



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANADÉLIA LIASCHI DUCCI

**PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E PRÁTICAS
ALIMENTARES EM MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO
DE ROLÂNDIA-PR**

Londrina
2010

ANADÉLIA LIASCHI DUCCI

**PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E PRÁTICAS
ALIMENTARES EM MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO
DE ROLÂNDIA-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde (Mestrado Profissional) da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

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

Londrina
2010

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

D824p Ducci, Anadélia Liaschi.

Prevalência do aleitamento materno e práticas alimentares em menores de um ano no município de Rolândia-PR / Anadélia Liaschi Ducci. – Londrina, 2010.

113 f. : il.

Orientador: Marli Terezinha Oliveira Vannuchi.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2010.

Inclui bibliografia.

1. Aleitamento materno – Teses. 2. Amamentação – Teses. 3. Lactentes – Desmame – Teses. 4. Lactentes – Nutrição – Teses. 5. Alimentos para bebês – Avaliação – Teses. I. Vannuchi, Marli Terezinha Oliveira. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. III. Título.

CDU 613.287.8

ANADÉLIA LIASCHI DUCCI

**PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E PRÁTICAS
ALIMENTARES EM MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO DE
ROLÂNDIA-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde (Mestrado Profissional) da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marli Terezinha Oliveira Vannuchi
UEL – Londrina – PR

Profa. Dra. Mauren Teresa Grubisich Mendes
Tacla
UEL – Londrina – PR

Profa. Dra. Ana Maria Rigo Silva
UEL – Londrina – PR

Londrina, 10 de novembro de 2010.

Dedicatória

Ao meu Deus do Impossível, que tornou possível o sonho do mestrado, que me deu forças para executar esse valioso trabalho e coragem para continuar apesar dos obstáculos.

A Ele todo meu louvor e glória.

Aos meus pais Paulo (em memória) e à minha querida e heroína mãe Amélia, que com amor, dedicação e perseverança amamentou a mim e à minha irmã gêmea por quase três anos.

Serei eternamente grata.

Ao Francisco, querido esposo, companheiro e conselheiro pelo carinho e compreensão durante todo este trabalho.

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof^a Marli T. O. Vannuchi,
pelos preciosos conselhos, pela paciência,
por incentivar-me quando faltava força e por
conduzir-me à luz de sua sabedoria e experiência,
tornando a caminhada mais proveitosa.

À Prof^a Sarah N. D. Hegeto de Souza
pela prontidão e prestatividade imprescindíveis .

À minha família,
que apesar da distância esteve sempre
na torcida pela minha vitória.

Aos Agentes Comunitários de Saúde
pela unânime adesão à pesquisa e por compreenderem
a importância da mesma para o município.

Aos enfermeiros Marcelo, Ana Paula
e às acadêmicas de Enfermagem
Luma, Ana Clara, Elizabeth e Elizângela
pelo auxílio voluntário à pesquisa.

Às Enfermeiras das unidades de Saúde
que colaboraram com a supervisão da pesquisa.

Ao Setor de Vigilância Epidemiológica
e às colegas de trabalho
pela compreensão e
auxílio nos momentos de ausência.

À Secretaria Municipal de Saúde,
em especial à secretária de saúde Tânia Maria Aroceno,
pelo apoio estrutural e logístico.

À coordenação do projeto Amamentação e municípios
pela autorização da participação na pesquisa.

À amiga Silvana
meu muito obrigada pelo auxílio amigo
em todas as etapas do estudo.

Aos amigos Tânia e Marcos
pela imensa colaboração durante o
treinamento e a coleta.

Às amigas de faculdade Tati, Tha e Re
por me ouvir, aconselhar e incentivar.

À Prof^a Tiemi Matsuo
pelo empenho valioso nas análises estatísticas.

À Édna, Vilma, Clarice e Alessandra
pelo apoio, orientação e empenho nas correções.

A todos os professores do Mestrado
em Gestão de Serviços de Saúde
pela formação de novos conhecimentos.

Aos colegas do Mestrado
pela convivência e pelas experiências compartilhadas.

Em especial à Denise
pelo auxílio e pelas palavras de incentivo.

Aos que não foram citados nominalmente
mas que de alguma forma colaboraram
para a concretização deste trabalho.

*Assim poderão amamentar-se nela até ficarem
satisfeitos com a consolação que ela tem;
sugarão com satisfação a abundância do seu seio.*

(Is 66,10-14)

DUCCI, Anadélia Liaschi. **Prevalência do aleitamento materno e práticas alimentares no primeiro ano de vida no município de Rolândia-PR**. 2010. 105 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

Para que se alcance crescimento e desenvolvimento satisfatórios no primeiro ano de vida, é necessário que as práticas alimentares sejam adequadas. Pesquisas representativas sobre a situação da amamentação e práticas alimentares no Brasil vem sendo desenvolvidas desde a década de 1980. Este estudo teve por objetivo analisar a situação do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de um ano na cidade de Rolândia-PR. A metodologia utilizada foi desenvolvida pelo Projeto Amamentação e Municípios, do Instituto de Saúde de São Paulo. A população constituiu-se de todas as crianças menores de um ano residentes no município que foram vacinadas durante a campanha contra a poliomielite em setembro de 2009. Aplicou-se aos acompanhantes dessas crianças, no momento da vacinação, um questionário de avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida. Para a digitação dos dados, utilizou-se um aplicativo *on-line* e, após, exportaram-se as informações para o programa SAS 9.0, para a análise. Verificou-se o aleitamento materno exclusivo em 47,9% dos lactentes menores de quatro meses e em 36,8% em menores de seis meses. A prevalência do aleitamento materno predominante foi de 14,2% em menores de quatro meses e de 11,6% em menores de seis meses. Os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo foram o não uso de chupeta ($p < 0,001$), a não introdução de mamadeira ($p < 0,001$) e a escolaridade materna de nível superior e médio ($p = 0,03$). Das crianças menores de seis meses, 63,2% receberam outros líquidos e alimentos. Observou-se prevalência do aleitamento materno de 63,8% para as crianças de seis a nove meses e de 51,6% para as de nove a doze meses. Das crianças menores de seis meses, 63,2% receberam outros líquidos e alimentos. Com relação às crianças de seis a doze meses, o consumo de legumes e verduras esteve associado às mães com mais de 20 anos ($p = 0,008$), que possuíam maior escolaridade ($p = 0,036$) e que não trabalhavam fora ($p = 0,001$). As mulheres com mais de 20 anos ainda apresentaram maior probabilidade de oferecer sucos industrializados ($p = 0,002$) e refrigerantes ($p = 0,001$). Com relação às crianças menores de um ano, 9,8% consumiram refrigerante, 10,9% consumiram café, 41,5% consumiram alimentos adoçados e 72,7% consumiram bolachas/salgadinhos nas 24 horas que antecederam a pesquisa. O não uso de mamadeira e chupeta esteve associado aleitamento materno ($p < 0,001$). As mães que não trabalhavam fora ou que eram múltíparas tinham mais chance de amamentar ($p < 0,001$). Apesar das taxas de aleitamento encontradas no município estarem aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, apresentaram-se superiores àquelas obtidas em municípios com melhor estrutura de apoio e incentivo ao aleitamento. A alimentação complementar da criança maior de seis meses está inadequada. Estes dados poderão subsidiar as iniciativas dos gestores deste município para a implantação de políticas públicas efetivas para a alimentação infantil.

Palavras-Chave: Aleitamento Materno. Inquéritos Nutricionais. Alimentação Complementar.

DUCCI, Anadélia Liaschi. **The prevalence of breastfeeding and feeding practices in the first year of life in the municipality of Rolândia-PR.** 2010. 105 f.

Dissertation (Master's Degree in Management of Health Services) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ABSTRACT

In order to achieve a satisfactory growth and development in the first year of life is necessary that the feeding practices are appropriated. Representative researches about the breastfeeding situation and feeding practices in Brazil have been developed since 1980. This study aimed to analyze the situation of breastfeeding and complementary feeding in infants with less than one year old at the city of Rolândia – PR. The methodology used in this study, were developed by the Breastfeeding Project and Municipalities, of the São Paulo Healthy Institute. The population consisted in all children younger than one year that live in this municipality and was vaccinated during the campaign against polio in September 2009. At the time of the vaccination, an application form was applied to the children caregivers to evaluate the food practice in the first year of life. For data entry, was used an online application and, afterwards the information was exported to the program SAS 9.0 to be analyzed. There was exclusive breastfeeding for 47,9% of the infants under four months old and for 36,8% under six months old. The prevalence of predominant breastfeeding was 14,2% for infants under four months and 11,6% in infants under six months. The factors associated to the exclusive breastfeeding were the avoidance of the use of pacifiers ($p < 0,001$), the avoidance of the introduction of the bottle ($p < 0,001$) and the mother's medium and higher education ($p = 0,03$). In children less than six months, 63,2% received others liquids and food. It was noticed the prevalence of breastfeeding of 63,8% for children aged from six to nine months and 51,6% for the nine to twelve months. In regards to children from six to twelve months, consumption of vegetables was associated to mothers over 20 years old ($p = 0,008$), which had higher education ($p = 0,036$) and that didn't work ($p = 0,001$). Women over 20 years were also more likely to offer industrialized juices ($p = 0,002$) and soft drinks ($p = 0,001$). In children under one year old, 9,8% consumed soft drinks, 10,9% consumed coffee, 41,5% consumed sweetened foods and 72,7% consumed biscuit/chips in the 24 hours preceding the survey. The not use of bottles and pacifiers were associated to the exclusive breastfeeding ($p < 0,001$). The mothers who didn't work or the multiparous ones had more chance to breastfeeding ($p < 0,001$). Although the rates of breastfeeding found in this municipality were below the recommended by the World Health Organization, they were superior to municipalities with better support structure and incentive to breastfeeding. The complementary feeding of the children over six months is inadequate. These data may support the initiatives of these municipalities managers to implement an effective public policies for infant feeding.

Keywords: Breastfeeding. Nutritional Surveys. Complementary feeding.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 Fatores associados ao AME em crianças abaixo de quatro meses, em Rolândia-PR, Brasil – 200943

Tabela 2 Fatores associados ao AME em crianças menores de seis meses, em Rolândia-PR, Brasil – 200945

ARTIGO 2

Tabela 1 Distribuição das crianças menores de um ano segundo variáveis que caracterizam as crianças e as mães, Rolândia-PR, Brasil – 200963

Tabela 2 Fatores associados ao AM em crianças menores de um ano, em Rolândia-PR, Brasil – 200965

Tabela 3 Distribuição de alimentos diferentes do leite materno recebidos pelas crianças menores de 12 meses, em Rolândia-PR, Brasil – 2009.....67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AMAMUNIC	Projeto Amamentação e Municípios
AMCo	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DF	Distrito Federal
ENDEF	Estudo Nacional de Despesas Familiares
HAC	Hospital Amigo da Criança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNMIPF	Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
Ripsa	Rede Interagencial de Informação para a Saúde
RN	Recém-nascido
SAS	Statistical Analysis System
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SMAM	Semana Mundial de Aleitamento Materno
SRO	Sais de Reidratação Oral

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3 METODOLOGIA	25
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	25
3.2 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DO ESTUDO	25
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	26
3.4 PERÍODO DO ESTUDO	27
3.5 FONTE DE DADOS	27
3.6 COLETA DE DADOS	27
3.6.1 Instrumento de Coleta de Dados	28
3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO	29
3.7.1 Variáveis Dependentes	29
3.7.2 Variáveis Independentes	30
3.8 PROCESSO E ANÁLISE DOS DADOS	32
3.9 ASPECTOS ÉTICOS	32
4 ARTIGOS	33
4.1 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MENORES DE SEIS MESES EM MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ	34
4.2 ALEITAMENTO MATERNO E PRÁTICAS ALIMENTARES EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA, ESTADO DO PARANÁ	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
6 REFERÊNCIAS	82

APÊNDICES	86
APÊNDICE A – ADESIVO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA	87
APÊNDICE B – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA À SECRETARIA DE SAÚDE DE ROLÂNDIA	88
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	89
ANEXOS	90
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	91
ANEXO B – CATEGORIAS E FAIXAS ETÁRIAS UTILIZADAS COMO BASE DE CÁLCULO DA PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	93
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEL	96
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE ROLÂNDIA	97
ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética da Secretaria de Saúde de São Paulo	98
ANEXO F – Normas de Publicação de Trabalhos da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	99
ANEXO G – Normas de Publicação de Trabalhos da Revista Brasileira de Epidemiologia	103

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está sendo apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão de Serviços de Saúde, Mestrado Profissional do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

O Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde tem por objetivo a formação de pessoal qualificado para o exercício das atividades de ensino, pesquisa, gestão e desenvolvimento na área de Saúde Coletiva. O Programa permite que a dissertação possa ser desenvolvida em dois formatos: formato tradicional ou no formato de artigo.

Optou-se pelo formato de artigo e a dissertação foi subdividida em três seções.

A primeira seção foi elaborada no formato tradicional contendo a introdução, na qual apresenta-se o tema, o problema, o referencial teórico que embasa o estudo e a sua justificativa. A seguir, são apresentados os objetivos e a metodologia.

A segunda seção consta da apresentação de dois artigos completos seguido das normas dos periódicos selecionados para submissão do estudo à publicação, a saber:

- ▶ **ARTIGO 1:** Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses em município do Norte do Paraná.
- ▶ **ARTIGO 2:** Aleitamento materno e práticas alimentares em crianças menores de um ano no município de Rolândia, Estado do Paraná.

A terceira seção contempla as considerações finais, referências citadas na primeira seção, anexos e apêndices da dissertação.

1 INTRODUÇÃO

O leite humano é comprovadamente o melhor alimento a ser oferecido no início da vida da espécie. Os benefícios são inúmeros e vão desde a proteção imunológica e desenvolvimento cognitivo até o favorecimento do vínculo psicoafetivo entre mãe e filho (SENTONE, 2006).

A sua composição se modifica durante as mamadas e de acordo com o período de vida do lactente. Além da água que é o nutriente presente em maior quantidade (87%), contém proteínas, carboidratos, lipídios, elementos minerais, hormônios, enzimas, fatores específicos, entre outros constituintes (VANNUCHI, 2006).

As proteínas, carboidratos e lipídeos são os principais responsáveis pelo aporte de energia do leite humano. Além disso, possui vitaminas (A, D, B6), e minerais (cálcio, ferro e zinco) que promovem crescimento, desenvolvimento, proteção, adequada digestão e imunidade do lactente (BUTTE; LOPEZ-ALARCON; GARZA, 2002). O conteúdo mineral do leite humano representa um terço daquele observado no leite bovino, porém em quantidade suficiente para a criança (CALIL; VAZ, 2008).

O Ministério da Saúde (MS), em documento utilizado pelas equipes de Saúde da Família, dispõe de resultados de diversas pesquisas que mostram a importância do leite materno pela sua superioridade sobre leites de outras espécies, além de prevenir desde doenças agudas, como diarreia e alergias, até doenças que afetam os indivíduos a longo prazo, como hipertensão, diabetes e obesidade. O documento também apresenta os benefícios psicológicos que o leite materno oferece tanto para a criança como para a mãe (BRASIL, 2009b).

A efetiva proteção do aleitamento contra a mortalidade infantil é referendada por diversos estudos. O aleitamento materno pode, isoladamente, evitar 13% das mortes em menores de cinco anos e está comprovadamente associado a benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e diminuição de diarreia (JONES et al, 2003). Lactantes não amamentados correm risco dez vezes maior de morrer do que aqueles que receberam aleitamento materno predominante (BAHL et al., 2005).

Estudos evidenciam o acometimento de várias doenças quando a criança não é amamentada. A ausência da amamentação foi associada ao maior risco de asma (GLUSHKOVA; GRJIBOVSKI, 2008; KARMAUS et al., 2008), além do maior tempo de internação nos casos de pneumonia (TIEWSOH et al., 2009). Em crianças amamentadas por menos de um mês, o risco de bronquiolite foi sete vezes o risco de crianças amamentadas ao longo de 30 dias completos (ALBERNAZ et al, 2003).

O estudo de Vieira, Silva e Vieira (2003) realizado em município do Nordeste do Brasil, detectou alta taxa de prevalência de amamentação e precárias condições de vida. Também foi detectado que as crianças não amamentadas exclusivamente possuíam 82% mais de probabilidade de ter diarreia. Antunes et al. (2008) encontraram fator protetor no aleitamento materno (AM) para infecções intestinais e urinárias.

Outros benefícios importantes do AM envolvem o desenvolvimento da musculatura e ossatura bucal da criança. Crianças que não são amamentadas ou o são por menos de três meses têm maior risco de desenvolver hábitos orais deletérios que as crianças amamentadas por mais tempo (TRAWITZKI et al., 2005).

Quanto aos efeitos a longo prazo, evidenciou-se, em estudo de revisão, o efeito da amamentação em indivíduos que apresentavam pressão arterial mais baixa, nível mais baixo de colesterol e risco menor de apresentar diabetes tipo 2 (HORTA et al., 2007). Antunes et al. (2008) constataram prevenção de otite e outros benefícios a longo prazo, como diminuição de risco para doenças cardiovasculares e redução ou adiamento do diabetes.

A relação do aleitamento materno com a saúde da mulher é destacada em alguns estudos que demonstraram efeito protetor contra o câncer de mama, alguns tipos de câncer de ovário, artrite reumatóide, recuperação do peso pré-gestacional, maior espaçamento das gestações e menor sangramento pós-parto devido à involução uterina mais rápida provocada pela liberação de ocitocina (REA, 2004).

Além dos benefícios à criança e à mulher, o aleitamento materno ainda oferece maior economia à família. Araújo et al. (2004), compararam os gastos com a alimentação da criança com fórmula infantil, leite de vaca tipo C e alimentação complementar da nutriz. Os autores evidenciaram que, sem levar em conta os gastos com bicos e mamadeiras, gás e assistência médica, a alimentação

da nutriz custaria 8,7% do salário mínimo contra 35% do dispêndio com fórmula infantil e 11% com leite de vaca tipo C.

Diante de todos os benefícios do aleitamento materno, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as mães amamentem seus filhos exclusivamente no peito até seis meses de idade e, após, complementem com outros alimentos ricos em ferro, vitaminas e outros nutrientes, mantendo-se, de preferência, o leite materno como refeição láctea até 24 meses ou mais (WHO, 2003).

As iniciativas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento são imprescindíveis, além de fazer parte das ações prioritárias e estratégias de órgãos do Ministério da Saúde, as quais são responsáveis pela saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Esse foi o compromisso assumido pelo Brasil em âmbito internacional e nacional, por meio do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, do Pacto pela Vida e do Programa Mais Saúde (BRASIL, 2009a).

Em âmbito internacional, o Brasil é um dos signatários da Declaração do Milênio, realizada em 2000. Entre os seus objetivos está a redução da mortalidade, até 2015, de crianças menores de cinco anos em dois terços tendo o aleitamento materno como um dos meios para alcançar esta redução (ONU, 2000).

A proteção, promoção e apoio ao AM também faz parte da Declaração de Innocenti, que foi um compromisso firmado em 1990, quando um grupo de formuladores de políticas públicas de saúde de governos e das Nações Unidas reuniram-se em Florença, na Itália no Encontro Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative, promovido pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A Declaração de Innocenti foi revisada em 2005 para reavaliar o contexto da mesma e analisar os objetivos alcançados (UNICEF, 2005).

A Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM), é celebrada anualmente pela World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), conhecida no Brasil como Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno, e é comemorada desde 1992 em mais de 150 países com o propósito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Em agosto de 2010, a SMAM comemorou o 20º aniversário da Declaração de Innocenti e trabalhou o tema “Breastfeeding: Just 10 steps!” para que gestores e profissionais de saúde atentassem para os 10 passos no sucesso da

amamentação que estão estabelecidos na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 2010b)

Embora o ato de amamentar acompanhe a história da humanidade, a evolução dos índices de aleitamento materno no mundo não possui uma trajetória constantemente ascendente, passando por declínios influenciados por fatores biológicos e outros socioculturalmente determinados (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

O diagnóstico da prevalência do aleitamento materno de determinada população é fundamental para que se possam traçar os caminhos dos investimentos e políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil.

Pesquisa realizada por Venâncio e Monteiro em 1998 com dados do Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF), entre 1974 e 1975, estimou a prevalência do aleitamento materno em 40% aos quatro meses de idade, sem a preocupação de se estimar o aleitamento materno (AME) (VENANCIO; MONTEIRO, 1998).

Durante a década de 1980, deu-se continuidade às pesquisas com amamentação acrescidas de informações sobre a situação do AME. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1986, evidenciou que apenas 3,6% das crianças brasileiras entre zero e quatro meses de idade recebiam exclusivamente o leite materno sem qualquer outro líquido ou alimento sólido (MONTEIRO, 1997). A partir de então, conduziram-se outras pesquisas, como a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, e a PNDS realizada em 1996 e repetida em 2006, quando se constatou que as taxas de aleitamento materno, apesar de abaixo do preconizado, vinham crescendo lentamente (BRASIL, 2008). Essa última pesquisa identificou duração mediana do aleitamento materno de 14 meses, o que significou um incremento de sete meses em comparação à realizada em 1996 (SEGAL-CORREA et al., 2009).

Em 1999, o Ministério da Saúde efetivou um Estudo de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, revelando baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo (35,6%) em menores de quatro meses. A duração mediana da amamentação passou de sete para dez meses (BRASIL, 2001).

As pesquisas revelaram que, em 1975, uma em cada duas mulheres amamentava até dois ou três meses, enquanto em 1999, uma em cada duas mulheres amamentava por até dez meses. Houve aumento considerável no tempo

de amamentação, vislumbrando-se, porém, a possibilidade de aumento ainda maior se ações específicas tivessem sido desenvolvidas durante aquele período (REA, 2003).

Em 2008, o Ministério da Saúde repetiu a pesquisa nacional nas capitais brasileiras e no Distrito Federal e constatou aumento da prevalência do AME em menores de quatro meses de 35,6 %, em 1999, para 51,2%. No conjunto das capitais brasileiras, a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do AM, de 341,6 dias (11,2 meses). Em menores de seis meses, a prevalência do AME foi de 41% (BRASIL, 2009a).

Em 2002, Vannuchi et al. (2005) realizaram uma pesquisa em Londrina, no Estado do Paraná, que evidenciou baixa prevalência do AME (21%) em menores de seis meses, de acordo com estudo realizado por Vannuchi et al. (2005). Em 2008, estudo conduzido por Souza (2009) constatou aumento da prevalência nesse mesmo município, com 33,8% das crianças menores de seis meses em aleitamento materno exclusivo.

Ainda no Paraná, pesquisas realizadas em 2004 mostraram prevalência do aleitamento em menores de seis meses de 37,3% em Guarapuava (GOMES, 2005), e de 25,3% em Maringá (BERCINI et al., 2007).

A preocupação dos gestores em saúde pública com as crianças menores de um ano é constante, tendo em vista que o indicador de mortalidade nessa faixa etária pode evidenciar a situação da saúde da população em geral. O planejamento das ações relacionadas à saúde da mulher e da criança deve incluir necessariamente políticas públicas que favoreçam a amamentação, tendo como base a estimativa da prevalência do aleitamento materno no local em que estas serão implementadas.

Escuder, Venancio e Pereira (2003), em estudo realizado em 14 municípios no Estado de São Paulo, concluíram que o impacto mais modesto de um programa de amamentação seria de, pelo menos, 3,5%, chegando a 13,5%, com média de 9,3% de redução do coeficiente de mortalidade infantil. Este estudo mostra a importância de se conhecer a prevalência do aleitamento materno para a implantação de programas efetivos de incentivo à amamentação.

A Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa) conceitua a taxa de prevalência de aleitamento materno como:

Percentual de crianças que estão sendo alimentadas com leite materno, diretamente do peito ou por expressão, aos 30, 120, 180 e 365 dias de vida, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Independe de a criança estar recebendo outros líquidos, tipos de leite ou alimentos sólidos e semi-sólidos (2008, p. 222).

Esta taxa estima a frequência da prática do aleitamento materno no primeiro ano de vida, e os níveis de prevalência elevados estão associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo potencial resistência à morbidade infantil.

As práticas alimentares no primeiro ano de vida contemplam a amamentação e a alimentação complementar. Esta última também tem sido objeto de estudo de diversos autores para verificar sua qualidade e fatores determinantes (PARADA et al., 2007; SALDIVA et al., 2007).

Calcula-se que 6% das mortes em menores de cinco anos poderiam ser evitadas por meio de alimentação complementar adequada (JONES et al., 2003). A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam que se introduzam os alimentos complementares a partir dos seis meses (BRASIL, 2010a; WHO, 2003).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 23) elaborou um Guia Alimentar para crianças menores de dois anos, em que define alimentos complementares como:

Quaisquer alimentos que não o leite humano oferecidos à criança amamentada. Alimentos de transição, antigamente chamados de alimentos de desmame, se referem aos alimentos complementares especialmente preparados para crianças pequenas, até que elas passem a receber os alimentos consumidos pela família.

Com base nesse Guia Alimentar, o Ministério da Saúde preparou um documento que estabelece dez passos para a alimentação saudável, listados a seguir (BRASIL, 2010a):

1. dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;
2. a partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais;

3. após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno;
4. a alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança;
5. a alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família;
6. oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;
7. estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;
8. evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;
9. cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados;
10. estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Os profissionais e agentes comunitários de saúde devem fornecer às mães orientações alimentares referentes aos Dez passos para uma alimentação saudável, principalmente durante a transição entre o aleitamento materno e a alimentação da família.

Ainda de acordo com o MS (BRASIL, 2010a), devem-se oferecer à criança que estiver sendo amamentada as seguintes refeições:

- ▶ a partir dos seis meses de idade os alimentos complementares devem ser oferecidos três vezes ao dia (papa salgada e papa de fruta);
- ▶ ao completar sete meses deve ser acrescentado ao esquema alimentar a segunda papa salgada;

- ▶ ao completar doze meses, recomenda-se que a criança tenha três principais refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches (frutas ou cereais ou tubérculos).

É recomendável ainda que se utilize colher ou copo para a introdução de alimentos complementares líquidos.

JUSTIFICATIVA

O município de Rolândia não possui políticas públicas específicas de incentivo ao aleitamento materno, daí o interesse do gestor do município em realizar a pesquisa. Outro fator decisivo foi a facilidade de aplicar a metodologia empregada neste estudo para se estimar a prevalência do aleitamento, a qual recomenda que se utilize a campanha de vacinação contra a poliomielite. De acordo com Sena (2002), a estratégia se justifica pela concentração da população-alvo no dia da campanha em locais predeterminados, assim como pela facilidade, rapidez e baixo custo na obtenção de informações.

Os resultados deste estudo poderão contribuir para avaliar as ações atualmente utilizadas no incentivo ao aleitamento materno bem como oferecer subsídios para posteriores reformulações que venham a ser necessárias quanto ao planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a alimentação infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a situação do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de um ano na cidade de Rolândia-PR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Estimar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças até seis meses de vida;
- ▶ Identificar os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses;
- ▶ Estimar a prevalência do aleitamento materno em crianças de menores de um ano;
- ▶ Analisar a situação da alimentação complementar em crianças menores de um ano.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal que, de acordo com Klein e Bloch (2009, p. 193), “se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos numa única oportunidade.”

Os procedimentos metodológicos desta pesquisa foram os mesmos do Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), desenvolvido pelo Instituto de Saúde de São Paulo, que desde 1998 vem monitorando as práticas de alimentação infantil em municípios do Estado de São Paulo e de outros estados brasileiros (VENANCIO et al., 2002).

Este projeto propõe levantamentos de prevalência do aleitamento materno durante as campanhas nacionais de vacinação contra a poliomielite. Para a utilização desta metodologia, é necessária a participação do pesquisador em uma oficina de 8 horas, realizada por coordenadores do Instituto de Saúde de São Paulo na própria sede do instituto e que contempla todas as etapas da pesquisa. O coordenador da pesquisa participou da referida oficina e recebeu manuais de apoio contendo todas as orientações para os coordenadores municipais, supervisores de campo e entrevistadores.

3.2 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Rolândia, situado no terceiro planalto do Norte do Paraná, com uma área de 460 quilômetros quadrados, que corresponde a aproximadamente 0,23% do Estado. É constituído pela sede e dois distritos, São Martinho e Bartira, distantes, respectivamente, 14 e 15 quilômetros da sede (SCHWENGBER, 2003).

Rolândia está a 348 quilômetros da capital do Estado (Curitiba), integra a Região Metropolitana de Londrina e está sob a jurisdição da 17ª Regional

da Secretaria de Estado da Saúde, Macrorregião Norte do Paraná. Em 2009, a população do município foi estimada em 56.352 habitantes (IBGE, 2009).

A rede de atenção à saúde pública do município conta com sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um centro de especialidades. A rede hospitalar dispõe de um Hospital Geral de média complexidade, com 54 leitos, sendo 38 leitos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e os demais para serviços particulares e convênios, e um Hospital Psiquiátrico (ROLÂNDIA, 2010).

A pesquisa foi realizada durante a campanha de vacinação contra a poliomielite, contemplando todas as UBS de Rolândia: São Martinho, Bartira, Dr. Júlio Braz Schettin Damasceno, Álvaro Eugênio Cabral, Rudolph Kempf, Dr. Ciro Bolívar Araújo Moreira, Odete Elisa Godoy. Também fizeram parte do estudo 12 unidades volantes de vacinação: Supermercado Locatelli, Supermercado Santa Lúcia I, Supermercado Santa Lúcia II, Supermercado Boa Compra, Supermercado Garcia, Mercado Campo Belo, Padaria Italianinho, Padaria Monte Carlo, Terminal Rodoviário, Faculdade Paranaense e no centro da cidade (Calçadão e Praça Castelo Branco).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo consistiu de todas as crianças menores de um ano residentes em Rolândia que receberam a vacina contra a poliomielite na segunda etapa da campanha. De acordo com a metodologia do AMAMUNIC, deve-se fazer o levantamento em caráter universal em municípios com população de menores de um ano com até aproximadamente 3.400 crianças, estimada em dados da campanha de vacinação do ano anterior à realização do estudo (VENANCIO et al., 2002). A população de crianças menores de um ano vacinadas em Rolândia na segunda etapa da campanha de vacinação contra a poliomielite em 2008 foi de 758 crianças, número que correspondeu à população estimada para este estudo.

Durante a segunda etapa da campanha de vacinação de 2009, vacinou-se um total de 734 crianças menores de um ano. Do total de vacinados, não foi possível entrevistar 127 mães e houve 12 recusas, assim a população do estudo se restringiu a 595 crianças.

3.4 PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado durante a segunda etapa da campanha nacional de vacinação contra a poliomielite, que ocorreu em setembro de 2009. Essa campanha de vacinação costuma acontecer em duas etapas, nos meses de junho e agosto, porém, em 2009, a segunda etapa foi adiada para 19 de setembro devido à Pandemia de Influenza A (H1N1).

Em Rolândia, como estratégia para alcançar a meta de vacinação, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), já na semana que antecede a campanha, realizam a vacinação das crianças de zero a cinco anos no domicílio em cada área de abrangência da respectiva equipe de Saúde da Família. As mães das crianças menores de um ano que receberam os ACS em suas casas foram convidadas a participar da pesquisa. Desse modo, a coleta de dados não se restringiu somente ao dia nacional da campanha de vacinação, dada a necessidade de se cumprir a meta estabelecida pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) que é de 95%.

3.5 FONTE DE DADOS

As fontes de dados foram primárias, obtidas pela entrevista com a mãe ou responsável pela criança menor de um ano de idade, em sua casa ou na fila de espera das unidades de vacinação no dia da campanha.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pelos ACS de Rolândia, que receberam treinamento prévio da pesquisadora. O treinamento teve duração de quatro horas e abrangeu três etapas: abordagem dos entrevistados, discussão de todas as questões do inquérito e uma simulação da aplicação do questionário.

O Programa Saúde da Família (PSF), em sua área de cobertura, atende tanto as famílias da área urbana quanto da área rural, porém não há UBS cadastradas na zona rural do município de Rolândia, pois, até mesmo os distritos pertencentes ao município (São Martinho e Bartira) são considerados área urbana para o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Dessa forma, apesar do estudo ter contemplado crianças de ambas as áreas, não foi possível identificar as crianças residentes na zona rural, pois a questão relacionada à área onde mora refere-se ao local de vacinação e não à área de residência.

Para evitar duplicidade de entrevista, foi confeccionado um adesivo que era colado, após a entrevista, na última página da caderneta de saúde da criança ou, na ausência desta, na carteira de vacinação (Apêndice A).

3.6.1 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento para a coleta de dados constitui-se predominantemente, de questões fechadas sobre o consumo nas últimas 24 horas, de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos, de acordo com as recomendações da OMS (WHO, 2008).

A estrutura do instrumento permite definir se a criança recebeu ou não leite materno de forma exclusiva nas 24 horas que antecederam a pesquisa, bem como as práticas de alimentação complementar, segundo a estratégia dos “Dez Passos para a Alimentação Saudável” (BRASIL, 2004). No que diz respeito às características dos lactentes e de suas mães, as questões permitem identificar grupos mais vulneráveis à interrupção precoce da amamentação exclusiva, ao desmame precoce e à introdução precoce ou tardia de alimentos complementares (Anexo A).

Neste estudo, utilizaram-se as definições preconizadas pela OMS (WHO, 2008):

- ▶ **ALEITAMENTO MATERNO (AM):** a criança recebe leite materno (diretamente do peito ou ordenhado), com qualquer tipo de alimento complementar líquido, semissólido ou sólido, bem como outros leites não-maternos;

- ▶ **ALEITAMENTO MATERNO COMPLEMENTADO (AMCo):** a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementar o leite materno e não de substituí-lo.
- ▶ **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME):** a criança recebe apenas leite materno de sua mãe ou ama de leite, ou leite ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;
- ▶ **ALEITAMENTO MATERNO PREDOMINANTE (AMP):** a fonte predominante de nutrição da criança é o leite materno. A criança pode receber também água e bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá etc.); suco de frutas; solução de sais de hidratação oral; vitaminas, minerais e medicamentos em gotas ou xaropes, e outros líquidos, exceto leite não-materno.

As categorias e faixas etárias utilizadas como base de cálculo da prevalência do aleitamento materno e alimentação complementar constam no Anexo B.

3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.7.1 Variáveis Dependentes

- ▶ **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MENORES DE QUATRO MESES**
- ▶ **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MENORES DE SEIS MESES**
- ▶ **ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE EM ANO**
- ▶ **ALIMENTOS CONSUMIDOS PELAS CRIANÇAS DE SEIS A DOZE MESES:** ricos em ferro, frutas, legumes e verduras, sucos industrializados, refrigerante, café, bolacha/salgadinho, alimentos adoçados

3.7.2 Variáveis Independentes

Os dados referentes às variáveis independentes foram obtidos pela entrevista ou carteira de vacinação da criança.

■ ASPECTOS RELACIONADOS AO SERVIÇO

▶ NASCIMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

→ Sim

→ Não

▶ SERVIÇO DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

→ Particular

→ Rede pública (UBS, PACS/PSF)

■ ASPECTOS RELACIONADOS AO LACTENTE

▶ MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

A criança foi amamentada logo após o nascimento, na primeira hora de vida:

→ Sim

→ Não

▶ PESO AO NASCER

Verificado na carteira de vacinação do lactente:

→ Baixo peso (<2.500g)

→ Não baixo peso (>2.500g)

▶ USO DE MAMADEIRA

A criança recebeu líquido ou alimento semissólido em mamadeira:

→ Sim

→ Não

▶ USO DE CHUPETA

→ Sim

→ Não

■ CARACTERÍSTICAS MATERNAS

▶ TIPO DE PARTO

- Normal
- Cesárea

▶ IDADE

- < 20 anos
- ≥20 anos

▶ ESCOLARIDADE

- Sem escolaridade;
- Ensino fundamental incompleto;
- Ensino fundamental completo;
- Ensino médio incompleto;
- Ensino médio completo;
- Ensino superior incompleto;
- Ensino superior completo.

▶ TRABALHO

- Não trabalha fora: mulher não exerce nenhum tipo de trabalho remunerado fora do domicílio
- Licença-maternidade: mulher exerce trabalho remunerado fora do domicílio, porém está em licença maternidade sem exercer qualquer tipo de trabalho
- Trabalha fora: mulher exerce trabalho remunerado fora do domicílio

▶ PARIDADE

- Primípara: mulher que teve o primeiro parto
- Multípara: mulher que já teve mais de um filho

3.8 PROCESSO E ANÁLISE DOS DADOS

Utilizou-se o aplicativo do projeto AMAMUNIC que permitiu a utilização da internet, através de um sistema *on-line* para a digitação dos dados. O aplicativo possibilitou a obtenção de relatórios padronizados com indicadores das práticas de alimentação infantil e a exportação do banco de dados para uma planilha do programa *Excel* (BRASIL, 2009a).

As variáveis foram apresentadas em tabelas de contingência, com frequências absolutas (n) e porcentagem (%). A associação entre elas e a variável resposta foram avaliadas com o teste de qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando adequado. Mensurou-se a quantificação da associação pela razão de prevalência (RP) e respectivo intervalo de confiança de 95%. Adotou-se nível de significância de 5% para os testes estatísticos.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina sob o Parecer nº. 111/09 (Anexo C). Sua realização nas UBS foi solicitada (Apêndice B) e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia (Anexo D), e os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que consta no Apêndice C.

Salienta-se que esta pesquisa foi contemplada na aprovação do parecer de ética do Instituto de Saúde de São Paulo, uma vez que Rolândia-PR foi mais um dos municípios que esteve sob orientação do grupo de pesquisa deste Instituto (Anexo E).

4 ARTIGOS

4.1 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MENORES DE SEIS MESES EM MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ

Este artigo apresenta os resultados referentes aos seguintes objetivos da seção 1 deste estudo:

- ▶ Estimar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças até seis meses de vida;
- ▶ Identificar os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses.

Será submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, cujas normas de publicação encontram-se no Anexo F. Para melhor compreensão do leitor, as tabelas foram inseridas no texto, porém para submissão à revista serão apresentados à parte, como sugerem as normas do periódico.

4.2 ALEITAMENTO MATERNO E PRÁTICAS ALIMENTARES EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA, ESTADO DO PARANÁ

Este artigo apresenta os resultados referentes aos seguintes objetivos da seção 1 deste estudo:

- ▶ Estimar a prevalência do aleitamento materno em crianças menores de um ano;
- ▶ Analisar a situação da alimentação complementar em crianças menores de um ano.

Será submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia, cujas normas de publicação encontram-se no Anexo G. Para melhor compreensão do leitor, as tabelas foram inseridas no texto, porém para submissão à revista serão apresentados à parte, como sugerem as normas do periódico.

4.1 Artigo 1

*Prevalência e fatores associados ao aleitamento
materno exclusivo em menores de seis meses
em município do Norte do Paraná*

Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses em município do Norte do Paraná¹

Anadélia Liaschi²
Marli T. O. Vannuchi³

The prevalence and factors associated to the exclusive breastfeeding in babies less than six months in a municipality in the northern Parana

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de mestrado em Gestão de Serviços de Saúde apresentada à Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil, 2010.

² Enfermeira Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Estadual de Londrina. End.: Rua Amazonas, 205, Casa 3, Centro, Rolândia/PR, CEP 86600-000. Fone: (43) 3256-6100. E-mail: ana.ducci@gmail.com

³ Enfermeira. Orientadora. Doutora em Saúde Pública. Professor associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

Objetivos. Este estudo teve como objetivos estimar a prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e identificar os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses no município de Rolândia-PR. **Metodologia.** O estudo utilizou a metodologia do Projeto Amamentação e Municípios, desenvolvido pelo Instituto de Saúde de São Paulo. A população constituiu-se de todas as crianças menores de um ano residentes no município que foram vacinadas na segunda etapa da campanha contra a poliomielite em setembro de 2009. Aplicou-se aos acompanhantes dessas crianças, no momento da vacinação, um questionário de avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida. Para a digitação dos dados, utilizou-se um aplicativo *on-line* e, após, exportaram-se as informações para o programa SAS 9.0 para a análise. **Resultados.** Verificou-se o aleitamento materno exclusivo em 47,9% dos lactentes menores de quatro meses e em 36,8% em menores de 6 meses. A prevalência do aleitamento materno predominante foi de 14,2% e de 11,6% em menores de seis meses. Os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo foram o não uso de chupeta ($p=0,003$), a não introdução de mamadeira ($p<0,001$) e a escolaridade materna de nível médio e superior ($p=0,030$). **Conclusões.** Apesar de as taxas de aleitamento encontradas no município estarem aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, apresentaram-se superiores àquelas obtidas em municípios com melhor estrutura de apoio e incentivo ao aleitamento. O Programa Saúde da Família pode ser o principal responsável por esses resultados.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Inquéritos Nutricionais.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to estimate the prevalence of exclusive breastfeeding until the sixth month of life and identify the factors associated to the exclusive breastfeeding in babies younger than six months in the municipality of Rolândia –PR. **Methodology:** The study used the methodology of the Breastfeeding Project and Municipalities, developed by the Health Institute of Sao Paulo. The population consisted of all children younger than one year that live in this municipality and was vaccinated in the second stage of the campaign against polio in September 2009. At the time of the vaccination, an application form was applied to the children caregivers to evaluate the food practices in the first year of life. For data entry, an online application was used and, afterwards the information was exported to the program SAS 9.0 to be analyzed. **Results:** There was exclusive breastfeeding in 47,9% of the infants under four months old and in 36,8% under six months old. The prevalence of predominant breastfeeding was 14,2% and 11,6% in infants under six months old. The factors associated to the exclusive breastfeeding were the avoidance of the use of pacifiers ($p=0,003$), the avoidance of the introduction of the bottle ($p<0,001$) and the mother's medium and higher education ($p=0,030$). **Conclusions:** Although the rates of breastfeeding found in this municipality were below the recommended by the World Health Organization, they were superior to municipalities with better support structure and incentive to breastfeeding. The program Saúde da Família may be primarily responsible for this result.

Keywords: Breastfeeding; Nutritional Surveys.

INTRODUÇÃO

Um dos principais focos da atenção integral à saúde da criança é o incentivo ao aleitamento materno (AM) em razão das inúmeras vantagens decorrentes da amamentação. A criança amamentada tem menor risco de apresentar diarreia, doenças do trato respiratório e de morrer no primeiro ano de vida.¹ Benefícios a longo prazo também são atribuídos ao leite humano, como a prevenção da obesidade, da hipertensão arterial, das doenças cardiovasculares e do diabetes tipo 2.^{2,3}

Assim como as crianças são beneficiadas pela amamentação, as mulheres igualmente o são, porque podem apresentar melhor recuperação do peso pós-parto e menor risco de câncer de mama.¹

O planejamento das ações relacionadas à saúde da mulher e da criança deve incluir, necessariamente, políticas públicas que favoreçam a amamentação, tendo como base a estimativa da prevalência do aleitamento materno no local onde as ações serão implementadas.⁴

Diante das vantagens do aleitamento materno, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as mães amamentem seus filhos exclusivamente no peito até seis meses de idade e após, complementem com outros alimentos ricos em ferro, vitaminas e demais nutrientes, mantendo-se, preferencialmente, o leite materno como refeição láctea até 24 meses ou mais.⁴

Anteriormente à década de 1980, quando as pesquisas nacionais com amamentação se intensificaram, o Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF) realizado entre 1974 e 1975 estimou a prevalência do aleitamento materno em 40% aos quatro meses de idade.⁵ Durante a década de 1980 ocorreram outras pesquisas com

4.1 Artigo 1

amamentação, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), em 1986, e a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989.

A Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar (PNMIPF), realizada em 1986, evidenciou que apenas 3,6% das crianças brasileiras, entre zero e quatro meses de idade, recebiam somente o leite materno, sem qualquer outro líquido ou alimento sólido.⁶ A partir de então, conduziram-se outras pesquisas, como a PNDS realizada em 1996 e em 2006; a Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, nas capitais brasileiras e Distrito Federal, que aconteceu em 1999. Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) repetiu esta pesquisa e constatou aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME), em menores de quatro meses, de 35,5 % em 1999, para 51,2% no conjunto das capitais brasileiras.⁷

Estudos de prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses realizados no Paraná, demonstraram 21% em Londrina em 2002,⁸ 37,3% em Guarapuava em 2004⁹ e 25,3% em Maringá, também em 2004.¹⁰ Em 2008, repetiu-se a pesquisa em Londrina e constatou-se um aumento da prevalência do AME, aumentando para 33,8% em menores de seis meses.¹¹

O município de Rolândia-PR, não dispõe de políticas públicas voltadas para o incentivo ao aleitamento, porém existe a preocupação dos gestores em saúde pública de conhecerem a prevalência do aleitamento para nortear futuro planejamento nesta área.

A monitorização da alimentação infantil no primeiro ano de vida durante as campanhas de vacinação contra a poliomielite, iniciou-se no Estado de São Paulo em 1998 e a partir daí, diversos outros municípios tem reproduzido esta prática.^{8,10,11,12}

Este estudo teve como objetivos estimar a prevalência e identificar os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida em crianças residentes no município de Rolândia-PR.

METODOLOGIA

Tratou-se de estudo do tipo transversal realizado durante a segunda etapa da campanha nacional de vacinação contra a poliomielite, realizada em setembro de 2009, no município de Rolândia, localizado no norte do Estado do Paraná, a 348 quilômetros da capital Curitiba. No ano de 2009 a população do município foi estimada em 56.352 habitantes.¹³

A rede de atenção à saúde pública do município conta com sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), um centro de especialidades e, um hospital geral de média complexidade que não possui certificação de Hospital Amigo da Criança (HAC).

O estudo utilizou a metodologia do Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), desenvolvido pelo Instituto de Saúde de São Paulo e que desde 1998 vem monitorando as práticas de alimentação infantil em menores de um ano utilizando as campanhas nacionais de vacinação contra a poliomielite.¹²

A população foi constituída por todas as crianças menores de um ano residentes em Rolândia que receberam a vacina contra a poliomielite na segunda etapa da campanha. De acordo com a metodologia do Projeto AMAMUNIC, a população de crianças abaixo de um ano, é estimada com base nos dados da campanha de vacinação do ano anterior à realização do estudo. Municípios com população acima de 3400 crianças, orienta-se amostragem, enquanto que municípios menores, com população abaixo de 3400 crianças menores de um ano, devem realizar o levantamento em caráter universal.¹²

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário, aplicado às mães ou responsáveis pelas crianças no momento da vacinação. Trata-se de um recordatório alimentar composto de questões sobre a alimentação da criança ao longo das últimas 24 horas, além de questões sobre os serviços de saúde e características das mães e

4.1 Artigo 1

das crianças. O questionário foi aplicado por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Rolândia, previamente treinados e supervisionados por uma das pesquisadoras durante a coleta de dados.

Adotaram-se as definições de aleitamento materno propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS):¹⁴

Aleitamento Materno Exclusivo (AME): a criança recebe de sua mãe ou ama-de-leite apenas leite materno ou leite ordenhado; não recebe outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento Materno Predominante (AMP): a fonte predominante de nutrição da criança é o leite materno. A criança também pode receber água e bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá etc.); suco de frutas; solução de sais de hidratação oral; vitaminas, minerais e medicamentos em gotas ou xaropes e outros líquidos, exceto leite não-materno.

Aleitamento Materno (AM): a criança recebe leite materno (diretamente do peito ou ordenhado), com qualquer tipo de alimento complementar, líquido, semissólido ou sólido, bem como outros leites não-maternos.

A variável dependente foi o aleitamento materno exclusivo e as variáveis independentes foram as características do serviço (nascimento em Hospital Amigo da Criança e serviço de acompanhamento), características das crianças (mamou na primeira hora de vida, peso ao nascer, uso de mamadeira e uso de chupeta) e características das mães (tipo de parto, idade, escolaridade, trabalho, paridade).

Os dados coletados foram digitados em um aplicativo *web*, disponibilizado pelo projeto AMAMUNIC. Este aplicativo permitiu a obtenção de relatórios padronizados com indicadores das práticas de alimentação infantil e a exportação do banco de dados para uma planilha do Excel para a análise dos mesmos.

4.1 Artigo 1

A associação entre as variáveis independentes e a variável resposta foram avaliadas com o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando indicado. Mensurou-se a quantificação da associação pela razão de prevalência (RP) e respectivo intervalo de confiança de 95%. Adotou-se nível de significância de 5% para os testes estatísticos.

O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina sob parecer nº 111/09 de 18/07/2008 e do Instituto de Saúde de São Paulo, protocolo 001/08 de 06/05/2008.

RESULTADOS

Durante a segunda etapa da campanha de vacinação de 2009 contra a poliomielite, em Rolândia-PR, foram vacinadas 734 crianças menores de um ano. Do total de vacinados, não foi possível entrevistar 127 mães e houve 12 recusas. Assim a população do estudo se restringiu a 595 crianças sendo 197 menores de quatro meses e 285 menores de seis meses. O número total de crianças modificou de uma variável para outra, pois as respostas “não sei” ou “não lembro” foram desconsideradas.

Com relação às características da população estudada, 311 (52,3%) eram do sexo masculino, 488 (82,4%) nasceram em Rolândia, 373 (63,7%) nasceram de parto cesárea, 51 (8,9%) apresentaram baixo peso ao nascimento e 352 (46,9%) mamaram na primeira hora de vida. Das mães das crianças, 246 (48,4%) eram primíparas, 432 (84,8%) tinham 20 anos ou mais, 177 (34,2%) possuíam ensino fundamental completo, 395 (77,6%) não trabalhavam fora de casa ou encontravam-se em licença-maternidade.

A Figura 1 apresenta a prevalência do AME e do AMP nos seis primeiros meses de vida.

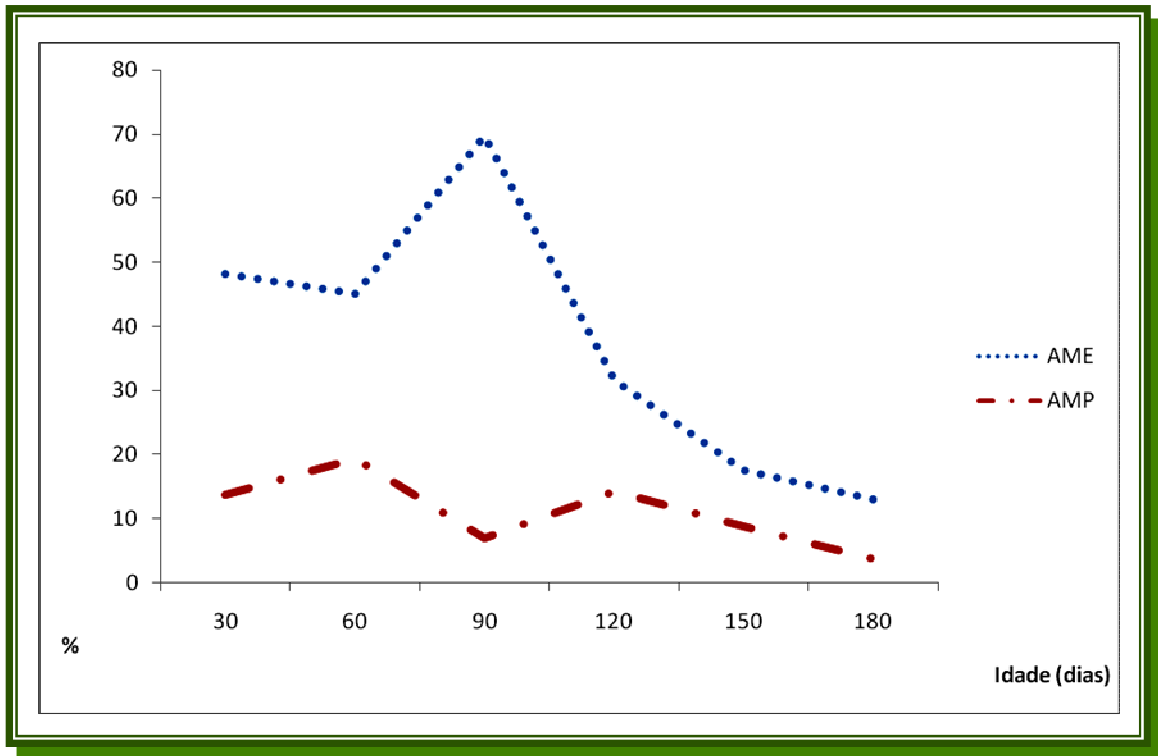


FIGURA 1 — Prevalências do AME e AMP em crianças menores de seis meses de acordo com a idade, Rolândia-PR, Brasil – 2009.

A prevalência do AME foi de 36,8% e do AMP, de 11,6% para as crianças menores de seis meses. Os lactentes menores de quatro meses apresentaram prevalência de 47,9% do AME e 14,2% do AMP.

A Tabela 1 mostra os fatores associados ao AME em crianças abaixo de quatro meses de idade.

TABELA 1 — Fatores associados ao AME em crianças abaixo de quatro meses, em Rolândia-PR, Brasil – 2009.

VARIÁVEIS	AME						
	n	%	TOTAL	%	RP	IC 95%	p
CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO							
Nascimento em HAC							
Sim	4	40,0	10	5,2	0,83	0,38-1,79	0,750
Não	88	48,4	182	94,8	1,00	Referência	
Serviço de acompanhamento							
Público	79	48,5	163	86,2	1,04	0,67-1,62	0,870
Particular	12	46,2	26	13,8	1,00	Referência	
CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA							
Mamou na Primeira Hora de Vida							
Sim	58	53,7	108	60,0	1,43	1,01-2,02	0,033
Não	27	37,5	72	40,0	1,00	Referência	
Peso ao nascer							
Não baixo peso (>2500g)	6	40,0	15	8,0	0,82	0,44-1,56	0,525
Baixo peso (<2500g)	84	48,6	173	92,0	1,00	Referência	
Uso de Mamadeira							
Não	88	74,6	118	61,8	13,61	5,22-35,49	<0,001
Sim	4	5,5	73	38,2	1,00	Referência	
Uso de Chupeta							
Não	63	57,3	110	57,3	1,62	1,16-2,26	0,003
Sim	29	35,4	82	42,7	1,00	Referência	
CARACTERÍSTICAS MATERNAS							
Tipo de Parto							
Normal	34	46,6	73	39,0	0,95	0,70-1,29	0,734
Cesárea	56	49,1	114	61,0	1,00	Referência	
Idade Materna							
≥20 anos	72	49,7	145	83,8	1,39	0,82-2,35	0,176
< 20 anos	10	35,7	28	16,2	1,00	Referência	
Escolaridade							
Superior	9	69,2	13	7,3	1,85	1,10-3,09	0,030
Médio	30	58,8	51	28,5	1,57	1,02-2,42	
Fundamental	26	38,8	67	37,4	1,04	0,64-1,66	
Sem esc./Fund. Incomp.	18	37,5	48	26,8	1,00	Referência	
Trabalho Materno							
Não está trabalhando fora	52	47,3	110	63,2	1,23	0,60-2,51	0,714
Está sob Licença Maternidade	26	51,0	51	29,3	1,33	0,63-2,77	
Está trabalhando fora	5	38,5	13	7,5	1,00	Referência	
Paridade							
Múltipara	47	52,8	89,0	51,4	1,27	0,92-1,75	0,142
Primípara	35	41,7	84,0	48,6	1,00	Referência	

4.1 Artigo 1

Quanto aos fatores associados ao AME em crianças menores de quatro meses (Tabela 1), observou-se que o fato do recém-nascido mamar na primeira hora de vida foi associado à maior prevalência do AME entre as crianças nesta faixa de idade (1,43 vezes).

As crianças menores de quatro meses que não utilizavam mamadeira apresentaram prevalência do aleitamento exclusivo 13,61 vezes a das crianças que utilizavam ($p < 0,001$).

Detectou-se associação entre o não uso de chupeta e o AME em menores de quatro meses, embora esta associação tenha sido menos intensa que a observada com o não uso de mamadeira ($p = 0,003$). As crianças menores de quatro meses que não utilizavam chupeta apresentaram prevalência do aleitamento exclusivo 62% maior, quando comparada às crianças que a utilizavam.

O nível de escolaridade materna também foi associado ao AME em menores de quatro meses. A análise das categorias desta variável demonstrou que quanto maior o nível de escolaridade, maior a prevalência do AME nesta faixa etária.

As demais variáveis estudadas não foram associadas ao aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses.

A Tabela 2 apresenta os fatores associados ao AME em crianças menores de seis meses de idade.

TABELA 2 – Fatores associados ao AME em crianças menores de seis meses, em Rolândia-PR, Brasil – 2009.

VARIÁVEIS	AME						
	n	%	TOTAL	%	RP	IC 95%	p
CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO							
Nascimento em HAC							
Sim	5	35,7	14	5,0	0,94	0,46-1,94	0,871
Não	100	37,9	264	95,0	1,00	Referência	
Serviço de Acompanhamento							
Público	88	37,9	232	84,4	1,01	0,66-1,54	0,960
Particular	16	37,2	43	15,6	1,00	Referência	
CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA							
Mamou na Primeira Hora de Vida							
Sim	67	41,9	160	61,8	1,34	0,95-1,89	0,089
Não	31	31,3	99	38,2	1,00	Referência	
Peso ao Nascer							
Não baixo peso (>2500g)	96	38,6	249	91,2	1,32	0,70-2,51	0,365
Baixo peso (<2500g)	7	29,2	24	8,8	1,00	Referência	
Uso de Mamadeira							
Não	101	69,2	146	52,7	22,66	8,58-59,82	<0,001
Sim	4	3,1	131	47,3	1,00	Referência	
Uso de Chupeta							
Não	74	47,7	155	55,8	1,89	1,34-2,68	<0,001
Sim	31	25,2	123	44,2	1,00	Referência	
CARACTERÍSTICAS MATERNAS							
Tipo de Parto							
Normal	37	35,6	104	38,2	0,91	0,66-1,25	0,540
Cesárea	66	39,6	168	61,8	1,00	Referência	
Idade Materna							
≥20 anos	81	38,8	209	83,9	1,29	0,78-2,14	0,294
< 20 anos	12	30	40	16,1	1,00	Referência	
Escolaridade							
Superior	11	50	22	8,6	1,55	0,89-2,69	
Médio	32	40,5	79	31,0	1,26	0,80-2,69	
Fundamental	31	33,7	92	36,1	1,05	0,66-1,66	0,385
Sem esc./Fund. Incomp.	20	32,3	62	24,3	1,00	Referência	
Trabalho Materno							
Não está trabalhando fora	61	38,1	160	64,0	1,69	0,85-3,34	
Está sob Licença Maternidade	26	44,1	59	23,6	1,95	0,96-3,98	0,132
Está trabalhando fora	7	22,6	31	12,4	1,00	Referência	
Paridade							
Múltipara	54	39,4	137	55,0	1,13	0,82-1,57	0,820
Primípara	39	34,8	112	45,0	1,00	Referência	

4.1 Artigo 1

Observou-se que entre as crianças que não utilizavam mamadeira, a prevalência do AME foi 22,66 vezes a das crianças que tinham esse hábito ($p < 0,001$).

Constatou-se também que as crianças menores de seis meses que não estavam fazendo uso de chupeta apresentaram prevalência 89% maior do AME quando comparadas com aquelas que a utilizavam ($p < 0,001$). Não foi observada associação entre o AME em menores de seis meses e as demais variáveis estudadas..

DISCUSSÃO

O inquérito nutricional com a finalidade de se avaliar a alimentação em menores de um ano de idade aplicado em dias nacionais de vacinação tem-se mostrado excelente método de pesquisa por ser de fácil planejamento e baixo custo e por apresentar boa adesão da população.¹⁵

A prevalência do AME em menores de quatro meses verificada em Rolândia (47,9%) mostrou-se inferior à de Londrina-PR em 2008 (54,8%)¹¹, muito próxima à de Feira de Santana-BA em 2001 (48,3%)¹⁶ e maior que a de Maringá-PR em 2004 (32,7%).¹⁰

Em menores de seis meses, a prevalência do AME neste município foi 36,8%, valor aquém do que se preconiza pela OMS.¹⁴ No entanto, é um resultado superior ao encontrado em Londrina-PR em 2008 (33,8%),¹¹ cidade vizinha a Rolândia, com aproximadamente 500 mil habitantes e cujas ações em favor do aleitamento materno possuem tradição de vários anos.⁸

A prevalência do AME em menores de seis meses ainda se apresentou superior ao número encontrado em Maringá-PR, em 2004 (25,3%)¹⁰ e em Conchas-SP, em 2003 (21,1%)¹⁷, município com número de habitantes correspondente a cerca de 30% da população de Rolândia.

4.1 Artigo 1

Comparando a prevalência do AME em menores de quatro meses em Rolândia com a encontrada em cidades maiores, obtêm-se valores aproximados, como em Cuiabá-MT em 2004 (34,5%),¹⁸ onde, assim como em Rolândia, não havia uma rede de apoio efetivo ao AM na ocasião da pesquisa, e em Feira de Santana em 2001 (38,5%),¹⁶ que possui trabalho de promoção e apoio ao AM há mais de vinte anos. Esse cenário modificou-se quando se comparou com as prevalências de 2008 da capital Curitiba (46,1%), Região Sul (43,9%) e com o Brasil (41%),⁷ o que evidencia a heterogeneidade da prevalência do aleitamento no país.

Os resultados deste estudo permitem inferir que o fato de um município possuir uma rede de apoio e promoção ao aleitamento materno não garante valores mais altos de prevalência. Considera-se de grande impacto no aleitamento materno o estabelecimento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), assim como a instalação de bancos de leite e clínicas de lactação. Estudos realizados por Vannuchi et al.¹⁹ demonstraram que a criança que nasce em hospital amigo da criança tem maior probabilidade de estar em AME com um mês de vida.

Em Maringá-PR, constatou-se a necessidade de melhorar as orientações sobre amamentação fornecidas pelo Programa Saúde da Família (PSF) durante todo o período pré e pós-natal.²⁰ Entretanto, em Ribeirão Preto-SP, mais de 90% das mulheres receberam orientação sobre o AM, e quase 80% das informações foram fornecidas por profissionais dos Núcleos de Saúde da Família.²¹ Ainda com relação ao trabalho do PSF, comparando-se duas pesquisas sobre aleitamento realizadas em Conchas-SP, município totalmente coberto pelo PSF, percebeu-se aumento da prevalência do AME após a implantação desse programa.¹⁷

A partir dessa compreensão, o Ministério da Saúde (MS) iniciou, em 2009, a implantação da Rede Amamenta Brasil, cujo objetivo é contribuir para aumentar a

4.1 Artigo 1

prevalência de AM no Brasil por meio de ações de promoção, proteção e apoio pactuadas com base na realidade das Unidades Básicas de Saúde.²² O município de Rolândia, por meio da Secretaria de Saúde já se beneficiou da Rede Amamenta Brasil realizando oficinas em julho de 2010 com o propósito de despertar o interesse e contribuir na formação dos trabalhadores e profissionais de saúde da rede de atenção básica, no que se refere ao incentivo ao aleitamento materno.

Na população estudada, verificou-se um percentual considerável da prevalência do uso de chupeta tanto em crianças menores de quatro meses (42,7%) quanto em menores de 6 meses (44,2%), achados semelhantes a outros estudos.^{8,23} A prevalência do AME foi 62% maior para as crianças menores de quatro meses e 89% maior para as menores de seis meses quando comparadas às que possuíam hábito de usar chupeta. Estudos evidenciaram o uso da chupeta como principal fator de risco para o desmame durante o primeiro ano de vida.^{16,18}

O não uso da mamadeira foi relacionado ao AME. Considerável porcentagem das crianças menores de quatro (38,2%) e de seis meses (47,3%) faziam o uso de mamadeira. A prevalência do AME também mostrou-se superior entre as crianças que não a utilizavam, apresentando valores 13,61 e 22,66 vezes maior entre as crianças menores de quatro e seis meses, respectivamente.

Até 1999 a venda de fórmulas infantis, bicos, chupetas e mamadeiras não era regulamentada no Brasil. Entre a década de 1970 e o início da década de 1980, haviam poucas ações de incentivo ao aleitamento materno, os substitutos do leite eram amplamente receitados pelos pediatras, além do excesso de propaganda estimulando a venda destes produtos sem restrição. Em 1979 ocorreu a reunião conjunta entre a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em que se discutiu a alimentação de lactentes e

4.1 Artigo 1

crianças pequenas, que culminou na elaboração do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.²⁴

Para regulamentar as normas de comercialização desses produtos, o MS criou, em 1999, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL). Em 2001 a norma foi revisada e publicada então na forma de portaria, que, juntamente com as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), denominadas RDC 221 e RDC 222/2002, constituem a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, que regula a promoção comercial e o uso apropriado dos produtos abrangidos no regulamento.²⁵

As orientações fornecidas pelos profissionais de saúde às mães e à sociedade em geral bem como as campanhas de incentivo ao aleitamento materno devem incluir as desvantagens para a amamentação do uso da chupeta e mamadeira. O uso de bicos artificiais (mamadeira, chupeta ou protetores de mamilos) pode estar relacionado à menor produção de leite ocasionada pela redução do número de mamadas e consequente diminuição do estímulo da mama e menor produção de leite.²⁶

As variáveis “mamar na primeira hora de vida” e “escolaridade da mãe” associaram-se significativamente ao AME em crianças menores de quatro meses conforme mostram também os estudos de Vieira et al.¹⁶ e França et al.¹⁸

As crianças menores de quatro meses que mamaram na primeira hora de vida apresentaram neste estudo prevalência do AME 43% maior que as crianças que não o fizeram. Estudo realizado por Boccolini et al.²⁷ identificou como principais fatores que levam ao adiamento da primeira mamada o parto cesárea, a internação do recém-nascido (RN) em berçário, mães mais velhas e a intercorrência imediata com o RN. Esses resultados remetem à necessidade de rever as condutas hospitalares do acolhimento da

4.1 Artigo 1

parturiente na sala de parto, para que se promova o aleitamento materno na primeira hora de vida, pois além de apresentar influência na iniciação e continuação do aleitamento materno, na relação mãe/filho e na redução do risco de hemorragia, ainda confere proteção contra mortes neonatais.²⁸

Em estudo realizado em Ghana com 10.947 crianças de até três dias de vida mostrou que a mortalidade neonatal reduziu 22% quando o AM foi iniciado na primeira hora de vida.²⁹

Certificar um hospital como amigo da criança num município colabora com o incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, pois um dos “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno” é justamente ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira hora de vida da criança.²⁸ Estudo realizado por Vannuchi et al.¹⁹ evidenciou que o cumprimento de todos os passos relativos à IHAC contribuiu para a melhoria dos índices de AM no hospital estudado.

As crianças menores de quatro meses cujas mães possuíam níveis de escolaridade de médio a superior apresentaram prevalência de 57% a 85% maior do AME quando comparadas com as crianças cujas mães possuíam menor nível de escolaridade. Isto mostra que mulheres com mais anos de estudos tendem a valorizar o conhecimento científico relativo ao aleitamento materno. França et al.¹⁸ encontraram resultado semelhante, em que os filhos das mulheres com 1º ou 2º grau apresentaram maior risco de não estar em AME aos quatro e seis meses em comparação com os filhos de mães com maior escolaridade.

A prevalência do AME em Rolândia está muito aquém do recomendado pela OMS. No entanto, apesar de não possuir Hospital Amigo da Criança nem clínicas de lactação, o município apresentou prevalência maior que a de municípios circunvizinhos com estas características, como Londrina. O Programa Saúde da Família e os profissionais

4.1 Artigo 1

que nele atuam, podem estar desempenhando papel importante nos índices de aleitamento levantados. As equipes de PSF, inseridas na realidade da população que atendem, criam vínculos com as gestantes, o que pode fazer com que sigam as orientações relativas à amamentação durante as consultas pré-natais, nas atividades educativas em grupos, nas visitas domiciliares e nas consultas de revisão de parto precoce e puericultura.

Além desses instrumentos, a equipe de Saúde da Família se apresenta como aliada desta causa e pode ser uma das principais razões do valor de prevalência que se encontrou no município, já que possui 66% de sua população atendida pelo PSF. Estudo realizado por Cruz et al.²⁹ em municípios gaúchos evidenciou que os serviços de atenção primária do PSF são mais efetivos no fornecimento de informações sobre amamentação em comparação com os serviços que atendem sob o modelo de atenção tradicional.

A prevalência do AME em crianças menores de seis meses, menor que a da capital Curitiba pode sugerir a falta de homogeneidade das condutas dos gestores quanto à realização de políticas públicas voltadas ao incentivo ao AM, o que reflete diretamente no despreparo dos profissionais de saúde. A implantação da Rede Amamenta Brasil deverá contribuir para melhorar ainda mais os índices do AM em todo o Estado do Paraná.

A realização de inquéritos como este é de suma importância para o norteamento das políticas públicas, e Rolândia é um dos poucos municípios do Norte do Paraná a realizar este tipo de estudo. Futuros estudos poderão ser realizados para compreender a real contribuição do PSF para o AM no município. Os achados deste estudo poderão ser utilizados pelos gestores em saúde para subsidiar o planejamento de políticas e ações voltadas para a alimentação infantil deste município.

REFERÊNCIAS

1. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Supl. 2):s235-S46.
2. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):103-109.
3. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: WHO; 2007.
4. World Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfeed child. Washington: WHO; 2003.
5. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol*. 1998;1(1):40-49.
6. Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. Brasília: UNICEF; 1997.
7. 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: Ministério da Saúde; 2009.
8. Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Tacla MTG, Vezozzo KMK, Castro LMCP et al . Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. *Rev Bras Saude Mater Infantil*. 2005 jun;5(2):155-62.
9. Gomes PTT. Práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram na Segunda Etapa da Campanha Nacional de Vacinação dos Postos de Saúde fixos da cidade de Guarapuava-PR, em 2004 [dissertação mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
10. Bercini LO, Masukawa MLT, Martins MR, Labegalini MPC, Alves NB. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007;6(Supl 2):404-410.
11. Souza SNDG. A situação do aleitamento materno no município de Londrina-PR: o contexto das ações desenvolvidas no período 2002-2008 [projeto de pesquisa - doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2009.
12. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo, 1998. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(3):306-13.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@ [Internet]. [2009 abr 09]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

4.1 Artigo 1

14. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007. Whashington, D.C.: WHO; 2008.
15. Kitoko PM, Rea MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EK, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(4):1111-119.
16. Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004;80(5):411-16.
17. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família – PSF. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(3):407-14.
18. França GVS, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública*. 2007;42(4):607-14.
19. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Rea MF, Andrade, SM, Matsuo T. Iniciativa hospital amigo da criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):422-28.
20. Campana MFT. Aleitamento materno: prevalência e fatores associados em áreas de atuação de equipes de saúde da família [dissertação mestrado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
21. Bongiovanni RG. Aleitamento materno e Programa Saúde da Família: a prática do aleitamento materno de crianças de 0 a 6 meses cadastradas em Núcleos de Saúde da família do município de Ribeirão Preto [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
23. Barros VO, Cardoso MAA, Carvalho DF, Gomes MMR, Ferraz NVA, Medeiros CCM. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. *Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr*. 2009;34(2):101-114.
24. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Sup. 1):S37-S45.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Norma brasileira de comercialização de: alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

4.1 Artigo 1

26. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação como desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr*. 2003;79(4):309-16.
27. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Leal MC, Carvalho MS. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(11):2681-94.
28. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
29. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etebo S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006 Mar;117(3):380-86.
30. Cruz SH, Germano JA, Tomasi E, Facchini, LA, Piccini RX, Thumé E. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito PROESF. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(2); 259-67.

4.2 Artigo 2

*Aleitamento Materno e Práticas Alimentares em
Crianças Menores de Um Ano no Município
de Rolândia, Estado do Paraná*

**Aleitamento materno e práticas alimentares em crianças menores
de um ano no município de Rolândia, Estado do Paraná¹**

Anadélia Liaschi²
Marli T. O. Vannuchi³

**Breastfeeding and complementary feeding practices in children
under a year in the municipality of Rolandia, State of Parana**

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde apresentada à Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil, 2010.

² Enfermeira Mestranda pela Universidade Estadual de Londrina. End.: Rua Amazonas, 205, Casa 3, Centro, Rolândia/PR, CEP 86600-000. Fone: (43) 3256-6100. E-mail: ana.ducci@gmail.com

³ Enfermeira. Orientadora. Doutora em Saúde Pública. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

Objetivos. Este estudo teve como objetivos estimar a prevalência do aleitamento materno e analisar a situação da alimentação complementar em crianças menores de um ano no município de Rolândia-Paraná. **Metodologia.** Utilizou-se a metodologia do projeto desenvolvido pelo Instituto de Saúde de São Paulo, por meio de um inquérito para avaliação de práticas alimentares. A população de estudo constituiu-se de 595 crianças menores de um ano residentes no município de Rolândia, que foram vacinadas durante a segunda etapa da campanha contra a poliomielite em setembro de 2009. Digitou-se os dados no aplicativo da web e exportou-se o banco de dados para o programa SAS 9.0. **Resultados.** O aleitamento materno apresentou prevalência de 63,8% para as crianças de seis a nove meses e de 51,6% para as de nove a doze meses. Das crianças menores de seis meses, 63,2% receberam outros líquidos e alimentos. Com relação às crianças de seis a doze meses e o consumo de legumes e verduras, houve significância estatística nos grupos de mães com mais de vinte anos ($p=0,008$); que possuíam maior escolaridade ($p=0,036$) e que não trabalhavam fora ($p<0,001$). Das crianças menores de um ano, 9,8% consumiram refrigerante; 10,9% consumiram café, 41,5% consumiram alimentos adoçados e 72,7% consumiram bolachas/salgadinhos. **Conclusões.** Os indicadores do aleitamento materno estão abaixo do que recomenda a Organização Mundial de Saúde e a alimentação complementar da criança maior de seis meses está inadequada. Estes dados poderão subsidiar as iniciativas dos gestores deste município na implantação de políticas públicas efetivas para a alimentação infantil.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Inquéritos Nutricionais; Alimentação Complementar.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to verify the prevalence of breastfeeding and analyze the situation of a complementary feeding in children younger than a year in the municipality of Rolândia-Paraná. **Methodology:** The study used the methodology developed by São Paulo Health Institute, through a questionnaire to assess dietary practices. The study population consisted in 595 children under one year old which live in the municipality of Rolândia and were vaccinated during the second stage of the campaign against polio in September 2009. The data were typed into the web application, and then the database was exported to the SAS 9.0 program. **Results:** The breastfeeding presented prevalence of 63,8% in children between six to nine months and 51,6% in nine to twelve months. For infants under six months, 63,2% received other liquids and food. In regards to children between six to nine months and the consumption of vegetables, there was statistical significance in groups of mothers over 20 years old ($p=0,008$); higher educated mothers ($p=0,036$) and mothers who didn't work ($p<0,001$). Children under one year, 9,8% consumed soft drinks; 10,9% consumed coffee, 41,5% consumed sweetened food and 72,7% consumed biscuit/chips in the 24 hours preceding the survey. **Conclusions:** The breastfeeding indicators are lower than the recommended by the World Health Organization and the complementary food of children under six months are inadequate. These data may support the initiatives of these municipality managers to implement an effective public policies for infant feeding.

Keywords: Breastfeeding, Nutrition Surveys; Complementary Feeding.

INTRODUÇÃO

Os benefícios do aleitamento materno tanto para a criança como para a mulher que amamenta são amplamente conhecidos e relatados na literatura. O leite humano possui as propriedades ideais e substâncias na medida exata para a criança, e sua composição se modifica durante as mamadas e de acordo com o período de vida do lactente.^{1,2}

A amamentação proporciona às crianças melhor estado de nutrição e de crescimento;³ prevenção de pneumonia⁴ e de hábitos orais deletérios⁵ e contribuem para diminuir o coeficiente de mortalidade infantil.⁶

A mulher que amamenta, apresenta menor risco de desenvolver câncer de mama e artrite reumatóide, entre outras doenças, além da perda de peso mais rápida no pós-parto.⁷

Diante dos benefícios do aleitamento materno, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as mães amamentem seus filhos exclusivamente no peito até seis meses de idade e, após, complementem com outros alimentos ricos em ferro, vitaminas e outros nutrientes, mantendo-se, preferencialmente, o leite materno como refeição láctea até 24 meses ou mais.⁸

Iniciativas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno fazem parte dos compromissos assumidos pelo Brasil no âmbito nacional e internacional para a redução da mortalidade infantil.⁹ Assim, o diagnóstico da prevalência do aleitamento materno é fundamental para que se possam traçar os caminhos dos investimentos e as políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil.

As pesquisas a respeito da amamentação no Brasil iniciaram-se na década de 1970 e intensificaram-se a partir da década seguinte, quando se evidenciou tendência de aumento da duração da amamentação.¹⁰ Prosseguiu a busca para verificar a prevalência do

4.2 Artigo 2

aleitamento materno (AM) e aleitamento materno exclusivo (AME), por meio da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), em 1996; do estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS) nas capitais brasileiras e Distrito Federal, em 1999 e de nova PNDS, em 2006.

Em 2008, com base em nova pesquisa realizada pelo MS nas capitais brasileiras e DF, revelou-se aumento da prevalência do AME em menores de quatro meses, de 35,5%, em 1999, para 51,2%. No conjunto das capitais brasileiras, a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do AM, de 341,6 dias (11,2 meses). Em menores de seis meses, a prevalência do AME foi de 41%, valor muito superior ao de 1999, que foi de 9,7%.^{9,11}

No Paraná, pesquisadores conduziram estudos sobre AM e encontraram prevalência do AME, em menores de seis meses, de 33,2% em Londrina em 2008,¹² 37,3% em Guarapuava em 2004¹³ e 25,3% em Maringá em 2004.¹⁴

As práticas alimentares no primeiro ano de vida contemplam o AM e a alimentação complementar, que tem sido estudada por diversos autores para verificar sua qualidade e os fatores determinantes para sua introdução.^{15,16}

Tanto a Organização Mundial de Saúde como o Ministério da Saúde recomendam que se introduzam os alimentos complementares a partir dos seis meses. Estes alimentos são definidos como especialmente preparados e oferecidos à criança amamentada que não o leite humano, até que ela passe a receber os alimentos consumidos pela família.^{8,17}

Este estudo teve como objetivo estimar, durante a segunda etapa da campanha de vacinação contra a poliomielite em 2009, a prevalência do AM e analisar a situação da alimentação complementar em crianças menores de um ano, em município do Norte do Paraná.

METODOLOGIA

Realizou-se estudo transversal durante a segunda etapa da campanha nacional de vacinação, em setembro de 2009, no município de Rolândia, Estado do Paraná, a 348 quilômetros de Curitiba, com uma população estimada, em 2009, de 56.352 habitantes.¹⁸ Utilizou-se a metodologia do Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), desenvolvido pelo Instituto de Saúde de São Paulo que desde 1998 vem monitorando as práticas de alimentação infantil em menores de um ano de idade em municípios brasileiros.¹⁹

A população de estudo consistiu de todas as crianças menores de um ano residentes em Rolândia que receberam a vacina contra a poliomielite na segunda etapa da campanha. De acordo com a metodologia do AMAMUNIC, deve-se fazer o levantamento em caráter universal em municípios com população de menores de um ano com até aproximadamente 3.400 crianças, estimada em dados da campanha de vacinação do ano anterior à realização do estudo.¹⁹

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com as mães, ou responsáveis, das crianças menores de um ano de idade vacinadas durante a campanha. Trata-se de um recordatório alimentar composto por questões fechadas sobre o consumo do leite materno nas últimas 24 horas, outros tipos de leite e alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos, seguindo as recomendações preconizadas pela OMS, relativas a levantamentos sobre amamentação.²⁰

O questionário possuía ainda questões que caracterizavam as crianças, as mães e os serviços de saúde, permitindo identificar grupos vulneráveis à interrupção precoce do AME, ao desmame precoce e ao momento da introdução de alimentos complementares ao longo do primeiro ano de vida.⁹

4.2 Artigo 2

Utilizaram-se as definições sobre aleitamento preconizadas pela OMS:²⁰

Aleitamento Materno Exclusivo (AME): a criança recebe apenas leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;

Aleitamento Materno Predominante (AMP): a fonte predominante de nutrição da criança é o leite materno. A criança também pode receber água e bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá etc.); suco de frutas; solução de sais de hidratação oral (SRO); vitaminas, minerais e medicamentos em gotas ou xaropes e líquidos cerimoniais (em quantidades limitadas);

Aleitamento Materno (AM): a criança recebe leite materno (diretamente do peito ou ordenhado) e quaisquer outros líquidos ou alimentos;

Aleitamento Materno Complementado (AMCo): a criança recebe leite materno e alimentos sólidos (ou semissólidos).

As variáveis dependentes foram o aleitamento materno e os alimentos consumidos pelas crianças de seis a doze meses e as variáveis independentes foram as características do serviço (nascimento em Hospital Amigo da Criança e serviço de acompanhamento), características das crianças (mamou na primeira hora de vida, peso ao nascer, uso de mamadeira e uso de chupeta) e características das mães (tipo de parto, idade, escolaridade, trabalho, paridade).

Para digitação dos dados, utilizou-se um aplicativo *on-line*, que permitiu a obtenção de relatórios padronizados com indicadores das práticas de alimentação infantil e a exportação do banco de dados para uma planilha do Excel para a análise dos dados.

A associação entre as variáveis independentes e a variável resposta foram avaliadas com o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando indicado. A quantificação da associação foi mensurada pela razão de prevalência (RP) e respectivo

4.2 Artigo 2

intervalo de confiança de 95%. Adotou-se nível de significância de 5% para os testes estatísticos.

Este estudo foi avaliado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia-PR e pelos Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina sob parecer nº 111/09 de 18/07/2008 e do Instituto de Saúde de São Paulo, protocolo 001/08 de 06/05/2008.

RESULTADOS

Vacinou-se um total de 734 crianças durante a segunda etapa da campanha de vacinação de 2009, das quais houve 127 perdas e 12 recusas. Assim a população do estudo se restringiu a 595 crianças das quais 285 (47,9%) eram menores de seis meses.

A Tabela 1 apresenta as características da população estudada.

Tabela 1 – Distribuição das crianças menores de um ano segundo variáveis que caracterizam as crianças e as mães, Rolândia-PR, Brasil - 2009.

VARIÁVEIS	n	%
SEXO DA CRIANÇA		
Masculino	311	52,3
Feminino	284	47,7
IDADE DA CRIANÇA (MESES)		
0 — 4	197	33,1
4 — 6	88	14,8
6 — 9	157	26,4
9 — 12	153	25,7
PESO AO NASCER		
< 2500g	51	8,9
> 2500g	522	91,1
LOCAL DE NASCIMENTO		
Rolândia	488	82,4
Outros Municípios	104	17,6
TIPO DE PARTO		
Normal	206	35,6
Cesárea	373	64,4
ACOMPANHADAS PELA MÃE		
Sim	512	86,0
Não	83	14,0
IDADE MATERNA		
< 20 anos	77	15,1
≥ 20 anos	432	84,9
ESCOLARIDADE MATERNA		
Sem Esc. /Ens. Fund.	126	24,3
Ensino Fundamental	177	34,2
Ensino Médio	161	31,1
Ensino Superior	54	10,4
TRABALHO		
Não Trabalha Fora	334	65,6
Licença-Maternidade	61	12,0
Trabalha Fora	114	22,4
PARIDADE		
Primípara	246	48,4
Múltipara	262	51,6

4.2 Artigo 2

De acordo com a Tabela 1 a população infantil era em sua maioria (52,3%) do sexo masculino, 52,1% com idade de seis a doze meses e 8,9% das crianças nasceram com baixo peso. A maioria (82,4%) nasceu no município de Rolândia e estavam acompanhadas pelas mães (86%) no dia da entrevista. Dessas mães, 84,8% tinham 20 anos ou mais; 75,7% possuíam mais de oito anos de estudo; 22,4% trabalhavam fora e 48,4% eram primíparas.

A prevalência do AME foi de 36,8% em menores de seis meses. A prevalência do AM de seis a nove meses foi de 63,1%; de nove a doze meses, de 51,6% e em menores de um ano, de 68,7%.

Os resultados apresentados na Tabela 2 permitem associar as características infantis e maternas com o aleitamento em menores de um ano.

TABELA 2 – Fatores associados ao AM em crianças menores de um ano, em Rolândia-PR, Brasil – 2009.

VARIÁVEIS	AM						
	n	%	TOTAL	%	RP	IC 95%	p
CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO							
Nascimento em HAC							
Sim	20	69,0	29	4,9	1,01	0,78-1,29	0,958
Não	387	68,5	565	95,1	1,00	Referência	
Serviço de acompanhamento							
Público	335	69,2	484	82,3	1,04	0,90-1,21	0,567
Particular	69	66,3	104	17,7	1,00	Referência	
CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA							
Mamou na primeira hora de vida							
Sim	242	68,8	352	63,9	0,94	0,84-1,05	0,254
Não	146	73,4	199	36,1	1,00	Referência	
Peso ao nascer							
Não Baixo peso (>2500g)	364	69,7	522	91,1	1,05	0,85-1,28	0,650
Baixo peso (<2500g)	34	66,7	51	8,9	1,00	Referência	
CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA							
Uso de mamadeira							
Não	212	97,2	218	36,9	1,88	1,70-2,08	<0,001
Sim	193	51,7	373	63,1	1,00	Referência	
Uso de chupeta							
Não	284	88,2	322	54,3	1,94	1,70-2,23	<0,001
Sim	123	45,4	271	45,7	1,00	Referência	
CARACTERÍSTICAS MATERNAS							
Tipo de parto							
Normal	145	70,4	206	35,6	1,03	0,92-1,15	0,646
Cesárea	255	68,5	372	64,4	1,00	Referência	
Idade							
≥20 anos	307	71,1	432	84,9	0,99	0,85-1,16	0,948
< 20 anos	55	71,4	77	15,1	1,00	Referência	
Escolaridade							
Superior	34	63	54	10,4	0,86	0,68-1,09	
Médio	112	69,6	161	31,1	0,95	0,82-1,10	
Fundamental	128	72,3	177	34,2	0,99	0,86-1,14	0,530
Sem esc./Fund. Incomp.	92	73,0	126	24,0	1,00	Referência	
Trabalho							
Não está trabalhando fora	247	74,0	334	65,6	1,34	1,12-1,60	
Está sob licença-maternidade	53	86,9	61	12,0	1,57	1,30-1,91	<0,001
Está trabalhando fora	63	55,3	114	22,4	1,00	Referência	
Paridade							
Múltipara	199	76,0	262	51,6	1,15	1,03-1,29	0,012
Primípara	162	65,9	246	48,4	1,00	Referência	

4.2 Artigo 2

Entre os fatores associados ao AM em menores de um ano, crianças que não faziam uso de mamadeira apresentaram prevalência 88% maior em comparação às crianças que tinham este hábito ($p<0,001$). O não uso de chupeta mostrou-se associado ao AM, pois as crianças que não a utilizavam apresentaram prevalência 94% maior que as crianças que possuíam este hábito ($p<0,001$).

Com relação às características maternas, a prevalência do AM apresentou-se 34% maior entre aquelas crianças que as mães não trabalhavam fora e ainda 57% maior para as mães que estavam em licença-maternidade quando comparadas às mães que estavam trabalhando fora ($p<0,001$).

As crianças cujas mães possuíam mais de um filho apresentaram prevalência do AM 15% maior que as crianças cujas mães possuíam apenas um filho.

A Tabela 3 mostra outros alimentos recebidos pelas crianças menores de um ano, além do leite humano.

TABELA 3 – Distribuição de alimentos diferentes do leite materno recebidos pelas crianças menores de 12 meses, em Rolândia-PR, Brasil – 2009.

VARIÁVEIS	FAIXA ETÁRIA				TOTAL
	0 — 6 MESES		6 — 12 MESES		
	n	%	n	%	
Água					
Sim	109	38,2	297	96,1	406
Não	176	61,8	12	3,9	188
Chá					
Sim	40	14,1	56	18,2	96
Não	244	85,9	251	81,8	495
Outro leite					
Sim	123	43,2	241	78,0	364
Não	162	56,8	68	22,0	230
Papa salgada					
Sim	40	14,2	286	92,6	326
Não	242	85,8	23	7,4	265
Mingau doce/salgado					
Sim	16	5,7	90	29,1	106
Não	266	94,3	219	70,9	485
Frutas					
Sim	24	8,5	209	67,6	230
Não	258	91,5	100	32,4	356

No que diz respeito aos alimentos diferentes do leite materno, recebidos pelas crianças, entre os alimentos líquidos, o item mais apontado foi a oferta de outros tipos de leite às crianças menores de seis meses (43,2%), seguida da oferta de água (38,2%) e de chá (14,1%). Com relação aos alimentos sólidos e semissólidos, o que mais se ofereceu foi a papa salgada (14,2%), seguida das frutas (8,5%) e do mingau doce/salgado (5,7%).

4.2 Artigo 2

Entre as crianças de seis a doze meses, o líquido mais ingerido foi a água (96,1%), seguido de outro leite (78%), e dentre os alimentos sólidos e semissólidos mais consumidos, apontou-se a papa salgada (92,6%), seguida da fruta (67,6%). Encontrou-se ainda que 96,5% haviam recebido alimentos rico em ferro e 80,9%, legumes/verduras.

A Figura 1 apresenta os alimentos considerados não saudáveis e que foram consumidos pelas crianças menores de um ano.

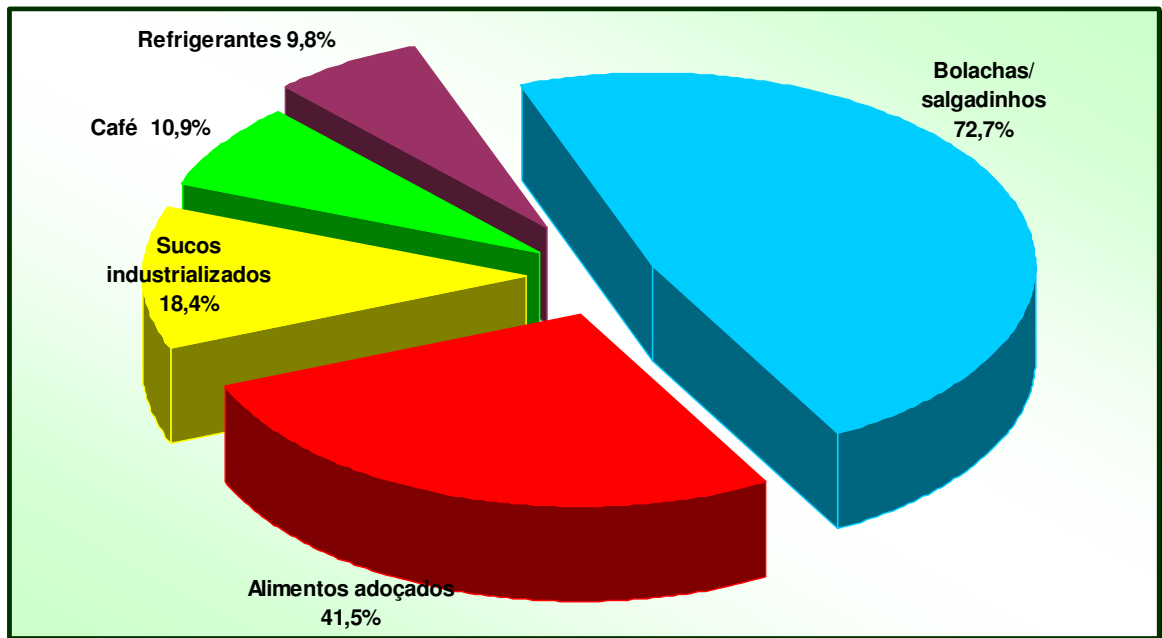


FIGURA 1 — Alimentos não saudáveis consumidos pelas crianças menores de um ano, Rolândia-PR, Brasil – 2009.

Dentre os alimentos considerados não saudáveis, foram oferecidos às crianças menores de um ano os seguintes alimentos: sucos industrializados (18,4%), refrigerantes (9,8%), café (10,9%), alimentos adoçados (41,5%) e bolachas/salgadinhos (72,7%).

A análise da associação entre consumo de alimentos por crianças de seis a doze meses (alimentos ricos em ferro, frutas, legumes e verduras, sucos industrializados, refrigerante, café, bolacha/salgadinho, alimentos adoçados) e as características maternas (idade, escolaridade, trabalho e paridade) revelou que as mulheres com mais de vinte anos

4.2 Artigo 2

($p=0,008$), maior escolaridade ($p=0,036$) e que não estavam trabalhando fora ($p<0,001$) apresentaram maior probabilidade de oferecer legumes e verduras. Entretanto as mães com menos de vinte anos tiveram probabilidade menor de oferecer sucos industrializados ($p=0,002$) e refrigerantes ($p<0,001$). Para as demais associações não houve significância estatística.

DISCUSSÃO

A prevalência de AME em menores de seis meses detectada em Rolândia (36,8%) está abaixo da recomendada pela OMS, porém, se comparada com a observada em Londrina-PR (33,2%), percebe-se que é superior.¹² Londrina dista 25 quilômetros de Rolândia e vem investindo há décadas em ações direcionadas ao aumento de prevalência do AM, diferentemente de Rolândia, onde, até o momento, não há registros de investimentos focados na amamentação. A prevalência encontrada em Rolândia também foi superior à encontrada em Itapira (30,1%), município do interior de São Paulo, de tamanho próximo ao de Rolândia.²¹

É possível que os valores encontrados neste estudo estejam relacionados com a atuação do Programa Saúde da Família (PSF), que conta com 66% de cobertura no município e cujos profissionais discutem o AM no pré-natal e no puerpério, durante a realização de visitas domiciliares. Estudos que avaliaram o conhecimento dos profissionais do PSF evidenciaram que mais de 95% deles conheciam as recomendações do AM, principalmente enfermeiros e auxiliares de enfermagem, mas também se verificou que os profissionais não são capacitados de maneira uniforme, já que médicos e agentes comunitários de saúde (ACS) não obtiveram média satisfatória na avaliação.^{22,23}

4.2 Artigo 2

Na faixa etária de nove a doze meses, observou-se prevalência de 51,6%, evidenciando valor superior a Curitiba (48,5%) e Região Sul (49,3%).⁹ A manutenção do AM além dos seis meses garante para a criança a proteção imunológica e o fornecimento de energia, proteína e vitaminas.²⁴

As mães que estavam sob licença-maternidade ou que não trabalhavam fora apresentaram maior probabilidade de oferecer leite materno ao filho. Esse resultado é semelhante ao de Saldiva et al.¹⁶, que ainda encontraram maior probabilidade de oferta de refeições lácteas entre as mães que trabalhavam fora, o que representa risco de anemia a essas crianças.

Estudo realizado por Vianna et al.²⁵ constatou menor prevalência do AME entre mulheres que trabalhavam fora ($p=0,005$). O período de licença-maternidade instituído na Constituição Federal de 1988, o qual, para a maioria das empresas, continua sendo de quatro meses, é uma barreira para a persistência do AME até os seis primeiros meses. Porém ainda há mulheres que, por opção própria ou por falta de conhecimento e orientação, mesmo não trabalhando fora de casa, interrompem precocemente o aleitamento.

Quando autoridades em saúde recomendam amamentação exclusiva por seis meses e as leis trabalhistas permitem um período de licença-maternidade de quatro meses, estabelece-se um paradoxo.²⁰ Porém, atualmente tem surgido algumas propostas por parte dos governantes em ajustar esses períodos conflitantes.

O Programa Empresa Cidadã, criado pela Lei n.º 11.770, de 9 de setembro de 2008, prorroga a licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal à empresa, porém a concessão do benefício é uma opção da empresa e se limita àquelas que fazem declaração do imposto de renda pelo sistema de lucro real, o que reduz o alcance da

4.2 Artigo 2

medida.²⁶ É um avanço em termos de legislação, porém, a maioria das empresas, inclusive as públicas, continuam concedendo quatro meses de licença-maternidade.

Em fevereiro de 2010, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 30/2007, que torna constitucional licença-maternidade obrigatória de 180 dias, foi aprovada pela comissão avaliadora. No entanto, para que a proposta entre em vigor, ainda deverá ser aprovada pela Câmara dos Deputados e pelo Senado.²⁷ No município de Rolândia-PR, a licença-maternidade para as funcionárias públicas é de seis meses desde fevereiro de 2009, regulamentada por lei municipal.

As mães com mais de um filho apresentaram maiores chances de amamentar ($p < 0,001$); resultado semelhante foi encontrado por Vannuchi et al.²⁸ Mulheres com mais filhos e com experiência em amamentação tendem a amamentar por mais tempo.²⁹ As experiências vivenciadas pelas mulheres com o nascimento de cada filho permitem que elas adquiram mais conhecimentos e habilidades, refletindo na manutenção do aleitamento materno. Portanto é fundamental que os profissionais de saúde considerem a experiência de cada mulher ao oferecer apoio ao aleitamento.

Pode-se constatar que o uso de mamadeira e chupeta também pode interferir na manutenção da amamentação. Resultados que corroboram os estudos de Chaves et al.,³⁰ mostrando a associação entre essas práticas e menores índices de AM. Existe, portanto, a necessidade de medidas de desconstrução desses hábitos arraigados na cultura popular e que tanto prejudicam a continuidade do aleitamento. É preocupante a utilização da mamadeira para introdução de outros leites e líquidos na alimentação de tantas crianças menores de um ano.

Neste estudo, o fato da mãe trabalhar fora esteve associado a menores taxas de AM. O retorno ao trabalho tem sido justificativa das mães para a introdução da mamadeira, pois o horário das mamadas e a distância do trabalho podem dificultar a amamentação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu conhecer o panorama do aleitamento materno e das práticas alimentares em crianças menores de um ano no município de Rolândia-PR. O trabalho é inédito no município e, portanto, apresenta-se como desencadeador de ações relacionadas à melhoria da prevalência do aleitamento materno por meio de políticas públicas efetivas direcionadas à criança e à mulher.

Houve semelhança com os achados da literatura, visto que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses apresentou valor muito inferior ao preconizado pela OMS (36,8%); no entanto, chamou a atenção o fato de que esse valor se mostrou superior ao de Londrina (33,1%), que possui consolidada rede de apoio e incentivo à amamentação. Este resultado leva a considerar o trabalho realizado pelo Programa Saúde da Família como o principal responsável pelos valores encontrados.

O não uso de chupeta e mamadeira esteve associado ao AME e AM tanto na população de menores de seis meses quanto na de seis a 12 meses, indicando a necessidade de orientação de que tais hábitos devem ser evitados e ressaltando o quanto o uso desses objetos interferem no sucesso da amamentação. Para as crianças menores de seis meses, o uso da mamadeira pode implicar na oferta de outros líquidos além da confusão que causa na criança quanto às diferenças de sucção no seio materno e nos bicos artificiais.

Crianças menores de quatro meses que mamaram na primeira hora de vida tiveram mais chances de ser amamentadas. É importante ressaltar que mamar na primeira hora de vida ainda confere proteção contra a mortalidade neonatal, e esse comportamento deve ser discutido com as equipes de profissionais que atuam no momento do nascimento da criança.

As mães que não estavam trabalhando fora ou estavam sob licença-maternidade tiveram mais chances de amamentar seus filhos menores de um ano. Esse achado evidencia a importância da licença-maternidade para a amamentação exclusiva até os seis meses, porém traz outra discussão sobre a situação das mães que, mesmo em licença-maternidade, não estão amamentando ou o estão fazendo parcialmente, haja vista os baixos índices de aleitamento materno exclusivo entre os menores de quatro meses (47,9%).

As mães com mais de 20 anos, maior escolaridade e que estavam trabalhando fora tiveram mais chances de oferecer legumes e verduras às crianças de seis a 12 meses, entretanto as mães adolescentes apresentaram menor chance de oferecer alimentos prejudiciais como sucos industrializados e refrigerantes. A falta de conhecimento sobre os malefícios que causam alguns alimentos pode favorecer a sua oferta. Utilizando-se das ferramentas elaboradas por órgãos nacionais e internacionais, como os guias e recomendações alimentares para crianças, os profissionais de saúde devem firmar o compromisso de repassar essas informações à população de sua área de abrangência como parte da assistência integral ao indivíduo em todo o ciclo vital.

No que diz respeito às práticas alimentares, observou-se introdução precoce de alimentos sólidos e não-sólidos em lactentes menores de seis meses e de alimentos não recomendados para crianças menores de um ano, como refrigerante, café, bolachas/salgadinhos e alimentos adoçados. Tais achados evidenciam que os maus hábitos alimentares verificados em razão da facilidade ao acesso a alimentos ricos em gordura e açúcar afetam também a alimentação de crianças menores de um ano. A desinformação sobre os malefícios desses alimentos também para as crianças pode favorecer a oferta.

Vale ressaltar que, em 2006, realizaram-se, com o apoio de profissionais do Banco de Leite Humano do Hospital Universitário de Londrina, oficinas sobre aleitamento em todas as UBS e, apesar de o quadro de funcionários ter-se modificado em 2007, quando se realizou concurso público, acredita-se que a sensibilização e orientações fornecidas durante as oficinas permaneceram no processo de trabalho das unidades.

O município realizou este ano novas oficinas sobre aleitamento materno com os profissionais das UBS visando a implementação da Rede Amamenta Brasil, e o hospital está em fase de credenciamento como Hospital Amigo da Criança. Portanto em futuros trabalhos, após essas ações, será possível comparar a situação das práticas alimentares em menores de um ano.

Com a realização deste estudo, o município terá subsídios para melhorar ainda mais a prevalência do aleitamento e a qualidade da alimentação complementar das crianças menores de um ano por meio de políticas públicas voltadas aos grupos mais vulneráveis ao desmame precoce, considerando as deficiências assistenciais e os fatores socioculturais que permeiam o aleitamento.

Estudos posteriores poderão avaliar a real contribuição do Programa Saúde da Família para a prevalência do aleitamento.

REFERÊNCIAS

- ALBERNAZ, Elaine P. et al. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-neonatal. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 485-93, ago. 2003.
- ALMEIDA, João Aprígio Guerra; NOVAK, Franz R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S119-S125, 2004. Suplemento 5.
- ANTUNES, Leonardo dos Santos et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 103-109, fev. 2008.
- ARAUJO, Maria de Fátima Moura et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 135-141, jun. 2004.
- BAHL, Rajiv et al. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicenter cohort study. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 83, n. 6, p. 418-426, jun. 2005.
- BERCINI, Luciana Olga et al. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 6, p. 404-410, 2007. Suplemento 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Semana mundial da amamentação -SMAM 2010. Brasília: MS, 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34831&janela=1>. Acesso em: 12 nov. 2010.

BUTTE, Nancy F.; LOPEZ-ALARCON, Margia G.; GARZA, Cutberto. **Nutrient Adequacy of exclusive breastfeeding for term infant during the first six months of life**. Geneva: WHO, 2002.

CALIL, Valdenise Martins Laurindo Tuma; VAZ, Flávio Adolfo Costa. Composição bioquímica do leite humano. In: ISSLER, H. (Coord.). **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008. p.177-190.

ESCUDE, Maria Mercedes Loureiro; VENÂNCIO, Sônia Ioyama; PEREIRA, Júlio César Rodrigues. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 319-325, 2003.

GLUSHKOVA, Anzhela V.; GRJIBOVSKI, Andrej M. Prevalence and correlates of asthma among children in Central St. Petersburg, Russia: Cross-sectional Study. **Croatian Medical Journal**, Zagreb, v. 49, n. 6, p. 741-750, 2008.

GOMES, Priscila Tsupal Tenório. **Práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram na Segunda Etapa da Campanha Nacional de Vacinação dos Postos de Saúde fixos da cidade de Guarapuava-PR, em 2004**. 2005. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

HORTA, Bernardo L. et al. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses**. Geneva: WHO, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 09 abr. 2009.

JONES, Gareth et al. How many child deaths can we prevent this year? **The Lancet**, London, v. 362, n. 9377, p. 65-71, July 2003.

KARMAUS, Wilfried et al. Long-Term effects of breastfeeding, Maternal Smoking during pregnancy, and recurrent lower respiratory tract infections on asthma in children. **Journal of Asthma**, New York, v. 45, n 8, p. 688-695, Oct. 2008.

KLEIN, Carlos Henrique; BLOCH, Katia Vergetti. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, Roberto Andrade et al. (Ed.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-219.

MONTEIRO, Carlos Augusto. **O panorama da nutrição infantil nos anos 90**. Brasília: UNICEF, 1997.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque: ONU, 2000. Disponível em: <<http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2010.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família – PSF. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 407-414, 2007.

REA Marina Ferreira. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, p. S142-S146, 2004. Suplemento 5.

REA, Marina Ferreira. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S37-S45, 2003. Suplemento 1.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Rolândia 2010-2013**. Rolândia: Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.rolandia.pr.gov.br/images/stories/secretarias/arquivos/planomunicipals_aude.pdf>. Acesso em 15 nov. 2010.

SALDIVA, Silvia Regina D. M. et al. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 53-58, 2007.

SCHWENGBER, Cláudia Portelinha. **Aspectos históricos de Rolândia**. Rolândia: Wa Ricieri-Gráfica, 2003.

SEGALL-CORRÊA, Ana Maria et al. Amamentação e alimentação infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**: Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SENA, Maria Cristina Ferreira. **O Aleitamento materno no Distrito Federal nos anos 90**. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, 2002.

SENTONE, Andreza Daher Delfino. Vantagens do aleitamento materno. In: CASTRO, Lilian Mara Consolin Poli; ARAUJO, Lylian Dalete Soares (Org.). **Aleitamento materno: manual prático**. 2. ed. Londrina: MAS, 2006. p. 69-74.

SOUZA, Sarah Nancy Deggau Hegeto. **A situação do aleitamento materno no município de Londrina-PR: o contexto das ações desenvolvidas no período 2002-2008**. 2009. 57 f. Projeto de Pesquisa (Qualificação, doutorado) -Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

TIEWSOH, Karalanglin et al. Factors determining the outcome of children hospitalized with severe pneumonia. **BMC Pediatrics**, London , v. 9, n.15, p. 1-8, Feb. 2009.

TRAWITZKI, Luciana Vitaliano Voi et al. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 71, n. 6, p. 747-751, nov./dez. 2005.

UNICEF. 1990 – 2005 celebrating the innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding: past achievements, present challenges and the way forward for infant and young child feeding. Florence: UNICEF, 2005.

Disponível em:

<http://www.unicef.org/nutrition/files/Innocenti_plus15_BreastfeedingReport.pdf>.

Acesso em: 09 abr. 2009.

VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira. Composição do leite humano. In: CASTRO, Lilian Mara Consolin Poli; ARAUJO, Lylian Dalete Soares (Org.). **Aleitamento materno**: manual prático. 2. ed. Londrina: MAS, 2006. p. 69-74.

VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 2, p. 155-162, jun. 2005.

VENANCIO, Sônia Isoyama et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo, 1998. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 306-313, 2002.

VENANCIO, Sônia Isoyama; MONTEIRO, Carlos Augusto. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 40-49, 1998.

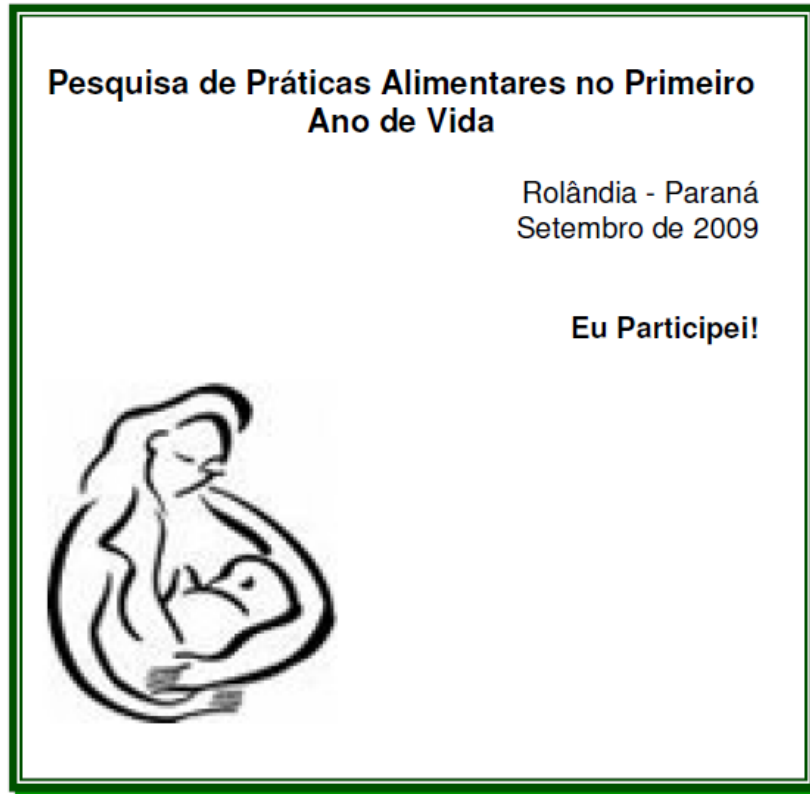
VIEIRA, Graciete O.; SILVA, Luciana R.; VIEIRA, Tatiana de O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 449-454, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007. Whashington: WHO, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ADESIVO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA



**APÊNDICE B – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA À SECRETARIA DE SAÚDE DE
ROLÂNDIA**



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**



Ofício MPGSS 07/2009

Londrina, 17 de março de 2009.

Ilma. Sra. Tânia Maria Aroceno
Secretária de Saúde de Rolândia

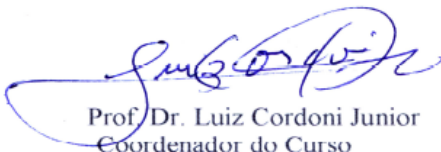
Senhora Secretária,

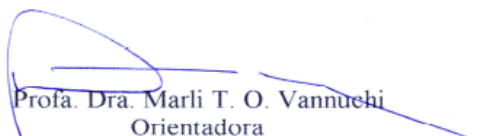
Vimos, pelo presente, solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa “Prevalência do Aleitamento Materno em menores de um ano no município de Rolândia-PR” nas unidades básicas de saúde de Rolândia, pela aluna do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, **ANADÉLIA LIASCHI DÜCCI**, RG 6.894.195-4 SSP-PR, CPF/MF 034.594.459-39. Será aplicado um questionário às mães das crianças menores de um ano no momento em que essas estiverem na UBS aguardando para vacina de seu filho no dia da Campanha contra Poliomielite. Esses dados irão compor a pesquisa acima referida resultando uma dissertação de mestrado, tendo como objetivo conhecer a prevalência do aleitamento materno em menores de um ano no município de Rolândia. Os resultados poderão servir para reorientar as políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno desse município.

Asseguramos que todas as informações serão tratadas de forma a manter em sigilo a identidade dos sujeitos e que a pesquisa obedecerá às normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo desenvolvida somente após obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informamos, ainda, que a mestranda encontra-se à disposição para esclarecimentos e fornecimento de informações complementares. O contato com a aluna poderá ser feito por telefone no número (43) 3256-6100, (43) 9911-7969 ou por correio eletrônico no endereço: ana.ducci@gmail.com. Contatos com a coordenação do Curso e orientadora, bem como encaminhamento da resposta à presente solicitação, podem ser feitos pelos fone/fax 3337-5115 ou 9139-2503.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior
Coordenador do Curso


Prof. Dra. Marli T. O. Vannuchi
Orientadora

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**TITULO DA PESQUISA:****“Prevalência do Aleitamento Materno em menores de um ano no município de Rolândia/PR”**

Eu, _____, estou sendo convidado (a) e concordo em participar da pesquisa sobre a “Prevalência do Aleitamento Materno em menores de um ano no município de Rolândia/PR”, realizada em Rolândia com o objetivo de avaliar a situação do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de um ano na cidade de Rolândia/PR. Este estudo mostrará a verdadeira situação do aleitamento materno e servirá para a reformulação das políticas que atualmente norteiam as ações de incentivo à amamentação no município.

Entendo que serão feitas perguntas a respeito de como estou amamentando ou não meu filho. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas são confidenciais e que quando divulgados os resultados serão de forma geral e os nomes dos entrevistados não serão citados. Sei também que não receberei e nem precisarei efetuar qualquer pagamento.

Em caso de dúvida posso esclarecer com os autores da pesquisa através da pesquisadora Anadélia Liaschi Ducci cujo endereço se localiza na Rua Amazonas, número 205, casa 3 Rolândia/PR, telefone 3256-6100 ou ainda através de consulta no CEP/UEL no telefone 3371 2490.

Entendo que tenho a liberdade em aceitar ou não responder as questões e recusar em participar no momento em que quiser, sem prejuízo para mim e minha família.

Entrevistado:

Assinatura: _____

Pesquisador ou ACS que realizará a entrevista.

Nome: _____





Assinatura: _____

Data: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO / DAPES / SAS/MS - ICICT/FIOCRUZ II PESQUISA NACIONAL DE PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO – 2008			
Nº _____ (CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)		<input type="checkbox"/> RECUSA	
01-DATA: / /	02-ENTREVISTADOR:	03-MUNICÍPIO:	04-UF:
05-LOCAL DE VACINAÇÃO:		06-ÁREA <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
07- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA / /		<input type="checkbox"/> Não há informação (ENCERRE A ENTREVISTA)	
08- SEXO DA CRIANÇA:		1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	
09- QUAL O SEU PARENTESCO COM ESTA CRIANÇA?		1 <input type="checkbox"/> Mãe 2 <input type="checkbox"/> Pai 3 <input type="checkbox"/> Outro ou nenhum parentesco	
10-À CRIANÇA MORA NESTA CIDADE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALAR O NOME DE CADA ALIMENTO E O (A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO. (Q. 11 à Q. 34)			
11-TOMOU LEITE DE PEITO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q. 13) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/ Q. 13)	
12-QUANTAS VEZES?		____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) 9 <input type="checkbox"/> Não sabe	
13-TOMOU ÁGUA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
14-TOMOU CHÁ?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
15-TOMOU OUTRO LEITE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q.17) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q. 17)	
16-A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)			
1 <input type="checkbox"/> Só durante o dia? 2 <input type="checkbox"/> Só à noite? 3 <input type="checkbox"/> De dia e de noite? 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
18-COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
19-COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA, SOPA)?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q.26) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/ Q.26)	
20-QUANTAS VEZES? 1 <input type="checkbox"/> 1 vez 2 <input type="checkbox"/> 2 vezes 3 <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)			
1 <input type="checkbox"/> Igual à da família? 2 <input type="checkbox"/> Preparada só para a criança? 3 <input type="checkbox"/> Industrializada (de potinho)? 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
Q.21 _____ (Código para Digitação)			
22-ESSA COMIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)			
1 <input type="checkbox"/> Em pedaços? 2 <input type="checkbox"/> Amassada? 3 <input type="checkbox"/> Passada pela peneira? 4 <input type="checkbox"/> Liquidificada? 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
Q.22 _____ (Código para Digitação)			
23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE DE BOI, FRANGO, PEIXE, MIÚDOS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ENTREVISTADOR, LEMBRAR DE DIZER: "- DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ ESSA CRIANÇA":			
27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM CAIXINHA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
28-TOMOU REFRIGERANTE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
29-TOMOU CAFÉ?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR, MEL, MELADO, ADOÇANTE?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
31-COMEU BOLACHA, BISCOITO OU SALGADINHO?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
33-ÚSOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
34-ÚSOU CHUPETA?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	

35-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome)			
998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
 Q.36 <input type="checkbox"/> HAC (Digitador localize o nome desse Hospital na lista de Hospitais Amigo da Criança)			
37-QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Fórceps 3 <input type="checkbox"/> Cesárea 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, LOGO APÓS O PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
39-O(A) SR.(A) ESTÁ COM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MÃOS? (Considere apenas a nova Caderneta do Ministério da Saúde - capa azul e rosa)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q.43)		
40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA? 1 <input type="checkbox"/> Sim, inteira 2 <input type="checkbox"/> Sim, algumas partes 3 <input type="checkbox"/> Não leu [Outros acompanhantes]: 9 <input type="checkbox"/> Não é a mãe (PASSE P/ Q.41)			
ENTREVISTADOR, VEJA OS GRÁFICOS DA CADERNETA DE SAÚDE (PARA MENINAS E MENINOS) E ANOTE (Q.41 E Q.42)			
41- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?			
PARA MENINA (página 46 E 47) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	PARA MENINO (página 56 E 57) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
42-NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?			
PARA MENINA (página 48 E 49) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	PARA MENINO (página 58 E 59) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
43-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g (Se necessário, anote da Caderneta) 9999 <input type="checkbox"/> Não Sabe			
44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA AS CONSULTAS DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)			
1 <input type="checkbox"/> Serviço Particular ou Convênio			
2 <input type="checkbox"/> Rede Pública: _____ (Anote o nome)			
9 <input type="checkbox"/> Não Sabe/Não se aplica			
 Q.44 → Se REDE PÚBLICA especificar: 2 <input type="checkbox"/> UBS 3 <input type="checkbox"/> PACS/PSF 4 <input type="checkbox"/> Outros (Código para Digitação)			
FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q. 45 à Q.49)			
45-LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE?			
____ Anote em dias. (PASSE P/ Q.46) 998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]			
999 <input type="checkbox"/> Não Sabe [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]			
NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA			
46-MAMOU NO PEITO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
48-TOMOU ÁGUA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
49-TOMOU CHÁ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe		
FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)			
50-QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos)			
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)		
52-A SRA. SABE LER E ESCREVER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo)	54-E GRAU? (Assinale abaixo)		
<input type="checkbox"/> 0	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	1 <input type="checkbox"/> INCOMPLETO 2 <input type="checkbox"/> COMPLETO
0 <input type="checkbox"/> SEM ESCOLARIDADE	1 <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL	2 <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO	3 <input type="checkbox"/> SUPERIOR
 Q.53 _____  Q.54 _____ (Código para Digitação)			
55-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)			
1 <input type="checkbox"/> Está trabalhando fora? 2 <input type="checkbox"/> Não está trabalhando fora? 3 <input type="checkbox"/> Está sob Licença Maternidade?			
Observações:			

**ANEXO B – CATEGORIAS E FAIXAS ETÁRIAS UTILIZADAS COMO BASE DE CÁLCULO DA
PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**

1. Aleitamento materno na primeira hora de vida: proporção de crianças menores de 12 meses que foram amamentadas na primeira hora de vida.

$$\frac{\text{Crianças menores de 12 meses amamentadas na 1ª hora de vida}}{\text{Total de crianças menores de 12 meses}}$$

2. Aleitamento materno exclusivo: proporção de crianças de 0 - 4 e 0 – 6 meses que foram amamentadas de forma exclusiva nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

$$\frac{\text{Crianças menores de 4 meses amamentadas de forma exclusiva}}{\text{Total de crianças menores 4 meses e}}$$

$$\frac{\text{Crianças menores de 6 meses amamentadas de forma exclusiva}}{\text{Total de crianças menores 6 meses}}$$

3. Aleitamento materno: proporção de crianças de 9 - 12 meses que receberam leite materno (com qualquer tipo de alimento complementar, líquido, semissólido ou sólido, bem como outros leites não-maternos) nas 24 horas que antecederam a pesquisa.¹

$$\frac{\text{Crianças de 9 a 12 meses amamentadas}}{\text{Total de crianças de 9 a 12 meses}}$$

4. Consumo de água: proporção de crianças de 0 |— 30, 30 |— 60, 60 |— 90, 90 |— 120, 120 |— 150 e 150 |— 180 dias que receberam água nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

$$\frac{\text{Crianças de 0 |— 30, 30 |— 60, 60 |— 90, 90 |— 120, 120 |— 150 e 150 |— 180 dias que receberam água}}{\text{Total de crianças nas respectivas faixas etárias}}$$

¹ Neste estudo, o “aleitamento materno aos 9 a 12 meses” e o indicador de continuidade do aleitamento materno no final do primeiro ano de vida. Trata-se de uma adaptação do indicador recomendado pela OMS, em função desta pesquisa incluir crianças na faixa etária de 0 a 12 meses.

5. Consumo de chá: proporção de crianças de 0 |— 30, 30 |— 60, 60 |— 90, 90|— 120, 120 |— 150 e 150 |— 180 dias que receberam chá nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

Crianças de 0 |— 30, 30 |— 60, 60 |— 90, 90 |— 120, 120 |— 150 e 150 |— 180
dias que receberam chá
 Total de crianças nas respectivas faixas etárias

6. Consumo de suco: proporção de crianças de 0 |— 30, 30 |— 60, 60 |— 90, 90|— 120, 120 |— 150 e 150 |— 180 dias que receberam suco nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

Crianças de 0 |— 30, 30 |— 60, 60 |— 90, 90 |— 120, 120 |— 150 e 150 |— 180
dias que receberam suco
 Total de crianças nas respectivas faixas etárias

7. Consumo de outros leites: proporção de crianças de 0 |— 30, 30 |— 60, 60 |— 90, 90 |— 120, 120 |— 150 e 150 |— 180 dias que receberam outros leites nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

Crianças de 0 |— 30, 30 |— 60, 60 |— 90, 90 |— 120, 120 |— 150 e 150 |— 180
dias que receberam outros leites
 Total de crianças nas respectivas faixas etárias

8. Consumo de comida de sal: proporção de crianças 0 |— 3, 3 |— 6, 6 |— 9 e 9 |— 12 meses que receberam comida de sal nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

Crianças de 0 |— 3, 3 |— 6, 6 |— 9 e 9 |— 12 meses que receberam comida de sal
 Total de crianças nas respectivas faixas etárias

9. Consumo de fruta: proporção de crianças de 0 |— 3, 3 |— 6, 6 |— 9 e 9 |— 12 meses que receberam fruta nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

Crianças de 0 |— 3, 3 |— 6, 6 |— 9 e 9 |— 12 meses que receberam fruta
 Total de crianças nas respectivas faixas etárias

10. Consumo de verduras/legumes: proporção de crianças de 0 |— 3, 3 |— 6, 6 |— 9 e 9 |— 12 meses que receberam verduras/legumes nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

Crianças de 0 |— 3, 3 |— 6, 6 |— 9 e 9 |— 12 meses que receberam
verduras/legumes
 Total de crianças nas respectivas faixas etárias

11. Consumo de café: proporção de crianças de 0 |— 3, 3 |— 6, 6 |— 9 e 9 |— 12 meses que receberam café nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

$$\frac{\text{Crianças de 0 |— 3, 3 |— 6, 6 |— 9 e 9 |— 12 meses que receberam café}}{\text{Total de crianças nas respectivas faixas etárias}}$$

12. Consumo de refrigerante: proporção de crianças de 0 |— 3, 3 |— 6, 6 |— 9 e 9 |— 12 meses que receberam refrigerante nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

$$\frac{\text{Crianças de 0 |— 3, 3 |— 6, 6 |— 9 e 9 |— 12 meses que receberam refrigerante}}{\text{Total de crianças nas respectivas faixas etárias}}$$

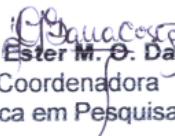
13. Consumo de bolacha: proporção de crianças de 0 |— 3, 3 |— 6, 6 |— 9 e 9 |— 12 meses que receberam bolacha/salgadinho nas 24 horas que antecederam a pesquisa.

$$\frac{\text{Crianças de 0 |— 3, 3 |— 6, 6 |— 9 e 9 |— 12 meses que receberam bolacha}}{\text{Total de crianças nas respectivas faixas etárias}}$$

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEL



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
 Registro CONEP 268

Parecer Nº 111/09 CAAE Nº 0106.0.268.268-09 FOLHA DE ROSTO Nº 261145	Londrina, 18 de julho de 2008.
PESQUISADOR: ANADÉLIA LIASCHI DUCCI (Processo 13910/09)	
Prezado(a) Senhor(a) <p align="center">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p align="center">"PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA / PARANÁ"</p> <p align="center">Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center">  Profª. Dra. Ester M. O. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL </p>	

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE ROLÂNDIA



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

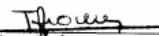
ROLÂNDIA
Você

Ofício Nº 259 /09

Rolândia, 27 de abril de 2009.

Informamos para fins de realização da pesquisa.: **PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA/PARANÁ**, na Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia, de autoria de Anadélia Liaschi Ducci e sob a coordenação da Prof. Dra. Marli Terezinha de Oliveira Vannuchi do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, e que, por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96, desta forma, sua execução nesta Secretaria será autorizada após a apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa.

Prefeitura Municipal de Rolândia
Secretaria de Saúde


TÂNIA MARIA ROCCO
Secretaria de Saúde
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A/C Anadélia Liaschi Ducci – Mestranda da UEL

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM
SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA**

Protocolo: 001/08 **2º Parecer**

I. Identificação

Título: Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida.

Pesquisador(es): Sônia Isoyama Venâncio, Maria Mercedes Loureiro Escuder, Maria Cecília Dias Miranda, Jerônimo Gerolin, Elsa Regina Justo Giugliani.

Instituição onde se realizará o campo: Postos de vacinação das capitais brasileiras e de alguns municípios definidos pelas SES, priorizando aqueles com alta taxa de mortalidade infantil.

Instituição responsável: Instituto de Saúde – SES/SP.

Data de entrada no CEPIS: 3/03/08.

II. Parecer:

Acusamos o recebimento do projeto de pesquisa acima mencionado, em que as alterações sugeridas por este Comitê em 10.04.2008, foram acatadas. Desta forma considero o projeto **APROVADO**.

Data: 06.05.2008

SILVIA REGINA DIAS MEDICI SALDIVA
COORDENADOR DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO F – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS DA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

Escopo e política

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares (*peer review*) - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

Direitos autorais

Os trabalhos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os trabalhos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos trabalhos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Comitê de Ética

A declaração de Helsinki de 1975, em 2000 deve ser respeitada.

Também serão exigidos para os artigos nacionais a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O *rationale* deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento do Comitê Editorial, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não aprovado. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista.

Seções da Revista

Editorial

Revisão apresentação do histórico da evolução científica e avaliação crítica de um tema, tendo como suporte para a investigação a literatura considerada relevante. Revisões sistemáticas são recomendadas quando oportunas e terão prioridade frente a revisões narrativas.

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses

iniciais, a justificativa para a pesquisa e o objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descreve a população estudada, os critérios de seleção e exclusão da amostra, define as variáveis utilizadas e informa a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados, além da análise estatística; *Resultados*: são apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em seqüência lógica e apoiados nas ilustrações: tabelas e figuras - gráficos, desenhos, fotografias; *Discussão*: interpreta os resultados obtidos e verifica a compatibilidade entre estes resultados e os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes, vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho. Os trabalhos deverão ter no máximo 25 páginas e recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre um tema original (máximo de cinco páginas).

Ponto de Vista opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on line (máximo de cinco páginas).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista (máximo de três páginas).

Artigos especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas.

Forma e preparação de manuscritos

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos encaminhados à Revista deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, em espaço duplo, impresso em duas vias, acompanhados por um CD-Rom; podem também, ser enviados via *e-mail*.

Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem declarar que o mesmo não foi publicado e não está sendo submetido a outro periódico, nem o será enquanto em processo de avaliação.

Estrutura do manuscrito

Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

Página dos Resumos deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais e Notas de Pesquisa deverão ter no máximo 250 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. Nos Artigos de Revisão o formato narrativo dispensa o uso de resumo estruturado o qual deverá ter no máximo 150 palavras.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a dez palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os *Descritores em Ciências da Saúde* (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Página das Ilustrações as tabelas e figuras (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte.

Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número de 30 referências. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista

Lopes MCS, Ferreira LOC, Batista Filho M. Uso diário e semanal de sulfato ferroso no tratamento de anemia em mulheres no período reprodutivo. *Cad Saúde Pública* 1999; 15: 799-808.

Livro

Alves JGB, Figueira F. Doenças do adulto com raízes na infância. Recife: Bagaço; 1998.

Editor ou Compilador como autor

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. *Pharmacology of antihypertensive drugs*. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53

Congresso considerado no todo

Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. *MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

Dissertação e Tese

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no estado da Paraíba [tese doutorado]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997

Documento em formato eletrônico

Pellegrini Filho A. La BVS y la democratización del conocimiento y la información en salud. 1999.
Disponível em URL: [Http://www.bireme.br/bvs/reunião/doc/pellegrini.htm](http://www.bireme.br/bvs/reunião/doc/pellegrini.htm) [2000 Jan 16]

Envio de manuscritos

Os trabalhos deverão ser encaminhados para:

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira - IMIP

Secretaria Executiva

Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista

Recife, PE, Brasil CEP 50.070-550

Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E mail: revista@imip.org.br

Site: www.imip.org.br

DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_SERIAL&PID=1519-3829&LNG=PT&NRM=ISO](http://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_SERIAL&PID=1519-3829&LNG=PT&NRM=ISO)

ANEXO G – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS DA REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Epidemiologia** tem por finalidade publicar Artigos Originais e inéditos, inclusive de revisão crítica sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins (máximo de 25 p., incluindo tabelas e gráficos). Publica também artigos para as seções: Debate destinada a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas assemelhadas; Notas e Informações - notas prévias de trabalhos de investigação, bem como relatos breves de aspectos novos da epidemiologia além de notícias relativas a eventos da área, lançamentos de livros e outros (máximo de 5 p.); Cartas ao Editor - comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (máximo de 3 p.).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à **Revista Brasileira de Epidemiologia**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Para tanto, o(s) autor(es) deverá(ão) assinar declaração de acordo com modelo fornecido pela Revista. Os conceitos emitidos, em qualquer das seções da Revista, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Cada manuscrito é apreciado por no mínimo dois relatores, indicados por um dos Editores Associados, a quem caberá elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor Científico. Os manuscritos não aceitos ficam à disposição do(s) autor(es) por um ano.

Os manuscritos publicados são de responsabilidade da Revista, sendo vedadas tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Assim, todos os trabalhos, quando submetidos a publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, contendo assinatura do(s) autor(es), conforme modelo fornecido pela Revista.

Apresentação do manuscrito

Os artigos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol podem ser acompanhados, além dos resumos (no idioma original do artigo e em inglês), e respectivo número do processo.

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser enviadas em páginas separadas; devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário.

Palavras-chave

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 10 palavras-chave que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês para os artigos submetidos em português e espanhol, estando os mesmos sujeitos a alterações de acordo com o "Medical Subject Headings" da NML.

Abreviaturas

Deve ser utilizada a forma padronizada; quando citadas pela primeira vez, devem ser por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Numeração consecutiva de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos em sobrescrito. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores; quando ultrapassar este número utilize a expressão et al. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, somente citadas no texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em via de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses "no prelo". As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que o(s) autor(es) do manuscrito indique(m) ao leitor onde localizá-las.

A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigo de periódico

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentos eletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

OBSERVAÇÃO

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no New England Journal of Medicine 1997; 336: 309 e na Revista Panamericana de Salud Publica 1998; 3: 188-96, cuja cópia poderá ser solicitada à Secretaria da Revista.

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma Scielo:

<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid/editor/submission/11821>

As declarações devem ser endereçadas ao Editor Científico, no seguinte endereço:

Av. Dr. Arnaldo, 715 subsolo - sala S28

01246-904 São Paulo, SP - Brasil

fone/fax (011) 3085 5411 (011) 3085 5411

e-mail: revbrepi@edu.usp.br

DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/REVISTAS/RBEPID/PINSTRUC.HTM](http://WWW.SCIOLO.BR/REVISTAS/RBEPID/PINSTRUC.HTM)

4.2 Artigo 2

Além da questão da necessidade, muitas mulheres trabalham por satisfação pessoal e, apesar de conscientes da importância do AM para a criança, vivem um dilema quando precisam afastar-se do trabalho para amamentar.³¹

Algumas características maternas foram associadas ao tipo de alimento oferecido à criança. As mulheres com mais de 20 anos, maior escolaridade e que estavam trabalhando fora tiveram maior probabilidade de oferecer legumes e verduras às crianças de seis a doze meses. O estímulo do consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições é um dos “*Dez passos para uma alimentação saudável em crianças menores de dois anos*”.³²

A II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, realizada em 2008, evidenciou que 85,2% das crianças de 6 a 9 meses e 85,9% das crianças de 9 a 12 meses estavam consumindo legumes e verduras.⁹ Em Rolândia, o consumo de tais alimentos nessas faixas etárias apresentou-se um pouco abaixo, com 80,6% e 80,4%, respectivamente.

As mães que não trabalham fora podem ter maior disponibilidade e tempo para o preparo de alimentos como legumes e verduras. Estudo realizado por Saldiva et al.¹⁶ mostrou que as mulheres que trabalhavam fora apresentaram maior probabilidade de oferecer sopa à criança entre seis e doze meses, quando, nessa faixa etária, o ideal é que a criança se alimente de refeição pastosa.

Na atual conjuntura econômica do país, muitas mulheres necessitam trabalhar fora para complementar a renda. Muitas são chefes de família e o fruto de seu trabalho pode ser a única fonte de rendimento familiar, assim, é necessário o apoio dos familiares para que se ofereça alimentação adequada à criança. Além disso, toda a família deve ser orientada com relação aos alimentos complementares ideais a serem oferecidos à criança de seis a doze meses.

4.2 Artigo 2

Assim como em outros estudos, verificou-se a introdução tanto precoce quanto tardia dos alimentos complementares.^{14,21} A introdução de alimentos e líquidos não-nutritivos em menores de seis meses mostrou-se preocupante, principalmente por esses alimentos serem outros leites (43,2%) e água (38,2%). A OMS recomenda o AME por seis meses, sem a necessidade de introdução de outros líquidos, inclusive água e leites artificiais.⁸

Carvalho et al.³³ evidenciaram que a principal razão das mães introduzirem precocemente outros leites foi por considerar seu próprio leite fraco ou em quantidade insuficiente, enquanto a introdução precoce da água se deu por acreditar que era necessária para saciar a sede dos lactentes. Outro motivo apontado pelas mães para introduzirem outros alimentos antes do tempo deve-se à orientação médica.^{15,33} Apesar de não recomendado, neste estudo, encontrou-se uma parcela considerável das crianças de seis a doze meses (78%) recebendo outros tipos de leite. Esses resultados foram semelhante aos de Saldiva et al.¹⁶

A introdução precoce de chá (14,2%) na dieta do lactente menor de seis meses coincide com estudos de outros autores.^{15,33} Esta é outra prática, geralmente indicada por familiares, e que, se mostra arraigada na cultura da população. O chá é oferecido como forma de medicação à criança, sobretudo quando ela apresenta cólicas.³³

Percebeu-se a introdução precoce de papa salgada (14,2%) e fruta (8,5%) às crianças menores de seis meses. No entanto, das crianças de seis a doze meses, 7,4% não haviam consumido papa salgada e 32,4% não haviam consumido fruta nas 24 horas que antecederam a pesquisa. Esses achados corroboram os resultados de Bercini et al.¹⁴, em que cerca de um quinto das crianças de seis meses ou mais não receberam alimentos complementares de acordo com o recomendado. A alimentação precoce é desaconselhada, pois prejudica a duração do AM e reduz a absorção de ferro e zinco, que são nutrientes

4.2 Artigo 2

presentes no leite materno. A introdução tardia de alimentos, por sua vez, é preocupante, já que o leite materno não supre todas as necessidades nutricionais da criança após os seis meses.¹⁷

O oferecimento de alimentos ricos em ferro, como frutas, legumes e verduras, para a maioria das crianças, demonstra resultado positivo principalmente no que se refere à quase totalidade das crianças consumindo alimentação rica em ferro, que constitui importante micronutriente na dieta da criança como prevenção à anemia ferropriva, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e imunidade. A complementação do ferro por meio de alimentação após os seis meses faz-se necessária, pois após este período, o aleitamento por si só não supre as necessidades do lactente.¹⁷

Os alimentos considerados prejudiciais estiveram presentes na alimentação das crianças de seis a doze meses, sobretudo bolachas/salgadinhos e alimentos adoçados. Ademais constatou-se que as mães com mais de vinte anos foram associadas às crianças que recebiam sucos industrializados e refrigerantes. O açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, guloseimas e sal não são saudáveis para a criança pequena, tiram o apetite e competem com alimentos nutritivos.¹⁷

Apesar da constatação de que as mães com maior escolaridade apresentaram maior chance de oferecer alimentos saudáveis, os líquidos oferecidos não são adequados. Sugere-se que mulheres que trabalham fora, têm pouco tempo para preparar a refeição da criança o que pode levá-las a oferecer líquidos não saudáveis, uma vez que já estão prontos para consumo. Estudo conduzido por Pelegrin³⁴ mostrou que as mães não possuíam clareza dos malefícios de alguns alimentos como refrigerantes, sucos, chocolates e doces a seus filhos, apesar de referirem oferta limitada dos mesmos.

4.2 Artigo 2

O fácil acesso a alimentos calóricos somado às propagandas da mídia propiciam que o consumo inapropriado se estenda às crianças pequenas, portanto deve-se enfatizar aos pais os malefícios desses alimentos.

Com relação ao apoio do PSF para o aleitamento materno e alimentação complementar no município, vale ressaltar que se realizaram em Rolândia, em julho de 2010, as oficinas de aleitamento como parte da implantação da Rede Amamenta Brasil para todos os profissionais de saúde e servidores das UBS e que, graças a esta pesquisa, o município é um dos únicos que possuía dados para serem avaliados durante tais encontros.³⁵ Com isso, os profissionais que compõem o PSF poderão contar com o auxílio de outros servidores para aumentar a prevalência do AM no município.

As questões relacionadas ao trabalho materno devem ser consideradas no suporte ao AM e à alimentação complementar, bem como os aspectos socioculturais que permeiam todo o contexto da alimentação infantil.

Os resultados deste trabalho, por um lado, mostram que a situação da nutrição das crianças menores de um ano no município em questão encontra-se aquém do que recomendam a Organização Mundial e o Ministério da Saúde, por outro lado, poderão subsidiar a implantação de políticas públicas voltadas à alimentação infantil.

REFERÊNCIAS

1. Calil VMLT, Vaz FAC. Composição bioquímica do leite humano. In: Issler H, coord. O aleitamento materno no contexto atual: políticas práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 177-190.
2. Vannuchi MTO. Composição do leite humano. In: Castro LMCP, Araujo LDS, orgs. Aleitamento materno: manual prático. 2nd ed. Londrina: MAS; 2006. p. 69-74.
3. Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa KG. Effect of predominant breastfeeding duration on infant growth: a prospective study using nonlinear mixed effect models. *J Pediatr.* 2008;84(3):237-43.

4.2 Artigo 2

4. Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, Mulholland K, Campbell H. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bull World Health Organ.* 2008 ;86(5):408-16.
5. Trawitzki LVV, Anselmo-Lima WT, Melchior MO, Grechi TH, Valer FCP. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;71(6):747-51.
6. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet.* 2003;362(9377):65-71.
7. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(Supl. 2):S235-S46.
8. World Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfeed child. Washington: WHO; 2003.
9. 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: Ministério da Saúde; 2009.
10. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol.* 1998;1(1):40-49.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília, 2001.
12. Souza SNDG. A situação do aleitamento materno no município de Londrina-PR: o contexto das ações desenvolvidas no período 2002-2008 [projeto de pesquisa - doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2009.
13. Gomes PTT. Práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram na Segunda Etapa da Campanha Nacional de Vacinação dos Postos de Saúde fixos da cidade de Guarapuava-PR, em 2004 [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
14. Bercini LO, Masukawa MLT, Martins MR, Labegalini MPC, Alves NB. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2007;6(Supl. 2):404-10.
15. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Jamas MT. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. *Rev Latinoam Enferm.* 2007;15(2):282-289.
16. Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venancio SI. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. *J Pediatr.* 2007; 83(1):53-8.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

4.2 Artigo 2

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@ [Internet]. [acesso em 2010 abr 09]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
19. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo, 1998. Rev Saúde Pública. 2002;36(3):306-13.
20. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007. Whashington, D.C.: WHO; 2008.
21. Audi CAF, Segal-Corrêa AM, Latorre MRD. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2003 jan/mar;3(1):85-93.
22. Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23(8): 1965-70.
23. Ciconi RCV, Venancio SI, Escuder MML. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004; 4(2): 193-202.
24. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
25. Vianna RPT, Rea MF, Venâncio SI, Escuder MML. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, BRASIL: um estudo transversal. Cad Saúde Pública. 2007;23(10):2403-09.
26. Brasil. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 [Internet]. 2008. [acesso em 2009 abr 13]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm.
27. Portela A et al. Proposta de emenda à Constituição nº 30, de 2007 [Internet]. 2007. [acesso em 2009 abr 13]. Disponível em: www.camara.gov.br/sileg/integras/448751.pdf.
28. Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Tacla MTG, Vezozzo KMK, Castro LMCP et al. Perfil do aleitamento materno em menores de 5 anos em um Município de Londrina, Paraná. Rev Bras Saude Mater Infantil. 2005 jul; 4(2) **Artigo 2**
29. Carrascoza KC, Costa Júnior AL, Moraes ABA. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. Estudos de Psicologia. 2005;22(4):433-440.

4.2 Artigo 2

30. Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CL. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr.* 2007;83(3):241-46.
31. Medeiros IY. Amamentação em mulheres que trabalham: o não trabalho no trabalho [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006
32. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
33. Carvalhaes MAB, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses, em Botucatu – SP. *Rev Latinoam. Enferm.* 2007 15(1):62-69.
34. Pellegrin RCP. O cuidado com a alimentação de crianças menores de um ano na perspectiva materna [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.