ( $p = 0,015$ ) e nova gravidez no momento da entrevista ( $p = 0,22$ ).

As variáveis com  $p < 0,25$  foram introduzidas na regressão multivariada por ordem crescente de  $p$  (de 0,015 a 0,23) para posterior verificação das associações que permaneceriam significativas. Desta maneira, pode-se observar que variáveis se mantêm significativas mesmo com a introdução de todas as variáveis confundidoras que apresentavam inicialmente  $p < 0,25$ ,

Na tabela 10 estão apresentados os resultados da análise de regressão multivariada para as variáveis socioeconômicas, ambientais e biológicas das crianças incluídas no estudo.

A associação entre aleitamento materno exclusivo até os seis meses e o trabalho materno fora de casa permaneceu significativa ( $p < 0,05$ ), sendo que mães que trabalham fora possuem 3,92 vezes mais chances de não amamentarem exclusivamente seus filhos até os seis meses (OR = 3,92 e IC95% 1,06-14,53).

A continuidade do aleitamento materno até o momento da entrevista também permaneceu associada ( $p < 0,05$ ) ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Verifica-se, portanto, a tendência de haver continuidade do aleitamento materno total em direção aos dois anos de idade da criança quando a mãe amamentou seu filho exclusivamente até os seis meses (OR = 2,04 e IC 95% 1,03-4,01).

As demais variáveis selecionadas para a regressão logística multivariada não permaneceram associadas ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

**Tabela 10** – Análise de regressão logística multivariada em relação às condições socioeconômicas, ambientais e biológicas relacionadas ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Crianças menores de dois anos de idade atendidas pelo Programa Saúde da Família, Guarapuava, PR, 2007.

Variáveis	ORbruta (IC 95%) <sup>a</sup>	p-valor	ORajustada (IC 95%) <sup>a</sup>	p-valor
<b>Presença de aleitamento materno atualmente</b>				
Não	2,10 (1,16 – 3,80)	0,015*	2,04 (1,03 – 4,01)	0,04*
Sim	1,00		1,00	
<b>Presença de coleta pública regular de lixo</b>				
Não	0,32 (0,13 – 0,80)	0,015**	0,54 (0,18 – 1,57)	0,25
Sim	1,00		1,00	
<b>Presença de água encanada</b>				
Não	0,18 (0,04 – 0,86)	0,047**	0,34 (0,05 – 2,26)	0,26
Sim	1,00		1,00	
<b>Trabalho materno remunerado</b>				
Trabalho fora de casa	3,53 (1,22 – 10,14)	0,008**	3,92 (1,06 – 14,53)	0,04*
Trabalho dentro de casa	0,60 (0,24 – 1,48)	0,26	0,48 (0,19 – 1,23)	0,13
Sem trabalho remunerado	1,00		1,00	
<b>Escolaridade da mãe</b>				
0 a 4 anos de estudo	0,75 (0,37 – 1,49)	0,40	0,81 (0,30 – 2,20)	0,69
5 a 8 anos de estudo	0,60 (0,28 – 1,26)	0,18	0,99 (0,41 – 2,39)	0,98
≥ 9 anos de estudo	1,00		1,00	
<b>Escolaridade do pai</b>				
0 a 4 anos de estudo	0,62 (0,31 – 1,24)	0,18	1,33 (0,49 – 3,62)	0,58
5 a 8 anos de estudo	0,99 (0,44 – 2,23)	0,99	0,80 (0,33 – 1,91)	0,61
≥ 9 anos de estudo	1,00		1,00	
<b>Gravidez atual</b>				
Sim	0,36 (0,07 – 1,90)	0,22*	0,33 (0,06 – 1,64)	0,17
Não	1,00		1,00	
<b>Recebimento de orientação sobre aleitamento materno</b>				
Não	0,65 (0,32 – 1,31)	0,23	0,65 (0,29 – 1,45)	0,29
sim	1,00		1,00	

<sup>a</sup> Odds Ratio e Intervalo de Confiança de 95%

\* Teste exato de Fisher

## 5 DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada sem grandes dificuldades, demonstrando ser possível uma abordagem direta às mães em seus domicílios, sem que se modificasse de maneira negativa o cotidiano das mesmas ou o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Apenas uma pequena parcela da população planejada na amostra se recusou a participar do estudo. O principal motivo das perdas foi a mudança recente de endereço da família, uma prática comum nesta região por famílias sem muitos recursos financeiros, que se vêem obrigadas a mudar de local cada vez que contraem muitas dívidas. Outro importante motivo de perda foi a ausência da mãe no domicílio para a realização do questionário em todas as visitas propostas na metodologia, antes da desistência daquela criança. Porém, apesar das desvantagens inerentes a uma pesquisa domiciliar, a amostra calculada foi atingida e esta se mostrou adequada aos objetivos do estudo e aos métodos estatísticos empregados.

Na população pesquisada, 11% das crianças nasceu com baixo peso ao nascer ou muito baixo peso ao nascer. Este dado está muito acima do encontrado tanto no Brasil quanto no Sul do país e no estado do Paraná, que segundo o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) em 2003, atingia cerca de 8% dos nascidos vivos. Este fato pode refletir a ineficiência do cuidado pré-natal para a população atendida pelo Programa Saúde da Família na localidade, já que o peso ao nascer é diretamente influenciado pelas condições da gestação (BRASIL, 2002a). Deve-se pensar, portanto, em uma estratégia municipal com vistas à

melhoria da saúde das gestantes, com conseqüente repercussão no peso ao nascer do concepto.

Com referência à escolaridade dos pais das crianças menores de dois anos, observou-se que a média de escolaridade materna foi de 7,14 anos de estudo e paterna de 7,05 anos de estudo. Este resultado ao mesmo tempo em que é importante, indicando um maior número de anos de estudo dos pais visitados, mostra diferenças em relação aos dados locais, pois na cidade de Guarapuava, mais de 65% da população apresenta escolaridade de até 4 anos de estudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A maior parte da população possuía água encanada e coleta pública regular de lixo, porém o esgotamento sanitário estava presente em apenas metade dos domicílios pesquisados.

A renda média familiar mensal foi de R\$623,48, e a renda média “per capita” mensal, R\$151,75. O valor da renda “per capita” mensal equivale a quase a metade do que é encontrado na população total de Guarapuava, que é de R\$292,11 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2007). Cerca de 40% das famílias viviam abaixo da linha da pobreza. Verifica-se portanto, que a pesquisa foi realizada com uma população mais carente, que é o público-alvo do Programa Saúde da Família.

Considerando-se o aleitamento materno, cerca de metade da amostra de crianças já haviam sido desmamadas (50,24%). O tempo de aleitamento materno total apresentou média de 188,91 dias, porém a idade média das crianças que ainda estavam sendo amamentadas foi de 359,39 dias. Portanto, ao final dos 24 meses de vida da população total, o tempo de aleitamento materno total será superior ao encontrado na população desmamada. Observa-se que apenas metade das

crianças era amamentada no momento da entrevista, e que a prevalência encontrada está muito aquém do recomendado pelo Ministério da Saúde, que preconiza sua continuidade até dois anos ou mais de vida da criança. Isto pode repercutir desfavoravelmente, uma vez que a continuidade do aleitamento materno é importante para o crescimento e desenvolvimento adequados além de contribuir para a formação de bons hábitos alimentares, prevenindo o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta.

Destaca-se ainda que 2,35% das crianças (n = 10) nunca receberam aleitamento materno, o que, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2002) gera conseqüências para toda a vida do indivíduo. Apesar deste percentual ser pequeno, indica a necessidade de maior foco de ações no período inicial do pós-parto, de forma a evitar-se esta ocorrência, uma vez que existe a recomendação do início da amamentação ainda na sala de parto.

Quanto ao aleitamento materno exclusivo, observou-se prevalência de 12,91% desta modalidade aos seis meses de idade. A média do tempo de aleitamento materno exclusivo foi de 74,56 dias e mediana de 60 dias. Esta prevalência também é muito inferior ao esperado, já que todas as crianças deveriam receber apenas o leite materno até os seis meses (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

O tempo de aleitamento materno exclusivo varia muito de acordo com a região, grau de urbanização do município, cultura da população, entre outros (VENÂNCIO *et. al.*, 2002). A prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses encontrada em recentes estudos está apresentada no **Apêndice C**.

Comparando-se a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses encontrada no presente estudo com o último estudo nacional sobre

aleitamento materno, verifica-se que em Guarapuava, a situação do aleitamento materno exclusivo está melhor que a média nacional (8%) e que a média do Sul do Brasil (10%) (BRASIL, 2000). Porém, tanto a média nacional quanto o encontrado em Guarapuava mostram-se inferiores ao encontrado a Nigéria (23,4%), indicando que ainda há muito a ser feito, para o alcance de uma situação mais promissora em relação a estes índices (LAWOYIN *et al.*, 2001).

Estudos pontuais em diversos municípios brasileiros demonstram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses em Guarapuava está em piores condições que estudos realizados em Itapira, SP (AUDI *et al.*, 2003), Feira de Santana, BA (VIEIRA *et al.*, 2004), Conchas, SP (PARADA *et al.*, 2005), Londrina, PR (VANNUCHI *et al.*, 2005) e Botucatu, SP (FERREIRA *et al.*, 2007). As prevalências encontradas nestes estudos variam de 30,1% a 17,7%, cerca de 1,37 a 2,33 vezes mais elevadas que o encontrado em Guarapuava.

Não obstante, o presente estudo encontrou uma prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses mais expressiva do que vários outros estudos encontrados na literatura. As pesquisas Passos *et al.* (2000), Marques *et al.* (2001), Sena *et al.* (2002), Almeida (2004), Cecchetti e Moura (2005), Bittencourt *et al.* (2005), Chaves e Lamounier (2007) e Silva *et al.* (2007) encontraram prevalências de aleitamento materno exclusivo aos seis meses entre 0,6% e 10,7% em diversos municípios do estado do Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Pernambuco e no Distrito Federal. Estes valores equivalem a prevalências de 1,2 a 21,5 vezes menores nos municípios citados do que em Guarapuava.

Da mesma maneira, a análise dos trabalhos científicos em relação à mediana de tempo de aleitamento materno exclusivo encontra resultados bastante variados.

No **Apêndice D**, encontra-se uma descrição comparativa dos estudos que analisaram esta informação.

Comparando-se com a média nacional (23,4 dias) e do Sul do Brasil (39,1 dias), Guarapuava apresentou mediana de aleitamento materno exclusivo de 60 dias, consideravelmente superior a estes dados (BRASIL, 2000).

Quanto a estudos pontuais no Brasil, apenas o estudo de Cecchetti e Moura (2005) em Campinas, SP, encontrou mediana de aleitamento materno exclusivo mais elevada que a de Guarapuava, apresentando valor de 67 dias. Muitos outros estudos encontraram mediana de aleitamento materno exclusivo inferior ao observado em Guarapuava, com medianas variando entre 0 e 53,3 dias (PÉREZ-ESCAMILLA *et al.*, 1995; KITOKO *et al.*, 2000; PASSOS *et al.*, 2000; MARQUES *et al.*, 2001; VANNUCHI *et al.*, 2005; CHAVES e LAMOUNIER, 2007; FERREIRA *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2007). Estes valores máximos e mínimos encontrados nestas pesquisas são referentes a uma diferença de 6,7 a 60 dias na mediana de aleitamento materno exclusivo, comparando-se o presente estudo com os demais encontrados em literatura, portanto com superioridade dos dados de Guarapuava, nesta questão.

A observação e análise dos dados apresentados nestas várias pesquisas realizadas no Brasil indicam uma situação alarmante, uma vez que a mediana de aleitamento materno exclusivo aponta a idade em que metade das mães já introduziu outros alimentos na alimentação da criança, inclusive água e chá. Portanto, em algumas comunidades, mais da metade das mães não chega a oferecer o aleitamento materno de maneira exclusiva nem por um dia. Na melhor situação encontrada, metade das mães interrompe o aleitamento materno exclusivo quando a criança está com pouco mais de dois meses de idade.

Apesar de todas as populações citadas estarem aquém da recomendação do Ministério da Saúde, observa-se que a população de Guarapuava atendida pelo Programa Saúde da Família, quando comparada a outras localidades e à média brasileira e do sul do país, possui uma prevalência e uma mediana do aleitamento materno exclusivo mais próximas do que seria considerado ideal e recomendado.

Entretanto, isto só deve reforçar a idéia de que a atenção básica é capaz de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, devendo ser envidados mais esforços para que estes índices possam ser aprimorados no município. A capacitação dos profissionais de saúde e o envolvimento da rede pública podem levar a uma crescente melhora de indicadores de aleitamento materno nas diversas regiões do país (OLIVEIRA e CAMACHO, 2002).

O Programa Saúde da Família é uma abertura neste processo, uma vez que promove a saúde em sua própria comunidade abordando inclusive, o tema do aleitamento materno, obtendo-se bons resultados quando os integrantes estão sensibilizados e estimulados (PARADA, 2005). Com este objetivo, Equipes de Saúde da Família têm se mostrado capacitadas na teoria acerca do aleitamento materno, porém a educação continuada e a resolução de problemas práticos no manejo da lactação devem ser sempre abordados na atenção básica (CALDEIRA, 2007).

Na população estudada, excetuando-se o leite materno, o chá foi na maioria das vezes, o primeiro alimento a ser introduzido, seguido de água e de outros tipos de leite, todos com média precoce, isto é, anterior a 180 dias de idade. O primeiro foi introduzido em média aos 90 dias de idade da criança, a introdução de água apresentou média de 124 dias e a introdução de outro tipo de leite apresentou média de 160 dias.

As medianas de introdução de chá, água e outro tipo de leite foram 90, 120 e 210 dias, respectivamente. Este dado está em desacordo com a recomendação, pois qualquer outro alimento, inclusive água e chá, devem ser oferecidos após os 180 dias de idade da criança. Porém, este resultado demonstra a superioridade da prática do aleitamento materno exclusivo na população estudada, quando comparado ao estudo de Simon *et al.* (2003) que verificaram uma introdução mediana de água e chá aos 28 dias e de outro tipo de leite aos 60 dias, em uma população de 326 crianças nascidas em um Hospital Universitário do município de São Paulo, acompanhados até um ano de idade.

Apesar de ser conhecido que o leite materno deve ser oferecido exclusivamente ao seio até os seis meses de idade, e que a administração precoce de chás não traz nenhum benefício à saúde infantil, uma pesquisa realizada em Pelotas, RS, demonstrou que mais da metade dos pediatras aconselha sua utilização, principalmente para evitar cólicas e para reidratação oral, duas funções não condizentes com a realidade (CÉSAR *et al.*, 1996). A posterior dificuldade em manter o aleitamento materno pode ser uma explicação para a inclusão de outro tipo de leite após a introdução de chá e água. Há também o papel social na introdução precoce de líquidos na dieta da criança, pois no senso comum, não é correto amamentar apenas ao seio por muito tempo (REMPEL, 2004). Portanto, verifica-se a necessidade de desenvolver intervenções em todos os níveis de governo para aumentar a aceitação social do tempo prolongado de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo.

O desmame precoce ainda é preocupante no Brasil, e não foi diferente no presente estudo. No momento da entrevista, do total de crianças menores de dois anos, metade já havia sido desmamada. Este fato pode ter relação com vários

fatores, como a ausência de conhecimento sobre aleitamento materno, a falta de incentivo às mães e/ou a ineficiência no apoio à prática do aleitamento materno (MELO et al., 2002; REA, 2003; ARAÚJO e ALMEIDA, 2007). Isto pode ser exemplificado pela alta prevalência de desmame precoce justificada como o leite materno sendo insuficiente, fraco ou não sustentando a criança. Nesta pesquisa, aliado ao uso de mamadeira por quase 70% das mães, o relato de não aceitação do peito pela criança em 25% dos casos, e a falta de desejo materno para amamentar em 11% dos casos, verifica-se que o desmame se dá por falta de apoio às mães, tornando-se um desfecho previsível.

É necessário lembrar que o aleitamento materno está impregnado de simbolismos, e não depende apenas da força de vontade materna. O mito do leite fraco como alegação para o desmame tenta culpabilizar a mulher, enquanto esta na verdade, necessita de ajuda para manter a lactação, pois o ato de amamentar precisa ser aprendido. As demais alegações apresentadas pelas mulheres aparecem também como dificuldades que poderiam ser sanadas pelo apoio à maternidade. Este auxílio deve vir não apenas do setor saúde, mas também do núcleo familiar e social em que a mãe está inserida, remodelando a atenção à saúde neste contexto e tornando o aleitamento materno aceitável socialmente (RAMOS e ALMEIDA, 2003; ALMEIDA e NOVAK, 2004).

São raros os casos em que a não-amamentação é recomendada, porém a presença de diagnóstico materno de infecção por HIV é um deles (WHO, 2003). No presente estudo foi encontrado um caso (0,47%) de orientação a não-amamentação por este motivo. É necessária a compreensão dos conflitos que esta mulher enfrenta, como a cobrança social, o sentimento de culpa e a necessidade de realização de práticas para secagem do leite, consideradas punitivas. Os

profissionais de saúde devem estar sensibilizados para o atendimento de mães com diagnóstico de infecção por HIV, com o intuito de lhes dar suporte neste doloroso momento (MORENO *et al.*, 2006).

Com relação aos fatores associados ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, após a regressão logística multivariada, as variáveis que permaneceram associadas ao aleitamento materno exclusivo foram o trabalho materno remunerado fora de casa ( $p = 0,04$ ) e a continuidade do aleitamento materno até o momento da entrevista ( $p = 0,04$ ).

O trabalho materno fora do lar tem se demonstrado como um importante fator de interrupção do aleitamento materno exclusivo e do desmame precoce em muitos estudos. Tendo em vista que na população estudada, foi observado que as mães que trabalham remuneradamente em casa, amamentam exclusivamente seus filhos até os seis meses em uma prevalência maior do que as mães que não trabalham e das mães que trabalham fora de casa (21,9% comparando-se com 14,4% e 4,5%, respectivamente) pode-se afirmar que provavelmente, a saída de casa da mãe para o trabalho, é um forte fator que prejudica a continuidade do aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

Em Guarapuava, o risco de interrupção do aleitamento materno exclusivo por mães que trabalham fora foi de quase quatro vezes maior quando comparadas às mães que não trabalham fora (OR = 3,92; IC95% 1,06-14,53). Neste contexto, em um estudo realizado em nove municípios do estado do Rio de Janeiro, Oliveira e Camacho (2002) encontraram o dobro do risco de interrupção do aleitamento materno exclusivo precocemente entre mães de crianças menores de seis meses que trabalham fora do lar. Além disto, Mascarenhas *et al.* (2006) encontraram em Pelotas, RS, um risco maior de interrupção do aleitamento materno exclusivo devido

ao trabalho materno, em crianças menores de três meses. Este fato reforça a importância da licença maternidade, da proteção do aleitamento materno e do subsídio à mãe trabalhadora tanto na rede formal quanto na rede informal, como importantes estratégias de apoio a amamentação.

Locais de trabalho que possuem creche têm se mostrado grandes aliados no apoio ao aleitamento materno. Também o conhecimento das mães sobre seu direito de amamentar durante a jornada de trabalho é imprescindível para que se mantenha o aleitamento materno exclusivo no momento do retorno à atividade profissional, pois muitas vezes as mães interrompem o aleitamento materno exclusivo antes mesmo de retornar ao trabalho, com vistas à minimização das dificuldades encontradas no momento da separação do filho (OSIS *et al.*, 2004). Porém, os benefícios trabalhistas atuais não são suficientes para promover o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, uma vez que a licença maternidade é de quatro meses. Esforços na esfera política e técnica têm sido feitos no sentido de prolongar a licença maternidade até os seis meses da criança. Embora a não existência de creche no local de trabalho seja um dos fatores impeditivos da continuidade do mesmo, a ampliação da licença maternidade para seis meses e uma revisão da política de aleitamento materno no país seriam a solução definitiva para esta questão (REA *et al.*, 1997).

O desmame precoce e a interrupção do aleitamento materno exclusivo podem ser influenciados por outros aspectos, que neste estudo não foram pesquisados ou não apresentaram significância estatística, como o uso de chupeta, a idade e escolaridade maternas, o peso ao nascer, a atenção pré-natal, o tipo de parto e outras características socioeconômicas (WEIDERPASS *et al.*, 1998; ESCOBAR *et*

*al.*, 2002; AUDI *et al.*, 2003; BUENO *et al.*, 2003; VIEIRA *et al.*, 2004; CARVALHÃES *et al.*, 2007; CHAVES *et al.*, 2007).

Comparando o aleitamento materno exclusivo e seus determinantes em três países Latino-Americanos, Pérez-Escamilla *et al.* (1995) observaram que à semelhança do presente estudo, a interrupção do aleitamento materno exclusivo era associada ao trabalho materno no Brasil, e que em Honduras e no México, o aleitamento materno exclusivo estava associado à pior situação socioeconômica. Oliveira *et al.* (2005) também encontraram associação entre piores condições de vida e aleitamento materno exclusivo em crianças menores de dois anos de Salvador, BA. Estes dados podem estar de acordo, pois as famílias de mães que trabalham fora tendem a possuir um poder aquisitivo um pouco mais elevado. Portanto, seria o estilo de vida familiar e não a condição socioeconômica que estaria levando à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo.

Dada a complexidade da questão do aleitamento materno, verifica-se portanto, a grande importância de um conhecimento prévio sobre o perfil da população, quanto a suas características, crenças e atitudes, de modo a potencializar a realização de ações de promoção do aleitamento materno. Desta maneira, a promoção será dirigida aos fatores preponderantes, com maiores chances de sucesso para melhoria dos indicadores de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo.

“Amamentar não é um ato isolado, mas parte da vida da mulher e da família; é determinado por uma série de fatores e é também expressão de uma cultura” (PEDROSO *et al.*, 2007).

Observa-se no presente estudo uma queda significativa da prevalência do aleitamento materno exclusivo mês a mês, decaindo de 97,42% no nascimento para 74,88% no primeiro mês e 31,22% no quarto mês, chegando à prevalência de 12,91% no sexto mês de vida da criança. Isto quer dizer que 87,09% da população não cumpriram a recomendação do Ministério da Saúde, que seria o aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Observa-se que cerca de 28% da população interrompe o aleitamento materno exclusivo cada mês, quando comparada à população que cumpria esta modalidade de aleitamento materno em cada mês precedente.

Quanto à associação entre o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a continuidade do aleitamento materno até o momento da entrevista, um fato a se considerar é a idade da criança, pois foram entrevistadas crianças até dois anos de idade, e sabe-se que a idade da criança é diretamente proporcional ao desmame (quanto maior a idade, mais crianças são desmamadas). Apesar de ser reconhecida a importância do aleitamento materno exclusivo para a continuidade do aleitamento materno até dois anos de idade, é necessário um aprofundamento no tema para se declarar que há relação entre estes dois fatos na comunidade estudada (CARRASCOZA *et al.*, 2005).

Apesar de não permanecerem associados ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses após a análise de regressão logística multivariada, as variáveis ambientais como a ausência de água encanada no lar e ausência de coleta pública regular de lixo, apresentaram-se, isoladamente, associadas ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses ( $p < 0,05$ ). Este fato indica que o aleitamento materno exclusivo parece constituir-se numa prática nas famílias de baixa renda. Porém, deve-se considerar que a amostra pode não ter sido suficiente, pois apenas 1,64%

(n = 7) das famílias não possuía água encanada no domicílio e 6,34% (n = 27) não eram beneficiados pela coleta pública regular de lixo, nos domicílios das 426 crianças menores de dois anos de idade pesquisadas.

Apesar da aglomeração no domicílio (mais de duas pessoas por dormitório) não ter apresentado associação com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, nos domicílios onde residem 5 pessoas ou mais, existe mais chances de as crianças não receberem aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Com relação ao tipo da casa em que a família da criança menor de dois anos reside, quando a mesma é construída com outro material que não seja de alvenaria, a mãe apresenta mais chance de não amamentar seu filho exclusivamente até os seis meses, embora não tenha sido verificada associação estatisticamente significativa.

Estas variáveis (ausência de água encanada, ausência de coleta pública regular de lixo, aglomeração no domicílio e tipo de casa) não constituíram-se em variáveis preditoras do aleitamento materno exclusivo nesta comunidade, porém, sabe-se que as condições de vida da população podem ser determinantes para o aleitamento materno exclusivo (WHO, 1998; OLIVEIRA et al., 2005)

A escolaridade do pai na faixa de 0 a 4 anos de estudo (menor faixa de escolaridade) não apresentou associação estatisticamente significativa com o não cumprimento do aleitamento materno exclusivo até os seis meses. A escolaridade paterna mostrou-se associada à interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos três meses em um estudo em Pelotas, RS, demonstrando que o papel do pai no processo do aleitamento materno não deve ser subestimado pelos profissionais de saúde (MASCARENHAS *et al.*, 2006).

Os pais das crianças menores de dois anos pesquisadas foram apontados como chefe da família em 76,12% dos domicílios; sendo que sua escolaridade tem

portanto, reflexo nas condições da família, por sua ocupação profissional. As condições socioeconômicas têm se mostrado relevantes no processo de aleitamento materno (FALEIROS *et al.*, 2006). O apoio à parceira é imprescindível para o sucesso do aleitamento materno, portanto a inclusão de atividades específicas para o parceiro da mulher gestante se torna muito importante na promoção do aleitamento materno. O cuidado ao binômio mãe-filho deve ser expandido para toda a família, uma vez que deve ser considerada a pluralidade do aleitamento materno e o contexto de vida da mulher-mãe (PISACANE *et al.*, 2005; NAKANO *et al.*, 2007).

Neste sentido, apesar de esforços contrários de muitas empresas, está sendo discutida a ampliação da licença paternidade de cinco dias para pelo menos quinze dias, com vistas ao auxílio da puérpera, objetivando a maior facilidade na iniciação do aleitamento materno e assim sua continuidade (O ESTADO DE SÃO PAULO, 2007).

Embora sem associação estatisticamente significativa, as mães que estavam em período de gestação no momento da entrevista, referiram ter amamentado exclusivamente seus filhos, em uma razão 2,22 vezes maior do que a população total (prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de 28,6% nas mães em novo período de gestação, comparando-se com 12,91% na população total). Este resultado pode ser devido ao fato de que quase a totalidade das mães em período de gestação (n = 6; 85,71%) referiram fazer o pré-natal da gravidez atual, no qual entram em contato novamente com informações sobre aleitamento materno. Pode haver então, uma influência dos novos conhecimentos na lembrança da prática de amamentação passada, criando um estereótipo baseado nos novos conhecimentos. Além disso, como houve a informação recente sobre aleitamento

materno, a entrevistada pode estar sujeita a declarar a realização da prática correta por ser o que o entrevistador espera, com o intuito de agradá-lo.

As mães que não encaminharam as crianças à consulta nos episódios de tosse apresentaram 1,39 vezes mais chances de não terem amamentado exclusivamente seus filhos até os seis meses de idade. Portanto, as mães que amamentaram seus filhos exclusivamente até os seis meses tendem a tomar outras medidas de cuidado para com seus filhos, como o encaminhamento à consulta médica frente à presença de tosse. Ser cuidadosa com a saúde da criança em um sentido amplo é um ideal geralmente perseguido, porém algumas condições dificultam o cuidado com o filho, como o trabalho fora de casa e a falta de recursos financeiros (ALMEIDA, 2004).

Para que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses venha a ser uma realidade, não só na comunidade estudada, mas também em todos os municípios brasileiros, é necessária a tomada de várias medidas para promoção e apoio à amamentação.

“A defesa do aleitamento natural, na verdade, deve ser feita através de várias instâncias, entre as quais a discussão do tema nas escolas e o uso dos meios de comunicação social para encorajar o aleitamento e o apoio social à mulher que amamenta, além de propiciar o surgimento de atitudes favoráveis à amamentação entre adolescentes” (PEDROSO et al, 2007).

Neste sentido, muitos estudos vêm demonstrando a eficácia e aplicabilidade de intervenções realizadas na comunidade. As orientações passadas às mães no pré-natal e puerpério são importantes para o sucesso da amamentação, porém o aconselhamento realizado face a face, de maneira continuada e alocada na própria comunidade, parece exercer maior força para a manutenção do aleitamento materno

exclusivo, uma vez que além do incentivo contínuo, a mãe conta com orientações quanto à técnica correta de amamentação e à resolução dos problemas que está enfrentando (ALBERNAZ e VICTORA, 2003). Coutinho *et al.* (2005) demonstraram, em um estudo randomizado, a superioridade do aconselhamento continuado na comunidade, em detrimento do aconselhamento isolado na maternidade, mesmo sendo esta incluída na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Portanto, um aconselhamento combinado, tanto no hospital quanto na comunidade, mostra-se como uma estratégia superior para melhorar os indicadores de aleitamento materno exclusivo.

A contribuição de Unidades Locais de Saúde tem sido imprescindível para o sucesso da promoção do aleitamento materno exclusivo. Programas de puericultura bem conduzidos têm aumentado a prevalência do aleitamento materno exclusivo em algumas comunidades estudadas e devem ser incentivados, implantados e implementados (FALEIROS *et al.*, 2005; DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

“A implementação de uma Iniciativa Global de Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação na Atenção Primária à Saúde poderá contribuir para a extensão da amamentação exclusiva em âmbito mundial” (OLIVEIRA e CAMACHO, 2002).

Neste sentido, o Programa Saúde da Família torna-se uma poderosa arma ao incentivo e apoio ao aleitamento materno exclusivo, auxiliando para que este se mantenha até a idade preconizada. Os Agentes Comunitários de Saúde, se bem treinados e motivados, podem solucionar os problemas encontrados pela população (FERNANDEZ *et al.*, 2005), neste caso a manutenção do aleitamento materno exclusivo frente às dificuldades reais, encontradas pelas mães após a alta hospitalar.

Há que se considerar que o Programa Saúde da Família vem de uma descentralização do setor saúde, dando maiores poderes ao município (municipalização). Portanto, este também deve ser preparado para atender a demanda, tornando a medicina familiar a porta de entrada no setor saúde, o que responde aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A implementação do Programa Saúde da Família vem sendo estabelecida desde 1995, com vistas à melhoria da atenção à saúde. É necessário lembrar que não é um programa cheio de falhas, mas sim um modelo em construção, a partir de um setor saúde “doente”. Portanto, é considerado prioritário na reorientação do modelo assistencial, sobretudo em populações vulneráveis (SENNÁ e COHEN, 2002).

Para que as ações em saúde sejam eficientes, elas devem ser direcionadas às necessidades específicas da população. Para tanto, uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição é o Monitoramento da Situação Alimentar e Nutricional, que engloba o conhecimento da realidade da população, focando também nas práticas de aleitamento materno e seus fatores de influência, positiva ou negativa (BRASIL, 2003).

O nutricionista não figura, obrigatoriamente, no quadro das Equipes de Saúde da Família, embora seja o profissional com funções privativas para desenvolver ações de Educação Nutricional, responsável por coordenar ações de Vigilância Alimentar e Nutricional e também o mais indicado para trabalhar o tema do aleitamento materno com gestantes, puérperas e mães (ASSIS *et al.*, 2002).

Urge a necessidade da inclusão do nutricionista no Programa Saúde da Família, trazendo uma nova faceta às Equipes de Saúde da Família, a fim de torná-las mais adequadas à resolução dos agravos mais frequentes na população, já que estes são frutos de uma complexa rede de determinantes biológicos,

socioeconômicos, ambientais e culturais. Nesta questão, mostra-se claramente a necessidade de que este profissional, ao ser incorporado à Equipe de Saúde da Família, trabalhe o tema do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo em sua área de abrangência, tendo em vista a melhoria de seus indicadores e deste modo, alcance a melhoria da qualidade de vida da população como um todo.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa permitiu a observação da situação de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo das crianças menores de dois anos atendidas pelo Programa Saúde da Família do município de Guarapuava – PR.

Apesar de apresentar prevalências mais expressivas que muitas outras comunidades, o aleitamento materno e o aleitamento materno exclusivo estão muito aquém das recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde na população estudada. Entretanto, este é um indício de que a atenção básica é capaz de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, uma vez que o Programa Saúde da Família vigente é o mediador deste processo em Guarapuava. Novos incentivos devem ser conferidos para que estes índices possam ser aperfeiçoados no município.

O trabalho materno fora de casa mostrou-se associado ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, indicando que a saída de casa da mãe é um fator prejudicial para a continuidade do aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Neste sentido, locais de trabalho com creche e o cumprimento da lei que prevê pausas no trabalho para amamentar poderiam ser de auxílio na continuidade do aleitamento materno exclusivo. Porém, apenas a extensão da licença maternidade até os seis meses seria uma solução definitiva para este empecilho.

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a continuidade do aleitamento materno até o momento da entrevista mostraram-se associados, porém é necessário um aprofundamento no tema.

A contribuição de Unidades Locais de Saúde e dentro deste setor, do Programa Saúde da Família, tem sido imprescindível para o sucesso da promoção ao aleitamento materno exclusivo. Não obstante, o nutricionista, profissional indicado para trabalhar o tema do aleitamento materno, não é incluído oficialmente no quadro das Equipes de Saúde da Família. É imperativa, portanto, a inclusão deste profissional no Programa Saúde da Família, trabalhando, entre outras questões, o aleitamento materno e o aleitamento materno exclusivo,

Este estudo pode sugerir que fatores dificultam o cumprimento do aleitamento materno exclusivo até a idade preconizada na população atendida pelo Programa Saúde da Família em Guarapuava.

Desta forma, os serviços de saúde envolvidos podem aprimorar os indicadores de aleitamento materno e deste modo, melhorar a qualidade de vida da população como um todo.

## RECOMENDAÇÕES

Inicialmente a pesquisa foi planejada para incluir as áreas urbana e rural cobertas pelo Programa Saúde da Família em Guarapuava. Porém, na área rural do município, verifica-se a necessidade de uma revisão do método de trabalho nestes locais. Os Agentes Comunitários de Saúde não têm transporte para conduzi-los às fazendas, distantes da Unidade Local de Saúde. Isto dificulta o trabalho e impede a cobertura conforme o preconizado, com uma visita ao mês em cada domicílio. O acesso das mães às Unidades Locais de Saúde também apresenta dificuldades. Há apenas o transporte escolar fazendo este trajeto e nem sempre há disponibilidade de contar com esta condução.

Para que a cobertura do Programa Saúde da Família na área rural de Guarapuava seja completa e as ações de saúde eficazes, constata-se a necessidade de uma priorização em recursos materiais, como veículos de transporte e recursos humanos como incremento no quadro de Agentes Comunitários de Saúde, para a intensificação das ações de saúde, visando melhores condições de vida da população rural.

Entretanto, na população estudada, as condições de saúde do grupo materno-infantil também necessitam de um olhar mais atento por parte dos governantes. A assistência pré-natal deve priorizar ações que visem à diminuição do baixo peso ao nascer, a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e a prevenção do desmame precoce.

A obtenção de uma pesquisa mais abrangente, com uma população maior, especialmente com maior proporcionalidade entre as faixas etárias, poderia ter

mudado o perfil da população estudada, principalmente apresentando outros dados estatisticamente significativos nas análises de associação com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

Observou-se também a maior existência de trabalho informal por parte das mães entrevistadas. Portanto, o apoio à mulher trabalhadora é uma questão a ser discutida no município. A fiscalização das condições de trabalho para garantia de direitos trabalhistas e o incentivo à construção de creches nos locais de trabalho são estratégias a serem pensadas como incentivadoras do aleitamento materno exclusivo em Guarapuava.

Com vistas à melhoria dos indicadores, há que se intensificar as ações de promoção do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo na comunidade. Isto pode se dar pelo treinamento e capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde em aleitamento materno, monitoramento das ações nesta questão e educação continuada de toda a equipe de saúde, para que se mantenham atualizados e motivados à promoção do aleitamento materno.

Não apenas a orientação face a face na própria comunidade é importante, mas também a criação de redes de apoio e estímulo ao aleitamento materno, com a inclusão de pais e outros membros da família para dar apoio à mãe no momento da amamentação.

Demais estratégias também devem ser pensadas. A utilização da mídia para sensibilização de empresários é uma oportunidade para se fazer cumprir as leis trabalhistas relacionadas à maternidade. A reavaliação da conduta médica e das maternidades do município seria de grande ajuda, no sentido de corrigir ações que porventura estejam incorretas e/ou implementa ações de promoção do aleitamento materno. A adoção das estratégias da IUBAAM traria grandes benefícios, uma vez

que se utilizaria da estrutura já existente nas Unidades Locais de Saúde para a promoção direta do aleitamento materno. A sensibilização da sociedade quanto à necessidade da exclusividade do aleitamento materno até os seis meses é de suma importância, para que mães e pessoas próximas estejam cientes dos benefícios desta modalidade de aleitamento materno. Além disto, a presença do nutricionista muitas vezes é imperativa para o sucesso do aleitamento materno. Portanto, a inclusão obrigatória deste profissional no Programa Saúde da Família se converteria em qualidade de vida para a população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKRÉ J. **Alimentación Infantil – Bases Fisiológicas**. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 1990.

ALBERNAZ E.; VICTORA C. G. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento materno exclusivo: um estudo de revisão. **Revista Panamericana de la Salud Publica**, v.14, n.1, p.17-24, 2003.

ALMEIDA C. C. B. Situação alimentar, nutricional e de vida das crianças menores de dois anos em Paranaguá. 2004, 293f. Tese (doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

ALMEIDA J. A. G.; NOVAK F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.119-125, 2004.

ALMEIDA, J. A. G. Dimensões socioculturais da amamentação no Brasil. In: \_\_\_\_\_. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.27-51.

ARAÚJO M. F. M.; FIACO A.; PIMENTEL L. S.; SCHMITZ B. A. S. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.2, p.135-141, 2004.

ARAÚJO R. M. A.; ALMEIDA J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, v.20, n.4, p.431-438, 2007.

ASSIS A. M. O.; GAUDENZI E. N.; GOMES G.; RIBEIRO R. C.; SZARFARC S. C.; SOUZA S. B. Hemoglobin concentration, breastfeeding and complementary feeding in the first year of live. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.4, p.1-9, 2004.

ASSIS A. M. O.; SANTOS S. M. C.; FREITAS M. C. S.; SANTOS J. M.; SILVA M. C. M. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, v.15, n.3, p.255-266, 2002.

AUDI C. A. F.; CORRÊA A. M. S.; LATORRE M. R. D. O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.3, n.1, p.85-93, 2003.

BALABAN G. *et al.* O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.3, p.263-268, 2004.

BETRÁN A. P.; ONÍS M.; LAUER J. A.; VILLAR J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. **British Medical Journal**, v.323, p.303-306, 2001.

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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil do Recife**, v.5, n.4, p.439-448, 2005.

BOSI M. L. M.; MACHADO M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v.1, n.1, p.1-9, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família** [on line] 2004a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em: [2006 jun 03].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Conheça o DAB** [on line] 2004b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php>>. [2006 jul 26].

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Dez Passos para uma Alimentação Saudável – Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos: um guia para o profissional da saúde na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

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, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação: Paraná**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUENO M. B.; SOUZA J. M. P.; PAZ S. M. R. S.; SOUZA S. B.; CHEUNG P. P. Y.; AUGUSTO R. A. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, n. 2, p.145-152, 2002.

BUENO M. B.; SOUZA J. M. P.; SOUZA S. B.; PAZ S. M. R. S.; GIMENO S. G. A.; SIQUEIRA A. A. F. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1453-1460, 2003.

CALDEIRA A. P.; AGUIAR G. N.; MAGALHÃES W. A. C.; FAGUNDES G. C. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1965-1970, 2007.

CARRASCOZA K. C. *et al.* Prolongamento da amamentação após o primeiro ano de vida: argumento das mães. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.21, n.3, p.271-277, 2005.

CARVALHÃES M. A. B. L.; PARADA C. M. G. L.; COSTA M. P. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu, SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.1, p.62-69, 2007.

CARVALHÃES M. A. B. L.; PARADA C. M. G. L.; MANOEL C. M.; VENÂNCIO S. Y. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.5, p.430-436, 1998.

CECCHETTI D. F. A.; MOURA E. C. Prevalência do aleitamento materno na região noroeste de Campinas, São Paulo, Brasil, 2001. **Revista de Nutrição**, v.18, n.2, p.201-208, 2005.

CÉSAR J. A. et al. Prescrição de chás para crianças menores de seis meses: a opinião dos médicos de uma cidade de porte médio no sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, v.72, n.1, p.27-31, 1996.

CÉSAR J. A.; VICTORA C. G.; BARROS F. C.; SANTOS I. S.; FLÔRES J. A. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. **British Medical Journal**, v.318, p.1316-1320, 1999.

CHAVES R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CESAR, C. C. Factors associated with duration of breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, v.83, n.3, p.241-246, 2007.

CHIAFFARINO F. *et al.* Breastfeeding and the risk of epithelial ovarian cancer in an Italian population. **Gynecology Oncology**, v.98, p.304-308, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASEMS. **Recortes do Brasil Paraná** [on line] 2005. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1542&codPagina=2308>> Acesso em [2006 out 04].

CORRÊA E. N. **Alimentação complementar de crianças menores de dois anos de idade residentes na cidade de Florianópolis/SC no ano de 2004**. 2005, 127f. Dissertação (mestrado em Nutrição). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

COUTINHO S. B.; LIRA P. I. C.; LIMA M. C.; ASHWORTH A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. **Lancet**, v.366, p.1094-1100, 2005.

COUISOUDIS A.; PILLAY K.; SPOONER E.; KUHN L.; COOVADIA H. M. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South África: a prospective cohort study. **Lancet**, v.354, p.471-476, 1999.

CURY, M. T. F. Aleitamento Materno. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002. p. 287-313.

DEL CIAMPO L. A.; JUNQUEIRA M. J. G.; RICCO R. G.; DANELUZZI J. C.; FERRAZ I. S.; MARTINELLI Jr. C. E. Tendência secular do aleitamento materno em uma unidade de atenção primária à saúde materno-infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.6, n.4, p.391-396, 2006.

DEWEY K. G.; COHEN R. J.; BROWN K. H. RIVERA L. L. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. **Journal of Nutrition**, v.131, p.262-267, 2001.

ESCOBAR A. M. U. *et al.* Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.2, n.3, p.253-261, 2002.

ESCUDEIR M. M. L.; VENÂNCIO S. I.; PEREIRA J. C. R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.3, p.319-325, 2003.

FALEIROS F. T. V.; TREZZA E. M. C.; CARANDINA L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v.19, n.5, p.623-630, 2006.

FALEIROS J. J.; KALIL G.; CASARIN D. P.; LAQUE Jr. P. A.; SANTOS I. S. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.2, p.482-489, 2005.

FERNANDEZ P. M. F.; VOICI S. M.; KAMATA L. H.; NAJAS M. S.; SOUZA A. L. M. Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município da São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.749-755, 2005.

FERREIRA L.; PARADA C. M. G. L.; CARVALHÃES M. A. B. L. Tendência do aleitamento materno em município da região centro-sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004. **Revista de Nutrição**, v.20, n.3, p.265-273, 2007.

FROTA D. A. L.; MORCOPITO L. F. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.1, p.85-92, 2004.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF Brasil). **Declaração de Innocenti** [on line] 2006a. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/innocenti.htm>> Acesso em [2006 jul 26].

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF Brasil). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno [on line] 2006b. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/dezpasso.htm>> Acesso em [2006 jul 26].

GIMENO S. G. A.; SOUZA J. M. P. Amamentação ao seio, amamentação com leite de vaca e o diabetes mellitus tipo 1: examinando as evidências. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.1, n.1, p.4-13, 1998.

GIUGLIANI E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.147-154, 2004.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York, John Whitey e Sons, 1989.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, n.1, p.43-48, 1996.

HUFFMAN S. L.; ZEHNER E. R.; VICTORA C. Can improvements in breast-feeding practices reduce neonatal mortality in developing countries? **Midwifery**, v.17, p.80-92, 2001.

IBGE. **Censo demográfico 2000**. [on line] 2000. Disponível em <<http://www.ibge.org.br/#>> Acesso em [2007 nov 28].

JONES G.; STEKETEE R. W.; BLACK R. E.; BHUTTA Z. A.; MORRIS S. S. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, v.362, p.65-71, 2003.

KITOKO P. M.; REA M. F.; VENÂNCIO S. I.; VASCONCELOS A. C. C. P.; SANTOS E. K. A.; MONTEIRO C. A. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n.4, p.1111-1119, 2000.

LAMOUNIER J. A.; MOULIN Z. S.; XAVIER C. C. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.181-188, 2004.

LAWOYIN T. O.; OLAWUYI J. F.; ONADEKO M. O. Factors associated with exclusive breastfeeding in Ibadan, Nigeria. **Journal of Human Lactation**, v.17, n.4; p.321-325, 2001.

LIMA C. O. P. As amigas do peito: a importância dos grupos de apoio no incentivo ao aleitamento materno. In: REGO J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.471-487.

LONGO G. Z.; SOUZA J. M. P.; SOUZA S. B.; SZARFARC S. C. Crescimento de crianças até seis meses de idade, segundo categorias de aleitamento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.5, n.1, p.109-118, 2005.

MARQUES N. M.; LIRA P. I. C.; LIMA M. C.; SILVA N. L.; BATISTA Filho M.; HUTTLY S. R. A.; ASHWOTH A. Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. **Pediatrics**, v.108, n.4, p.1-9, 2001.

MARQUES R. F. S. V.; LOPEZ F. A.; BRAGA J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.2, p.99-105, 2004.

MARTINS FILHO J. Evolução do aleitamento materno no Brasil. In: REGO J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.471-487.

MARQUES N. M. *et al.* Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. **Pediatrics**, v.108, n.4, p.1-7, 2006.

MASCARENHAS M. L. W.; ALBERNAZ E. P.; SILVA M. B.; SILVEIRA R. B. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of live in the South of Brazil. **Jornal de Pediatria**, v.82, n.4, p.289-294, 2006.

MEDEIROS J. S.; RIVERA M. A. A.; BENIGNA M. J. C.; CARDOSO M. A. A.; COSTA M. J. C. Estudo caso-controle sobre exposição precoce ao leite de vaca e ocorrência de Diabetes Mellitus tipo 1 em Campina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.3, n.3, p.271-280, 2003.

MELO A. M. C. A.; CABRAL P. C.; ALBINO E.; MOURA L. M. D.; MENEZES A. E. B.; WANDERLEY L. G. Conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade do Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.2, n.2, p.137-142, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras**. Ministério da Saúde: Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Saúde** [on line] 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>. Acesso em [2006 out 03].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. **Escolaridade – Paraná – Guarapuava** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/estpr.def>>. Acesso em [2007 nov 01].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. **População Residente – Paraná** [on line] 2006. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popPR.def>> Acesso em [2006 out 04].

MONTE C. M. G.; GIUGLIANI E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.131-141, 2004.

MONTEIRO C. A.; ZUÑIGA H. P. P.; BENÍCIO M. H. D.; REA M. F. Estudo das condições de saúde das crianças do município do São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985. III – Aleitamento Materno. **Revista de Saúde Pública**, v.21, p.13-22, 1987.

MORENO C. C. G. S.; REA M. F.; FILIPE E. V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.6, n.2, p.199-208, 2006.

NASCIMENTO M. B. R.; ISSLER H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Revista do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**, v.58, n.1, p.49-60, 2003.

NAKANO A. M. S.; REIS M. C. G.; PEREIRA M. J. B.; GOMES F. A. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.2, p.230-238, 2007.

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

O ESTADO DE SÃO PAULO. **A licença-paternidade no Brasil também deve ser ampliada?** *Aliás*, p.8, 28 de outubro de 2007.

OLIVEIRA L. P. M.; ASSIS A. M. O.; GOMES G. S. S.; PRADO M. S.; BARRETO M. L. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1519-1530, 2005.

OLIVEIRA M. I. C.; CAMACHO L. A. B. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, n.1, p.41-51, 2002.

OLIVEIRA M. I. C.; GOMES, M. A. S. M. As Unidades Básicas Amigas da Amamentação: uma nova tática no apoio ao aleitamento materno. In: REGO J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.415-444.

OSIS M. J. D. et al. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.2, p.172-179, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Ripsa**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

OZDEMIR F.; DEMIRBAG D.; RODOPLU M. Reproductive affecting the bone mineral density in postmenopausal women. **Tohoku Journal of Experimental Medicine**, v.205, p.277-285, 2005.

PARADA C. M. G. L.; CARVALHAES M. A. B. L.; WINCKLER C. C.; WINCKLER L. A.; WINCKLER V. C. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo Programa de Saúde da Família – PSF. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.407-14, 2005.

PASSOS M. C.; LAMOUNIER J. A.; SILVA C. A. M.; FREITAS S. N.; BAUDSON M. F. R. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.6, p.617-22, 2000.

PEDROSO G. C.; PUCCINI R. F.; SILVA E. M. K. S.; SILVA N. N.; ALVES M. C. G. P. Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do Sudeste do Brasil, Embu, SP. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.1, p.45-58, 2004.

PEREIRA, M. G. Métodos empregados em epidemiologia. In: \_\_\_\_\_. **Epidemiologia teórica e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.269-288.

PÉREZ-ESCAMILLA R.; LUTTER, C.; SEGALL A. M.; TREVIÑO-SILLER S.; SANGHVI T. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. **Journal of Nutrition**, v.125, p.2972-2984, 1995.

PISACANE A.; CONTINISIO G. I.; ALDINUCCI M.; D'AMORA S.; CONTINISIO P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. **Pediatrics**, v.116, n.4, p.494-498, 2005.

POPKIN B. M.; ADAIR L.; AKIN J. S.; BLACK R.; BRISCOE J.; FLIEGER W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. **Pediatrics**, v.86, n.6, p.874-882, 1990.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil** [on line] 2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>> Acesso em [2007 nov 28].

RAMOS C. V.; ALMEIDA J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.5, p.385-390, 2003.

REA M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.142-146, 2004.

REA M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.1, p.37-45, 2003.

REA M. F.; VENÂNCIO S. I.; BATISTA L. E.; SANTOS R. G.; GREINER T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.149-156, 1997.

REMPEL L. A. Factors influencing the breastfeeding decisions of long-term breastfeeders. **Journal of Human Lactation**, v.20, n.3, p.305-318, 2004.

SENA M. C. F.; SILVA E. F.; PEREIRA M. G. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.3, p.613-621, 2002.

SENNAM. C. M.; COHEN M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.523-535, 2002.

SHANTAKUMAR S. *et al.* Reproductive factors and breast cancer risk among older women. **Breast Cancer Res Treatment**, [Epub ahead of print], 2006.

SILVA A. P.; SOUZA N. Prevalência de aleitamento materno. **Revista de Nutrição de Campinas**, v.18, n.3, p.301-310.

SILVA S. M.; BRUNKEN G. S.; FRANÇA G. V. A.; ESCUDER M. M.; VENÂNCIO S. I. Evolução do aleitamento materno em uma capital da região centro-oeste do Brasil entre 1999 e 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.7, p.1539-1546, 2007.

SIMON V. G. N.; SOUZA J. M. P.; SOUZA S. B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.6, n.1, p.29-38, 2003.

SUSIN L. R. O.; GIUGLIANI E. R. J.; KUMMER S. C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.2, p.141-147, 2005.

TESSARO S.; BÉRIA J. U.; TOMASI E.; VICTORA C. G. Breastfeeding and breast cancer: a case-control study in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.6, p.1593-1601, 2003.

VANNUCHI M. T. O. *et al.* Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.5, n.2, p.55-162, 2005.

VENÂNCIO S. I.; ESCUDER M. M. L.; KITIKO P.; REA M. F.; MONTEIRO C. A. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.3, p.313-318, 2002.

VENÂNCIO S. I.; MONTEIRO C. A. A tendência da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.1, n.1, p.40-49, 1998.

VICTORA C. G.; VAUGHAN J. P.; LOMBARDA C.; FUNCHS S. M. C.; GIGANTE L. P.; SMITH P.G. Evidence for protection by breast-feeding against infants deaths from infectious diseases in Brasil. **Lancet**, v.330, p.319-322, 1987.

VIEIRA G. O.; ALMEIDA J. A. G.; SILVA L. R.; CABRAL V. A.; NETTO P. V. S. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.2, p.143-150, 2004.

VIEIRA G. O.; SILVA L. R.; MENDES C. M. C.; VIEIRA T. O. Mastite lactacional e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1193-1200, 2006.

VIEIRA G. O.; SILVA L. R.; VIEIRA T. O.; ALMEIDA J. A. G.; CABRAL V. A. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.411-416, 2004.

VITOLLO M. R.; BORTOLINI G. A.; FELDENS C. A.; DRACHLER M. L. Impactos da Implementação dos Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças: Ensaio de Campo Randomizado. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1448-1457, 2005.

WEIDERPASS E.; BARROS F. C.; VICTORA C. G.; TOMASI E.; HALPERN R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.3, p.225-231, 1998.

WHO. **Complementary feeding of young children in developing countries: A review of current scientific knowledge**. Geneva: World Health Organization – WHO, 1998.

WHO. **Global database on child growth and malnutrition**. Geneva: World Health Organization – WHO, 1997.

WHO. **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva: World Health Organization – WHO, 2003.

WHO. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva: World Health Organization – WHO, 1991.

WHO. **The optimal duration of exclusive breastfeeding – A systematic review**. Geneva: World Health Organization – WHO, 2002.

WIKIPEDIA. **Guarapuava**. [on line]. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Guarapuava#Economia>> Acesso em [2006 out 04].

**Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**  
**Crianças Menores de Dois Anos**

**Formulário Inicial**

<b>1</b> Questionário Nº _____	QUEST _____
<b>2</b> Família Nº _____	FAM _____
<b>3</b> Grupo _____	GRUPO _____
<b>4</b> Data da entrevista ____/____/____	DATA _____
<b>5</b> Unidade de Saúde _____	US _____
<b>6</b> Agente Comunitário de Saúde _____	ACS _____
<b>7</b> Entrevistador _____	ENTREVIS _____
<b>8</b> Nº da mãe _____	NMAE _____
<b>9</b> Faixa Etária da Criança (1) 0 a 3m e 29d (2) 4 a 5m e 29d (3) 6 a 8m e 29d (4) 9 a 11m e 29d (5) 12 a 17m e 29d (6) 18 a 23m e 29d	FETARIA _____
<b>10</b> Nome da Criança _____	
<b>11</b> Nº da mãe para o entrevistador _____	NMAENT _____
<b>12</b> Endereço e referência _____ _____ _____	

**Características Sócio-Demográficas**

<b>13</b> Qual o nome da Sra (mãe biológica)? _____	
<b>14</b> Quantos anos a sra tem? ____ anos	IDMAE _____
<b>15</b> Qual o seu estado civil? (1) solteira (2) casada (3) união consensual (4) separada (5) viúva (6) outro _____ (0) NA (9) NI	ECIVIL _____
<b>16</b> A sra... (a) foi à escola? (1) sim (2) não (0) NA (9) NI (b) Qual foi a última série concluída? _____ (0) NA (99) NI	ESCOLMAE _____ ANOESTM _____
<b>17</b> A sra sabe... (a) ler? (1) sim (2) não (0) NA (9) NI (b) escrever?(1) sim (2) apenas assina o nome (3) não (0) NA (9) NI	LE _____ ESCREVE _____
<b>18</b> O pai da criança... (a) foi à escola? (1) sim (2) não (0) NA (9) NI	ESCOLPAI _____

(b) Qual foi a última série concluída? _____ (0) NA (99) NI	ANOESTP __ __
<b>19</b> A sra faz algum tipo de trabalho pago? (1) sim, fora de casa (2) sim, dentro de casa (3) não (0) NA (9) NI	TRABMAE __
<b>20</b> Quantas pessoas da sua casa trabalham? (1) __ __ pessoas (00) NA (99) NI	NTRAB __ __
<b>21</b> Quanto elas ganham, todas juntas, aproximadamente em um mês? (1) __ __ __ __ __ (88888) NA (99999) NI	RENDA __ __ __ __ __
<b>22</b> Quantas pessoas moram aqui em casa? (1) total __ __ (2) crianças menores de 1 ano __ __ (3) crianças de 1 a 4 anos __ __ (4) crianças de 5 a 10 anos __ __	NPESSOA __ __ N0-1 __ __ N1-4 __ __ N5-10 __ __
<b>23</b> Quem é o chefe da família? (1) pai da criança (2) mãe da criança (3) avó (4) avô (5) tio (6) outro _____ (00) NA (99) NI	CHEFE __
<b>24</b> Tipo de casa (observe) (1) madeira (2) tijolo (3) tijolo + madeira (4) outro _____ (00) NA (99) NI	TIPCASA __ __
<b>25</b> Quantas peças têm na sua casa? Total: __ __ Servindo de dormitório: __ __	NCOMOD __ __ NDORM __ __
<b>26</b> De onde vem a água que você usa? (1) encanada dentro de casa (2) encanada fora de casa (3) chafariz (4) poço (5) água mineral (6) filtro (7) outro _____ (00) NA (99) NI	ORIAGUA __
<b>27</b> Você faz algum tratamento da água? (1) sim, para beber (2) sim, para beber e cozinhar (3) sim, apenas para o bebê (4) não (PULE para a questão 32) (0) NA (9) NI	TRATAGUA __
<b>28</b> Que tratamento? (1) filtrada (2) fervida (3) cloração (4) água mineral (5) outro _____ (0) NA (9) NI	QTRAT __
<b>29</b> Como é o banheiro aqui na sua casa? (1) dentro de casa (2) fora de casa (3) outro _____ (0) NA (9) NI	BANHEIRO __
<b>30</b> Como é o saneamento (esgoto) aqui na sua casa? (1) ligado à rede pública de esgoto (2) latrina (3) fossa (4) fossa seca (5) nenhum (6) outro _____ (00) NA (99) NI	ESGOTO __

- 31** O que é feito com o lixo da sua casa?  
 (1) coleta pública regular (2) coleta pública esporádica (3) enterra  
 (4) queima (5) deixa ao ar livre (6) recicla  
 (7) outro \_\_\_\_\_ (00) NA (99) NI

DEJETOS \_\_

### Identificação da Criança

- 33** \_\_\_\_\_ é menino ou menina?  
 (1) masculino (2) feminino
- 34** A mãe fez o pré-natal na gravidez?  
 (1) sim (PULE para a questão **39**) (2) não (9) NI
- 35** Recebeu orientação sobre aleitamento materno?  
 (1) sim (2) não (0) NA (9) NI
- 36** Quem orientou?  
 (1) medico (2) enfermeira (3) curiosa/parteira (4) agente de  
 saúde  
 (5) nutricionista (6) outro \_\_\_\_\_ (0) NA (9) NI
- 37** Como foi o parto?  
 (1) normal (2) cesariana (0) NA (9) NI
- 38** O bebê tem o Cartão da Criança?  
 (1) sim (Pergunte: posso ver?) (2) não (peça outro documento para  
 verificar a questão **42** e PULE para a questão **46**) (0) NA (9) NI  
**Copie do cartão:** (00) NA (99) NI
- 39** Data de nascimento: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_
- 40** Idade: \_\_ \_\_ meses e \_\_ \_\_ dias (calculado pelo entrevistador)
- 41** Peso ao nascer: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ gramas (Cartão da Criança)
- 43** Ele(a) está com diarreia hoje? (1) sim (2) não (9) NI
- 44** Ele(a) teve diarreia na semana passada? (1) sim (2) não (9) NI  
 Se SIM na pergunta **46** ou **47** fazer as próximas duas perguntas:
- 45** A sra deu algo para tratar a diarreia?  
 (1) sim. O que? \_\_\_\_\_ (2) não (0) NA  
 (9) NI
- 46** A sra parou de dar comida durante a diarreia?  
 (1) sim (2) não (0) NA (9) NI
- 47** Ele(a) teve tosse na última semana?  
 (1) sim (2) não (PULE para a questão **52**) (0) NA (9) NI
- 48** Junto com a tosse:  
 (a) tinha febre? (1) sim (2) não (0) NA (9)  
 NI

SEXO \_\_

PNATAL \_\_

ORIENTAM \_\_

QORIENTAM \_\_

TIPOPART \_\_

CARTAO \_\_

DATNASC \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_

PESNASC \_\_\_\_\_

DIARHOJ \_\_

DIARSEM \_\_

TRATDIAR \_\_ \_\_ \_\_

COMDIAR \_\_

TOSSE \_\_

FEBRE \_\_

CANSA \_\_

NENTUP \_\_

(b) tinha cansaço? NI	(1) sim (2) não (0) NA (9)	CONSULTA __
(c) ficou com o nariz entupido? NI	(1) sim (2) não (0) NA (9)	
(d) foi levado para consulta? NI	(1) sim (2) não (0) NA (9)	
<b>49</b> Foi internado nos últimos 12 meses? __ __ vezes	(00) NA (99) NI	INTERNA __ __
<b>50</b> Ele(a) mama no peito?		PEITO __
(1) sim (PULE para a questão <b>55</b> )		IDPEITO __ __ __
(2) não. Parou com que idade? __ __ meses e __ __ dias		
(3) nunca mamou (9) NI		
<b>51</b> Porque deixou de mamar / nunca mamou?		DESMAME __ __
(1) leite insuficiente (2) criança não queria (3) criança estava doente		
(4) mãe não queria (5) mãe estava doente		
(6) mãe trabalhava / estudava (7) problema no seio		
(8) outro _____	(00) NA (99)	
NI		
<b>52</b> Ele(a) recebe(u) outro tipo de leite enquanto mama(va)?		OUTLEI __ __ __
(1) sim. Qual? _____	(2) não (8) nunca mamou	
(0) NA (9) NI		IDOUTLEI __ __ __
Com que idade começou a tomar outro tipo de leite? __ __ meses e __ __ dias		
<b>53</b> Desde ontem até agora ele tomou alguma coisa na mamadeira?		MAMAD __
(1) sim (2) não (9) NI		IDMAMAD __ __ __
Com que idade começou a usar chucha/mamadeira? __ __ meses e __ __ dias		
<b>54</b> A sra dá água para ele(a)? (1) sim (2) não (9) NI		AGUA __
Com que idade começou a dar água? __ __ meses e __ __ dias		IDAGUA __ __ __
<b>55</b> A sra dá algum chazinho para ele? (1) sim (2) não (9) NI		CHA __
Com que idade começou a dar chazinho? __ __ meses e __ __ dias		IDCHA __ __ __



# Universidade Estadual do Centro-Oeste

Guarapuava - Paraná

Comitê de Ética em pesquisa do CCS-unicentro

Of.COMEP-CCS/UNICENTRO/049/2006

Guarapuava, 10 de maio de 2006

Prezada Senhora

Comunicamos que o projeto de pesquisa intitulado "Promoção do aleitamento materno e alimentação complementar- Estudo de intervenção Randomizada", protocolado sob o nº. 20/2006 foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Centro Oeste, em sua 7ª Reunião Ordinária realizada em 10 de maio de 2006.

Pesquisadores: Claudia Choma Bettega Almeida

**Em atendimento à Resolução 196/096 do CNS, deverá ser encaminhado ao COMEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.**

Atenciosamente,

Profª. Ms. Maria Regiane Trincaus  
Coordenadora do COMEP-CCS/UNICENTRO

Ilma. Sra.

**Claudia Choma Bettega Almeida**  
Departamento de Fisioterapia  
UNICENTRO.

Home Page: <http://www.unicentro.br>

E-Mail: [webmaster@unicentro.br](mailto:webmaster@unicentro.br)

Rua Pres. Zacarias 875 - Cx. Postal 3010 - Fone (42) 621-1000 - Fax (42) 623-8644 - CEP 85.010-990 - GUARAPUAVA - PR  
CAMPUS DE IRATI - BR 459 - Km 07 - Caixa Postal 3010 - Irati - PR - CEP 85.010-990

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NO PROJETO  
“PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO  
COMPLEMENTAR – ESTUDO DE INTERVENÇÃO RANDOMIZADO”**

**Pesquisadora responsável: Profª Cláudia Choma Bettega Almeida**

Este é um convite para você participar voluntariamente de um estudo sobre a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de dois anos em Guarapuava. Por favor, leia com atenção as informações abaixo antes de dar seu consentimento para participar ou não do estudo. Qualquer dúvida sobre o estudo ou sobre este documento pergunte ao pesquisador com que você está conversando neste momento.

**Objetivo do estudo**

O presente estudo tem por objetivo principal verificar como está a alimentação das crianças menores de dois anos em Guarapuava. Caso você decida participar é preciso que você disponha de algum tempo para que nós possamos conversar um pouco sobre a alimentação dele(a) e, se possível pesar e medir o comprimento do seu filho para sabermos se a alimentação e o estado nutricional estão adequados.

**Procedimentos**

Você responderá perguntas que serão feitas pelo entrevistador (que é um aluno da UNICENTRO), sendo também realizada uma avaliação do estado nutricional de seu filho (através de medidas como peso e comprimento). Se você for sorteada, nós voltaremos mais quatro vezes para conversarmos sobre a alimentação de seu filho.

**Benefícios**

Este estudo não trará nenhum benefício direto à saúde de seu filho, mas iremos verificar se a alimentação de seu filho está adequada. Esta entrevista vai permitir um estudo mais detalhado das relações entre alimentação e estado nutricional das crianças menores de dois anos.

**Riscos**

Este estudo não apresenta risco à saúde dos participantes, sendo apenas uma coleta de informações e medidas simples (peso e comprimento). A entrevista poderá durar até 1 hora.

**Participação voluntária**

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que você decida participar, terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo para você.

**Esclarecimentos de dúvidas**

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo.

**Identificação**

A sua identificação será mantida em sigilo. Os resultados do estudo serão publicados sem revelar a sua identidade. Quando os resultados forem publicados não aparecerá o nome de seu filho e nem o seu, e sim um código.

**Equipe de Pesquisadores**

Os pesquisadores envolvidos nesse projeto são: Profª Cláudia Choma Bettega Almeida, Profª Paula Chuproski, Profª Priscila Tsupal Tenório Gomes, Profª Renata Leia Demario e podem ser contatadas no Departamento de Nutrição da UNICENTRO tel: 36238133. Caso seja detectado algum problema nutricional com seu filho, encaminharemos à unidade de saúde mais próxima de sua residência.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona que não haverá risco para meu filho. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Guarapuava, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

**Responsáveis pela pesquisa**

Profª Cláudia Choma Bettega Almeida  
Profª Paula Chuproski  
Profª Priscila Tsupal Tenório Gomes  
Profª Renata Leia Demario  
Marcela Komechen Brecailo

Responsável pela criança

Prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade, comparação de diversas localidades.

Autor, ano	Localidade	População	Prevalência de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses
AUDI, 2003	Itapira, SP	679 crianças menores de 1 ano de idade	30,1%
FERREIRA, 2007	Botucatu, SP	1239 crianças menores de 1 ano de idade	29,6%
LAWOYIN, 2001	Ibadan, Nigéria	2794 crianças menores de 6 meses de idade	23,4%
PARADA, 2005	Conchas, SP	142 crianças menores de 1 ano de idade	21,1%
VANNUCHI, 2005	Londrina, PR	2002 crianças menores de 1 ano de idade	21,0%
VIEIRA, 2004	Feira de Santana, BA	2319 crianças menores de 1 ano de idade	17,7%
<b>Presente estudo, 2007</b>	<b>Guarapuava, PR</b>	<b>426 crianças menores de 2 anos de idade</b>	<b>12,9%</b>
ALMEIDA, 2004	Paranaguá, PR	138 crianças menores de seis meses de idade	10,7%
SENA, 2002	Distrito Federal, Brasil	2983 crianças menores de 6 meses de idade	10,0%
BRASIL, 2000	Região Sul do Brasil	3500 crianças menores de 1 ano de idade de cada capital da Sul do Brasil	10,0%
BRASIL, 2000	Brasil	3500 crianças menores de 1 ano de idade de cada capital e do Distrito Federal	8,0%
SILVA, 2007	Cuiabá, MS	921 crianças menores de 1 ano de idade	6,9%
CECCHETTI, 2005	Campinas, SP	4093 crianças menores de 2 anos de idade	5,7%
CHAVES, 2007	Itaúna, MG	246 crianças menores de 1 ano de idade	5,3%
BITTENCOURT, 2005	20 municípios do estado de Pernambuco	602 crianças menores de 18 meses de idade	3,87%
PASSOS, 2000	Ouro Preto, MG	229 crianças menores de 2 anos de idade	1,8%
MARQUES, 2001	4 municípios do estado de Pernambuco	345 crianças menores de 1 ano de idade	0,6%

Mediana de aleitamento materno exclusivo, comparação de diversas localidades.

Autor, ano	Localidade	População	Mediana de aleitamento materno exclusivo
CECCHETTI, 2005	Campinas, SP	4093 crianças menores de 2 anos de idade	67 dias
<b>Presente estudo, 2007</b>	<b>Guarapuava, PR</b>	<b>426 crianças menores de 2 anos de idade</b>	<b>60 dias</b>
KITOKO, 2000	Florianópolis, SC	990 crianças menores de 1 ano de idade	53,3 dias
PÉREZ- ESCAMILLA, 1995	Santos, SP	442 crianças menores de 4 meses de idade	42 dias
CHAVES, 2007	Itaúna, MG	246 crianças menores de 1 ano de idade	40 dias
BRASIL, 2000	Região Sul do Brasil	3500 crianças menores de 1 ano de idade de cada capital da Sul do Brasil	39,1 dias
FERREIRA, 2007	Botucatu, SP	1239 crianças menores de 1 ano de idade	31 dias
BRASIL, 2000	Brasil	3500 crianças menores de 1 ano de idade de cada capital e do Distrito Federal	23,4 dias
PASSOS, 2000	Ouro Preto, MG	229 crianças menores de 2 anos de idade	17 dias
KITOKO, 2000	João Pessoa, PB	950 crianças menores de 1 ano de idade	16,5 dias
VANNUCHI, 2005	Londrina, PR	2002 crianças menores de 1 ano de idade	11,9 dias
PÉREZ- ESCAMILLA, 1995	Cidade do México, México	765 crianças menores de 4 meses de idade	7 dias
SILVA, 2007	Cuiabá, MS	921 crianças menores de 1 ano de idade	5,1 dias
MARQUES, 2001	4 municípios do estado de Pernambuco	345 crianças menores de 1 ano de idade	0 dias