



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARCELA DE OLIVEIRA DEDITTO

ALEITAMENTO MATERNO ENTRE USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL

MARINGÁ

2011

MARCELA DE OLIVEIRA DEDITTO

**ALEITAMENTO MATERNO ENTRE USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Olga Bercini.

MARINGÁ

2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

D381a Demitto, Marcela de Oliveira
Aleitamento materno entre usuárias da rede pública de saúde em município da região Sul do Brasil / Marcela de Oliveira Demitto. -- Maringá, 2011.
84 f.: il.

Orientador : Prof. Dr^a. Luciana Olga Bercini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

1. Aleitamento materno. 2. Amamentação 3. Aleitamento materno - Rede pública. 3. Aleitamento materno - Município da região sul. I. Bercini, Luciana Olga, orientadora. II. Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem. III. Título.

CDD 21.ed.649.33

MARCELA DE OLIVEIRA DEMITTO

**ALEITAMENTO MATERNO ENTRE USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Aprovada em: 21 de novembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Luciana Olga Bercini (Presidente)

Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª. Dr^ª. Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla

Universidade Estadual de Londrina

Prof^ª. Dr^ª. Taqueco Teruya Uchimura

Universidade Estadual de Maringá

SUPLENTES

Prof^ª. Dr^ª. Marli Terezinha Oliveira Vannuchi

Universidade Estadual de Londrina

Prof^ª. Dr^ª. Ieda Harumi Higarashi

Universidade Estadual de Maringá

Dedico esta dissertação

À **Deus** por sempre estar ao meu lado e me fazer compreender que para tudo existe um tempo certo;

À **Nossa Senhora Aparecida** por Suas intercessões e também por iluminar os meus caminhos e passar na minha frente quando em meio às dificuldades;

Aos meus pais, **Luiz Demitto e Ednéia de Oliveira Demitto**, exemplos de força e dedicação, bases da minha educação, tesouros da minha vida;

À minha irmã, **Fernanda**, pelo apoio e carinho oferecidos nesse momento em especial;

Ao meu amor, noivo e futuro esposo, **João Carlos**, pelo companheirismo e compreensão e por me ensinar que o importante é fazer tudo valer a pena;

Aos meus **amigos** por fazerem parte da minha história, partilhando os momentos bons e ruins e por entenderem meus momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

À minha professora e orientadora Dr.^a **Luciana Olga Bercini** que se faz excepcional na arte de ser mestre. Agradeço pela orientação, pela amizade, pelo exemplo a ser seguido.

Aos mestres que souberam ensinar e guiar a direção correta para que esse crescimento seja possível e que continue indeterminadamente. Àqueles que me inspiraram e me fazem sempre querer continuar e melhorar.

Às pessoas que direta ou indiretamente auxiliaram o desenvolvimento e conclusão desse trabalho.

DEMITTO, M. O. **Aleitamento materno entre usuárias da rede pública de saúde em município da região sul do Brasil**. 2011. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

RESUMO

Estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, o qual objetivou analisar o aleitamento materno exclusivo (AME) entre usuárias da rede pública de saúde de Maringá, Paraná. A amostra foi composta por 378 mulheres usuárias da rede pública de saúde que realizaram a assistência pré-natal em uma das Unidades Básicas de Saúde do município em 2009. A coleta de dados ocorreu de outubro de 2010 a março de 2011, por meio de entrevistas utilizando questionário estruturado. Para análise dos dados utilizou-se o procedimento *stepwise* em modelos de regressão logística e testes de médias por meio da análise de variância paramétrica (ANOVA) e comparações múltiplas de Tukey. Os resultados foram apresentados em formato de três artigos científicos. No primeiro, buscou-se analisar a prevalência do AME e identificar os fatores determinantes da amamentação nos primeiros seis meses de vida. A prevalência de AME em menores de seis meses foi de 30,03%. Dentre os fatores determinantes do AME analisados somente a situação conjugal foi estatisticamente significativa, revelando que as mulheres com companheiro apresentaram duas vezes mais chances de amamentar exclusivamente por seis meses do que aquelas que não possuem companheiro. No segundo, foi investigado se as mulheres foram orientadas sobre amamentação no pré-natal e puerpério e se houve associação entre o recebimento destas orientações e a presença de dificuldades precoces na lactação. A importância do leite materno e questões sobre posicionamento e pega para amamentar foram as orientações mais citadas no pré-natal e na maternidade, respectivamente. A participação em grupos de gestantes apresentou associação estatisticamente significativa com a variável presença de dificuldades para amamentar, revelando que as mães que participaram destes grupos têm quase duas vezes menos chances de apresentarem dificuldades precoces para amamentar do que aquelas que não participaram dos grupos. O terceiro artigo teve como objetivo identificar a relação entre a idade de início do uso da chupeta e o tempo AME. Mais da metade das crianças não fazia uso de chupeta e dentre as que usavam, a maioria começou no primeiro mês de vida. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a idade de início do uso da chupeta e o tempo de AME. No entanto, foi verificada relação estatística significativa entre o tempo de AME e o uso de chupeta, assim as crianças

que não usavam chupeta foram amamentadas exclusivamente por mais tempo do que as que usavam. Conclui-se que a prevalência de AME está aquém do preconizado pela Organização Mundial de Saúde e que ações de saúde devem ser promovidas em prol da amamentação junto à população, especialmente às mulheres sem companheiro. Confirma-se a importância das orientações sobre amamentação durante o pré-natal, sobretudo utilizando a estratégia de grupos de gestantes. O uso da chupeta deve ser visto, pelos profissionais da saúde, como sinal de alerta para a interrupção do AME. Finalizando, o estudo revelou aspectos importantes referentes à duração do AME que poderão contribuir para o monitoramento das ações de saúde e para a elaboração de novas estratégias em relação ao aleitamento materno na rede pública de saúde do município.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Enfermagem. Desmame. Determinantes epidemiológicos.

DEMITTO, M. O. **Breastfeeding among mothers users of public health services in a southern municipal district of Brazil.** 2011. 84 f. Dissertation (Masters in Nursing)–University of Maringá, Maringá, 2011.

ABSTRACT

A descriptive and exploratory study with quantitative approach with the objective of analyzing the practice of exclusive breastfeeding (EBF) among users of public health services of Maringá, Paraná State. The sample was composed by 378 women that accomplished prenatal care in one of the Basic Health Units of the municipal district, in 2009. Data collection was carried out from October 2010 to March 2011, through interviews using a structured questionnaire. For data analysis the *stepwise* procedure was used in models of logistic regression and mean tests through the analysis of parametric variance (ANOVA) and multiple comparisons of Tukey. The results were presented in three scientific articles. In the first one it was searched to analyze the prevalence of EBF and to identify the decisive factors of breastfeeding in the first six months of life. The prevalence of EBF in babies under six months of age was of 30.03%. Among the analyzed decisive factors on EBF only the marital status was statistically significant, revealing that the women who have a companion presented twice more chances of breastfeeding exclusively for six months than those that do not have one. In the second, it was investigated if women were informed regarding breastfeeding during prenatal and puerperium and if there was an association between the information and the presence of early difficulties in nursing. The importance of mother's milk and questions on babies positioning at breast and latch on reflex were the orientations mostly mentioned at the prenatal and maternity groups, respectively. The participation in pregnant women groups presented statistically significant association with the variable presence of difficulties on breastfeeding, revealing that the mothers who took part in these groups had twice less chances of presenting early difficulties to breastfeed their babies than those that did not take part in the groups. In the third article the objective was to identify the relationship between the introduction of a pacifier and the time of exclusive breastfeeding (EBF). More than half of the children did not make use of pacifier and among the ones that used; most of them began in the first month of life. No statistically significant difference was found between the age the pacifier was introduced and the duration of EBF. However significant statistical relationship was verified between the time of EBF and the use of pacifier. Thus, the children that did not

make use of pacifier were exclusively breastfed for a longer period of time than the ones that made use of it. It was concluded that the prevalence of EBF is beneath the expectations of the World Health Organization, showing the need to review and reorganize the pro-breastfeeding actions among the population, especially among the women without companion. The importance of orientation on breastfeeding during prenatal period is confirmed, using the strategy of pregnancy groups. The use of pacifier should be seen, by the health professionals, as a sign of alert on the interruption of EBF. Concluding, the study revealed important aspects regarding duration of EBF that can contribute to follow health actions and to the elaboration of new strategies on breastfeeding in the municipal public health services.

Keywords: Breastfeeding. Nursing. Weaning. Epidemiologic Factors.

DEMITTO, M. O. **Amamantamiento materno entre usuarias de la red pública de salud en municipio de la región sur de Brasil**. 2011. 84 f. Disertación (Maestría en Enfermería)– Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

RESUMEN

Estudio descriptivo, exploratorio con abordaje cuantitativo con el objetivo de analizar el amamantamiento materno exclusivo (AME) entre usuarias de la red pública de salud de Maringá, Paraná. La muestra fue compuesta por 378 mujeres usuarias de la red pública de salud que realizaron la asistencia prenatal en una de las Unidades Básicas de Salud del municipio en 2009. La recolección de datos ocurrió de octubre de 2010 a marzo de 2011, por medio de entrevistas utilizando un cuestionario estructurado. Para análisis de los datos se utilizó el procedimiento *stepwise* en modelos de regresión logística y tests de medias a través del análisis de variancia paramétrica (ANOVA) y comparaciones múltiples de Tukey. Los resultados fueron presentados en formato de tres artículos científicos. En el primero, se buscó analizar la prevalencia del AME e identificar los factores determinantes del amamantamiento en los primeros seis meses de vida. La prevalencia de AME en menores de seis meses fue de 30,03%. Entre los factores determinantes de AME analizados solamente la situación conyugal fue estadísticamente significativa, revelando que las mujeres con compañero presentaron dos veces más oportunidades de amamantar exclusivamente por seis meses que aquellas que no lo poseen. En el segundo, fue investigado si las mujeres fueron orientadas sobre amamantamiento en el prenatal y puerperio y si hubo asociación entre el recibimiento de estas orientaciones y la presencia de dificultades precoces en la lactación. La importancia de la leche materna y cuestiones sobre posicionamiento y postura para amamantar fueron las orientaciones más citadas en el prenatal y maternidad, respectivamente. La participación en grupos de gestantes presentó asociación estadísticamente significativa con la variable presencia de dificultades para amamantar, revelando que las madres que participaron de estos grupos tienen casi dos veces menos probabilidad de presentar dificultades precoces para amamantar que aquellas que no participaron de los grupos. El tercer artículo tuvo como objetivo identificar la relación entre la edad del inicio del uso del chupete y el tiempo AME. Más de la mitad de los niños no hacía uso de chupete y entre los que usaban, la mayoría empezó en el primer mes de vida. No fue encontrada diferencia estadísticamente significativa entre la edad del inicio del uso del chupete

y el tiempo de AME. Sin embargo fue verificada relación estadística significativa entre el tiempo de AME y el uso de chupete, así los niños que no usaban chupete fueron amamantados exclusivamente por más tiempo que los que usaban. Se concluye que la prevalencia de AME está abajo de lo preconizado por la Organización Mundial de Salud y que acciones de salud deben ser promovidas en favor de la amamantamiento junto a la población, especialmente a las mujeres sin compañero. Se confirma la importancia de las orientaciones sobre amamantamiento durante el prenatal, sobretodo utilizando la estrategia de grupos de gestantes. El uso del chupete debe ser visto, por los profesionales de la salud, como señal de alerta para la interrupción del AME. Finalizando, el estudio reveló aspectos importantes referentes a la duración del AME que podrán contribuir para el monitoreo de las acciones de salud y para la elaboración de nuevas estrategias en relación al amamantamiento materno en la red pública de salud del municipio.

Palabras-clave: Lactancia Materna. Enfermería. Destete. Factores epidemiológicos.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ESF	Estratégia Saúde da Família
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
LM	Leite materno
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SisPreNatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	METODOLOGIA	20
3.1	TIPO DE ESTUDO	20
3.2	LOCAL DE ESTUDO	20
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO	21
3.4	COLETA DE DADOS	23
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	25
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	25
3.7	APRESENTAÇÃO DOS DADOS	26
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1	ARTIGO 1- PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL, 2009	27
4.2	ARTIGO 2- ORIENTAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM AS DIFICULDADES PRECOSES NA LACTAÇÃO	42
4.3	ARTIGO 3- USO DE CHUPETA E SUA RELAÇÃO COM O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	57
5	CONCLUSÕES	69
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	78
	ANEXOS	82

1 INTRODUÇÃO

À luz dos conhecimentos científicos atuais, o leite materno (LM) é considerado o alimento que atende de maneira adequada a todas as peculiaridades fisiológicas do recém-nascido (RN), mostrando-se superior aos leites de outras espécies (BRASIL, 2009a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), após a 54ª Assembléia Mundial de Saúde (2001), recomenda que as crianças sejam amamentadas exclusivamente ao seio até o sexto mês de vida e que a partir dessa idade é necessária a introdução de outros alimentos à dieta infantil, mantendo-se o aleitamento materno (AM) até os dois anos ou mais. Tal recomendação vem substituir a anterior que era de aleitamento materno exclusivo (AME) entre quatro e seis meses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001a).

Acredita-se que a introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de vida pode trazer prejuízos à saúde da criança, já que tal fato está associado ao aumento da ocorrência de episódios de diarreia, a um maior número de hospitalizações por doenças respiratórias, ao risco de desnutrição, menor absorção de nutrientes do LM como ferro e zinco, além de menor duração do AM (BRASIL, 2009a).

No segundo ano de vida, o LM continua sendo importante fonte de nutrientes, como ficou demonstrado em uma pesquisa de meta-análise na qual foram identificados oito estudos de diferentes países, os quais concluíram que as crianças amamentadas no segundo ano de vida tinham uma chance quase duas vezes menor de morrer por doença infecciosa quando comparadas com as crianças não amamentadas nesse período (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Com o objetivo de uniformizar a nomenclatura em relação ao AM a OMS estabeleceu em 2007, as seguintes definições: Aleitamento Materno Exclusivo - quando a criança recebe somente LM, permitindo-se gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais e outros medicamentos; Aleitamento Materno Predominante - além do LM, recebe também água ou bebidas à base de água; Aleitamento Materno Misto ou Parcial - recebe LM e outros tipos de leite; Aleitamento Materno - LM independente de receber ou não outros alimentos e Aleitamento Materno Complementado - quando a criança recebe, além do LM, qualquer alimento sólido ou semi sólido com a finalidade de complementá-lo (BRASIL, 2009a).

Amamentar é um ato que promove interação entre mãe e filho, possibilitando o fortalecimento de vínculo e afeto entre o binômio. Do mesmo modo, a amamentação reflete positivamente no estado nutricional da criança, em seu estado imunológico e em seu

desenvolvimento neuropsicomotor, também apresenta implicações para a saúde física e psíquica da mãe, além de constituir-se em intervenção efetiva para a redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2009a).

A diminuição da morbimortalidade por doenças infecciosas têm sido amplamente demonstrada entre crianças amamentadas, apontando que a prática de amamentar é um excelente investimento a curto prazo. A amamentação significa, também, menor custo para o sistema de saúde, mesmo em países onde a mortalidade infantil é baixa. As internações hospitalares de crianças alimentadas artificialmente ocorrem cinco vezes mais do que para as amamentadas exclusiva ou parcialmente (FALEIROS et al., 2005).

O AM, individualmente, pode reduzir em até 13% as mortes em crianças menores de cinco anos e se associada a outras intervenções pode prevenir mais de um terço das mortes infantis em todo o mundo (JONES et al., 2003).

Uma pesquisa de revisão sistemática e meta-análise realizada pela OMS, utilizando estudos observacionais e randomizados, mostrou alguns efeitos benéficos da amamentação na qualidade de vida futura, como redução na pressão arterial e no colesterol total, risco diminuído para o sobrepeso/obesidade e diabetes tipo 2. A pesquisa destacou também que indivíduos amamentados apresentam melhor desempenho em testes de inteligência e possuem mais anos de estudo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Apesar da importância do AM para a criança, mãe, família e para a sociedade, as taxas de amamentação no Brasil são baixas, em especial a do AME, como foi revelado na II Pesquisa de Prevalência do AM realizada nas capitais dos estados brasileiros, em 2008, na qual a prevalência de AME em menores de seis meses foi de 41,0%, a duração mediana do AM foi de 341,6 dias (11,2 meses) e a do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses). A região norte apresentou a maior prevalência (45,9%) de AME em menores de seis meses, seguida das regiões centro-oeste (45,0%), sul (43,9%), sudeste (39,4%) e nordeste (37,0%) (BRASIL, 2009b).

No município de Londrina, PR, no ano de 2002, em um estudo transversal, realizado no dia nacional de vacinação, foi observado que a prevalência de AME em crianças menores de seis meses foi de 21,0%. Entre os fatores de risco para a interrupção do AME destacou-se o uso de chupeta, primiparidade, acompanhamento ambulatorial em serviço público, idade e trabalho materno (VANNUCHI et al., 2005).

O mesmo estudo foi realizado em Maringá, PR, no ano de 2004, no qual se observou uma prevalência de AME em crianças menores de seis meses de 25,3% (BERCINI et al.,

2007). Para fins de monitoramento do AM no município, repetiu-se a pesquisa, em 2009, a qual revelou um aumento desta prevalência para 43,6% (LONGO et al., 2010).

Vários fatores têm sido considerados como determinantes do desmame precoce, porém é preciso considerar que o processo de amamentar é complexo e a amamentação, além de biologicamente definida, é socio culturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Dentre os fatores determinantes do desmame precoce destacam-se o baixo nível educacional e socioeconômico materno, a maternidade precoce, a paridade, falhas na atenção pré-natal e o trabalho fora do lar. No entanto, outros fatores tais como o apoio familiar, assistência profissional no pré-natal, condições adequadas no local de trabalho e uma experiência prévia positiva parecem ser parâmetros favoráveis à decisão materna pelo AM (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Estudo realizado em Elda, Espanha, sobre os fatores associados ao abandono do AM nos primeiros seis meses de vida, revelou que existe um efeito independente sobre o abandono precoce do AME e AM com o nível de estudo materno, a experiência anterior com a amamentação, a participação das mães em grupos de educação em saúde e o uso de chupetas ou suplementos ocasionais, durante o período pós-parto (ROIG et al., 2010).

Bicos e chupetas são amplamente utilizados entre crianças de diversos países, constituindo-se como prática cultural. Porém, seu uso pode ser danoso à saúde da criança, já que possui relação negativa com o processo de amamentação, podendo levar ao desmame, além de estar associado à transmissão de infecções, como candidíase oral, a danos na função motora oral, exercendo papel importante na síndrome do respirador bucal e também a problemas ortodônticos provocados pela sucção do bico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001b; BRASIL, 2009a).

Pesquisa revelou associação significativa entre uso de chupeta e interrupção do AME nos primeiros seis meses (PARIZOTO et al., 2009). Esse resultado concorda com vários outros estudos que também apontaram forte associação entre uso de chupeta e desmame precoce ou interrupção do AME (HOWARD et al., 1999; COTRIM; VENANCIO; ESCUDER, 2002; CHAVES; LAMOUNIR; CESAR, 2007).

Os profissionais de saúde precisam estar preparados para orientar as mães e a população em geral quanto aos efeitos nocivos dos bicos e chupetas para o estabelecimento e continuidade da amamentação e para a saúde da criança. Além disso, é necessário identificar quando a introdução da chupeta não está ocultando a ansiedade e insegurança da mãe perante

o processo alimentar da criança. Nesses casos, esclarecer as dúvidas e tentar solucionar os problemas é mais pertinente do que simplesmente retirar a chupeta (LAMOUNIER, 2003).

Pesquisa de revisão sistemática revelou haver uma forte correlação entre a intenção da gestante em amamentar seu filho e a duração da amamentação. Ademais, o fato de a mãe, muitas vezes, falhar na amamentação, apesar de um forte desejo de efetivá-la, pode ser devido à falta de acesso à orientação e ao apoio adequado de profissionais ou de pessoas mais experientes dentro ou fora de sua família (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Durante o pré-natal existem inúmeras oportunidades perdidas de se orientar no que tange aos cuidados com as mamas e aos benefícios do AME, o que pode ser observado no puerpério ante as dificuldades no manejo da amamentação (SANABRIA et al., 2005).

A educação e o preparo das gestantes para a amamentação, durante o período pré-natal, comprovadamente contribui para o sucesso do AM, principalmente entre as primíparas. Dessa forma, informações sobre os benefícios da amamentação e a orientação quanto à técnica de AM devem fazer parte da assistência pré-natal para aumentar a habilidade e a confiança da mulher para amamentar (GIULIANI, 2000).

As informações fornecidas à mulher durante o pré-natal são essenciais para uma gestação mais saudável, assim como para a manutenção do AM, principalmente nos primeiros dias após o nascimento, que podem ser os mais difíceis devido à apojadura e o possível surgimento de fissuras. Esses fatores associados à falta de incentivo à prática da amamentação, podem se tornar um agravante para o desmame precoce e, conseqüentemente interferir no estado nutricional da criança (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Estudo qualitativo com doze puérperas atendidas desde o pré-natal em um hospital privado de Maringá observou que apesar de as mulheres possuírem um bom nível socioeconômico e de escolaridade e de referirem ter recebido diversas orientações pelos profissionais de saúde, apenas duas delas haviam recebido orientações sobre AM no pré-natal (FRANCISQUINI et al., 2010). Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas no mesmo município, também na rede privada de saúde, evidenciando a deficiência de orientações pelos profissionais de saúde sobre a importância e manejo da amamentação no pré-natal (MIKUNI, 2007; ALVES et al., 2009;).

O apoio às mães para a amamentação na primeira hora após o parto constitui o quarto passo dos “Dez passos para o sucesso da amamentação”, o qual se baseia na capacidade de interação do recém-nascido com sua mãe nos primeiros minutos de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001b), promovendo assim o contato precoce e o estabelecimento de vínculo entre mãe-filho, além do aumento na duração e garantia de sucesso do AM

(ANDERSON et al., 2007; MURRAY; RICKETTS; DELLAPORT, 2007), aumento na incidência do início do AM hospitalar (ROWE-MURRAY; FISHER, 2002) e redução da mortalidade neonatal em até 22% (EDMOND et al., 2006). Estes passos são adotados pelas instituições que aderem à estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), implantado no Brasil, a partir de 1992, com o objetivo de estimular o AM (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001b). Pesquisa revelou que 67,7% dos recém-nascidos foram amamentados na primeira hora de vida no conjunto das capitais brasileiras (BRASIL, 2009b).

O apoio à amamentação também deve se estender para além do pré-natal. Os primeiros quatorze dias após o parto são cruciais para a amamentação ser bem-sucedida, pois é neste período que a lactação se estabelece, além de ser um período de intenso aprendizado para o binômio mãe-filho (GIULIANI, 2000).

Em face do início da amamentação constituir-se em período tão delicado e importante para o estabelecimento do AM, estudo realizado em Maringá, PR, evidenciou a necessidade de monitoração cuidadosa deste período por parte das equipes de saúde no sentido de aumentar a prevalência de AME (ALVES et al., 2009).

O incentivo ao AM e a orientação à alimentação complementar são atividades previstas dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) como ações para a promoção da saúde infantil, devendo ser desenvolvidas pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2001a). Cabe aos profissionais destas equipes identificarem e compreenderem o processo do AM no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar do binômio mãe-filho, contribuindo para a elevação do tempo de amamentação e, conseqüentemente, para a redução da morbimortalidade infantil. Para isso, é necessário que busquem formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de se adotar uma prática saudável de AM (BRASIL, 2009a).

O município de Maringá desenvolve, em parceria com várias instituições, uma série de ações em prol do AM. Dentre essas ações, coordenadas pelo Comitê de Aleitamento Materno de Maringá, destacam-se o projeto Mãe Ingá: ensinando a amamentar, desenvolvido com escolares; a Semana Maringaense de Amamentação e a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Além disso, Maringá conta com um Hospital Amigo da Criança (IHAC) e um Banco de Leite Humano, que além de fornecer leite humano, presta atendimento às nutrizas com dificuldades na amamentação.

Vale ressaltar que todas as unidades básicas de saúde (UBS) do município passaram pela capacitação da IUBAAM. Pesquisa desenvolvida no Rio de Janeiro, para avaliar o impacto da implementação da IUBAAM nas prevalências de AM, mostrou que essa iniciativa é uma

estratégia importante para o aumento das taxas de AM e também para a diminuição de consultas motivadas por doenças em menores de um ano de idade (CARDOSO et al., 2008).

Outra estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao AM no âmbito das UBS, é a Rede Amamenta Brasil, que ainda está em fase de implantação em Maringá. Esta rede tem como principais objetivos contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde da atenção básica para uma prática integralizadora em amamentação, tornando-os agentes de mudança no ensino e aprendizagem sobre a temática, além de monitorar os índices de AM nas populações atendidas pelas UBS certificadas pela Rede (BRASIL, 2009b).

Diante do exposto, o presente estudo pretende analisar o aleitamento materno exclusivo entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá, Paraná.

Os resultados encontrados servirão como um diagnóstico da situação do AM na rede pública de saúde do município de Maringá e poderão contribuir para a elaboração de novas estratégias em prol da amamentação a serem desenvolvidas junto aos profissionais de saúde das UBS. Pretende-se ainda suscitar novas pesquisas sobre o tema, em especial na área de enfermagem, visto a importância do profissional enfermeiro nas atividades de educação em saúde, orientando a mulher e sua família, desde o pré-natal, quanto à importância da prática de amamentar.

2 OBJETIVOS

Nessa seção será explicada os objetivos do trabalho.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o aleitamento materno exclusivo entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá, Paraná.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde, no período gravídico-puerperal, das usuárias das UBS;
- Caracterizar o perfil de nascimento das crianças;
- Analisar a prevalência do AME até o sexto mês de vida;
- Identificar os fatores determinantes do AME;
- Verificar se as mulheres receberam orientações sobre amamentação durante a assistência pré-natal, parto e puerpério, quem orientou e quais foram estas orientações;
- Relacionar a presença de dificuldades precoces na amamentação com as orientações recebidas;
- Identificar a relação entre a idade de início do uso da chupeta e o tempo de AME.

3 METODOLOGIA

Nessa secção será explicada a metodologia utilizada no trabalho

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratório.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Maringá que está situado na região noroeste do Paraná, localizado a 434 km de Curitiba, com população de 357.117 habitantes em 2010 (IBGE, 2011). Tem sua economia baseada na agroindústria, sendo considerado um município polarizador estando entre as grandes cidades paranaenses.

Maringá conta com 25 UBS, das quais duas estão localizadas nos distritos vizinhos de Floriano e Iguatemi. As UBS estão agrupadas, por proximidade de área, em cinco Regionais, a saber: Pinheiros, Tuiuti, Sul, Quebec e Iguazu (MARINGÁ, 2011). O município adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2000, chegando em 2004 a uma cobertura de aproximadamente 80% da população. Em dezembro de 2009, a cobertura da ESF era de 74,2% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ, 2011).

Todas as UBS do município utilizam a ESF, porém possuem características distintas, quanto ao número de equipes, população atendida e composição das equipes. Assim sendo, o número de equipes de saúde da família por UBS varia de uma a sete, dependendo da população adscrita. O número de pessoas atendidas por UBS é de aproximadamente 1.570, na menor UBS, a 22.104 pessoas, na UBS de maior porte. O número de funcionários e a composição das equipes das UBS são variados, dependendo da sua área de abrangência. No entanto, a maioria conta com: enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, médico, farmacêutico, agentes comunitários de saúde (ACS), psicólogo, auxiliar de serviços gerais,

auxiliar administrativo e motorista. No concernente às especialidades médicas e ao serviço do assistente social, apenas algumas UBS dispõem de tais profissionais (MARINGÁ, 2011).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com as usuárias da rede pública de saúde que realizaram a assistência pré-natal em uma das 25 UBS do município e que foram cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal) até o quarto mês de gestação no ano de 2009.

A captação das gestantes para realização da primeira consulta de pré-natal nas UBS deve ser precoce, ou seja, até 120 dias de gestação, com o objetivo de assegurar no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

O SisPreNatal foi implantado em 2006, no município de Maringá, por meio da adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde. O município deve cumprir o seguinte elenco mínimo de procedimentos previstos no SisPreNatal para receber o incentivo financeiro: realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; realização de uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento e realização de exames laboratoriais selecionados (MARINGÁ, 2006).

Em 2009, foram atendidas nas UBS do município 1756 gestantes segundo os critérios do SisPreNatal de consultas e exames (MARINGÁ, 2011). Por meio do Programa *Epi Info* versão 3.4 (CENTER FOR DISEASE CONTROL, 2007) foi definido o tamanho amostral máximo de 315 mulheres, com 95% de confiabilidade e precisão e erro de estimativa de 5%; no entanto, levando-se em consideração as eventuais perdas, o tamanho amostral ficou estabelecido em 378 mulheres (acréscimo de 20%), a partir deste número amostral foi realizada uma estratificação proporcional por UBS garantindo a representatividade da amostra (Tabela 1).

Para a composição da amostra foi estabelecido o seguinte critério de inclusão: gestante inscrita no SisPreNatal até o quarto mês de gestação no ano de 2009 cujo bebê, na época da coleta de dados, tivesse mais de seis meses de vida. Este cuidado foi tomado a fim de se verificar a prevalência do AME em menores de seis meses. Além disso, calculando-se a data

de cadastramento da gestante no SisPreNatal e o período de coleta de dados, estimou-se que os bebês possuiriam entre seis meses e um ano e sete meses de vida, no máximo, evitando-se, assim, o chamado “viés de memória” que poderia ocorrer caso a pesquisa envolvesse crianças mais velhas.

Tabela 1 – Distribuição das UBS segundo o número de gestantes cadastradas no SisPreNatal de janeiro a dezembro de 2009, em Maringá, PR

UBS	n	%	AMOSTRA	AMOSTRA + 20%
REGIONAL PINHEIROS				
PARIGOT	38	2,16	7	9
PINHEIROS	191	11,0	35	42
GUAIAPO	105	5,97	19	23
REGIONAL TUIUTI				
TUIUTI	66	3,75	12	14
ALVORADA I	87	4,95	16	19
ALVORADA III	91	5,18	16	19
MORANGUEIRA	105	5,97	19	23
REGIONAL SUL				
INTERNORTE	45	2,56	8	10
SÃO SILVESTRE	53	3,01	9	11
VILA OPERÁRIA	62	3,53	11	13
ZONA SUL	66	3,75	12	14
CIDADE ALTA	101	5,75	18	22
ACLIAMAÇÃO	14	0,8	2	2
REGIONAL QUEBEC				
MANDACARÚ	124	7,06	22	26
GREVÍLEAS	84	4,78	15	18
NEY BRAGA	71	4,04	13	16
VILA ESPERANÇA	43	2,44	8	10
QUEBEC	84	4,78	15	18
REGIONAL IGUAÇU				
IGUAÇU	51	2,90	9	11
INDUSTRIAL	62	3,53	11	13
MARINGÁ VELHO	63	3,58	11	13
FLORIANO	10	0,56	2	2
IGUATEMI	46	2,61	8	10
UNIVERSO	34	1,93	6	7
OLÍMPICO	60	3,41	11	13
TOTAL	1756	100,00	315	378

Fonte: Maringá (2011).

Do mesmo modo, foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão para a composição da amostra: gestantes que foram a óbito; gestantes que sofreram aborto; gestantes que não concluíram o pré-natal na rede pública de saúde do município; mulheres cujos bebês foram a

óbito; mulheres com condições de saúde que contraindicaram à amamentação e mulheres que se recusaram participar do estudo.

A listagem obtida no SisPreNatal, contendo o número de cadastro da gestante por UBS, foi enumerada e a seleção da amostra realizada pelo cálculo dos números aleatórios no Programa Statistica 8.0[®] obtendo-se assim uma lista com a amostra representativa de gestantes por UBS a participarem da pesquisa (Tabela 1).

De posse desta lista, o nome, endereço e telefone das gestantes foram obtidos no setor do SisPreNatal da Secretaria de Saúde de Maringá, por meio do programa de computador Sistema Gestor Saúde, o qual contém o registro de todas as mulheres que realizaram o pré-natal na rede pública de saúde do município. Quando uma usuária sorteada, após o contato para participação no estudo, se enquadrasse em algum dos critérios de exclusão, esta era excluída, sendo substituída pela próxima da lista.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre os meses de outubro de 2010 e março de 2011, por meio de entrevistas. Primeiramente optou-se pelo contato telefônico e realização da entrevista por telefone, devido ao tamanho amostral e ao tempo disponível para a coleta de dados. Cabe destacar que antes de toda entrevista realizada por telefone foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi gravado juntamente com a resposta de aceite e nome completo da mãe entrevistada.

Nos casos de dificuldade de contato telefônico com a mãe, ou seja, telefone com sinal de ocupado, ninguém atende, ou ainda a mãe não está em casa, tentou-se o contato por três vezes em dias da semana diferentes e turnos distintos (manhã, tarde e noite). Na impossibilidade da realização da entrevista por telefone, optou-se então pela visita domiciliar.

As visitas domiciliares foram realizadas durante a semana após as 18 horas e nos fins de semana no período da tarde, a fim de encontrar a mãe em casa com mais facilidade, visto que muitas trabalhavam fora. O TCLE era entregue para a mãe, e esta, após leitura e aceitação em participar da pesquisa, o assinava em duas vias, das quais uma via ficava com o entrevistador e a outra com a mãe.

Quando ninguém se encontrava na casa, as visitas domiciliares foram realizadas por mais duas tentativas, em dias da semana e horários diferentes. Caso na visita a mãe não estivesse

presente, era solicitado para o familiar o telefone residencial e celular, ou ainda agendado nova visita em horário em que a mãe estivesse em casa.

Após todas estas tentativas, na impossibilidade da realização da entrevista por meio da visita domiciliar, essa mãe foi substituída por outra, presente na listagem de mulheres sorteadas para participarem da pesquisa.

Foram muitas as dificuldades encontradas para a coleta de dados da referida amostra. A principal delas foi o fato de que vários telefones e endereços estavam desatualizados e ou incorretos no Programa SisPreNatal, o que demandou bastante tempo para o pesquisador, visto que após o insucesso do contato telefônico, seja por troca de dono da linha ou ainda por ser um número inexistente, as visitas domiciliares eram realizadas e as mulheres não eram encontradas, ou porque mudaram ou pois nunca haviam morado naquele endereço antes.

Outro obstáculo vivenciado foi, na ocorrência da visita domiciliar, que as residências eram muito distantes umas das outras, o que também demandou tempo, sendo possível apenas a realização de, em média, três a quatro visitas diárias.

No entanto, todos os obstáculos foram superados, destacando que na maioria das entrevistas realizadas, seja por telefone ou por meio da visita domiciliar, as entrevistadas foram muito receptivas, colaborando grandemente para a realização do estudo. Assim sendo, foram realizadas 300 entrevistas por telefone e 78 por meio da visita domiciliar.

Nas entrevistas foi utilizado um instrumento estruturado (APÊNDICE A) preenchido pelo entrevistador, o qual foi elaborado pelas pesquisadoras e passou pela avaliação de profissionais qualificados no assunto.

Em situações nas quais a mãe não se recordava de algumas informações necessárias para o preenchimento do instrumento, utilizou-se também como fonte de dados o cartão de gestante e a carteira de saúde da criança.

O instrumento de coleta de dados era constituído pela variável dependente, tempo de AME e as seguintes variáveis independentes: perfil sociodemográfico da usuária (idade, escolaridade, renda familiar e situação conjugal); perfil de saúde no período gravídico-puerperal (número de consultas de pré-natal, tipo de parto e hospital); perfil de nascimento do recém-nascido (peso ao nascer e idade gestacional) e as relacionadas à amamentação (experiência prévia com a amamentação; AM na primeira hora de vida; orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério; dificuldades e/ou problemas na lactação e assistência recebida e uso de bicos artificiais).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram transcritos para planilha eletrônica do Excel e posteriormente analisados com o auxílio dos Programas Statistica 8.0[®] (STATSOFT-8.0) e o *Statistical Analysis System*[®] (SAS-9.1).

Para pesquisar a associação entre uma variável dependente e as independentes, buscando a relação de significância, adotando-se o valor de $p < 0,05$, utilizou-se o procedimento *stepwise* em modelos de regressão logística. A adequação do modelo foi avaliada pelo teste de Hosmer e Lemeshow.

Foi utilizado também, nas análises, testes de médias por meio da análise de variância paramétrica (ANOVA) e comparações múltiplas de Tukey. Realizou-se análise gráfica para verificação da normalidade nos resíduos e a homogeneidade de variância verificada por meio do teste de Bartlett.

É importante destacar que em todas as análises foi estabelecido o nível de significância de 5%.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A realização do presente estudo foi autorizada pela Secretaria de Saúde de Maringá, segundo ofício 1092/2010 – Prefeitura do município de Maringá (ANEXO A).

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, conforme preconizado nas Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996), com CAAE nº 0176.0.093.000-10 e aprovada conforme Parecer nº 256/2011 (ANEXO B).

As mulheres foram comunicadas quanto aos objetivos da pesquisa, riscos e que mesmo após o consentimento elas poderiam desistir de continuar participando, sem que nada de prejudicial lhes acontecesse decorrente dessa decisão, mediante a gravação de aceite ou apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

3.7 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados estão apresentados em formato de três artigos científicos, os quais foram redigidos nas normas das revistas selecionadas.

O primeiro artigo aborda as variáveis determinantes do AME, bem como a prevalência do mesmo no município de Maringá no ano de 2009.

O segundo artigo se refere às orientações recebidas sobre AM no pré-natal, parto e puerpério e sua relação com a presença de dificuldades precoces na lactação.

O terceiro artigo trata dos resultados referentes ao uso de chupeta e sua relação com o AME.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ARTIGO 1 - PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL, 2009

Prevalência e fatores determinantes do aleitamento materno exclusivo em município da região sul do Brasil, 2009¹

Prevalence and decisive factors of exclusive breastfeeding in a southern municipal district of Brazil, 2009

Marcela de Oliveira Demitto²

Luciana Olga Bercini³

Robson Marcelo Rossi⁴

Resumo

Trata-se de um estudo quantitativo, com o objetivo de analisar a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) e identificar os fatores determinantes da amamentação nos primeiros seis meses de vida, entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá, PR. A coleta de dados ocorreu, por meio de entrevistas, com 378 mulheres que realizaram o pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do município em 2009. Utilizou-se o procedimento *stepwise* em modelos de regressão logística. A prevalência de AME em menores de seis meses foi de 30,03%, a média de AME foi de 118 dias e mediana de 120 dias. Dentre os fatores determinantes do AME analisados somente a situação conjugal foi estatisticamente significativa, revelando que as mulheres com companheiro apresentaram duas vezes mais chances de amamentar exclusivamente

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de Mestrado - Aleitamento materno entre usuárias da rede pública de saúde em município da região sul do Brasil, no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Paraná. Subsidiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico – CNPq.

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Criança. Mestranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM)/Brasil. Av. Cidade de Leiria, 529. Apt. 61. CEP: 87013-280. Maringá, PR. E-mail: mar_demitto@hotmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Ciências Ambientais. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM/Brasil. E-mail: lobercini@uem.br.

⁴ Estatístico. Doutor em Zootecnia. Professor TIDE do Departamento de Estatística da UEM/Brasil. E-mail: rrossi@uem.br.

por seis meses do que aquelas que não possuem companheiro. A prevalência de AME está aquém do preconizado pela Organização Mundial da Saúde, mostrando a necessidade de se reavaliar e reorganizar as ações pró-amamentação na rede de saúde pública do município.

Palavras-chave: Prevalência; Aleitamento materno; Desmame; Determinantes epidemiológicos; Enfermagem

Abstract

This is a quantitative study, with the objective of analyzing the prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) and to identify the decisive factors of breastfeeding in the first six months of life among the users of the public health services of the municipal district of Maringá, PR. Data was collected through interviews with 378 women that their prenatal care in Basic Healthcare Units of the municipal district in 2009. The *stepwise* procedure in models of logistic regression was used. The prevalence of EBF in babies under six months was of 30.03%, the average of EBF was of 118 days and medium of 120 days. Among the decisive factors on EBF that were analyzed, only the marital status was statistically significant, revealing that the women who have a companion presented twice more chances of breastfeeding exclusively for six months than those that do not have one. The prevalence of EBF is beneath the expectations of the World Health Organization, showing the need to review and reorganize the pro-breastfeeding actions in the municipal public health services.

Keywords: Prevalence; Breastfeeding; Weaning; Epidemiologic Factors; Nursing

Introdução

O leite materno (LM) é considerado o alimento que atende de maneira adequada a todas as peculiaridades fisiológicas do recém-nascido (RN), mostrando-se superior aos leites de outras espécies ¹.

Desta forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS), após a 54^o Assembléia Mundial de Saúde em 2001, passou a recomendar que as crianças sejam amamentadas exclusivamente ao seio até o sexto mês de vida e que após essa idade se faz necessária a introdução de outros alimentos à dieta infantil, mantendo-se o aleitamento materno (AM) até os dois anos ou mais ².

Acredita-se que a introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de vida possa trazer prejuízos à saúde da criança, já que tal fato está associado ao aumento da ocorrência de episódios de diarreia, maior número de hospitalizações por doenças respiratórias, risco de desnutrição, menor absorção de nutrientes do LM como ferro e zinco, além da menor duração do AM ¹.

Atualmente, várias estratégias são realizadas em prol do AM, como a implantação de Comitês de Aleitamento Materno nos municípios, a realização da Semana de Amamentação,

os Bancos de Leite Humano, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), a Rede Amamenta Brasil e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). No entanto, mesmo com diferentes estratégias de apoio à amamentação, alguns estudos^{3,4,5} mostram que as taxas de AME estão distantes de atingir a meta estabelecida pela OMS.

A I Pesquisa de Prevalência de AM nas capitais brasileiras, realizada em 1996, mostrou que aos 30 dias apenas cerca de metade das crianças brasileiras continuava sendo alimentada exclusivamente com leite materno. No quarto mês, a proporção de crianças em aleitamento exclusivo correspondia a 18% do total, declinando para 8% no fim do sexto mês. A região sul ganhou destaque, apresentando as maiores prevalências de AME com 30, 120 e 180 dias, o que correspondeu a taxas de 58%, 24% e 10%, respectivamente⁶.

A mesma pesquisa foi realizada em 2008, a qual revelou uma prevalência de AME em crianças menores de seis meses de 41% e duração mediana de 54,1 dias (1,8 meses). A região norte apresentou a maior prevalência (45,9%) de AME em menores de seis meses, seguida das regiões centro-oeste (45,0%), sul (43,9%), sudeste (39,4%) e nordeste (37,0%)⁷.

Reconhece-se, atualmente, que o processo de amamentar é complexo e a amamentação, além de biologicamente definida, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida⁸.

Vários fatores têm sido considerados como determinantes do desmame precoce como o baixo nível educacional e socioeconômico materno, a maternidade precoce, a paridade, falhas na atenção pré-natal e o trabalho fora do lar. No entanto, outros fatores, tais como, o apoio familiar, assistência profissional no pré-natal, condições adequadas no local de trabalho e uma experiência prévia positiva parecem ser parâmetros favoráveis à decisão materna pelo AM⁹.

Diante da relevância do tema para a saúde da criança o presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e identificar os fatores determinantes da amamentação nos primeiros seis meses de vida entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá, Paraná.

Material e métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, realizado no município de Maringá, que está situado na região noroeste do Paraná, localizado a 434 km de Curitiba, com população de 357.117 habitantes em 2010¹⁰. O município conta com 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e todas utilizam a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Amostra

O estudo foi desenvolvido com as usuárias da rede pública de saúde que realizaram a assistência pré-natal em uma das UBS do município e que foram cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal) até o quarto mês de gestação no ano de 2009.

Em 2009, foram atendidas 1756 gestantes segundo os critérios do SisPreNatal de consultas e exames ¹¹. Por meio do Programa *Epi Info* versão 3.4¹² foi definido o tamanho amostral máximo de 315 mulheres, com 95% de confiança e erro de estimativa de 5%; no entanto, levando-se em consideração as eventuais perdas, o tamanho amostral ficou estabelecido em 378 mulheres (acréscimo de 20%). A partir deste número amostral foi realizada uma estratificação proporcional por UBS garantindo a representatividade da população estudada.

A listagem obtida no SisPreNatal, contendo o número de cadastro da gestante por UBS, foi enumerada e a seleção da amostra realizada pelo cálculo dos números aleatórios no Programa Statistica 8.0[®], obtendo-se assim uma lista com a amostra representativa de gestantes por UBS a participarem da pesquisa.

De posse desta lista, o nome, o endereço e o telefone das gestantes foram obtidos no setor do SisPreNatal da Secretaria de Saúde de Maringá, por meio do programa de computador Sistema Gestor Saúde, o qual contém o registro de todas as mulheres que realizaram o pré-natal na rede pública de saúde do município.

Critérios de inclusão e de exclusão

O seguinte critério de inclusão foi estabelecido: gestante inscrita no SisPreNatal até o quarto mês de gestação no ano de 2009 cujo bebê, na época da coleta de dados, tivesse mais de seis meses de vida. Este cuidado foi tomado a fim de se verificar a prevalência do AME em menores de seis meses. Além disso, calculando-se a data de cadastramento da gestante no SisPreNatal e o período de coleta de dados, estimou-se que os bebês possuiriam entre seis meses e um ano e sete meses de vida, no máximo, evitando-se, assim, o chamado “viés de memória” que poderia ocorrer caso a pesquisa envolvesse crianças com mais idade.

Foram excluídas do estudo as gestantes que foram a óbito; que sofreram aborto e que não concluíram o pré-natal na rede pública de saúde do município; mulheres cujos bebês foram a óbito; mulheres com condições de saúde que contra indicaram a amamentação e aquelas que se recusaram a participar do estudo.

Quando uma usuária sorteada, após o contato para participação no estudo, se enquadrasse em algum desses critérios, esta era excluída, sendo substituída pela próxima da lista.

Coleta de dados

Os dados foram coletados entre os meses de outubro de 2010 e março de 2011, por meio de entrevistas. Inicialmente, era feito o contato telefônico com a mãe e visto a possibilidade de realizar a entrevista por este meio preferencialmente. No entanto, a dificuldade deste contato, devido a número inexistente ou não-atendimento da chamada, mesmo após três tentativas em horários diferentes, fez com que 78 entrevistas fossem realizadas por meio de visitas domiciliares.

Nas entrevistas foi utilizado um instrumento estruturado, o qual era constituído pela variável dependente, tempo de AME, e as seguintes variáveis independentes: perfil sócio demográfico da usuária (idade, escolaridade, renda familiar e situação conjugal); perfil de saúde no período gravídico-puerperal (número de consultas de pré-natal e tipo de parto); perfil de nascimento do recém-nascido (peso ao nascer e idade gestacional); e as relacionadas com a amamentação (experiência prévia com AM, amamentação na primeira hora de vida, orientações recebidas no pré-natal e maternidade, participação em grupos de gestantes e dificuldades e/ou problemas na lactação).

Foram entrevistadas 378 mães, no entanto, o número de crianças estudadas foi de 383, visto que três mulheres tiveram gemelares e uma trigemelar. Assim, a análise dos dados foi realizada levando-se em consideração o total de 383.

Análise estatística

Os dados coletados foram armazenados no programa *Microsoft® Excel®* e para análise e interpretação dos resultados foram utilizados os Programas *Statistica 8.0®*¹³ e o *Statistical Analysis System®*¹⁴. Para investigar se as variáveis independentes estavam associadas, em nível de 5% de significância, à variável desfecho (dependente), AME até os seis meses de vida, utilizou-se o procedimento *stepwise* em modelos de regressão logística. A adequação do modelo foi avaliada pelo teste de Hosmer e Lemeshow.

Questões éticas

A pesquisa foi aprovada pela Secretaria de Saúde do município em estudo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, conforme CAAE nº 0176.0.093.000-10 e parecer nº 256/2011 e autorizada pelas mães por meio da gravação de

aceite ou da apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

As características da amostra estão apresentadas na Tabela 1. A idade das mulheres estudadas variou entre 15 e 44 anos, sendo 7,84% menores de 19 anos, 80,41% entre 19 e 34 anos e 11,75% com mais de 34 anos. A média de idade correspondeu a 26,6 anos.

A maioria das mulheres (80,68%) possuía oito anos ou mais de estudo, tinha renda familiar até dois salários mínimos (60,84%) e relatou ter companheiro (81,98%). A maior parte (87,21%) das participantes realizou seis ou mais consultas de pré-natal e teve parto cesárea (66,58%) (Tabela 1).

A idade das crianças variou de 6 a 19 meses, sendo a média de 9,5 meses. A maioria nasceu com idade gestacional igual ou maior de 37 semanas e com peso superior a 2.500 gramas, 84,07% e 92,17% respectivamente (Tabela 1).

No que tange à amamentação, metade das mulheres (50,13%) possuía experiência prévia; 56,66% não receberam informação sobre o assunto no período pré-natal e somente 22,45% participaram de grupos de gestantes. Na maternidade, a maioria (90,34%) recebeu orientação sobre amamentação, entretanto, apenas 39,16% das crianças foram amamentadas na primeira hora de vida. Em relação às dificuldades precoces para amamentar, 66,84% relataram ter apresentado algum tipo de dificuldade (Tabela 1).

Após a aplicação do procedimento *stepwise* em modelo de regressão logística no passo seis, de todos os fatores estudados e apresentados na Tabela 1, apenas a variável situação conjugal apresentou associação estatisticamente significativa (p 0,0316) com o AME aos seis meses, revelando que as mães que possuem companheiro têm duas vezes mais chances de amamentar exclusivamente por seis meses do que aquelas que não possuem (OR: 2,034; IC 0,95%: 1,064-3,887) (Tabela 2).

A prevalência do AME ao longo dos seis meses de vida da criança é caracterizada por uma linha descendente indicando que a prevalência do AME vai diminuindo com o passar dos meses, sendo de 89,03% no primeiro mês de vida e de 30,03% aos seis meses; observa-se ainda uma inflexão mais acentuada da linha a partir dos quatro meses de vida (Figura 1). O intervalo de confiança de 95% para a prevalência a cada mês de vida da criança está ilustrado na Tabela 3. A média de AME foi de 118 dias (IC 112,50; 124,17) e a mediana de 120 dias.

Várias foram as alegações maternas para a interrupção do AME antes dos seis meses (Tabela 4), ressaltando que, em alguns casos, as mães referiram mais de uma causa. A própria mãe decidiu oferecer outros alimentos à criança em 38,80% dos casos, a alegação materna de problemas como o leite ter secado e a hipogalactia foram citados em 19,02% dos casos. O término da licença maternidade, orientação médica, recusa da criança, o pouco ganho de peso desta, a entrada da mulher no mercado de trabalho e o fato de a criança ingressar na creche também foram motivos para a interrupção do AME antes dos seis meses.

Discussão

A maioria das mulheres participantes do estudo encontrava-se na faixa etária adequada para a maternidade, isto é, entre 19 e 34 anos. A adolescência compreende a faixa etária entre 12 e 18 anos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente ¹⁵, assim destaca-se o baixo percentual de mães adolescentes (7,84%) que difere do encontrado nos estudos realizados em Itapira, SP, e em Bauru, SP, que foi de 17,2% e de 17,9%, respectivamente ^{16,17}. No município de Maringá, de acordo com dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), de 2009, 11,13% dos nascimentos foram oriundos de mães adolescentes ¹⁸.

Estudo de revisão mostrou que as mães adolescentes amamentam por menos tempo devido a dificuldades como, baixo nível educacional, menor poder aquisitivo e, muitas vezes, por serem solteiras ⁹.

A elevada escolaridade encontrada é uma característica do município, que conforme dados do SINASC de 2009, 71,78% das mães possuíam oito ou mais anos de estudo ⁷. Percentual inferior foi verificado em pesquisa desenvolvida em São Paulo, SP, na qual apenas 42,0% das mães tinham oito ou mais anos de estudo ¹⁹.

Apesar da boa escolaridade, a renda familiar encontrada foi baixa, corroborando com estudo realizado em Lins, SP, que mostrou uma taxa de 71,3% com renda menor ou igual a dois salários mínimos ²⁰.

Estudo revelou que nas regiões brasileiras mais desenvolvidas, as mulheres mais instruídas, de melhor nível socioeconômico, amamentam por mais tempo ⁹.

A taxa de cesariana se mostra semelhante a encontrada no município de Itapira, SP, em pesquisa sobre os fatores associados ao AME (51,7%) ¹⁶, ambas superiores ao nível máximo de 15% recomendado pela OMS. Apesar da redução dos riscos associados ao procedimento cirúrgico nas últimas décadas, é importantíssimo destacar que os riscos de prematuridade, de

alterações respiratórias, de dor após o parto, bem como de morte materna ainda são mais elevados na cesárea que no parto normal²¹.

No município de Maringá, de acordo com dados do SINASC de 2009, 78,8% dos nascimentos ocorreram por meio de partos cesárea¹⁸, o que configura um elevado percentual de cesáreas no município.

A maioria das mães realizou o número de consultas de pré-natal conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde que é de, no mínimo, seis consultas. Tal orientação visa acompanhar todos os estágios da gestação, realizar os exames necessários e promover ações educativas, buscando prevenir as complicações obstétricas, garantindo, assim, melhor saúde à mãe e à criança²². No entanto, menos da metade (43,34%) das mulheres recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal e um percentual ainda menor (22,45%) participou de grupos de gestantes, ação essa de promoção do AM^{23,24}, o que pode ter refletido na elevada taxa de dificuldades precoces para amamentar apresentadas pelas mães e também na duração do AME.

Metade das mulheres possuía experiência prévia com a amamentação, o que para alguns estudos^{25,26} mostrou-se como fator protetor do AM, apoiando a hipótese de que existe relação positiva entre a duração de um AM anterior e o atual.

Ainda relacionado a isso, o baixo percentual (39,16%) de aleitamento materno encontrado na primeira hora de vida da criança foi inferior ao verificado na II Pesquisa de Prevalência do AM, realizada em 2008, que foi de 63,5% no conjunto das capitais brasileiras⁷. A amamentação na primeira hora é recomendada pela OMS por ser uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM, além de corresponder ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)²⁷.

Pesquisa mostra que a sucção precoce do seio materno contribui significativamente para o início do AM, bem como para o aumento na sua duração e exclusividade²⁸.

O fato das mães possuírem um companheiro, por meio de uma união estável ou não, mostrou ser estatisticamente significativa para o AME até o sexto mês de vida da criança. Pesquisa realizada no Rio de Janeiro, com mães de crianças menores de seis meses assistidas nas UBS da cidade, mostrou que ter companheiro elevou a prevalência de AME em 72%²⁴. Estudo desenvolvido na Itália, por meio de ensaio controlado, evidenciou que as orientações fornecidas aos pais e companheiros sobre como solucionar os problemas com a amamentação elevaram a prevalência de AME²⁹, sugerindo que tal ação seja realizada nos serviços de saúde. Nesse sentido, o presente estudo destaca que deve ser dada uma maior atenção às mulheres que não possuem companheiro.

Pesquisa de revisão mostrou que a atitude positiva do pai parece exercer efeito positivo na motivação e na capacidade da mãe para amamentar⁹. Investigação revelou que a aprovação da amamentação por parte do pai da criança apresentou associação com a incidência de lactação, maior duração do AM e AME, mostrando que o pai pode exercer influência positiva nesse processo³⁰.

Cabe ressaltar que na presente pesquisa a variável de destaque foi o companheiro, podendo este ser o pai ou não da criança. Contudo, acredita-se que este por estar junto/acompanhar a mulher no período da lactação, mesmo não possuindo laços consanguíneos com a criança, possa exercer papel importante na amamentação.

Nesse sentido, faz-se importante aumentar a informação dos companheiros das nutrizes sobre as vantagens do aleitamento materno e do seu real significado, incluindo-os nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

A ausência de relação na amostra entre o tempo de AME até o sexto mês de vida e as demais variáveis estudadas e identificadas em outros trabalhos, como o tipo de parto³¹, participação das mães em grupos de educação em saúde²⁵, baixo nível socioeconômico e falhas na atenção pré-natal⁹, pode ser explicado pelas características próprias da amostra, impossibilitando a identificação de fatores de risco com menor impacto sobre o AME.

Dados da II Pesquisa de Prevalência do AM mostra uma taxa de 41,0%, de AME em menores de seis meses, no conjunto das capitais brasileiras e de 43,9% na região sul⁷. No município de Maringá a prevalência encontrada foi de 25,3% em 2004³² e 43,6% em 2009³³. Entretanto, os estudos citados seguiram a metodologia de inquérito sobre amamentação durante a Campanha Nacional de Vacinação, a qual incluía todo o tipo de clientela, população diferente da do presente estudo que incluiu somente as usuárias da rede pública de saúde, desta forma, a comparação entre essas prevalências deve ser feita com cuidado.

A prevalência de AME entre usuárias da rede pública de saúde encontrada no presente estudo (30,03%) pode estar relacionada às piores condições socioeconômicas da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS)^{34,35}, já que a maioria (60,84%) tinha renda familiar até dois salários mínimos; bem como pelas deficiências na assistência pré-natal representadas pelos baixos percentuais de mulheres que receberam orientações sobre amamentação no pré-natal (43,34%) e que participaram de grupos de gestantes (22,45%).

Vários estudos, utilizando como metodologia o ensaio-clínico, mostraram que os grupos que receberam intervenções de educação em saúde sobre amamentação no pré-natal amamentaram por mais tempo, e de forma exclusiva, comparados aos grupos-controle^{36,37,38}.

A prevalência de AME encontrada aos quatro meses merece destaque (64,23%), visto que outros estudos mostram índices inferiores a esse, como na cidade de Itaúna, MG, onde a prevalência de AME nos primeiros quatro meses de vida foi de 19,5% ³⁹ e em Londrina, PR, com uma taxa de 29,3% ⁴⁰.

A queda mais acentuada das taxas de AME no quarto mês pode ser atribuída ao retorno das mães ao mercado de trabalho, uma vez que a Lei nº 11.770/2008, por meio do Decreto 7.052 de 23 de dezembro de 2009, amplia a licença-maternidade para 180 dias, apenas para as servidoras públicas do estado do Paraná, produzindo efeitos somente a partir de 1º de janeiro de 2010 ⁴¹.

A mediana de AME encontrada revela que metade das crianças se encontrava em AME aos 120 dias de vida e foi maior que a observada no conjunto das capitais brasileiras, que foi de 54,1 dias ⁷ e de outras regiões como Itaúna, MG, de 40 dias ³⁹; Distrito Federal, de 39,4 dias ⁵ e Londrina de 11,9 dias ⁴⁰.

As causas apontadas para a interrupção do AME são semelhantes a outros trabalhos que abordam a pega incorreta no ato de amamentar, hipo ou agalactia e o regresso ao trabalho ^{3,42,43}.

A decisão materna de ofertar outros alimentos antes dos seis meses pode estar relacionada às falhas na orientação às gestantes e às nutrizes sobre a importância da continuidade do AME até o sexto mês de vida para a saúde da criança, evidenciadas principalmente, na atenção pré-natal.

Embora, esses fatores possam explicar as causas da interrupção do AME antes dos seis meses, é possível sugerir outras razões, cuja metodologia utilizada no presente estudo não permite a identificação, tais como as ligadas à personalidade materna, às suas emoções, à relação com os familiares, às experiências anteriores com a amamentação, às influências culturais e ao ambiente.

Neste contexto, portanto, permanecem ainda por esclarecer outros fatores determinantes para o sucesso do AME, que estão seguramente implicados, desde as questões sociais, econômicas, convicções pessoais e influências familiares, dentre outros, o que sugere a realização de mais estudos sobre a temática.

Conclusões

Os resultados encontrados mostram que as participantes possuem algumas condições que favorecem a amamentação, tais como, idade materna adequada para a maternidade, elevada escolaridade, presença de companheiro, recebimento de orientações sobre AM na

maternidade e inserção em um município que estimula a prática do AM. No entanto, outros fatores como, baixo nível socioeconômico, deficiência de orientações sobre amamentação no pré-natal, falta de participação em grupos de gestantes, baixo percentual de amamentação na primeira hora de vida e presença de dificuldades precoces na lactação, que podem interferir negativamente na amamentação, também foram identificados.

Desta forma, os fatores analisados podem explicar as prevalências de AME encontradas, que se mostraram elevadas até o quarto mês de vida da criança (64,23%) caindo para 30,03% aos seis meses, aquém do preconizado pela OMS, mostrando a necessidade de se reavaliar e reorganizar as ações pró-amamentação na rede de saúde pública do município.

Embora a análise estatística da pesquisa tenha apontado a presença de companheiro como o único fator determinante do AME por seis meses, acredita-se que as outras variáveis não devam ser menos valorizadas, instigando novos estudos sobre a temática.

Os profissionais de saúde precisam estar preparados para orientar as mães e a população em geral, desde o pré-natal, quanto à importância da amamentação exclusiva para sua própria saúde e a da criança, a fim de aumentar a habilidade e a confiança da mulher para amamentar, o que implicará diretamente na redução das dificuldades e do desmame precoce.

Os profissionais das equipes de saúde da família devem resgatar seu papel em relação ao AM, por meio das consultas de pré-natal, grupos de gestantes, visitas domiciliares, consulta puerperal e puericultura, a fim de conseguir promover e apoiar à mulher na amamentação.

Estudos como esse são importantes instrumentos de acompanhamento e monitoramento das políticas de incentivo à amamentação, podendo contribuir para o Comitê de Aleitamento Materno do município no sentido de buscar estratégias para melhorar os valores da prevalência do AME até os seis meses de vida.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 23. Brasília, (DF); 2009.
2. World Health Organization (WHO). Global strategy for infant and young child feeding. Geneva; 2001. Document A54/ 7.
3. Sandes AR, Nascimento C, Figueira J, Gouveia R, Valente S, Martins S, Correia S, Rocha E, Silva LJ. Aleitamento materno: prevalência e fatores determinantes. Acta Med Port. 2007;20:193-200.

4. Silveira FJF, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto do Jequitinhonha, Minas Gerais. *Rev Nutr Campinas*. 2004;17(4):437-47.
5. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2002;18(3):613-21.
6. Ministério da Saúde (BR). Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília (DF); 2001.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF); 2009.
8. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr*. 2004;80(5):119-25.
9. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr*. 2006;19(5):623-30.
10. Ibge. Cidades@ Maringá – PR. Estimativas de população. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 22 mar 2011.
11. Maringá. Secretaria de Saúde de Maringá. Centro de Informação em Saúde. Disponível em: http://saude.maringa.pr.gov.br/index.php?id=info_para_ubs Acesso em: 21 fev 2011.
12. Center for Disease Control. *Epi Info, version 3.4*. Atlanta: CDC, 2007.
13. StatSoft, Inc. (2007). *STATISTIC (data analysis software system)*, version 8.0. www.statsoft.com.
14. SAS Institute Inc. (1999-2001). *SAS .Statistics analysis system*. Institute inc. Cary, NC, USA, version 9.1.3.
15. Estatuto da Criança e do Adolescente (BR). Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF); 1990.
16. Audi CAF, Corrêa MAS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactente até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2003;3(1):85-93.
17. Parizoto GM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. *J Pediatr*. 2009;85(3):201-8.
18. Brasil. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>. Acesso: 22 ago 2011.
19. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Dias LA Novais DH. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):87-94.
20. Silva AP, Souza N. Prevalência do aleitamento materno. *Rev Nutr Campinas*. 2005;18(3):301-10.
21. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, (DF), 2001.
22. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: Atenção humanizada e qualificada. Brasília (DF); 2006.
23. Weiss JN, et al. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self efficacy and - breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(5):616-24.
24. Pereira RSVP, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2343-54.
25. Roig AO, et al. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(3):80-6.

26. Ortega García JÁ, Pastor Torres E, Martínez Lorente I, Bosch Gimenez V, Quesada Lopes JJ, Hernández Ramón F, et al. Proyecto Malama em La Región de Murcia (España): médio ambiente y lactancia maternal. *An Pediatr (Barc)*. 2008;86(5):447-53.
27. Ministério da Saúde (BR). Além da sobrevivência. Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, DF: MS; 2011.
28. Almeida EA, Filho JM. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev Cienc Méd*. 2004;13(4):381-8.
29. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 2005;116:e494-8.
30. Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana LFR, Gomes AP, Batista RS. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1391-400.
31. Hernández Aguilar MT, Muñoz Guillén A, Lasarte Velillas JJ, García Vera C, Diaz Marijuan C, Martin Calama J. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. *Rev Pediatr Atención Primaria*. 2004;6(21):19-37.
32. Bercini LO, Masukawa MLT, Martins MR, Labegalini MPC, Alves NB. Alimentação da criança no primeiro ano de vida em Maringá, PR. *Cienc Cuid Saude*. 2007;6(2): 404-10.
33. Longo GZ, Kikuchi RCI, Gravena AAF, Bercini LO, Auler F, Siqueira PCS. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e seus determinantes em crianças menores de seis meses em Maringá, 2009. Resumo apresentado no XI Encontro Nacional de Aleitamento Materno – ENAM e I Encontro Nacional de Alimentação Complementar Saudável – ENACS. 10 a 12 de junho de 2010. Santos, SP.
34. Venâncio SY. Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do Estado de São Paulo [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.
35. Lima TM, Osório MM. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2003;3:305-14.
36. Sandy JM, Anisfeld E, Ramirez E. Effects of a Prenatal Intervention on Breastfeeding Initiation Rates in a Latina Immigrant Sample. *J Hum Lact*. 2009;25(4):404- 11.
37. Mattar CN, et al. Simple Antenatal Preparation to Improve Breastfeeding Practice: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2007;109(1):73-80.
38. Su LL, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomized controlled Trial. *BMJ*. 2007;335(7620):1-7.
39. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr*. 2007;83(3):242-6.
40. Vannuchi MTO, et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2005;5(2):1-8.
41. Paraná. Departamento Oficial de Imprensa do Estado do Paraná. Diário Oficial do Governo do Estado. Disponível em:
<https://www.documentos.dioe.pr.gov.br/dioe/consultaPublicaPDF.do?action=pgLocalizar&enviado=true&diarioCodigo=3&dataInicialEntrada=14%2F07%2F2009&dataFinalEntrada=&numero=&search=lei+n%BA+16.176&submit=Localizar> Acesso em: 2 set. 2011.
42. Branco AS, Bastardo C, Albuquerque M, Oliveira G. Aleitamento materno: prática hospitalar e o sucesso das medidas de implementação do aleitamento materno até aos 6 meses de vida. *Acta Pediatr Port*. 2004; 35(5/6):441-7.
43. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr*. 2003;79(5):385-90.

Tabela 1

Distribuição das usuárias da rede pública de saúde segundo variáveis de análise e AME até os seis meses de vida, Maringá, Paraná, 2009.

Variável	N (383)	%	p-valor
Idade materna (anos)			
<19	30	7,84	0,5271
≥ 19	353	92,16	
Tempo de estudo (anos)			
< 8	74	19,32	0,4904
≥ 8	309	80,68	
Renda familiar (salários mínimos)			
Até 2	233	60,84	0,3333
Mais de 2	150	39,16	
Situação conjugal			
Sem companheiro	69	18,02	0,0407
Com companheiro	314	81,98	
Tipo de parto			
Cesárea	255	66,58	0,6229
Vaginal	128	33,42	
Nº de consultas pré-natal			
< 6 consultas	49	12,79	0,2341
≥ 6 consultas	334	87,21	
Idade gestacional (semanas)			
< 37	61	15,93	0,7856
≥ 37	322	84,07	
Peso ao nascer (gramas)			
< 2.500	30	7,83	0,7256
≥ 2.500	353	92,17	
Experiência prévia em AM			
Não	192	50,13	0,2360
Sim	191	49,87	
Orientação sobre AM no pré-natal			
Não	217	56,66	0,7362
Sim	166	43,34	
Participação em grupos de gestante			
Não	297	77,55	0,1617
Sim	86	22,45	
Orientação sobre AM na maternidade			
Não	37	9,66	0,5470
Sim	346	90,34	
Amamentação na primeira hora			
Não	233	60,84	0,6407
Sim	150	39,16	
Presença de dificuldades no AM			
Não	127	33,16	0,9965
Sim	256	66,84	

Tabela 2

Variáveis relacionadas ao aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade entre as usuárias da rede pública de saúde, Maringá, Paraná, 2009.

Efeito	OR	IC(OR,95%)	p-valor
Idade da mãe (anos)	1,508	(0,604 – 3.766)	0,3794
Renda em SM	0,810	(0,512 – 1.282)	0,3688
Situação conjugal	2,034	(1,064 - 3,887)	0,0316
Experiência prévia	0,711	(0,448 – 1.130)	0,1494
Nº de consultas	0,677	(0,353 – 1.299)	0,2407
Participação em grupos	1,647	0,970 – 2.796)	0,0649

Por meio do teste de Hosmer e Lemeshow, foi verificado o ajuste do modelo logístico (p=0,9758).

Figura 1

Prevalência do aleitamento materno exclusivo ao longo dos seis meses de vida da criança entre as usuárias da rede pública de saúde, Maringá, Paraná, 2009.

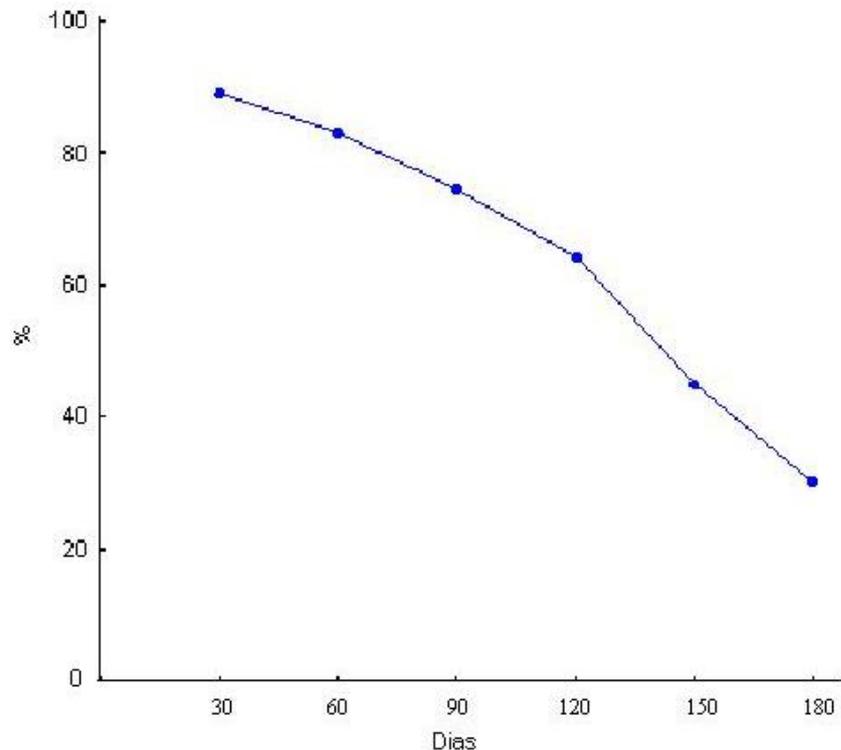


Tabela 3

Prevalência do AME nos seis primeiros meses de vida das crianças entre as usuárias da rede pública de saúde, Maringá, Paraná, 2009.

AME (em dias)	Prevalência	IC95%
30	89,03	85,90 – 92,16
60	83,29	79,55 – 87,03
90	74,67	70,32 – 79,03
120	64,23	59,43 – 69,03
150	44,91	39,93 – 49,89
180	30,03	25,44 – 34,62

Tabela 4

Alegações maternas para a interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses de idade entre as usuárias da rede pública de saúde, Maringá, Paraná, 2009.

Motivos	N (268)	%
Por vontade própria	104	38,80
Leite secou/hipogalactia	51	19,02
Término da licença maternidade	45	16,79
Orientação médica	34	12,68
Recusa da criança	19	7,08
Pouco ganho de peso	12	4,47
Mãe começou a trabalhar	9	3,35
Ingresso da criança na creche	7	2,61

4.2 ARTIGO 2 - ORIENTAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM AS DIFICULDADES PRECOSES NA LACTAÇÃO

ORIENTAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM AS DIFICULDADES PRECOSES NA LACTAÇÃO¹

DIRECTIONS ON BREASTFEEDING AND ITS RELATION TO EARLY DIFFICULTIES IN NURSING

ORIENTACIÓN SOBRE AMAMANTAMIENTO Y SU RELACIÓN CON LAS DIFICULTADES PRECOSES EN LA LACTACIÓN

MARCELA DE OLIVEIRA DEMITTO²

LUCIANA OLGA BERCINI³

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo, com o objetivo de investigar se as mulheres assistidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Maringá, PR, foram orientadas sobre amamentação no pré-natal e puerpério e se houve associação entre o recebimento destas orientações e a presença de dificuldades precoces na lactação. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com 378 mulheres que realizaram o pré-natal nas UBS do município em 2009. Utilizou-se o procedimento *stepwise* em modelos de regressão logística. A importância do leite materno e questões sobre posicionamento e pega para amamentar foram as orientações mais citadas no pré-natal e maternidade, respectivamente. A participação em grupos de gestantes apresentou associação estatisticamente significativa com a variável presença de dificuldades para amamentar, revelando que as mães que participaram destes grupos têm quase duas vezes menos chances de apresentarem dificuldades precoces para amamentar seus filhos do que aquelas que não participaram dos grupos.

Descritores: Aleitamento Materno; Cuidado Pré-Natal; Período Pós-Parto; Transtornos da Lactação. Enfermagem.

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de Mestrado - Aleitamento materno entre usuárias da rede pública de saúde em município da região sul do Brasil, no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Paraná. Subsidiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico – CNPq.

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Criança. Mestranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM)/Brasil. Av. Cidade de Leiria, 529. Apt. 61. CEP: 87013-280. Maringá, PR. E-mail: mar_demitto@hotmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Ciências Ambientais. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM/Brasil. E-mail: lobercini@uem.br.

ABSTRACT

This is a quantitative study, with the objective of investigating if the women assisted at the Basic Health Units (BHU) of Maringá, PR, were informed regarding breastfeeding during prenatal and puerperium and if there was an association between the information and the presence of early difficulties in nursing. Data was collected through interviews with 378 women that had their prenatal care in Basic Healthcare Units of the municipal district in 2009. The *stepwise* procedure in models of logistic regression was used. The importance of mother's milk and questions on babies positioning at breast and latch on reflex were the orientations more mentioned at the prenatal and maternity groups, respectively. The participation in pregnant women groups presented statistically significant association with the variable presence of difficulties on breastfeeding, revealing that the mothers who took part in these groups have twice less chances of presenting early difficulties to breastfeed their babies than those that did not take part in the groups.

Descriptors: Breast feeding. Prenatal Care. Postpartum Period. Lactation Disorders. Nursing.

RESUMEN

Se trata de un estudio cuantitativo, con el objetivo de investigar si las mujeres asistidas en las Unidades Básicas de Salud (UBS) de Maringá, PR, fueron orientadas sobre amamantamiento en el prenatal y puerperio y si hubo asociación entre el recibimiento de estas orientaciones y la presencia de dificultades precoces en la lactación. La recogida de datos ocurrió por medio de entrevistas con 378 mujeres que realizaron el prenatal en las UBS del municipio en 2009. Se utilizó el procedimiento *stepwise* en modelos de regresión logística. La importancia de la leche materna y cuestiones sobre posicionamiento y postura para amamantar fueron las orientaciones más citadas en el prenatal y maternidad, respectivamente. La participación en grupos de gestantes presentó asociación estadísticamente significativa con la variable presencia de dificultades para amamantar, revelando que las madres que participaron de estos grupos tienen casi dos veces menos probabilidad de presentar dificultades precoces para amamantar a sus hijos que aquellas que no participaron de los grupos.

Descriptor: Lactancia Materna. Atención Prenatal. Periodo de Posparto. Trastornos de la Lactancia. Enfermería.

INTRODUÇÃO

São inúmeras as vantagens do aleitamento materno (AM) para a mãe, a criança, a família e a sociedade. Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as crianças sejam amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida e que após essa idade é necessária a introdução de outros alimentos à dieta infantil, mantendo-se o AM até os dois anos ou mais⁽¹⁾.

O processo de amamentar é complexo e a amamentação, além de biologicamente definida, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida⁽²⁾.

Dessa forma, é possível destacar alguns fatores que interferem na continuidade da amamentação, como o baixo nível educacional e socioeconômico materno, a maternidade precoce, a paridade, as falhas na atenção pré-natal e o trabalho fora do lar. Por outro lado, fatores como o apoio familiar, assistência profissional no pré-natal, condições adequadas no local de trabalho e uma experiência prévia positiva parecem ser parâmetros favoráveis à decisão materna pelo AM⁽³⁾.

Durante o pré-natal existem inúmeras oportunidades perdidas de orientações quanto aos cuidados com as mamas e aos benefícios do aleitamento materno exclusivo (AME), o que pode ser observado no puerpério ante as dificuldades no manejo da amamentação⁽⁴⁾.

Pesquisa de revisão sistemática revelou que, muitas vezes, o fato de a mãe falhar na amamentação, apesar de um forte desejo de efetivá-la, pode ser devido à falta de acesso à orientação e ao apoio adequado de profissionais ou de pessoas mais experientes dentro ou fora de sua família⁽³⁾.

A educação e o preparo das gestantes para a amamentação, durante o período pré-natal, comprovadamente contribui para o sucesso do AM, principalmente entre as primíparas. Assim, informações sobre os benefícios da amamentação e a orientação em relação à técnica de AM devem fazer parte da assistência pré-natal para aumentar a habilidade e a confiança da mulher para amamentar⁽⁵⁻⁶⁾.

As informações fornecidas à mulher durante o pré-natal são essenciais para uma gestação mais saudável, assim como para a manutenção do AM, principalmente nos primeiros dias após o nascimento, que podem ser os mais difíceis devido à apojadura e ao possível surgimento de fissuras. Esses fatores associados à falta de incentivo à prática da amamentação, podem se tornar um agravante para o desmame precoce e, conseqüentemente interferir no estado nutricional da criança⁽⁷⁾.

O apoio à amamentação também deve se estender para além do pré-natal, sendo a maternidade um local propício para a realização de orientações, visto que é na maternidade que ocorrerá o primeiro contato da mãe com seu filho e com o processo de amamentar. Estudos mostram que as orientações sobre amamentação fornecidas às mulheres no período pós-natal refletem positivamente no tempo de AME e de AM⁽⁸⁻⁹⁾.

Os primeiros quatorze dias após o parto são cruciais para a amamentação ser bem sucedida, pois é neste período que a lactação se estabelece, além de ser um período de intenso aprendizado para o binômio mãe-bebê⁽⁵⁾.

Alguns problemas, como o ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite e hipogalactia podem ocorrer durante o AM. Tais problemas, se não forem precocemente identificados e tratados, podem ser importantes fontes de ansiedade e sofrimento para a nutriz, podendo acarretar na interrupção da amamentação⁽¹⁰⁾.

O incentivo ao AM e a orientação à alimentação complementar são atividades previstas na Estratégia Saúde da Família (ESF) como ações para a promoção da saúde infantil. Cabe aos profissionais dessas equipes identificarem e compreenderem o processo do AM no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar do binômio mãe-bebê, contribuindo para a elevação do tempo de amamentação e, conseqüentemente, para a redução da morbimortalidade infantil. Para isso, é necessário que busquem formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar uma prática saudável de AM⁽¹¹⁾.

Assim, diante da importância do apoio e orientação sobre amamentação no pré-natal e puerpério, o presente trabalho teve como objetivo investigar, entre as mulheres assistidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Maringá, se estas foram orientadas sobre o tema nesses períodos, quais as orientações recebidas, quem orientou e se houve associação entre o recebimento destas orientações e a presença de dificuldades precoces na lactação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido com as usuárias da rede pública de saúde que realizaram a assistência pré-natal em uma das 25 UBS do município de Maringá, Paraná, e que foram cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal) até o quarto mês de gestação no ano de 2009.

O município de Maringá está situado na região noroeste do Paraná, localizado a 434 km de Curitiba, com população de 357.117 habitantes em 2010. Todas as UBS do município utilizam a ESF.

Em 2009, foram atendidas nas UBS do município 1756 gestantes segundo os critérios do SisPreNatal de consultas e exames⁽¹²⁾. Por meio do Programa *Epi Info* versão 3.4 foi definido o tamanho amostral máximo de 315 mulheres, com 95% de confiança e erro de estimativa de 5%; no entanto, levando-se em consideração as eventuais perdas, o tamanho amostral ficou estabelecido em 378 mulheres (acréscimo de 20%), a partir deste número amostral foi realizada uma estratificação proporcional por UBS garantindo a representatividade da população amostral.

A listagem obtida no SisPreNatal, contendo o número de cadastro da gestante por UBS, foi enumerada e a seleção da amostra realizada pelo cálculo dos números aleatórios no Programa Statistica 8.0[®], obtendo-se assim uma lista com a amostra representativa de gestantes por UBS a participarem da pesquisa.

De posse desta lista, o nome, endereço e telefone das gestantes foram obtidos no setor do SisPreNatal da Secretaria de Saúde de Maringá, por meio do programa de computador Sistema Gestor Saúde, que contem o registro de todas as mulheres que realizaram o pré-natal na rede pública de saúde do município.

Foram excluídas do estudo as gestantes que: foram a óbito; sofreram aborto; não concluíram o pré-natal na rede pública de saúde do município; além das mulheres cujos bebês foram a óbito; as com condições de saúde que contra indicaram a amamentação e aquelas que se recusaram participar do estudo.

Quando uma usuária sorteada, após o contato para participação no estudo, se enquadrasse em algum desses critérios era excluída, sendo substituída pela próxima da lista.

Os dados foram coletados entre os meses de outubro de 2010 e março de 2011, por meio de entrevistas, que foram realizadas preferencialmente por telefone. No entanto, a dificuldade de contato telefônico com a mãe, devido ao número inexistente ou não-atendimento da chamada, mesmo após três tentativas em horários diferentes, fez com que 78 entrevistas fossem realizadas por meio de visita domiciliar.

Nas entrevistas foi utilizado um instrumento estruturado, constituído pelas seguintes variáveis: perfil sociodemográfico da usuária (idade, escolaridade, renda familiar e situação conjugal); perfil de saúde no período gravídico-puerperal (número de consultas de pré-natal e tipo de parto); perfil de nascimento do recém-nascido (peso ao nascer e idade gestacional) e as relacionadas com a amamentação (experiência prévia com AM, amamentação na primeira

hora de vida, orientações recebidas no pré-natal e na maternidade, participação em grupos de gestantes e dificuldades precoces na lactação).

Foram entrevistadas 378 mães, no entanto, o número de crianças estudadas foi de 383, visto que três mulheres tiveram gemelares e uma trigemelar. Assim, a análise dos dados foi realizada levando-se em consideração o total de 383 participantes.

Os dados coletados foram armazenados no programa *Microsoft® Excel®* e para análise e interpretação dos resultados foram utilizados os Programas *Statistica 8.0®* e o *Statistical Analysis System®*. Para investigar se as variáveis independentes, orientação no pré-natal, participação em grupos de gestantes e orientação na maternidade, estavam associados, em nível de 5% de significância, à variável desfecho, dificuldades precoces na lactação, utilizou-se o procedimento *stepwise* em modelos de regressão logística. A adequação do modelo foi avaliada pelo teste de Hosmer e Lemeshow.

A pesquisa foi aprovada pela Secretaria de Saúde do município em estudo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, conforme CAAE nº 0176.0.093.000-10 e parecer nº 256/2011 e autorizada pelas mães por meio da gravação de aceite ou apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A caracterização da amostra estudada está apresentada na Tabela 1.

A idade das mulheres variou entre 15 e 44 anos, sendo 7,84% menores de 19 anos, 80,41% entre 19 e 34 anos e 11,75% com mais de 34 anos. A média de idade correspondeu a 26,6 anos (Tabela 1).

A maioria das mulheres (80,68%) possuía oito anos ou mais de estudo, tinha renda familiar até dois salários mínimos (60,84%) e relatou ter companheiro (81,98%). A maior parte (87,21%) das participantes realizou seis ou mais consultas de pré-natal e teve parto cesárea (66,58%) (Tabela 1).

A idade das crianças variou de 6 a 19 meses, sendo a média de 9,5 meses. A maioria nasceu com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas e com peso de 2.500 gramas ou mais, 84,07% e 92,17%, respectivamente (Tabela 1).

Em relação à amamentação, metade das mulheres (50,13%) possuía experiência prévia; 56,66% não receberam informação sobre o assunto na assistência pré-natal e somente 22,45% participaram de grupos de gestantes (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra estudada. Maringá, Paraná, 2009

Variável	N (383)	%
Idade materna (anos)		
<19	30	7,84
≥ 19	353	92,16
Tempo de estudo (anos)		
< 8	74	19,32
≥ 8	309	80,68
Renda familiar (salários mínimos)		
Até 2	233	60,84
Mais de 2	150	39,16
Situação conjugal		
Sem companheiro	69	18,02
Com companheiro	314	81,98
Tipo de parto		
Cesárea	255	66,58
Vaginal	128	33,42
Nº de consultas pré-natal		
< 6 consultas	49	12,79
≥ 6 consultas	334	87,21
Idade gestacional (semanas)		
< 37	61	15,93
≥ 37	322	84,07
Peso ao nascer (gramas)		
< 2.500	30	7,83
≥ 2.500	353	92,17
Experiência prévia em AM		
Não	192	50,13
Sim	191	49,87
Orientação sobre AM no pré-natal		
Não	217	56,66
Sim	166	43,34
Participação em grupos de gestante		
Não	297	77,55
Sim	86	22,45
Orientação sobre AM na maternidade		
Não	37	9,66
Sim	346	90,34
Amamentação na primeira hora		
Não	233	60,84
Sim	150	39,16
Presença de dificuldades no AM		
Não	127	33,16
Sim	256	66,84
Visita domiciliar no puerpério		
Não	274	71,54
Sim	109	28,46

Na Tabela 2 estão apresentadas as orientações sobre amamentação recebidas pelas mulheres na assistência pré-natal e na maternidade. As orientações no pré-natal mais citadas pelas mulheres entrevistadas foram sobre a importância do leite materno (LM) (78,91%), o posicionamento e pega para amamentar (68,67%) e o aleitamento materno exclusivo (65,06%). Os profissionais mais citados como responsáveis pelas orientações recebidas foram o enfermeiro (66,26%) e o médico (37,74%).

Tabela 2 – Orientações recebidas sobre amamentação no pré-natal e na maternidade pelas mulheres assistidas na rede pública de saúde, Maringá, Paraná, 2009

Orientações	Pré-natal		Maternidade	
	N (166)	%	N (346)	%
Importância do leite materno	131	78,91	206	59,53
Posicionamento e pega	114	68,67	320	92,48
Aleitamento materno exclusivo	108	65,06	181	52,31
Problemas mais comuns	98	59,03	189	54,62
Bicos artificiais	84	50,60	181	52,31
Tempo de aleitamento materno	83	50,00	145	41,90
Cuidados com a mama	45	27,10	35	10,11

Ainda no pré-natal, a maioria das mulheres (68,92%) referiu ter buscado outras fontes para se informar sobre o tema, com destaque para a conversa entre amigos e familiares (43,18%), seguida da leitura de revistas (23,10%) e busca na internet (21,96%). Outros meios, como livros, televisão, palestras e cursos também foram citados, porém com menor relevância.

Na maternidade, a maioria (90,34%) recebeu orientação sobre amamentação, no entanto, apenas 39,16% das crianças foram amamentadas na primeira hora de vida (Tabela 1). Quanto às orientações recebidas na maternidade destacaram-se as informações relacionadas ao posicionamento e pega para amamentar (92,48%) (Tabela 2). As orientações foram realizadas em sua maioria pelo profissional enfermeiro (81,21%), seguida do médico pediatra (13,58%).

Sobre as visitas domiciliares realizadas no puerpério pelas equipes de saúde da família das UBS, apenas 28,46% das mulheres relataram ter recebido visita de algum profissional da UBS (Tabela 1), sendo que, destas, 30 (27,52%) receberam a visita na primeira semana de vida do recém-nascido, 31 (28,45%) nos primeiros 15 dias, 35 (32,11%) no primeiro mês e 13 (11,92%) no segundo mês de vida.

No que concerne às dificuldades precoces para amamentar, 66,84% relataram ter apresentado algum tipo de dificuldade (Tabela 1), destacando-se a presença de dor (74,6%) e fissura mamilar (65,3%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Dificuldades precoces na lactação entre as mulheres assistidas na atenção básica de saúde do município de Maringá, Paraná, 2009

Dificuldades	N (256)	%
Dor	191	74,60
Fissura mamilar	167	65,23
Ingurgitamento mamário	37	14,45
Pega incorreta	33	12,89
Recusa do bebê	24	9,37
Alteração anatômico-mamilar	21	8,20
Demora na descida do leite	20	7,81
Baixa produção láctea	19	7,42
Mastite	10	3,90

Dentre essas mães, a maioria (82,03%) referiu ter recebido alguma ajuda para enfrentar esse momento (Tabela 4), destacando o profissional enfermeiro (43,33%) e a mãe da nutriz (19,52%). Ressalta-se a inexpressiva citação do esposo (7,14%) como fonte de apoio ao enfrentamento das dificuldades para amamentar.

Tabela 4 – Fontes de apoio às nutrizes com dificuldades para amamentar assistidas na atenção básica de saúde do município de Maringá, Paraná, 2009

Apoio	N (210)	%
Profissional		
Enfermeiro	91	43,33
Médico	34	16,19
Técnico de enfermagem	10	4,76
Farmacêutico	6	2,85
Fonoaudiólogo	3	1,42
Psicólogo	1	0,47
Agente Comunitário de Saúde	1	0,47
Familiar		
Mãe	41	19,52
Amigos	28	13,33
Sogra	16	7,61
Esposo	15	7,14
Outros familiares	19	9,04

Após a aplicação do procedimento *stepwise* em modelo de regressão logística no passo três, apenas a variável participação em grupos apresentou associação estatisticamente significante (p 0,0276) com a variável presença de dificuldades para amamentar, revelando que as mães que participaram de grupos de gestantes têm quase duas vezes menos chances de apresentarem dificuldades precoces para amamentar seus filhos, que aquelas que não participaram dos grupos (OR: 1,933; IC 0,95%: 1,075 - 3,474) (Tabela 5).

Tabela 5 – Variável associada à presença de dificuldades precoces na lactação entre mulheres assistidas na rede pública de saúde do município de Maringá, Paraná, 2009

Efeito	OR	IC(OR,95%)	p-valor
Orientação pré-natal			0,4540
Participação em grupos	1,933	(1,075 – 3,474)	0,0276
Orientação maternidade			0,4043

Por meio do teste de Hosmer e Lemeshow, foi verificado o ajuste do modelo logístico ($p=0,4633$).

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, foi detectado que embora a maioria das mulheres (87,21%) tenha realizado seis ou mais consultas de pré-natal, mais da metade (56,66%) revelou não ter recebido orientação sobre amamentação nessas consultas, o que repercutiu negativamente no estabelecimento da lactação, já que quase 70% das nutrizes relataram ter apresentado alguma dificuldade para amamentar, o que pode provocar a interrupção precoce do AM.

Estudos, cujo delineamento metodológico foi o ensaio-clínico, mostraram que a orientação sobre AM no pré-natal refletiu em índices mais elevados de AME, o que sugere que a prática de orientação torna a mulher mais segura e confiante na amamentação do seu filho, tornando-a capaz de vencer seus medos e ansiedades, além de superar as dificuldades de forma positiva, garantindo maior tempo e qualidade no processo de amamentar^(8,13).

No tocante ao tipo de informação fornecida às mulheres no pré-natal, este estudo corrobora com outros em que 76,2% das mulheres assistidas no pré-natal referiram ter sido orientadas sobre a importância do LM⁽¹⁴⁾; o benefício do leite materno citado por 89,8% das mães entrevistadas foi a proteção contra doenças⁽¹⁵⁾; a informação mais lembrada por 22,2% das mulheres foi a de amamentar até os seis meses de vida da criança e 47,4% apontaram o LM como benéfico para proteger o bebê contra doenças⁽¹⁶⁾.

No entanto, é importante destacar que orientações sobre os problemas mais comuns na lactação, como trauma mamilar, ingurgitamento mamário, mastite, hipogalactia, bem como seu manejo, também são fundamentais para serem abordados nas consultas de pré-natal, visto que esses casos, em sua maioria, podem ser prevenidos com o esvaziamento adequado das mamas. Ademais, quando esses problemas são manejados adequadamente, evita-se o desmame precoce, decorrente de situações dolorosas e, por vezes, debilitantes para a nutriz⁽¹⁰⁾.

A orientação realizada na maternidade também é de fundamental importância para a mulher. Na presente pesquisa a maioria das mulheres foi orientada quanto à amamentação, dando destaque para questões relacionadas ao posicionamento e pega para amamentar. Estudo mostrou

que a orientação sobre a técnica adequada de amamentação na maternidade pode reduzir a incidência de mulheres que relatam baixa produção de leite. Além disso, a pega inadequada pode provocar lesões mamilares, causando dor e desconforto para a mãe, o que poderá comprometer a continuidade do AM, caso não seja devidamente corrigida⁽¹⁷⁾.

A amamentação na primeira hora de vida, quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), permite o contato pele-a-pele ininterrupto entre a mãe e o bebê, adiando qualquer procedimento rotineiro de atenção ao recém-nascido que venha a separar os dois⁽¹⁸⁾. É uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM, visto que esse contato precoce é importante para o estabelecimento de vínculo entre o binômio mãe-filho⁽¹⁹⁾; além de aumentar a duração do AM⁽¹⁹⁾; a prevalência de AM nos hospitais⁽²⁰⁾ e reduzir a mortalidade neonatal⁽²¹⁾. No entanto, mesmo com tantas vantagens, tal prática foi baixa entre as mulheres estudadas (39,16%), principalmente se comparada a do conjunto das capitais brasileiras, que foi de 67,7%⁽²²⁾.

Este reduzido percentual de AM na primeira hora de vida encontrado no estudo pode ser explicado pelo fato de que apenas 15,14% (58) das crianças nasceram em Hospital Amigo da Criança, já que o município possui somente um hospital com tal credenciamento.

O profissional enfermeiro recebeu destaque, tanto no pré-natal quanto na maternidade, como responsável pelas orientações recebidas, mostrando ser o profissional mais envolvido nas questões relacionadas à amamentação. Cabe apontar que grande parte de população ainda confunde o profissional enfermeiro com o técnico de enfermagem, sugerindo assim a realização de outros estudos que investiguem a atuação de cada um desses profissionais na orientação sobre amamentação.

A visita domiciliar no puerpério é uma ferramenta importantíssima para o acompanhamento adequado da saúde materna e neonatal, sendo recomendada a sua realização na primeira semana após a alta do bebê. Esta visita é considerada uma oportunidade de orientar e apoiar a família para a amamentação⁽²³⁾. No presente estudo, grande parte das mulheres (71,54%) não recebeu a visita do profissional da saúde no puerpério, o que sugere a falta de comprometimento, por parte deste, com uma das principais ações da ESF, dificultando o estabelecimento de vínculo com a puérpera e a detecção precoce de problemas na amamentação que possam estar ocorrendo com a nutriz e o recém-nascido.

A incidência de dor e trauma mamar no início da lactação entre as mulheres estudadas foi bastante elevada. No início da amamentação, grande parte das mulheres sente uma dor discreta ou desconforto para amamentar, o que pode ser considerado normal. Entretanto, dor intensa, mamilos machucados, apesar de comuns, não são normais⁽¹⁰⁾.

Pesquisa realizada em São Carlos, SP, com mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) mostrou que 47,6% apresentaram trauma mamilar caracterizando-se como uma dificuldade importante no início da amamentação, podendo ser considerada a principal dificuldade a ser enfrentada pelas mulheres durante a primeira quinzena pós-parto⁽²⁴⁾.

Nesse sentido, há necessidade de profissionais capacitados para atuarem junto às mulheres, tanto no manejo clínico da amamentação como na dimensão afetiva, emocional e social dessa vivência, a fim de reduzir as dificuldades nesse período, promovendo maior satisfação da mulher para amamentar e conseqüente elevação nos índices de AM.

O profissional enfermeiro, também ganhou ênfase, no apoio às nutrizes com dificuldades para amamentar. O enfermeiro, enquanto integrante da equipe de saúde da família, e também ativo nas clínicas de atenção à saúde da mulher, bem como nas maternidades, é considerado apto a realizar orientações sobre os cuidados com o recém-nascido e sobre o AM, auxiliando nas dificuldades de manejo da lactação e no vínculo entre mãe-filho⁽¹¹⁾. Assim, é fundamental sua participação na educação em saúde sobre AM, principalmente na atenção ao pré-natal, nos grupos de gestantes e nas visitas domiciliares, sobretudo, nas primeiras semanas de vida da criança.

O apoio dos profissionais de saúde, de maneira geral, no AM é de suma importância, no entanto, neste estudo, outros partícipes também exerceram um papel de destaque para o sucesso da amamentação: os familiares.

Estudo revela que a avó foi considerada fonte de apoio importante para o início da amamentação⁽²⁵⁾. Entretanto, outras pesquisas mostram que a participação das avós possui associação com menor duração do AM⁽²⁶⁻²⁷⁾.

O presente estudo não possibilitou a identificação da forma de apoio oferecida pelo familiar às nutrizes, ou ainda que tipo de orientação foi realizada, a fim de discriminar alguma conduta incorreta, porém fica claro que as mulheres se sentiram apoiadas diante das dificuldades vivenciadas para amamentar, sugerindo satisfação pela atenção recebida.

Uma forma dinâmica de orientar a gestante no pré-natal se dá por meio da realização de grupos, estratégia pouco citada pelas mulheres estudadas, visto que apenas 22,45% delas relataram ter participado de atividades como essa.

Utilizando o procedimento de *stepwise* em modelo de regressão logística, foi possível identificar que a participação em grupos de gestantes, na população estudada, foi fator protetor para o aparecimento de dificuldades precoces para amamentar, o que novamente destaca a importância de atividades de educação em saúde junto às mulheres no pré-natal.

Pesquisa de revisão integrativa destacou a atividade em grupo como uma ferramenta importante para a orientação da gestante sobre amamentação. É um momento no qual a mulher pode adquirir conhecimentos por meio da troca de experiências, atividades práticas, utilização de bonecos e “mama cobaia” com o intuito de assimilar melhor os assuntos como pega correta, posição do bebê e manejo clínico, além de ser uma oportunidade de aconselhamento individual, em que é possível utilizar vídeos, cartilhas, entre outros recursos⁽²⁸⁾.

Estudo realizado no Rio de Janeiro, com mães de crianças menores de seis meses assistidas nas UBS da cidade, mostrou que 31,9% relataram ter sido falado sobre amamentação em grupos nas UBS e essa variável aumentou a prevalência do AME em 14%, enquanto ter recebido orientação individual não mostrou associação com o AME⁽²⁹⁾.

Cabe destacar que todas as 25 UBS do município já passaram pela capacitação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Esta iniciativa tem como objetivo a promoção, proteção e apoio ao AM, por meio da sensibilização dos profissionais das UBS, no sentido de adotarem os “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica de Saúde”. Além disso, une às suas ações um importante papel de suporte às famílias a fim de tornar o AM uma prática universal, favorecendo, assim, a saúde e bem-estar das crianças e de suas mães⁽³⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do presente estudo foi possível confirmar a importância das orientações sobre amamentação durante o pré-natal, especialmente utilizando-se a estratégia de grupos de gestantes, visto a sua associação com a menor ocorrência de dificuldades precoces na lactação.

Nesse sentido, os profissionais de saúde, com destaque para o enfermeiro, precisam estar preparados, com conhecimentos, atitudes e habilidades específicas, a fim de orientar as mulheres sobre amamentação de forma a torná-las seguras e capazes de vivenciar esse momento singular da melhor forma possível.

As visitas domiciliares no puerpério, realizadas pela equipe de saúde da família, devem ser encaradas como oportunidades de apoiar e orientar sobre o AM, bem como detectar precocemente problemas relacionados à lactação. É preciso garantir maior envolvimento, dos profissionais que realizam estas visitas, no estímulo e aconselhamento à amamentação.

É importante destacar também a importância da rede de apoio denominada família, na qual a avó materna foi a integrante de maior destaque, no processo de amamentação. A família e todos os seus integrantes devem estar inseridos nas atividades de educação em saúde à nutriz, para que eles sejam influência positiva na decisão de amamentar e na continuidade de tal ato.

Finalmente, a pesquisa permite re-pensar sobre as atividades realizadas em prol do AM no município e criar novas estratégias, unindo atividades de grupos no pré-natal e a família extensiva, a fim de reduzir as dificuldades relacionadas à lactação, garantindo assim melhor satisfação da nutriz e conseqüentemente a interrupção do AME.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global strategy for infant and young child feeding. Geneva; 2001. (Document A54/ 7).
2. Almeida, JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr.* 2004;80(5):119-25.
3. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr.* 2006;19(5):623-30.
4. Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. *Rev chil pediatr.* [periódico na Internet]. 2005; 76(5). Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=50370-41062005000500013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2011.
5. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr.* 2000; 76(3):238-52.
6. Francisquini, AR, Higarashi IH, Serafim D, Bercini LO. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. *Cienc Cuid Saúde.* 2010;9(4):743-51.
7. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr.* 2003;79(5):385-90.
8. Su LL, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomized controlled Trial. *BMJ.* 2007; 335(7620):1-7.
9. Bonuck KA, et al. Randomized, Controlled Trial of a Prenatal and Postnatal Lactation Consultant Intervention on Duration and Intensity of Breastfeeding up to 12 Months. *Pediatrics.* 2005;116(6):1413-26.
10. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr.* 2004; 80(5):147-54.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 23. Brasília (DF); 2009.
12. Secretaria de Saúde de Maringá (PR). Centro de Informação em Saúde. Disponível em: http://saude.maringa.pr.gov.br/index.php?id=info_para_ubs Acesso em: 21 fev 2011.
13. Sandy JM, Anisfeld E, Ramirez E. Effects of a Prenatal Intervention on Breastfeeding Initiation Rates in a Latina Immigrant Sample. *J Hum Lact.* 2009;25(4):404-11.

14. Faria DGS, Zanetta DMT. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. *Arq Ciênc Saúde*. 2008;15(1):17-23.
15. Volpato SE, et al. Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão, (SC). *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2009; 38(1):49-55.
16. Pereira GS, et al, Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. *Cad Saude Publica*. 2000;16(2):457-466.
17. Ingran J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support fathers and families. *Midwifery*. 2002;18:87-101.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Além da Sobrevivência: Práticas integradas de ação ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, DF: MS; 2011.
19. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ranjsö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother–infant interaction one year later. *Birth*. 2009;36(2):97- 109. DOI:10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x.
20. Rowe-Murray HJ, Fisher JRW. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*. 2002;29(2):124- 30. DOI:10.1046/j.1523-536X.2002.00172.x.
21. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga- Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117(3):e380-6.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF); 2009.
23. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF); 2006.
24. Mantrone AVG, Arantes CIS, Nassar ACS, Zanon T. Trauma mamilar e a prática de amamentar: estudo com mulheres no início da lactação. *Revista APS*. 2006;9(2): 168-74.
25. Almroth S, Mohale M, Latham MC. Unnecessary water supplementation for babies: grandmothers blame clinics. *Acta Paediatr*. 2000;89:1408-13.
26. Andrade IGM, Taddei JAAC. Determinantes socioeconômicos culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. *Rev Paul Pediatría*. 2002;20:8-18.
27. Susin LRO, Giugliani SRJ, Kummer S. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saude Pública*. 2005;39(2)141-7.
28. Demitto MO, Silva TC, Páschoa ARZ, Mahias TAF, Bercini LO. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. *Rev RENE*. 2010; 11(Número Especial):223-9.
29. Pereira RSVP, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2343-54.
30. Oliveira MI, Camacho LA, Souza IE. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saude Publica*. 2005;21:1901-10

4.3 ARTIGO 3 - USO DE CHUPETA E SUA RELAÇÃO COM O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

USO DE CHUPETA E SUA RELAÇÃO COM O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO¹

Use of pacifier and its relationship with exclusive breastfeeding

Uso del chupete y su relación con el amamantamiento materno exclusivo

Marcela de Oliveira Demitto²

Luciana Olga Bercini³

Robson Marcelo Rossi⁴

RESUMO

Estudo quantitativo cujo objetivo foi identificar a relação entre a idade de início do uso da chupeta e o tempo de aleitamento materno exclusivo (AME). A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com 378 mulheres que realizaram pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá, em 2009. Utilizou-se análise de variância paramétrica e comparações múltiplas de Tukey. Mais da metade das crianças não fazia uso de chupeta (51,21%), dentre as que usavam, em 52,46% dos casos, a mesma foi introduzida no primeiro mês de vida. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a idade de início do uso da chupeta e o tempo de AME, no entanto foi verificada relação estatística significativa entre o tempo de AME e o uso de chupeta, assim as crianças que não usavam chupeta amamentaram exclusivamente por mais tempo do que as que usavam.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Chupetas. Desmame. Enfermagem.

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de Mestrado - Aleitamento materno entre usuárias da rede pública de saúde em município da região sul do Brasil, no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Paraná. Subsidiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico – CNPq.

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Criança. Mestranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM)/Brasil. Av. Cidade de Leiria, 529. Apt. 61. CEP: 87013-280. Maringá, PR. E-mail: mar_demitto@hotmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Ciências Ambientais. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM/Brasil. E-mail: lobercini@uem.br.

⁴ Estatístico. Doutor em Zootecnia. Professor TIDE do Departamento de Estatística da UEM/Brasil. E-mail: rmrossi@uem.br.

ABSTRACT

This is a quantitative study whose objective was to identify the relationship between the introduction of a pacifier and the time of exclusive breastfeeding (EBF). Data collection was carried out through interviews with 378 women that accomplished prenatal care in the Basic Units of Health of the municipal district of Maringá, in 2009. Analysis of parametric variance and multiple comparisons of Tukey were applied. More than half of the children did not make use of pacifier (51.21%). Among the ones that made use of it, in 52.46% of the cases it was introduced in the first month of life. No statistically significant difference was found between the age the pacifier was introduced and the duration of EBF, however significant statistical relationship was verified between the time of EBF and the use of pacifier. Thus, the children that did not make use of pacifier were exclusively breastfed for a longer period of time than the ones that made use of it.

Keywords: Breastfeeding. Pacifiers. Weaning. Nursing.

RESUMEN

Estudio cuantitativo cuyo objetivo fue identificar la relación entre la edad de inicio del uso del chupete y el tiempo de amamantamiento materno exclusivo (AME). La recolección de datos ocurrió por medio de entrevistas con 378 mujeres que realizaron prenatal en las Unidades Básicas de Salud de la ciudad de Maringá, en 2009. Se utilizó el análisis de varianza paramétrica y comparaciones múltiples de Tukey. Más de la mitad de los niños no hacía uso de chupete (51,21%), entre los que usaban, el 52,46% de los casos, el mismo fue introducido en el primer mes de vida. No fue encontrada diferencia estadísticamente significativa entre la edad de inicio del uso del chupete y el tiempo de AME, sin embargo fue verificada relación estadística significativa entre el tiempo de AME y el uso del chupete, así los niños que no usaban chupete amamantaron exclusivamente por más tiempo que las que usaban.

Palabras Clave: Lactancia Materna. Chupetes. Destete. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Bicos e chupetas são amplamente utilizados entre crianças de diversos países, apesar da sua prática ter sido desaconselhada pela Organização Mundial de Saúde (OMS),¹ em especial para crianças que são amamentadas. O Ministério da Saúde (MS) considera seu uso danoso à saúde da criança, já que possui relação negativa com o processo de amamentação, podendo levar ao desmame, além de estar associado à transmissão de infecções, como candidíase oral, a danos na função motora oral, exercendo papel importante na síndrome do respirador bucal e também a problemas ortodônticos provocados pela sucção do bico.²

No Brasil, a fim de restringir o uso de bicos artificiais junto à população, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) incluiu nas embalagens dos produtos a inscrição “O Ministério da Saúde adverte: a criança que mama no peito não necessita de mamadeira,

bico ou chupeta. O uso da mamadeira, bico ou chupeta prejudica a amamentação e seu uso prolongado prejudica a dentição e a fala da criança”.³

A OMS recomenda que as crianças sejam amamentadas exclusivamente ao seio até o sexto mês de vida e que após essa idade é necessária a introdução de outros alimentos à dieta infantil, mantendo-se o aleitamento materno (AM) até os dois anos ou mais.²

A associação entre o uso de chupeta e maior risco de interrupção do AME tem sido apontada em vários estudos.⁴⁻⁶ Além disso, pesquisas que avaliaram o efeito do uso precoce da chupeta (antes de um mês de vida) sobre os desfechos posteriores da amamentação apóiam o direcionamento de causalidade, ou seja, a interrupção da amamentação pode estar sendo causada pelo ato de sucção da chupeta.⁷⁻⁸

Assim, diante da necessidade de incentivo à prática de aleitamento materno, em especial do AME até os seis meses de idade e também da prevenção à introdução precoce da chupeta, considerando os malefícios que esta prática provoca na saúde da criança, este estudo tem como objetivo identificar a relação entre a idade de início do uso da chupeta e o tempo de AME, entre as crianças de mães que realizaram o pré-natal na atenção básica de saúde do município de Maringá, no ano de 2009.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, realizado no município de Maringá, situado na região noroeste do Paraná, localizado a 434 km de Curitiba, com população de 357.117 habitantes em 2010.

O estudo foi desenvolvido com as usuárias da rede pública de saúde que realizaram a assistência pré-natal em uma das 25 UBS do município e que foram cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal) até o quarto mês de gestação no ano de 2009.

Em 2009, foram atendidas nas UBS do município 1756 gestantes segundo os critérios do SisPreNatal de consultas e exames.⁹ Por meio do Programa *Epi Info* versão 3.4 foi definido o tamanho amostral máximo de 315 mulheres, com 95% de confiança e erro de estimativa de 5%; no entanto, levando-se em consideração as eventuais perdas, o tamanho amostral ficou estabelecido em 378 mulheres (acréscimo de 20%). A partir deste número foi realizada uma estratificação proporcional por UBS garantindo a representatividade da população amostral.

A listagem obtida no SisPreNatal, contendo o número de cadastro da gestante por UBS, foi enumerada e a seleção das participantes do estudo foi realizada pelo cálculo dos números

aleatórios no Programa Statistica 8.0[®], obtendo-se assim uma lista com a amostra representativa de gestantes por UBS.

De posse desta lista, o nome, endereço e telefone das gestantes foram obtidos no setor do SisPreNatal da Secretaria de Saúde de Maringá, por meio do programa de computador Sistema Gestor Saúde, que contem o registro de todas as mulheres que realizaram o pré-natal na rede pública de saúde do município.

Foram excluídas do estudo as gestantes que: foram a óbito; sofreram aborto; não concluíram o pré-natal na rede pública de saúde do município; além das mulheres cujos bebês foram a óbito; as com condições de saúde que contra indicaram à amamentação e aquelas que se recusaram participar do estudo.

Quando uma usuária sorteada, após o contato para participação no estudo, se enquadrasse em algum desses critérios era excluída, sendo substituída pela próxima da lista.

Os dados foram coletados entre os meses de outubro de 2010 a março de 2011, por meio de entrevistas, as quais foram realizadas preferencialmente por telefone. No entanto, a dificuldade de contato telefônico com a mãe, devido a número inexistente ou não atendimento da chamada, mesmo após três tentativas em horários diferentes, fez com que 78 entrevistas fossem realizadas por meio de visita domiciliar.

Nas entrevistas foi utilizado um instrumento estruturado, constituído pelas seguintes variáveis: perfil sócio demográfico da usuária (idade, escolaridade, renda familiar e situação conjugal); perfil de saúde no período gravídico-puerperal (número de consultas de pré-natal e tipo de parto); perfil de nascimento do recém-nascido (peso ao nascer e idade gestacional); tempo de AME, uso de chupeta, idade de início e quem orientou tal prática.

Foram entrevistadas 378 mães, contudo, o total de crianças foi de 383, visto que três mulheres tiveram gemelares e uma trigemelar.

Os dados coletados foram armazenados no programa *Microsoft® Excel®* e para análise e interpretação dos resultados foram utilizados os Programas Statistica 8.0[®] e o *Statistical Analysis System®*. Para investigar se a idade de início do uso da chupeta interfere no tempo de AME, foram realizados testes de médias para grupos: não usam (G0), iniciaram antes dos 30 dias (G1) e iniciaram entre 30 e 179 dias (G2) por meio da Análise de variância paramétrica (ANOVA) e comparações múltiplas de Tukey. Foi realizada uma análise gráfica para verificação da normalidade nos resíduos e a homogeneidade de variância por meio do teste de Bartlett. Em todas as análises foi estabelecido o nível de significância de 5%. Cabe ressaltar que para esta análise a amostra foi composta de 362 crianças, uma vez que 21 iniciaram o uso da chupeta com 180 dias ou mais e, portanto, foram excluídas.

A pesquisa foi aprovada pela Secretaria de Saúde do município em estudo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, conforme CAAE nº 0176.0.093.000-10 e parecer nº 256/2011 e autorizada pelas mães por meio da gravação de aceite ou apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A idade das mulheres estudadas variou entre 15 e 44 anos, sendo 7,84% menores de 19 anos, 80,41% entre 19 e 34 anos e 11,75% com mais de 34 anos. A média de idade correspondeu a 26,6 anos (Tabela 1).

A maioria das mulheres (80,68%) possuía 8 anos ou mais de estudo, tinha renda familiar até dois salários mínimos (60,84%) e relatou ter companheiro (81,98%). A maior parte (87,21%) das participantes realizou seis ou mais consultas de pré-natal e teve parto cesárea (66,58%) (Tabela 1).

A idade das crianças variou de 6 a 19 meses, sendo a média de 9,5 meses. A maioria nasceu com idade gestacional igual ou maior a 37 semanas e com peso superior a 2.500 gramas, 84,07% e 92,17% respectivamente (Tabela 1).

Mais da metade das crianças não fazia uso de chupeta (51,21%) e dentre as que usavam, em 52,46% dos casos a mesma foi introduzida no primeiro mês de vida da criança (Tabela 2).

Por meio da análise de variância paramétrica (ANOVA) e comparações múltiplas de Tukey não foi observada diferença estatisticamente significativa entre a idade de início do uso da chupeta e o tempo de AME, entretanto, foi encontrada relação estatística significativa entre o tempo de AME das que não usaram chupeta (G0) com as que usaram, independente da época de introdução desta, seja antes dos 30 dias (G1) ou dos 30 aos 179 dias (G2). Assim, entre as que não usaram chupeta a média de AME foi de 134,75 dias e entre as que usaram a média foi de 97,78 e de 97,47 dias, respectivamente (Tabela 3 e Figura 1).

Ao serem indagadas sobre quem orientou o uso da chupeta, em 86,3% dos casos foi a própria mãe quem decidiu oferecer a chupeta à criança, no entanto, o pai, as avós, as tias e o médico também foram citados como incentivadores do seu uso (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O percentual obtido de uso de chupeta no presente estudo (47,79%) foi semelhante ao encontrado em pesquisa realizada nas capitais brasileiras,¹⁰ ao verificado no estudo

desenvolvido no Alto do Jequitinhonha, MG,¹¹ e ao observado em Bauru, SP,⁶ que foram de 42,6%, 50,3% e 54,0%, respectivamente.

Verificou-se ainda que a introdução precoce da chupeta (primeiro mês de vida da criança) ocorreu de forma freqüente, isto é, em metade dos casos, corroborando com estudo realizado em São Paulo, SP, o qual encontrou uma taxa de 53,9%⁴ e em pesquisa desenvolvida em Porto Alegre, RS, onde 87,8% das crianças iniciaram o uso da chupeta ao longo do primeiro mês de vida.¹²

Não foi encontrada relação significativa entre a idade de início do uso da chupeta e o tempo de AME, diferentemente do que foi observado em pesquisa de coorte envolvendo mães e bebês do município de Feira de Santana, BA, na qual foi demonstrado, por meio de análise multivariada, que o uso da chupeta associou-se a um risco 53% maior de interromper o AME no primeiro mês de lactação.⁸

Estudo realizado na Dinamarca buscando investigar a influência da eficiência da técnica de mamada e do uso de chupeta na duração do AME, revelou associação negativa entre o uso de chupeta (avaliado por entrevista em domicílio quando as crianças tinham em torno de 16 dias) e duração do AM, independentemente da presença de técnica inadequada da mamada. Segundo os autores, técnica inadequada de mamada e uso de chupeta criam problemas diferentes, e quando associadas aumentam ainda mais o risco de desmame precoce, motivo esse que permitiu aos pesquisadores recomendar o não-uso da chupeta nas primeiras semanas de vida.¹³

O estabelecimento da amamentação se dá nas primeiras semanas de vida da criança período no qual podem surgir alguns problemas, como ingurgitamento mamário, fissura mamilar, entre outros.² Dessa forma, o primeiro mês de vida da criança constitui-se em um momento delicado e importante para a continuidade do AM, devendo-se evitar a introdução da chupeta, a qual pode prejudicar essa fase de adaptação da amamentação.

A introdução da chupeta para crianças nas primeiras semanas de vida deve ser vista como um sinal de alerta para os profissionais de saúde, no sentido de que pode estar havendo dificuldades no processo de aleitamento materno e as mães podem estar precisando de apoio e orientações adequadas.¹¹

Embora o desenho deste estudo não seja o mais adequado para estabelecer relações causais, a relação entre o uso de chupeta e tempo de AME encontrada comprovou a hipótese da chupeta interromper mais precocemente o AME.

A relação entre essas duas variáveis também foi observada em estudo de coorte realizado em Porto Alegre, RS, no qual a incidência de desmame, entre o primeiro e sexto

mês, nas crianças ainda amamentadas no fim do primeiro mês, foi de 22,4% para as crianças não usuárias de chupeta, e de 50,8% para as usuárias ($p < 0,001$).¹²

Em uma meta-análise, autores analisaram estudos observacionais, a maioria coortes prospectivas, sendo 12 com AME e 9 com qualquer tipo de AM, e concluíram que o uso de chupeta estava associado à diminuição da duração do AME bem como de qualquer tipo de AM.¹⁴

Pesquisa desenvolvida em Bauru, SP, encontrou que as crianças que usavam chupeta apresentaram o dobro de chance de não estarem em AME aos seis meses de vida e que o uso de chupeta foi o único fator associado com maior chance de interrupção do AME.⁶

Acredita-se que o uso da chupeta implique redução do número de mamadas por dia e, como consequência, menor estimulação do complexo mamilo-aureolar e menor produção de leite, acarretando a necessidade de complementação.¹⁵⁻¹⁶ No entanto, alguns autores sugerem que a chupeta não seria a causa primária do desmame, e sim um sinal de dificuldade com a amamentação, ou mesmo ansiedade e insegurança materna frente ao processo alimentar da criança.^{5,11} Esse fato pode explicar o elevado percentual encontrado (86,3%) de mães que ofereceram a chupeta aos seus filhos por vontade própria. Nesses casos, esclarecer as dúvidas e tentar solucionar os problemas é mais pertinente que simplesmente retirar a chupeta.

Resultado semelhante foi observado em um estudo de coorte realizado em Porto Alegre, RS, que revelou que na maioria das vezes (72,2%) a introdução da chupeta foi feita pelas mães. As avós foram responsáveis por oferecer a chupeta em 7,2% das vezes e o pai em 2,5%.¹²

Estudo de revisão apontou que o sucesso da amamentação está na dependência do preparo técnico, desenvolvido durante o período gravídico-puerperal, das emoções da mãe e do comportamento das pessoas que a cercam. Além disso, a introdução de bicos artificiais pode reduzir o estímulo galactogênico que é a sucção e ocasionar a diminuição da lactação, instalando-se um ciclo vicioso que pode conduzir ao desmame precoce.¹⁵

Os resultados do atual estudo, apesar de concordantes com os apresentados por outros pesquisadores, são de grande relevância, já que fortalecem o conhecimento sobre o tema e norteiam o planejamento de ações locais.

Ações de saúde sobre o não-uso da chupeta, assim como o apoio à amamentação, em práticas de aconselhamento, por exemplo, são estratégias importantes para esclarecer os múltiplos desfechos negativos do uso da chupeta para a saúde do lactente.¹²

Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam estar preparados para orientar as mães e a população sobre tal prática, estando atentos aos problemas relacionados ao processo de amamentar.

A família da nutriz precisa ser inserida nas atividades de educação em saúde sobre o uso da chupeta, visto a influência que esta exerce sobre o cuidado à criança, seja essa influência ora positiva, ora negativa.

Há poucas pesquisas relacionadas ao uso da chupeta e a influência familiar,¹⁷⁻¹⁸ necessitando de estudos qualitativos que explorem esse assunto, a fim de elucidar novas estratégias de inserção da família nas ações de saúde, buscando intervir mais intensamente para que o desmame precoce não ocorra em decorrência do seu uso.

CONCLUSÃO

Ainda que o presente estudo não tenha mostrado associação entre as variáveis tempo de AME e idade de introdução da chupeta, ficou demonstrado que as crianças que não fizeram uso de chupeta amamentaram exclusivamente por mais tempo do que aquelas que usaram.

Assim, esse tema merece especial atenção nas estratégias de saúde voltadas à população infantil, não somente pela associação com o desmame precoce, mas também em função de outras repercussões negativas para a saúde e desenvolvimento da criança.

Nesse sentido, os profissionais da equipe de saúde da família precisam estar preparados para realizar as orientações, desde o pré-natal, sobre os efeitos nocivos do uso da chupeta e estimular e apoiar a nutriz na prática da amamentação, auxiliando nos problemas relacionados à lactação. É importante enfatizar que tais profissionais considerem o uso da chupeta como um sinal de alerta para a interrupção do AME, bem como um indicador de que o binômio mãe-filho necessita de um acompanhamento mais intenso da prática da amamentação.

Considerando a chupeta uma prática cultural em nosso meio, a família deve estar inserida nas atividades de educação em saúde, visto a sua influência na amamentação e no cuidado geral à criança.

REFERÊNCIAS

1. Who (World Health Organization). Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde (BR). Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília (DF); 2001.

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 23. Brasília: DF; 2009a.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Diário Oficial, n. 150, seção 1, 6 de agosto de 2002. Resolução-RDC nº 221, de 5 de agosto de 2002.
4. Cotrim LC, Venancio SI, Escuder MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. Rev bras saúde matern infant. 2002 set.-dez; 2(3):245-52.
5. Chaves RG, Lamounier JO, Cesar CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. J Pediatr. 2007; 83(3):241- 6.
6. Parizoto GM, Parada CMGL, Venancio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. J Pediatr. 2009;85(3):201-8.
7. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. Pediatrics. 2008;122 (2):S43-9.
8. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. J Pediatr. 2010;86(5):441- 4.
9. Secretaria de Saúde de Maringá (PR). Centro de Informação em Saúde. Disponível em: http://saude.maringa.pr.gov.br/index.php?id=info_para_ubs. Acesso em: 21 fev 2011.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, (DF); 2009b.
11. Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica. 2006;22(1):69-77.
12. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amiga da Criança. J Pediatr. 2003;79(4):309- 16.
13. Kronborg H, Vaeth M. How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems na breatfeeding durantion? Birth. 2009;36:34-42.
14. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163:378-82.
15. Gaíva MAM, Medeiros, LS. Lactação insuficiente: uma proposta de atuação do enfermeiro. Cienc Cuid Saude. 2006;5(2):255-62.

16. Castilho SD, Rocha MA. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. *J Pediatr.* 2009;85(6):480-9.
17. Sertório SC, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão das mães. *Rev Saúde Pública.* 2005;39:156-62.
18. França MC, Giugliani ER, de Oliveira LD, Weigert EM, do Espírito Santo LC, Kohler CV, et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública.* 2008;42:607-14.

Tabela 1. Caracterização da amostra estudada. Maringá, Paraná, 2009.

Variável	N (383)	%
Idade materna (anos)		
<19	30	7,84
≥ 19	353	92,16
Tempo de estudo (anos)		
< 8	74	19,32
≥ 8	309	80,68
Renda familiar (salários mínimos)		
Até 2	233	60,84
Mais de 2	150	39,16
Situação conjugal		
Sem companheiro	69	18,02
Com companheiro	314	81,98
Tipo de parto		
Cesárea	255	66,58
Vaginal	128	33,42
Nº de consultas pré-natal		
< 6 consultas	49	12,79
≥ 6 consultas	334	87,21
Idade gestacional (semanas)		
< 37	61	15,93
≥ 37	322	84,07
Peso ao nascer (gramas)		
< 2.500	30	7,83
≥ 2.500	353	92,17
Uso de chupeta		
Não usa	200	52,21
Usa	183	47,79

Tabela 2. Distribuição das crianças conforme a idade de introdução da chupeta. Maringá, Paraná, 2009.

Idade de introdução da chupeta (dias)	N	%
< 30	96	52,46
30 a 179	66	36,06
≥ 180	21	11,48
Total	183	100,0

Tabela 3. Análise de Variância Paramétrica (Teste F - ANOVA) para o tempo de AME e os grupos G0, G1 e G2. Maringá, Paraná, 2009.

Variável		Grupos		
		G0	G1	G2
Chupeta	Média de AME	134,75 ^a	97,78 ^b	97,47 ^b
	(desvio-padrão)	(50,6)	(61,69)	(57,62)

*^{a,b} Letras distintas indicam diferenças estatisticamente significantes entre as médias dos grupos por meio do teste de Tukey (p<5%).

*G0- não usou chupeta

*G1- iniciou o uso antes de 30 dias

*G2- iniciou entre 30 e 179 dias

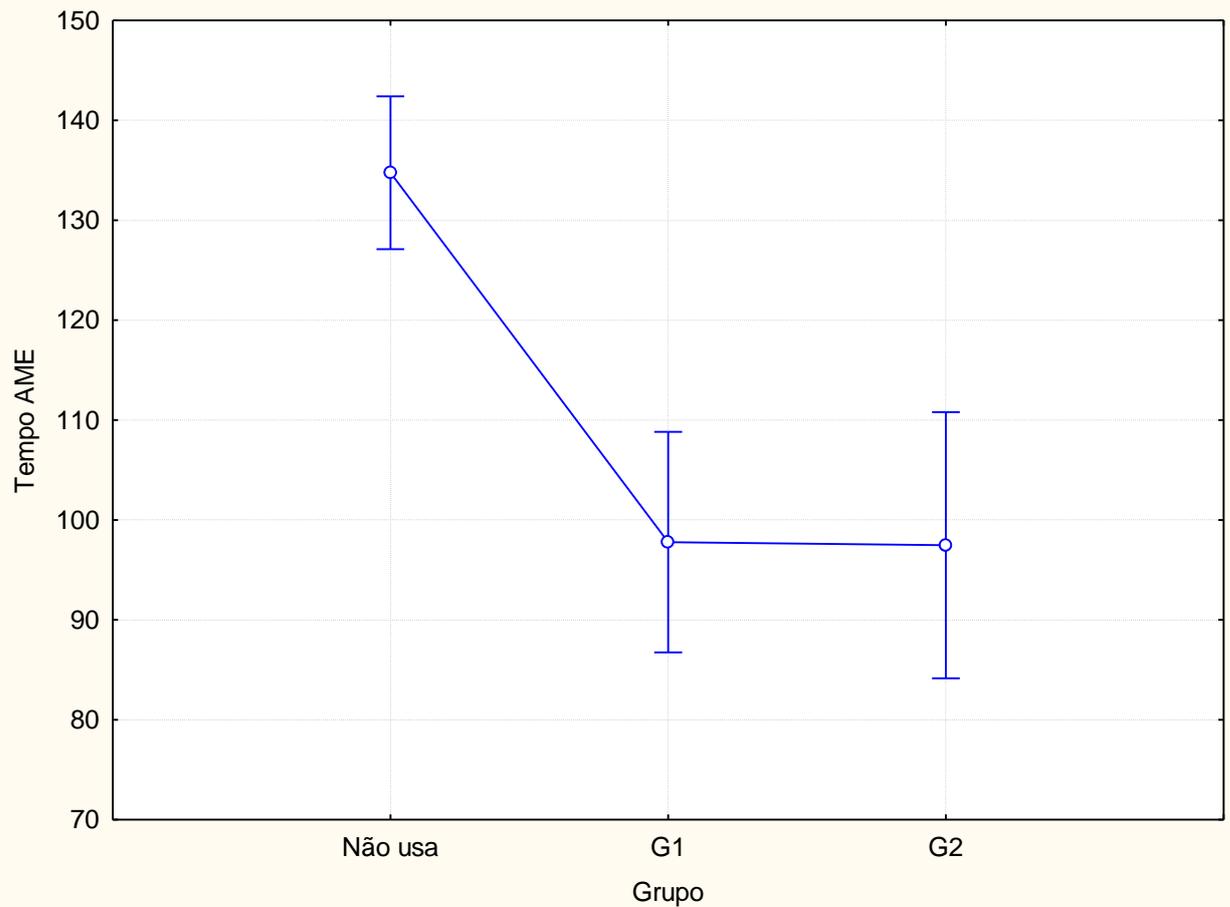


Figura 1. Análise de variância paramétrica (Teste F – ANOVA) para o tempo de AME e grupos. Maringá, Paraná, 2009.

Tabela 4. Rede de incentivo ao uso da chupeta por lactentes. Maringá, Paraná, 2009.

Incentivadores	N	%
Vontade própria da mãe	158	86,32
Avó materna	7	3,82
Pai	6	3,30
Avó paterna	3	1,63
Outros familiares	6	3,30
Médico	3	1,63
Total	183	100,0

5 CONCLUSÕES

A partir dos resultados, concluiu-se que:

- A prevalência do AME em menores de seis meses no município de Maringá foi de 30,03%, percentual aquém do preconizado pela OMS;
- Dentre os fatores determinantes do AME analisados somente a situação conjugal foi estatisticamente significativa, revelando que as mulheres com companheiro apresentaram duas vezes mais chances de amamentar exclusivamente por seis meses do que aquelas que não possuem. Dessa forma, as estratégias de saúde em prol da amamentação precisam valorizar especialmente as nutrizes sem companheiro;
- A maioria das mulheres estudadas não recebeu informação sobre amamentação na assistência pré-natal e somente 22,45% participaram de grupos de gestantes. Tal dado revela a necessidade de ações de educação em saúde sobre o tema nas UBS do município, utilizando a consulta de pré-natal e os grupos de gestantes como momentos oportunos para orientar as mulheres;
- Na maternidade, a maioria das mulheres recebeu orientação sobre amamentação, no entanto, apenas 39,16% das crianças foram amamentadas na primeira hora de vida;
- A importância do leite materno e questões sobre posicionamento e pega para amamentar foram as orientações mais citadas no pré-natal e na maternidade, respectivamente;
- No que concerne às dificuldades precoces na lactação, a maioria relatou ter apresentado algum tipo de dificuldade, destacando-se a presença de dor e fissura mamilar;
- A participação em grupos de gestantes apresentou associação estatisticamente significativa com a variável presença de dificuldades precoces na lactação, revelando que as mães que participaram destes grupos têm quase duas vezes menos chances de apresentarem dificuldades precoces para amamentar do que aquelas que não participaram dos grupos;
- O profissional enfermeiro foi destacado no apoio às nutrizes com dificuldades para amamentar, mostrando sua importância como membro da equipe de saúde da família, bem como no manejo do AM;
- Mais da metade das crianças não fazia uso de chupeta e dentre as que usavam, na maioria dos casos, esta foi introduzida no primeiro mês de vida da criança;

- Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a idade de início do uso da chupeta e o tempo de AME, no entanto foi verificada relação estatística significativa entre o tempo de AME e o uso de chupeta, assim as crianças que não usavam chupeta amamentaram exclusivamente por mais tempo do que as que usavam. Nesse sentido, os profissionais da equipe de saúde da família precisam estar preparados para realizar as orientações, desde o pré-natal, sobre os efeitos nocivos do uso da chupeta e estimular e apoiar a nutriz na prática da amamentação;
- Na maioria dos casos, a própria mãe decidiu oferecer a chupeta à criança, entretanto, o pai, as avós, as tias e o médico também foram citados como incentivadores do uso de chupeta. Assim sendo, a família deve ser inserida nas atividades de educação em saúde sobre AM;
- A pesquisa traz como limitação a impossibilidade de calcular a prevalência do AME por UBS, já que um elevado número de mulheres realizou o pré-natal em mais de uma UBS, em alguns casos, até em três diferentes. Tal fato ocorre pela mudança de endereço das mulheres, ou pela falta de médico ginecologista para realizar a consulta de pré-natal, ou ainda, por opção da mulher em realizar a consulta com médico de outra UBS;
- O Programa SisPreNatal, por ser um programa complexo e implantado recentemente no município, apresenta alguns problemas, principalmente em relação aos endereços das gestantes inscritas no mesmo. Assim, foram encontradas dificuldades para localização de várias mulheres em função de endereços incorretos ou desatualizados, o que de certa forma dificultou a coleta de dados. Nesse sentido, sugere-se que medidas sejam tomadas para que o cadastramento, cancelamento e devidas atualizações das usuárias do serviço de saúde sejam realizadas de maneira rápida e correta, a fim de que o Programa SisPreNatal possa se constituir num adequado sistema de informação sobre o pré-natal do município;
- Finalizando, o presente trabalho revelou aspectos importantes referentes à duração do AME que poderão contribuir para o monitoramento das ações de saúde e para a elaboração de novas estratégias no tocante ao AM na rede pública de saúde do município.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil. Resolução-RDC nº 221, de 5 de agosto de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 150, seção 1, de 6 de agosto de 2002.

ALMEIDA, E. A. de; MARTINS FILHO, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Rev Ciênc Méd.**, Campinas, SP, v.13, n. 4, p. 381-388, out./dez. 2004 .

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S119-S125, 2004. Suplemento.

ALMROTH, S.; MOHALE, M.; LATHAM, M.C. Unnecessary water supplementation for babies: grandmothers blame clinics. **Acta Paediatr.**, Oslo, v. 89, no. 12, p. 1408-1413, 2000.

ALVES, B. A. et al. Mães com aleitamento materno exclusivo em centro de educação infantil no local de trabalho. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 10, n. 3, p. 27-36, 2009.

ANDERSON, G. C. et al. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants: Cochrane Review. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, no. 3, 2007. Update Software.

ANDRADE, I. G. M. de; TADDEI, J. A. de A. C. Determinantes socioeconômicos culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. **Rev Paul Pediatr.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 8-16, fev. 2002.

AUDI, C. A. F.; CORRÊA, M. A. S.; LATORRE, M. R. D. O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactente até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Rev Bras Saude Matern Infant.**, Pernambuco, v.3, n. 1, p. 85-93, 2003.

BERCINI, L. O. et al. Alimentação da criança no primeiro ano de vida em Maringá, PR. **Ciencia Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, p. 404-410, 2007. Suplemento 2.

BONUICK, K. A. et al. Randomized, Controlled Trial of a Prenatal and Postnatal Lactation Consultant Intervention on Duration and Intensity of Breastfeeding up to 12 Months. **Pediatrics**, Springfield, v. 116, no. 6, p. 1413-1426, 2005.

BRANCO, A. S.; BASTARDO, C.; ALBUQUERQUE, M.; OLIVEIRA, G. Aleitamento materno: prática hospitalar e o sucesso das medidas de implementação do aleitamento materno até aos 6 meses de vida. **Acta Pediatr Port.**, Lisboa, v. 35, n. 5/6, p. 441-447, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Programa Saúde da Família. **Manual de Enfermagem**. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília, DF, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança. Aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF, 2009a. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil**. Brasília, DF, 2009c.

BRASIL. **Informações de Saúde: estatísticas vitais**. 2009d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>>. Acesso: 22 ago 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília, DF, 2011.

BYSTROVA, K.; IVANOVA, V.; EDHBORG, M.; MATTHIESEN, A. S.; RANSJÖ-ARVIDSON, A. B.; MUKHAMEDRAKHIMOV, R.; UVNÄS-MOBERG, K.; WIDSTRÖM, A. M. Early contact versus separation: effects on mother–infant interaction one year later. **Birth.**, Malden, v. 36, no. 2, p. 97- 109, 2009. DOI:10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x.

CARDOSO, L. O. et al. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica, Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p. 47-153, 2008.

CASTILHO, S. D.; ROCHA, M. A. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 6, p. 480-489, 2009.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. **Epi Info. version 3.4**. Atlanta: CDC, 2007.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. O.; CESAR, C. C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 3, p. 241-246, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996. Resolução nº. 196 de 1996.

- COTRIM, L. C.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Boa Vista, v. 2, n. 3, p. 245-252, 2002.
- DEMITTO, M. O.; SILVA, T. C.; PÁSCHOA, A. R. Z.; MAHIAS, T. A. F.; BERCINI, L. O. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Rev. RENE**, Fortaleza, 11, p. 223-229, 2010. Número especial.
- DIGIROLAMO, A. M.; GRUMMER-STRAWN, L. M.; FEIN, S. B. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. **Pediatrics**. Springfield, v.122, no. 2, p. S43, 2008.
- EDMOND, K. M. et al. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. **Pediatrics**, Springfield , v. 117, p. 380-386, 2006.
- FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 19, n. 5, p.623-630, 2006.
- FALEIROS, J. J. et al. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 482-489, 2005.
- FARIA, D. G. S.; ZANETTA, D. M. T. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. **Arq Ciênc Saúde**, Umuarama, v. 15, n. 1, p. 17-23, 2008.
- FRANÇA, M. C.; GIUGLIANI, E. R. J. ; OLIVEIRA, L. D.; WEIGERT, E. M. L.; SANTO, L. C. do E. L. C.; KOHLER, C. V. et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 607-614, 2008.
- FRANCISQUINI, A. R. et al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciencia Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 743-751, 2010.
- GAÍVA, M. A. M.; MEDEIROS, L. da S. Lactação insuficiente: uma proposta de atuação do enfermeiro. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 255-262, 2006.
- GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 76, n. 3, p. S238-S252, 2000. Suplemento.
- GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, 147-154, 2004.
- HERNÁNDEZ AGUILAR, MT; MUÑOZ GUILLÉN, A.; LASARTE VELILLAS, J. J.; García Vera, C.; DÍAZ MARIJUAN, C.; MARTÍN CALAMA, J. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. **Rev Pediatr Atención Primaria**, Madrid, v. 6, n. 21, p. 19-37, 2004.
- HOWARD, C. R. et al. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. **Pediatrics**, Springfield , v. 103, p. 659, 1999.

- IBGE. **Cidades@ Maringá – PR**. Estimativas de população. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>>. Acesso em: 22 mar. 2011.
- INGRAM, J.; JOHNSON, D.; GREENWOOD, R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support fathers and families. **Midwifery**, Edinburgh, v. 18, p. 87-101, 2002.
- JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, Minneapolis, v. 362, p. 65-71, 2003.
- KRONBORG, H.; VAETH, M. How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems na breastfeeding duration? **Birth**, New York, v. 36, p. 34-42, 2009.
- LAMOUNIER, J. A. O efeito e bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 284-86, 2003.
- LIMA, T. M.; OSÓRIO, M. M. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. **Rev Bras Saude Mater Infant.**, Recife, v. 3, p. 305-314, 2003.
- LONGO, G. Z. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e seus determinantes em crianças menores de seis meses em Maringá, 2009. ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO – ENAM, 11; I ENCONTRO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL – ENACS, 1., 2010, Santos. **Resumo...** Santos: [s.n.], 2010.
- MANTRONE, A. V. G.; ARANTES, C. I. S.; NASSAR, A. C. S.; ZANON, T. Trauma mamilar e a prática de amamentar: estudo com mulheres no início da lactação. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 168-174, 2006.
- MARINGÁ. Centro de Informação em Saúde. **Sispenatal**: Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Maringá, 2006.
- MARINGÁ. Secretaria de Saúde de Maringá. Centro de Informação em Saúde. **Informações úteis para as unidades de saúde**. Disponível em: <http://saude.maringa.pr.gov.br/index.php?id=info_para_ubs>. Acesso em: 21 fev. 2011.
- MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; MAGALHÃES, K. A.; SANT'ANA, L. F. R.; GOMES, A. P.; BATISTA, R. S. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 159, n. 1, p. 1391-400, 2010.
- MATTAR, C. N. et al. Simple Antenatal Preparation to Improve Breastfeeding Practice: a Randomized Controlled Trial. **Obstet Gynecol.**, New York, v. 109, no. 1, p. 73-80, 2007.
- MIKUNI, A. S. **Amamentar é um ato especial**: concepções sobre aleitamento materno entre puérperas de um hospital privado. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)- Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

MURRA, Y. E. K.; RICKETTS S.; DELLAPORT, J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. **Birth**, New York, v. 34, p. 202-211, 2007.

NARCHI, N. ; FERNANDES, R. A. Q.; DIAS, L. ; NOVAIS, D. H. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 87-94, 2009.

O'CONNOR, N. R.; TANABE, K. O.; SIADATY, M. S.; HAUCK, F. R. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, Chicago, v. 163, p. 378-382, 2009.

OLIVEIRA, M. I.; CAMACHO, L. A.; SOUZA, I. E. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1901-1910, 2005.

ORTEGA GARCÍA, J. Á.; PASTOR TORRES, E.; MARTÍNEZ LORENTE, I.; BOSCH GIMENEZ, V.; QUESADA LOPES, J. J.; HERNÁNDEZ RAMÓN, F. et al. Proyecto Malama em La Región de Murcia (España): médio ambiente y lactancia maternal. **An Pediatr.**, Barcelona, v. 86, n. 5, p. 447-453, 2008.

PARANÁ. Departamento Oficial de Imprensa do Estado do Paraná. **Diário Oficial do Governo do Estado**. Curitiba. Disponível em: <<https://www.documentos.dioe.pr.gov.br/dioe/consultaPublicaPDF.do?action=pgLocalizar&enviado=true&diarioCodigo=3&dataInicialEntrada=14%2F07%2F2009&dataFinalEntrada=&numero=&search=lei+n%BA+16.176&submit=Localizar>>. Acesso em: 2 set. 2011.

PARIZOTO, G. M. et al. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 85, n. 3, p. 201-208, 2009.

PEREIRA, G. S. et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 457-466, 2000.

PEREIRA, R. S. V. P.; OLIVEIRA, M. I. C.; ANDRADE, C. L. T.; BRITO, A. S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, 2010.

PISACANE, A.; CONTINISIO, G. I.; ALDINUCCI, M.; D'AMORA, S.; CONTINISIO, P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. **Pediatrics**, Springfield, v. 116, no. 4, p. 494-498, 2005.

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

ROIG, A. O. et al. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 80-85, 2010.

ROWE-MURRAY, H. J.; FISHER, J. R. W. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. **Birth**, New York, v. 29, p. 124-130, 2002.

SANABRIA, M. et al. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 76, n. 5, p. 1-5, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=50370-41062005000500013&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 27 mar. 2009.

SANDES, A. R.; NASCIMENTO, C.; FIGUEIRA, J.; GOUVEIA, R.; VALENTE, S.; MARTINS, S.; CORREIA, S.; ROCHA, E.; SILVA, L. J. Aleitamento materno: prevalência e fatores determinantes. **Acta Med Port.**, Lisboa, v. 20, p. 193-200, 2007

SANDY, J. M.; ANISFELD, E.; RAMIREZ, E. Effects of a Prenatal Intervention on Breastfeeding Initiation Rates in a Latina Immigrant Sample. **J Hum Lact.**, Charlottesville, v. 25, no. 4, p. 404-411, 2009.

SAS Institute Inc. (1999-2001). **SAS** (*Statistics analysis system*). Cary: Institute Inc. 1999-2001. version 9.1.3.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ. **Centro de Informação em Saúde**. Disponível em: <<http://saude.maringa.pr.gov.br>>./ Acesso em: 8 ago 2011.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F.; PEREIRA, M. G. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 613-621, 2002.

SERTÓRIO, S. C.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão das mães. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, p. 156-162, 2005.

SILVA, A. P.; SOUZA, N. Prevalência do aleitamento materno. **Rev Nutr Campinas**, Campinas, SP, v. 18, n. 3, p. 301-310, 2005.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 69-77, 2006.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Rev Nutr.**, Campinas, SP, v. 17, n. 4, p. 437-447, 2004.

SOARES, M. E. de M.; GIUGLIANI, E. R. J.; BRAUN, M. L.; SALGADO, A. C. N.; OLIVEIRA, A. P.; AGUIAR, P. R. de. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatría**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

STATSOFT, Inc. (2007). **Statistica**: (data analysis software system), version 8.0. Disponível em: <www.statsoft.com>. Acesso em: 12 jun. 2011.

SU, L. L. et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomized controlled Trial. **BMJ**, London, v. 335, no. 7620, p. 1-7, 2007.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, S. R. J.; KUMMER, S. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Rev Saude Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 141-147, 2005.

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**, Boa Vista, v. 5, n. 2, p.155-162, 2005.

VENÂNCIO, S. Y. **Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do Estado de São Paulo**. 2002. Tese (Doutorado)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

VIEIRA, G. O.; MARTINS, C. C.; VIEIRA, T. O.; OLIVEIRA, N. F.; SILVA, L. R. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 86, n. 5, p. 441-444, 2010..

VOLPATO, S. E. et al. Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão, (SC). **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 38, n. 1, p. 49-55, 2009.

WEISS, J. N. et al. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self efficacy and - breastfeeding duration. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, Philadelphia, v.35, no. 5, p. 616-624, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **Lancet**, Minneapolis, v. 355, p. 451-455, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva, 2001a. Document A54/ 7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde (Brasil). **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Brasília, DF: OPAS, 2001b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic Reviews and Meta-Analyses**. Gebebra, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Entrevista nº _____ Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO:

1. Endereço: _____ 2. UBS: _____
 3. Data de Nascimento: ____/____/____ 4. Tempo de estudo (em anos): _____
 5. Renda familiar (em salários mínimos*):
 menos de 1 1 a 2 mais de 2 a 4 mais de 4 (R\$ 663,00)
 6. Quantas pessoas vivem dessa renda? 2 3 4 5 ou mais
 7. Situação conjugal: solteira casada divorciada viúva união estável
 8. Possui experiência prévia com o AM? não sim

SAÚDE (PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL):

9. Local de realização do pré-natal: _____ 10. Número de consultas de pré-natal: _____
 11. Tipo de parto: vaginal cesárea 12. Hospital: _____

RECÉM-NASCIDO:

13. Idade: _____ (meses) 14. Data de nascimento: ____/____/____.
 15. Idade gestacional: _____ (semanas) 16. Peso ao nascer: _____ (gramas)

AMAMENTAÇÃO:

17. A sra. recebeu alguma orientação sobre amamentação no pré-natal? não sim
 18. Quais?
 importância/vantagens do leite materno tempo de amamentação exclusiva tempo de amamentação
 problemas mais comuns posicionamento e pega correta bicos artificiais
 outra orientação _____ não se aplica
 19. Quem forneceu essas orientações? médico enfermeiro técnico/aux.enf. ACS
 outro _____ não se aplica
 20. A sra. participou de grupos/palestras sobre amamentação no pré-natal? não sim
 21. A sra. procurou outros meios para receber informações sobre amamentação? não sim
 22. Quais?
 internet palestras cursos para gestantes revistas livros TV
 conversas com parentes, amigos outros _____ não se aplica

23. Recebeu orientações sobre amamentação na maternidade? () não () sim

24. Quais?

- () importância do leite materno () tempo de amamentação exclusiva
 () tempo de amamentação () problemas mais comuns
 () posicionamento e pega correta () bicos artificiais
 () outra orientação _____ () não se aplica

25. Quem forneceu?

- () obstetra () pediatra () enfermeiro () técnico/aux. enf. () outro _____ () não se aplica

26. O seu filho foi amamentado na primeira hora pós-parto? () não () sim

27. No início da amamentação teve dificuldades/problemas para amamentar? () não () sim

28. Quais?

- () ingurgitamento () rachadura mamilar () pouco leite
 () infecção mamilar () recusa do bebê
 () dor () leite não desceu () outro _____ () não se aplica

29. A sra. recebeu ajuda para solucionar os problemas encontrados?

- () não () sim () não se aplica

30. Quem ajudou?

- () esposo/companheiro () mãe () sogra () vizinhas/amigas () ACS () Téc/aux. enf.
 () enfermeiro () médico () outro _____ () não se aplica

31. A sra. recebeu a visita da ACS ou outro profissional da UBS no retorno para casa após o parto?

- () não () sim

32. Quando esta visita ocorreu? () na 1ª semana de vida do bebê () nos primeiros 15 dias

- () no primeiro mês de vida () outro período _____ () não se aplica

33. Seu bebê fez/faz uso de chupeta? () não () sim

34. Quem orientou? () esposo/companheiro () mãe () sogra () vizinhas/amigas () ACS

- () Téc/aux. enf. () enfermeiro () médico () outro _____ () não se aplica

35. Com qual idade (dias) seu bebê começou a fazer uso de chupeta? _____ () não se aplica

36. Por quanto tempo a sra. amamentou exclusivamente seu filho (em dias)? _____

37. Quais os motivos que levaram a sra. a interromper o aleitamento materno exclusivo?

- () término da licença maternidade () pouco ganho de peso do bebê () problemas com a mama
 () orientação médica () outro _____ () não se aplica

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: ALEITAMENTO MATERNO ENTRE USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM MUNICÍPIO DA REGIÃO DO SUL DO BRASIL

O presente trabalho tem por objetivo analisar o aleitamento materno na rede pública de saúde do município de Maringá, Paraná. Desta forma, propomos a realização de uma entrevista seguindo um instrumento composto por questões relacionadas ao tema de estudo. Os nomes das participantes serão mantidos em sigilo. A sua participação se dará por meio da participação na entrevista, após esclarecimento sobre a pesquisa. Tal participação não acarretará qualquer tipo de risco ou desconforto, e suas respostas serão analisadas posteriormente, resguardando sua identidade, no caso de divulgação científica dos resultados. Este estudo tem caráter totalmente **voluntário**, tendo você a liberdade de recusar a participar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização ou ônus. Comprometemo-nos, assim a prestar todas as informações necessárias para seu pleno esclarecimento, agradecendo desde já a sua colaboração.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a pesquisadora, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, participar do mesmo.

Maringá, ____/____/____
Assinatura da participante

Eu, Marcela de Oliveira Demitto, declaro que forneci todas as informações necessárias para esclarecimento sobre o estudo e decisão voluntária da participação dos alunos.

Maringá, ____/____/____
Assinatura do pesquisador

Equipe:

1 – Nome: Prof^a Dr^a Luciana Olga Bercini Telefone (44) 3011-4548
Avenida Colombo nº 5790 Maringá – CEP 87020-900

2 – Nome: Marcela de Oliveira Demitto Telefone (44) 9135-4166
Av Cidade de Leiria nº 529 ap.61 Maringá – CEP 87013-280

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Vivos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Biblioteca Central – Campus Central – Telefone: (44) 3011-4444.

ANEXOS

ANEXO A



Ofício nº1092/2010

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CECAPS
Centro de Formação e Capacitação
Permanente dos Trabalhadores da Saúde

Maringá, 27 de maio de 2010.

Senhora Coordenadora

Informamos que foi autorizada a realização da pesquisa:

“Aleitamento materno na rede pública de saúde no município de Maringá-Pr.” a ser realizada no Centro de Informações em Saúde - CIS dessa Secretaria Municipal da Saúde.

Informamos ainda que a coleta dos dados pretendidos somente se dará após avaliação e aprovação do COPEP.

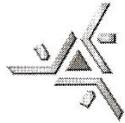
Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente


Nelly Lopes de Moraes Gil
Coordenadora CECAPS

Ilma. Professora
Dra. Luciana Olga Bercini
Coordenadora do projeto de pesquisa
Universidade Estadual de Maringá UEM

ANEXO B



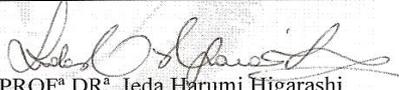
Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

CAAE N°. 0176.0.093.000-10

PARECER N°. 256/2011

Pesquisadora Responsável: Luciana Olga Bercini	
Centro/Departamento: CCS/Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: Aleitamento materno na Rede Pública de Saúde no Município de Maringá – Paraná	
Considerações:	
<p>Trata-se de um protocolo previamente aprovado por este comitê. A presente submissão se refere à solicitação de emenda ao protocolo original, modificando a metodologia inicial, que constava da realização das visitas domiciliares para a aplicação do questionário. No início da pesquisa acreditou-se não haver problemas para a coleta de dados, porém após o primeiro mês as dificuldades foram aparecendo, como: mulheres sem nenhum contato telefônico para que a visita pudesse ser agendada, mulheres ativas no mercado de trabalho, o que muitas vezes impediu a pesquisadora de encontrá-las em casa; endereços muito distantes uns dos outros, demandando tempo. A pesquisadora informa que a entrevista será por telefone e assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será lido e, após a anuência da entrevistada, será realizada a entrevista (todos os registros incluindo a anuência serão aprovados). Nos casos de dificuldade de contato telefônico com a mãe, ou seja, telefone com sinal de ocupado, ninguém atendendo ou ainda, a mãe ausente da casa, será tentado o contato por três vezes em dias da semana diferentes e turnos distintos (manhã, tarde e noite). Na impossibilidade da realização da entrevista por telefone, optar-se-á pela visita domiciliar. Outra modificação solicitada é quanto ao número total de entrevistadas. O cálculo amostral foi refeito, devido a algumas mudanças ocorridas no cadastramento das mulheres no Programa SisPreNatal, de modo que o número aumentou de 362 mulheres para 378, garantindo assim, maior confiabilidade aos resultados.</p> <p>Como consta a informação de que serão gravadas as entrevistas, o aceite e o nome da mãe entrevistada, sugere-se que se altere o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo que as gravações serão descartadas ou excluídas, após a utilização dos dados.</p> <p>Face ao exposto e considerando que a presente emenda não representa qualquer comprometimento da adequação ética do protocolo já aprovado, este comitê se manifesta por aprovar a emenda em tela.</p>	
Situação: EMENDA APROVADA	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 10/06/2011.	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução n°. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 218ª reunião do COPEP em 10/6/2011.</p>	 PROFª. DRª. Ieda Harumi Higashashi Presidente do COPEP