



1 INTRODUÇÃO



1.1 Importância do Aleitamento Materno

O leite materno é considerado, de forma consensual, como o único alimento capaz de atender de maneira adequada a todas as necessidades do metabolismo dos lactentes (BARROS et al., 1995; CUNNINGHAN; JELLIFFE, D.; JELLIFFE, P., 1991; RAMOS; ALMEIDA, 2003), em função de sua capacidade química balanceada de fácil digestibilidade e absorção (AKRÉ, 1997; GIUGLIANI, 2000; KING, 2001; LAMOUNIER; VIEIRA; GOUVÊA, 2001) e por fornecer inúmeras vantagens imunológicas devido à presença de fatores como lactoferrina, Imunoglobulina A (IgA) secretora, anticorpos e outros (CUNNINGHAN; JELLIFFE, D.; JELLIFFE, P., 1991; ESCOBAR et al. 2002; FOMON, 1993; KING, 2001; VIEIRA, A. et al., 2004).

Do ponto de vista psico-afetivo, vários autores referem que o aleitamento materno estabelece uma ligação mais íntima entre a mãe e o bebê conferindo segurança emocional e facilitando a adaptação da criança ao ambiente extra-uterino (ALMEIDA, 1999; ESCOBAR et al. 2002; KING, 2001; LOSCH et al., 1995; RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Além disso, o leite materno é de fundamental importância, na redução da morbi-mortalidade infantil, principalmente por conferir proteção contra doenças infecciosas diminuindo sua incidência e/ou severidade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005; CUNNINGHAN; JELLIFFE, D.; JELLIFFE, P., 1991; ESCUDER; VENANCIO; PEREIRA, 2003; EUCLYDES, 2000; POPKIN et al., 1990), como também de favorecer o pleno desenvolvimento da criança (AMERICAN ACADEMY OF PEDAITRICS, 2005; DEWEY et al., 2001; MARQUES; LOPES; BRAGA, 2004).

Victora et al. (1987) demonstraram em estudos no Rio Grande do Sul, que crianças amamentadas exclusivamente apresentavam risco 4,2 vezes menor de morrer por diarreia que crianças em aleitamento materno associado a fórmulas ou leite de vaca e, 14,2 vezes menos chances que àquelas não amamentadas. Com relação às doenças respiratórias, o mesmo estudo evidenciou que o risco de morte era cerca de 3,6 vezes menor quando comparadas às crianças que não recebiam leite materno.

De acordo com a revisão de literatura publicada pela American Academy of Pediatrics (2005), o leite materno diminui a incidência ou severidade de diarreias, bacteremias, meningites bacterianas, infecções do trato respiratório e urinário, enterocolites necrotizantes e colites ulcerativas.

Há evidências, também, de proteção contra diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2 (GIMENO; SOUZA, 1998; KOSTRABA et al., 1993; PETTITT et al., 1997; STUEBE et al., 2005); linfoma e leucemia aguda na infância (BENER; DENIC; GALADARI, 2001; DAVIS; STAVITZ; GRAUBARD, 1998); otite média aguda (DUNCAN et al., 1993; EUCLYDES, 2000; FOMON, 1993); asma (CHULADA et al., 2003; ODDY et al., 1999; ROMIEU et al., 2000); proteção a longo prazo contra a sensibilização alérgica (FOMON, 1993; LUCAS et al. 1990; MARINI et al. 1996; RIORDAN, 1998; SAARINEN; KAJOSAARI, 1995), sobrepeso e obesidade (ARENZ et al., 2004; GILLMAN; RIFAS-SHIMAN; CAMARGO, 2001; SINGHAL et al., 2002; STETTLER et al., 2002) e hipercolesterolemias (OWEN et al., 2002) quando comparados a indivíduos não amamentados, embora alguns estudos ainda não sejam conclusivos.

O aleitamento materno tem sido associado ao melhor desempenho cognitivo dos lactentes e melhora no rendimento escolar (ANDERSON;

JOHNSTONE; REMLEY, 1999; FELDMAN; EIDELMAN, 2003; LUCAS et al., 1992; MORTENSEN et al., 2002; STERKEN, 1998; TEMBOURY et al., 1994).

Em relação aos aspectos cognitivos, Horwood e Ferguson (1998) realizaram um estudo longitudinal na Nova Zelândia com escolares entre 8 e 18 anos, sobre práticas de amamentação do nascimento até um ano de idade, relacionando com o quociente de inteligência (QI), avaliação do desempenho escolar, compreensão de leitura de texto, testes matemáticos e os resultados de exames escolares. Os resultados demonstraram que a maior duração do aleitamento materno está associada ao aumento estatisticamente significativo em todos os fatores avaliados.

A prática do aleitamento materno propicia benefícios à saúde bucal das crianças, relacionando-se diretamente à prevenção da cárie, má oclusão, deglutição atípica e melhora na respiração bucal (FRAIZ, 1993; NAKAMA, 1999) quando comparados com os usuários de mamadeira.

Em virtude de todos os benefícios que o leite materno traz, é recomendado, que todas as crianças recebam exclusivamente leite materno até os seis meses de vida e que, a partir desta idade, a amamentação seja complementada com outros alimentos até pelo menos dois anos de idade (WHO, 2001).

Conforme revisão de literatura, estudos demonstram importantes vantagens da amamentação, também, às lactantes. A sucção do lactente estimula a hipófise materna a liberar ocitocina, que, além de favorecer a descida do leite, provoca contração da musculatura uterina, contribuindo para a expulsão da placenta e também, para a redução da perda sanguínea pós-parto (CHUA et al. 1994; LABBOK, 2001).

Além disso, a manutenção do aleitamento materno acelera a involução do útero e contribui para a mobilização da reserva adiposa acumulada

durante a gestação, facilitando o retorno ao peso materno pré - gestacional (ABUSABHA; GREENE, 1998; DEWEY et al., 2001; DEWEY; HEINIG; NOMMSEN, 1993; KING, 2001). Gigante, Victora e Barros (2001), ao estudarem a recuperação de peso pré-gestacional em mulheres no sul do Brasil, verificaram que, aquelas que amamentaram por períodos de 6 a 12 meses, apresentaram os menores índices de massa corpórea e medidas de prega cutânea. Além disso, as que amamentaram de forma exclusiva ou predominante apresentaram tendência de ser mais magras quando comparadas àquelas que optaram por amamentar de forma parcial ou que não amamentaram.

O aleitamento materno influencia na massa óssea das mulheres atuando como fator protetor contra fratura de quadril (CUMMINGS; KLINEBERG, 1993) e osteoporose no período pós-menopausa (BLAAUW et al. 1994; JONES; RILEY; DWYER, 2000; PATON et al., 2003).

Por outro lado, a amamentação como fator de proteção contra artrite reumatóide ainda é especulativa (REA, 2004), embora alguns estudos tenham encontrado relação inversa entre início da amamentação no hospital e mortes por artrite reumatóide (BRUN; NILSSEN; KYALE, 1995; JAKOBSSON et al., 2003).

Pesquisas também abordam a relação entre câncer de mama e amamentação (CHANG-CLAUDE et al., 2000; ENGER et al., 1997; FREUDENHEIN et al., 1994; JERNSTROM et al., 2004; LEE et al., 2003; ZHENG et al., 2000). O Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002), em revisão de 47 estudos realizados em trinta países envolvendo cerca de 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil controles sugere que o aleitamento materno pode ser responsável por dois terços da redução estimada no câncer de mama. Segundo este mesmo grupo, a amamentação foi tanto mais protetora quanto mais prolongada conferindo um decréscimo do risco relativo de câncer de 4,3% a cada 12 meses de

duração do aleitamento, independentemente da origem das mulheres (países desenvolvidos *versus* países em desenvolvimento), idade, etnia, presença ou não de menopausa e número de filhos.

Há evidências, também, quanto à proteção do aleitamento materno contra câncer do ovário (LABBOK, 2001; ROSENBLATT; THOMAS, 1993). Tung et al. (2003), em estudo de caso e controle realizado na Califórnia, mostraram relação inversa entre todos os tipos de tumores epiteliais de ovário, exceto os invasivos mucinosos e amamentação sendo essa relação mais significativa quanto maior a sua duração.

Além disso, a amamentação exclusiva até os seis meses de idade ajuda a evitar uma nova gravidez através do método da amenorréia da lactação. Menos de 2% das mulheres que amamentam plenamente engravidam antes de menstruar (KING, 2001; LABBOK, 2001; OMS, 2001).

O aleitamento materno beneficia também a família, pois evita gastos com a aquisição de outro leite ou substitutos, bem como utensílios, mamadeiras e combustível; além de dispensar o tempo de preparo (BRASIL, 2002; KING, 2001). Apresenta economia importante por minimizar o risco de morbidade, reduzindo o número de consultas médicas, aquisição de medicamentos e internações hospitalares (BRASIL, 2000a; COHEN; MRTEK, M. B.; MRTEK, P. R., 1995; NASCIMENTO et al., 2003).

Neste sentido, Araújo et al. (2004), realizaram uma pesquisa em grandes supermercados de Brasília a fim de comparar o custo da alimentação complementar da nutriz, conforme a Recommended Dietary Allowances (RDA), com o custo da alimentação de bebês que fazem uso de substitutos do leite materno por período de seis meses e verificaram que o acréscimo na dieta da mãe com alimentos do seu consumo habitual significa, em média, 8,7% do salário mínimo

acumulado no período de estudo, valor muito aquém quando comparado aos gastos de aproximadamente 35% do salário mínimo com fórmulas infantis e 11% com leite bovino tipo C.

Os autores chamam a atenção, ainda, para o fato de que, complementar a alimentação da nutriz é muito mais econômico para a família e para o Estado além de ser mais saudável para a mãe (ARAÚJO et al., 2004).

Diante de todas as vantagens que o leite materno proporciona à saúde da criança, da mulher, ao bem – estar familiar e da sociedade como um todo, a promoção da amamentação deve ser vista como uma ação prioritária de todos os profissionais de saúde e órgãos governamentais (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005; GIUGLIANI et al., 1995). Para isto, o conhecimento sobre amamentação deve ser adquirido pelas mães durante todo o pré-natal. Os profissionais de saúde devem incentivar o aleitamento materno, apoiando e instruindo a nutriz através do acompanhamento cuidadoso, formação de grupos de gestantes informando as mesmas sobre a importância e vantagens do leite materno e esclarecer dúvidas sobre conceitos errôneos como “leite insuficiente”, “leite fraco”, situações estas relatadas como uma das causas freqüentes de desmame precoce (ESCOBAR et al., 2002).

1.2 Adolescência e Fecundidade

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a adolescência é definida como o período da vida compreendido na faixa etária entre 10 a 19 anos, sendo sub-dividida em etapas de pré–adolescência (10 a 14 anos) e adolescência (15 a 19 anos) (OMS, 1995). Ainda segundo a OMS, trata-se de um processo

fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, na qual aceleram-se o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade e, é nesta fase da vida onde a maioria das pessoas tem o início da vida sexual (WHO, 1998). Apesar dos grandes progressos sociais, científicos e culturais das últimas décadas, este tema (sexo/sexualidade) ainda é de difícil discussão entre os adolescentes e seus pais (FROTA; MARCOPITO, 2004), o que pode ser uma das possíveis causas da elevada incidência de gravidez nesse período da vida, associado a outros fatores sócio-culturais.

A gravidez na adolescência vem sendo considerada em diversos países, como um sério problema de saúde pública em virtude do impacto que pode trazer à saúde materno-fetal e ao bem-estar social e econômico de um país (KONIAK-GRIFFIN et al., 2003; ORVOS et al., 1999; SABROZA et al., 2004).

Devido a isto, o assunto gravidez na adolescência tem despertado o interesse de pesquisadores e profissionais de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, tendo em vista sua associação com pobreza, baixa escolaridade e piores resultados perinatais (BETTIOL et al., 1992; EKWO; MOAWAD, 2000; RIBEIRO et al., 2000; SIMÕES et al., 2003).

Segundo os cálculos sobre índice de gravidez do Alan Guttmacher Institute (1998) a cada ano, nascem mais de 14 milhões de crianças filhos de mães adolescentes. A proporção de mulheres que têm seu primeiro filho em torno de 18 anos varia de 1% no Japão a 53% na Nigéria.

Na América Latina e Caribe os índices de gravidez não planejada totalizaram 23% de todos os nascimentos que ocorreram em mães adolescentes. Na Guatemala e Peru os índices atingem 50% (CAMACHO HUBNER, 2000).

No Brasil, tem se verificado declínio, ao longo do tempo, da taxa de fecundidade na população geral principalmente a partir da década de 60, com a

inserção da mulher no mercado de trabalho. A Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) descreve em seu relatório que neste período, o índice era de 6,2 filhos por mulher; em 1980 reduz para 3,7 e, em 1996, decresceu para 2,4 filhos por mulher (BEMFAM, 1997). Essa relação, entretanto, não é observada de modo claro entre o grupo de adolescentes. No período de 1935 a 1995, pôde-se observar que a fecundidade entre 15 e 19 anos, teve um aumento em relação à faixa etária de 20 aos 24 anos (CAMARANO, 1998). Em inquérito domiciliar realizado no Brasil no ano de 1996, cerca de 18% das adolescentes já haviam iniciado a vida reprodutiva e referiram pelo menos uma gravidez (BEMFAM, 1997).

De acordo com estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o aumento da gestação na adolescência no Brasil foi mais evidente nas áreas urbanas, onde a fecundidade passou de 54 para 80 filhos por mil adolescentes (OPAS, 1998), embora as taxas variem de acordo com a região, sendo mais elevadas nos estados mais pobres (GAMA et al., 2001; SIMÕES et al., 2003). Segundo informações analisadas por Camarano (1998), a fecundidade em grupos de adolescentes de 15 a 19 anos com menor poder aquisitivo é aproximadamente dez vezes maior que entre àquelas com renda mais elevada.

Tem se verificado, no entanto, que a partir de 1996, passou a ocorrer um discreto decréscimo do índice de nascimentos entre as adolescentes em algumas regiões brasileiras, embora o mesmo fato não tenha ocorrido na cidade de Cascavel (PR) no mesmo período, conforme demonstra a Tabela 1. Apesar disto, os índices de Cascavel ainda se encontram inferiores aos dados gerais do Brasil, mas similares à média do Paraná.

Tabela 1 - Distribuição percentual de nascimentos ocorridos entre adolescentes na faixa etária entre 10 a 19 anos no Brasil e regiões, 1996 – 2002.

Regiões	Nascimentos ocorridos entre adolescentes (%)			
	1996	1998	2000	2002
Região Norte	32,2	32,6	32,2	31,0
Região Nordeste	26,1	27,0	27,6	26,8
Região Centro-Oeste	27,8	28,2	27,3	25,2
Região Sudeste	20,7	21,4	20,8	19,8
Região Sul	21,7	22,3	22,1	21,3
Paraná	23,4	23,8	23,3	22,4
Curitiba	20,5	20,4	19,6	17,6
Londrina	19,9	19,9	19,7	18,0
Cascavel	22,4	22,9	21,3	22,5
BRASIL	23,8	24,5	24,5	23,6

Fonte: BRASIL.Ministério da Saúde. DATASUS, 2005.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o parto é o primeiro motivo de internação hospitalar das adolescentes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando 700.000 ao ano. Em todas as regiões do país, 78,9% das internações das adolescentes são por gravidez, parto e pós-parto.

No Paraná, de 1997 a 2001, os atendimentos na rede hospitalar do SUS para adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos também foram relacionados à gravidez, parto e puerpério, representando 46,1% dos casos de internação (BRASIL, 2004).

De acordo com os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) para Cascavel, nos anos de 2003 e 2004, o índice de

nascimentos ocorridos entre as adolescentes decaiu para 20,0% e 19,5%, respectivamente (CASCAVEL, 2005).

1.3 Aleitamento Materno na Adolescência

No relatório da OMS (WHO, 1996), sobre a situação mundial da amamentação, é enfatizada a dificuldade de obter informação uniforme sobre a frequência e a duração do aleitamento materno que possa ser adequadamente comparada, devido às diferenças quanto aos conceitos de cada modalidade de alimentação (amamentação exclusiva, predominante e aleitamento materno). Além disso, são relativamente poucos os países que realizaram inquéritos nacionais (61 dos 190 membros da OMS); mesmo assim, eles representam 58% da população mundial. A partir desses dados, é possível verificar o seguinte panorama: na África, apesar da duração mediana ser relativamente alta (21 meses), apenas 19% das crianças menores de quatro meses são exclusivamente amamentadas; no Sudeste Asiático, praticamente metade dos bebês menores de quatro meses é exclusivamente amamentada e a duração mediana do aleitamento é de 25 meses; nos países do leste do Mediterrâneo, a duração mediana é 19 meses e nos países do oeste do Pacífico, 14 meses; a duração mais curta, de 10 meses, é encontrada nas Américas.

Diante disto, estima-se que, no mundo, 35% dos lactentes abaixo de quatro meses de idade são exclusivamente amamentados e que a duração mediana do aleitamento seja de 18 meses (WHO, 1996).

Dados do Brasil revelam que, embora com tendência ascendente, a proporção de crianças amamentadas e a duração do aleitamento materno exclusivo

até os seis meses e complementado por até dois anos de idade, estão muito aquém do recomendado pela OMS (WHO, 2001).

A pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2001), realizada pelo Ministério da Saúde em 1999, apresentou resultados bastante diferenciados nas várias regiões do país: a região sul mostrou os melhores índices de aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida, mas também a menor duração mediana do aleitamento. A região norte apresentou o oposto desses resultados, ou seja, a duração foi maior, no entanto, a introdução de água, chás e mesmo outros alimentos aos lactentes mostrou-se mais precoce. O estudo também verificou variações importantes dentro da mesma região. Para muitos autores, estas variações ocorrem conforme o local de nascimento, incentivo pré-natal, permanência em alojamento conjunto e fatores socioeconômicos e culturais (CALDEIRA; GOULART, 2000; FIGUEIREDO; GOULART, 1995; THOMSON; FAVARETO, 1991; VIEIRA et al., 1998).

Com exceção das capitais da região norte do país, todas as demais capitais brasileiras apresentaram duração mediana de aleitamento materno inferiores a 12 meses, e em todas as capitais estudadas a duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi inferior a 70 dias.

Comparando-se os dados encontrados nesse estudo com pesquisas realizadas nos anos de 1975, 1989 (BRASIL, 1999a), 1996 (BEMFAM, 1997) e 1999 (BRASIL, 2001), observou-se um aumento significativo na duração mediana do aleitamento materno no país, que passou de 2,5 meses em 1975 para 5,5 meses em 1989, 7 meses em 1996 e 9,9 meses em 1999 (BRASIL, 2001).

Quando se comparam os dados de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses, observa-se um aumento importante desta prática no

Brasil: a freqüência de 3,6% observada em 1986 passa para 35,6% no estudo de 1999.

Paralelamente aos estudos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, trabalhos realizados em diversas cidades do país também revelam taxas bastante variáveis de prevalência do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno, ao sexto mês de vida, como demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 – Prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) e aleitamento materno (AM), em diferentes estudos nacionais (1998-2005).

Local	Autores	Procedimento para Coleta de dados	AME (%)	AM (%)
Botucatu – SP*	Carvalhoes et al. (1998)	Campanha de vacinação	2,2	47,6
Feira de Santana – BA*	Vieira et al. (1998)	Inquérito domiciliar	2,0	65,0
Maringá – PR*	Vituri (2001)	Inquérito domiciliar	9,5	54,9
Distrito Federal – DF*	Sena et al. (2002)	Campanha de vacinação	12,8	70,9
Juiz de Fora – MG*	Afonso (2003)	Campanha de vacinação	-	56,0
Itapira – SP*	Audi; Corrêa; Latorre, (2003)	Campanha de vacinação	9,6	70,1
Londrina – PR*	Vannuchi et al. (2005)	Campanha de vacinação	21,0	62,4
João Pessoa – PB †	Kitoko et al. (2000)	Campanha de vacinação	23,9	24,8
Florianópolis – SC †	Kitoko et al. (2000)	Campanha de vacinação	46,3	32,2

* Prevalências verificadas ao sexto mês de vida dos lactentes

† Prevalências verificadas ao quarto mês de vida dos lactentes

Ao se analisar grupos específicos, como de adolescentes, vários estudos confirmam a redução, ainda maior, na prevalência do aleitamento materno. Amador et al. (1992) em revisão bibliográfica sobre amamentação entre adolescentes e não adolescentes mostraram que a proporção de mães amamentando exclusivamente era menor no primeiro grupo. Constataram, ainda, que a frequência de desmame completo no final do terceiro mês era maior entre as adolescentes (AMADOR et al., 1992).

Outro estudo conduzido por Bergman et al. (1993) na cidade de Pelotas, RS, verificou em uma coorte de crianças que a prevalência da amamentação aos seis meses de idade foi menor entre mães adolescentes em comparação com as mães adultas. Verificou-se também neste mesmo estudo, que a idade materna permaneceu como fator de risco para o desmame, mesmo após o ajuste das variáveis socioeconômicas, demográficas e nutricionais.

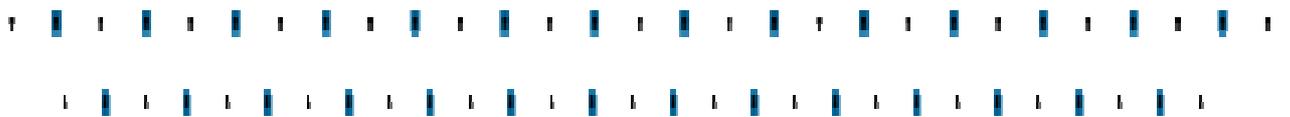
Para Sabroza et al. (2004), a complexidade característica da gravidez precoce é influenciada por diferenças sociais, culturais e econômicas da adolescente que a vivencia. O fato de a adolescente vir a ultrapassar etapas importantes, do ponto de vista do desenvolvimento, em função de uma gestação nesse período, constitui-se como uma experiência emocionalmente difícil. A responsabilidade precoce imposta pela gravidez, paralela a um processo de amadurecimento, ainda em curso, resulta em uma adolescente mal preparada para assumir as responsabilidades psicológicas, sociais e econômicas que a maternidade envolve (MOTTA; PINTO-SILVA, 1994). A instabilidade das relações conjugais também acaba por contribuir para a ocorrência de prejuízos emocionais e até mesmo de transtornos de ordem afetiva (MONTESSORO; BLIXEN, 1996; PERRIN; MC'DERMOTT, 1997).

Nesse sentido, alguns aspectos psicológicos, tais como baixa auto-estima, ausência de apoio familiar, vivência de alto nível de estresse, poucas expectativas frente ao futuro e a presença de sintomas depressivos, além de comuns, exercem influência no modo que a relação entre a gestante adolescente e seu bebê irá se constituir (SABROZA et al., 2004). De acordo com Barnett et al. (1996), a prevalência de sintomas depressivos durante a gestação pode variar entre 44,0 a 59,0%, sendo comuns em gestantes adolescentes.

Diante disto, considerando as inúmeras vantagens do aleitamento materno para a saúde da criança e da mulher; a elevada prevalência de gravidez entre as adolescentes; o baixo índice de aleitamento materno exclusivo nesta faixa etária e; a escassez de trabalhos nesta área voltados a esta população, tem-se como objetivo caracterizar o aleitamento materno até o quarto mês de vida entre mães adolescentes residentes na zona urbana do município de Cascavel (PR) a fim de possibilitar a criação e/ou o fortalecimento de ações que visem o incentivo de tal prática.



2 OBJETIVOS



2.1 Objetivo Geral

- Caracterizar o aleitamento materno até o quarto mês de vida entre filhos de adolescentes residentes na zona urbana do município de Cascavel (PR).

2.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno no quarto mês de vida do lactente;
- Relacionar as características socioeconômicas, demográficas e de assistência pré-natal e neonatal da mãe adolescente com a prevalência do aleitamento materno;
- Relacionar características do lactente e de seu nascimento com a prevalência do aleitamento materno;
- Identificar os fatores facilitadores para a prática do aleitamento materno, segundo opinião das adolescentes que continuavam amamentando no momento da entrevista;
- Identificar as dificuldades encontradas na prática do aleitamento materno, segundo opinião das adolescentes que não amamentavam no momento da entrevista.
- Verificar a prevalência do uso de chupeta e mamadeira entre os lactentes filhos das adolescentes entrevistadas.



3 METODOLOGIA



3.1 Modalidade da Pesquisa

Trata-se de um estudo transversal de base populacional envolvendo mães adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos, residentes na zona urbana do município de Cascavel (PR).

3.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no município de Cascavel, localizado na região oeste do estado do Paraná a cerca de 500 Km da capital – Curitiba. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada para 2005 no município de Cascavel era de 278.182 habitantes, dos quais 56.639 eram de adolescentes, o equivalente a 20,36% de sua população (IBGE, 2000).

A economia de Cascavel é voltada principalmente à agropecuária, sendo responsável por 26% do total da produção de grãos do estado do Paraná, tendo como principais produtos cultivados a soja, o trigo e o milho. Destaca-se, ainda, na avicultura, bovinocultura e suinocultura. A indústria encontra-se em fase de expansão, principalmente às ligadas ao beneficiamento da produção agropecuária. Além disso, é também considerada pólo para região oeste do Estado na prestação de serviços, comércio, educação e na área da saúde (CASCAVEL, 2006).

Cascavel possui cinco universidades, sendo uma pública estadual e as demais particulares. Além de todos os cursos da área da saúde, também são ofertados cursos nas áreas humanas, tecnológicas e exatas.

Atualmente Cascavel possui cinco hospitais que prestam serviços materno-infantis à população, sendo dois públicos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), dois particulares e um hospital-escola público de nível terciário.

Quanto a atenção básica de saúde, o município possui 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 22 UBS localizadas na região urbana e 2 na região rural; 10 equipes que atuam no Programa Saúde da Família (PSF), sendo que 2 equipes atuam na região urbana e 8 na região rural do município e 200 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

De acordo com os dados do SINASC para Cascavel, dentre os 4023 nascimentos ocorridos no município em 2004, 783 (19,5%) foram de mães adolescentes (CASCAVEL, 2005).

3.3 População

A população de estudo foi composta por todas as adolescentes de 10 a 19 anos (329), residentes na zona urbana do município de Cascavel (PR) que tiveram filhos nascidos vivos no período compreendido entre novembro de 2004 a março de 2005, selecionadas pela amostragem por conveniência a partir do banco de dados do SINASC para aquele período. Esta amostra permitiu estimar uma prevalência de 20% com aproximadamente 4% de estimativa de erro.

Embora a recomendação atual da OMS seja para aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança e que, a partir desta data, o leite materno seja complementado com outros alimentos até, no mínimo, dois anos de idade (WHO, 2001), utilizou-se neste estudo o quarto mês para verificação da prevalência do aleitamento materno baseado nos indicadores propostos pela Rede

Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 1999) em virtude da limitação do tempo para a realização da pesquisa, sendo esta uma das limitações metodológicas do estudo.

Como critérios de exclusão relacionados aos lactentes foram considerados: os óbitos infantis, as anomalias congênitas que impedissem a amamentação e os nascidos com muito baixo peso (<1000 g). Estes critérios foram verificados na ficha de nascido vivo do recém-nascido (RN) pela pesquisadora anteriormente ao início das entrevistas (Apêndice A). Em caso de gemelaridade, foi considerado apenas o primeiro gemelar.

Quanto às mães, baseando-se nas recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2000b), foram excluídas da amostra as usuárias de drogas de uso não médico ou medicamentos excretáveis de forma nociva pelo leite; as portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e àquelas sob tratamento quimio ou radioterápico. Além disso, foi excluído do estudo, ainda, o óbito materno. As exclusões maternas ocorreram posteriormente às visitas domiciliares após a análise das entrevistas pela pesquisadora.

3.4 Fontes de Dados

As fontes de dados utilizadas nesta pesquisa foram primárias e secundárias. As primárias foram constituídas por entrevistas domiciliares realizadas com as mães adolescentes com filhos de quatro meses de idade nascidos no período compreendido entre novembro de 2004 a março de 2005.

As fontes secundárias foram constituídas pelas informações dos arquivos do banco de dados do SINASC para a Secretaria Municipal de Saúde de

Cascavel (PR). As informações obtidas foram: dados pessoais e de residência da mãe adolescente, tipo de gravidez, duração da gestação, tipo de parto realizado, data de nascimento, peso e sexo da criança, local de ocorrência do nascimento e índices de Apgar no 1º e 5º minuto de vida da criança.

3.5 Instrumento de Pesquisa

Para a realização deste estudo foi elaborado um formulário com questões abertas e fechadas que abrangiam informações sobre dados sócio-demográficos da mãe, dados de assistência pré-natal e parto, características dos lactentes, alimentação da criança, uso de chupeta e mamadeiras e opinião das mães sobre fatores que contribuíram positiva ou negativamente para a permanência do aleitamento materno até o quarto mês (Apêndice B). Para a obtenção dos dados sobre caracterização econômica foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil da ABEP (ABEP, 2000) (Anexo A), aplicado às adolescentes durante as entrevistas domiciliares.

A pertinência e a clareza das questões contidas no formulário foram verificadas por meio de pré-teste aplicado em 27 mães adolescentes, de crianças com quatro meses de idade, que realizavam puericultura na UBS do Bairro Aclimação localizada na zona urbana de Cascavel, PR, no mês anterior ao início da pesquisa.

3.6 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por inquérito domiciliar com entrevista às mães adolescentes residentes na zona urbana da cidade de Cascavel (PR) (Apêndice B), no período entre março e julho de 2005 que correspondia ao quarto mês de vida da criança. As entrevistas foram realizadas conforme a data de nascimento da criança podendo ocorrer um desvio de sete dias para mais ou para menos.

As entrevistas foram conduzidas por vinte estudantes universitárias selecionadas e previamente treinadas pela pesquisadora que se dividiram em grupos de acordo com o bairro de residência das entrevistadas.

O treinamento das estudantes consistiu em leitura e discussão das principais referências do tema, discussão de técnicas de comunicação e entrevista e treinamento simulado sobre o preenchimento do formulário, sob orientação da pesquisadora (Apêndice C e D).

Para garantir a confiabilidade das respostas, a pesquisadora reentrevistou 10% da amostra. Além disso, foram realizados encontros semanais com o grupo de entrevistadores para garantir que as visitas acontecessem de forma regular e seqüencial, bem como para imediata revisão dos formulários e resolução de eventuais problemas.

Casos em que a adolescente não se encontrava ou, no momento da entrevista, não pôde responder ao formulário, foi marcado um novo dia para a entrevista, dentro de, no máximo, dois dias. Foi considerada perda aquela adolescente que não pôde responder à entrevista na segunda visita.

3.7 Variáveis de Estudo e Categorização

3.7.1 Variáveis Relacionadas à Mãe Adolescente

- **Idade Materna:** Informação obtida na Declaração de Nascido Vivo na ocasião do nascimento da criança e categorizada segundo a OMS (1995) em:
 - 10 |–| 14 anos (pré-adolescência)
 - 15 |–| 19 anos (adolescência)

- **Escolaridade Materna:** Informação obtida no momento da entrevista e categorizada em anos de estudo conforme Sena et al. (2002) e Brasil (2001):
 - < 1
 - 1 |–| 8
 - 9 |–| 11
 - ≥12

- **Ocupação da Mãe:** Tipo de ocupação da mãe, obtida no momento da entrevista e categorizada em:
 - Estudante
 - Não trabalha e não estuda
 - Trabalho remunerado no domicílio
 - Trabalho remunerado extra – domiciliar

Mora com o pai do Lactente: Verificado se a adolescente mora no mesmo domicílio que o pai do lactente. Informação obtida no momento da entrevista e categorizada em:

- Sim
- Não

Idade do Pai do Lactente: Informação obtida durante a entrevista.

Caracterização Econômica: informação obtida durante a entrevista de acordo com os critérios utilizados pela ABEP (ABEP, 2000) (Anexo A) que envolve posse de bens e o nível de escolaridade do chefe da família, sendo o estrato A o que representa melhor nível econômico e o estrato E aquele de pior condição econômica. A categorização dos resultados foi realizada posteriormente pela pesquisadora ao término de cada entrevista. As categorias utilizadas foram:

- A + B + C
- D + E

Número de filhos: Informação obtida na Declaração de Nascido Vivo e categorizada em:

- 1
- ≥ 2

Número de Consultas Pré-Natal: Informação obtida na Declaração de Nascido Vivo da criança e categorizada conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2000c) em:

- 0
- 1 | 3
- 4 | 5
- ≥ 6
- Não informado

Orientação sobre Amamentação durante o Acompanhamento Pré-Natal:

Informação obtida durante a visita domiciliar e categorizada em:

- Sim
- Não
- Não soube informar

Tipo de Parto: Informação obtida na Declaração de Nascido Vivo e categorizada em:

- Vaginal
- Cesárea

3.7.2 Variáveis Relacionadas ao Lactente

Sexo

- Masculino
- Feminino

☐ **Idade Gestacional:** Obtida na Declaração de Nascido Vivo e categorizada em:

- ≤ 27 semanas
- 28 |–| 31 semanas
- 32 |–| 36 semanas
- 37 |–| 41 semanas
- ≥ 42 semanas
- Não informado

☐ **Local de Ocorrência do Nascimento do Lactente:** Obtida por meio da Declaração de Nascido Vivo do lactente e categorizada em: hospital, domicílio ou não informado. Para a análise de associação com o aleitamento materno, o hospital em que ocorreu o nascimento do lactente foi categorizado em:

- Hospital em fase de credenciamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)
- Hospital não credenciado como Amigo da Criança

☐ **Peso ao Nascer:** Obtida na Declaração de Nascido Vivo e categorizada em:

- ≤ 2500 g
- 2501 |–| 4000g
- ≥ 4000 g

☐ **Apgar:** Variável referente ao Índice de Apgar no 1º e no 5º minuto de vida, obtida na Declaração de Nascido Vivo e categorizada em:

- 0 |–| 3 (gravemente anoxiado)
- 4 |–| 7 (anóxia neonatal moderada)

- 8 -| 10 (boas condições de vitalidade)
- Não informado

☐ **Tempo de Internação Hospitalar:** Obtido no momento da entrevista e categorizado em:

- ≤ 2 dias
- 3 -| 7 dias
- 8 -| 15 dias
- ≥ 16 dias

3.7.3 Variáveis Relacionadas à Alimentação do Lactente

☐ **Aleitamento Materno:** Para definição do aleitamento materno e cálculo das prevalências foram utilizadas duas categorias, baseadas na proposta da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1992). As informações sobre duração e tipo de alimentação recebida pela criança foram obtidas durante a entrevista.

- *Aleitamento Materno Exclusivo (AME):* a criança recebe apenas leite materno de sua mãe ou leite materno ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.
- *Aleitamento Materno (AM):* a criança recebe leite materno (diretamente do peito ou ordenhado) independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Crianças não amamentadas com leite materno.

☐ **Época de Início do Aleitamento Materno:** Informação obtida durante a entrevista e categorizada em:

- Sala de parto | 3 horas de vida
- ≥ 3 horas de vida
- Não mamou
- Não informado

☐ **Tipo de Alimentação recebida pelo Lactente durante o período de Internação Hospitalar:** Informação obtida durante a entrevista e categorizada em:

- Aleitamento materno exclusivo
- Aleitamento materno
- Fórmula infantil exclusiva
- Não informado

☐ **Orientação sobre a Alimentação da Criança na Alta Hospitalar:** Refere-se às orientações recebidas pela mãe sobre a alimentação de seu filho na alta hospitalar, sendo obtida no momento da entrevista e categorizada em:

- Aleitamento materno exclusivo
- Aleitamento materno
- Fórmula infantil exclusiva
- Não recebeu orientação
- Não informado

Tipo de Leite recebido à época da entrevista pelo Lactente: Obtida durante a entrevista e categorizada em:

- Leite materno exclusivo
- Leite animal pasteurizado
- Fórmula infantil
- Fórmula infantil + leite animal pasteurizado

Época de Introdução de Outros Leites:

- ≤ 30 dias
- 31 |—| 60 dias
- 61 |—| 90 dias
- 91 |—| 120 dias
- Não introduziu outros leites
- Não informado

Época de Introdução de Outros Alimentos: Foram considerados novos alimentos a água, o chá, o suco de frutas, a papa doce (de frutas e/ou bolacha) e a papa salgada. Foi categorizada em:

- ≤ 30 dias
- 31 |—| 60 dias
- 61 |—| 90 dias
- 91 |—| 120 dias
- Não introduziu outros alimentos
- Não informado

□ Época do Abandono Completo do Leite Materno

- ≤ 30 dias
- 31 |—| 60 dias
- 61 |—| 90 dias
- 91 |—| 120 dias
- Mantém aleitamento materno
- Não informado

3.7.4 Uso de Chupeta e Mamadeira

Estas informações foram obtidas no momento da entrevista. Para análise do resultado, a variável chupeta foi categorizada em:

- ≤ 1 semana
- 1 |—| 2 semanas
- 2 |—| 4 semanas
- > 4 semanas
- Não introduziu chupeta

A variável mamadeira foi categorizada em:

- ≤ 30 dias
- 31 |—| 60 dias
- 61 |—| 90 dias
- 91 |—| 120 dias
- Não introduziu mamadeira
- Não informado

3.7.5 Variáveis Relacionadas à Opinião das Mães sobre o Aleitamento Materno

☐ **Fatores Facilitadores do Aleitamento Materno:** esta variável referiu-se aos fatores que contribuíram para a manutenção do aleitamento materno, segundo a opinião das mães adolescentes que continuavam amamentando no momento da entrevista. Foram obtidas de perguntas abertas contidas no instrumento de pesquisa, sendo que as mães puderam eleger um fator como sendo o mais importante (em casos que a adolescente escolhesse mais de um fator, a primeira resposta faria parte do estudo). Posteriormente, as respostas foram agrupadas de acordo com a semelhança, sendo baseadas conforme Oliveira (2004):

- Conhecer vantagens do aleitamento materno: foram incluídas nesta categoria as respostas das mães sobre a importância do leite materno para o crescimento e desenvolvimento da criança, proteção contra doenças, que o leite é saudável, prático, aumenta o vínculo afetivo entre a mãe e o filho e que traz benefícios também para a mãe.
- Desejo pessoal: incluíram as respostas que expressaram a vontade da mãe em amamentar, considerações sobre ser um gesto de amor à criança e por achar um ato bonito.
- Incentivos: nesta categoria estão contidos os incentivos ou apoio de familiares, amigos, equipes de saúde e membros da comunidade.
- Outros motivos: incluem todos os outros motivos não contemplados acima.

□ **Dificuldades para a Manutenção do Aleitamento Materno:** esta variável referiu-se às dificuldades relatadas pelas mães adolescentes que não estavam amamentando no momento da entrevista. Foram obtidas de perguntas abertas contidas no instrumento de pesquisa, sendo que as mães puderam eleger um fator que julgassem o mais importante (em casos que a adolescente escolhesse mais de um fator, a primeira resposta faria parte do estudo). Posteriormente, as respostas foram agrupadas de acordo com a semelhança, sendo baseadas conforme Oliveira (2004):

- Problemas relativos à mama e à pega: esta categoria incluiu todas os problemas relacionados às mamas, como ingurgitamento mamário, bico do peito invertido, mastite, e as dificuldades do ato de abocanhar a mama, como recusa do bebê e dor à amamentação.
- Conceitos sobre o leite materno: esta categoria incluiu as dificuldades encontradas pelas mães a respeito dos conceitos sobre as qualidades nutritivas do leite materno e sua produção (leite fraco, insuficiente, “leite secou”, ganho de peso insuficiente e sentimento de fome).
- Problemas relativos ao trabalho e/ou escola: incluíram o retorno da adolescente ao trabalho e/ou à escola; horários inadequados do trabalho e distância entre o trabalho ou escola e o domicílio.
- Outras dificuldades: incluíram falta de paciência, falta de desejo de amamentar, medo e o fato do bebê não morar com a mãe.

3.8 Análise Estatística

Os dados coletados na pesquisa foram categorizados e digitados em um banco de dados estruturado no programa *Epi Info 2002* para *Windows* (DECANO et al., 2002).

Para estimar o tempo mediano da duração do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno nos primeiros quatro meses de vida utilizou-se a curva de sobrevivência de *Kaplan-Meier* pelo programa *Medcalc v.8.1.1* (MEDCALC SOFTWARE, 2005)

Para análise das associações das variáveis maternas e do lactente com o aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno por meio das variáveis categóricas utilizou-se o teste de qui-quadrado e o teste exato de Fisher quando foi verificada frequência esperada menor do que cinco. Para as variáveis quantitativas utilizou-se o teste t de Student para comparar dois grupos com homogeneidade de variâncias e distribuição gaussiana e o Teste de Mann – Whitney quando não foi verificada a homogeneidade de variâncias pelo teste de Bartlett e/ou distribuição não gaussiana pelo teste de Shapiro-Wilk. Esses testes foram realizados no programa SAS (SAS INSTITUTE, 1989).

As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada com o tempo de aleitamento materno foram reavaliadas no modelo de regressão de COX multivariado. Estas análises também foram realizadas no programa SAS (SAS INSTITUTE, 1989).

Em todos os testes adotou-se o nível de significância de 5%, ou seja, todos os testes que apresentaram níveis descritivos menores que 0,05 ($p < 0,05$) foram considerados estatisticamente significantes.

3.9 Componentes Éticos do Estudo

Atendendo a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1997), esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL - Universidade Estadual de Londrina (Parecer CEP 014/05) (Anexo B).

O trabalho também recebeu parecer favorável da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel (PR) em fevereiro de 2004 (Anexo C).

Participaram da pesquisa somente as adolescentes que permitiram a entrevista, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice E).



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO



Durante o período de estudo compreendido entre novembro de 2004 a março de 2005 ocorreram no município de Cascavel (PR) 1.708 nascimentos, sendo que destes, 336 (19,7%) foram de mães adolescentes. Após processo de exclusão, obteve-se uma população de 329 mães adolescentes e destas, 307 foram entrevistadas (93,3%).

O diagrama a seguir evidencia a população de estudo e a amostra pesquisada.

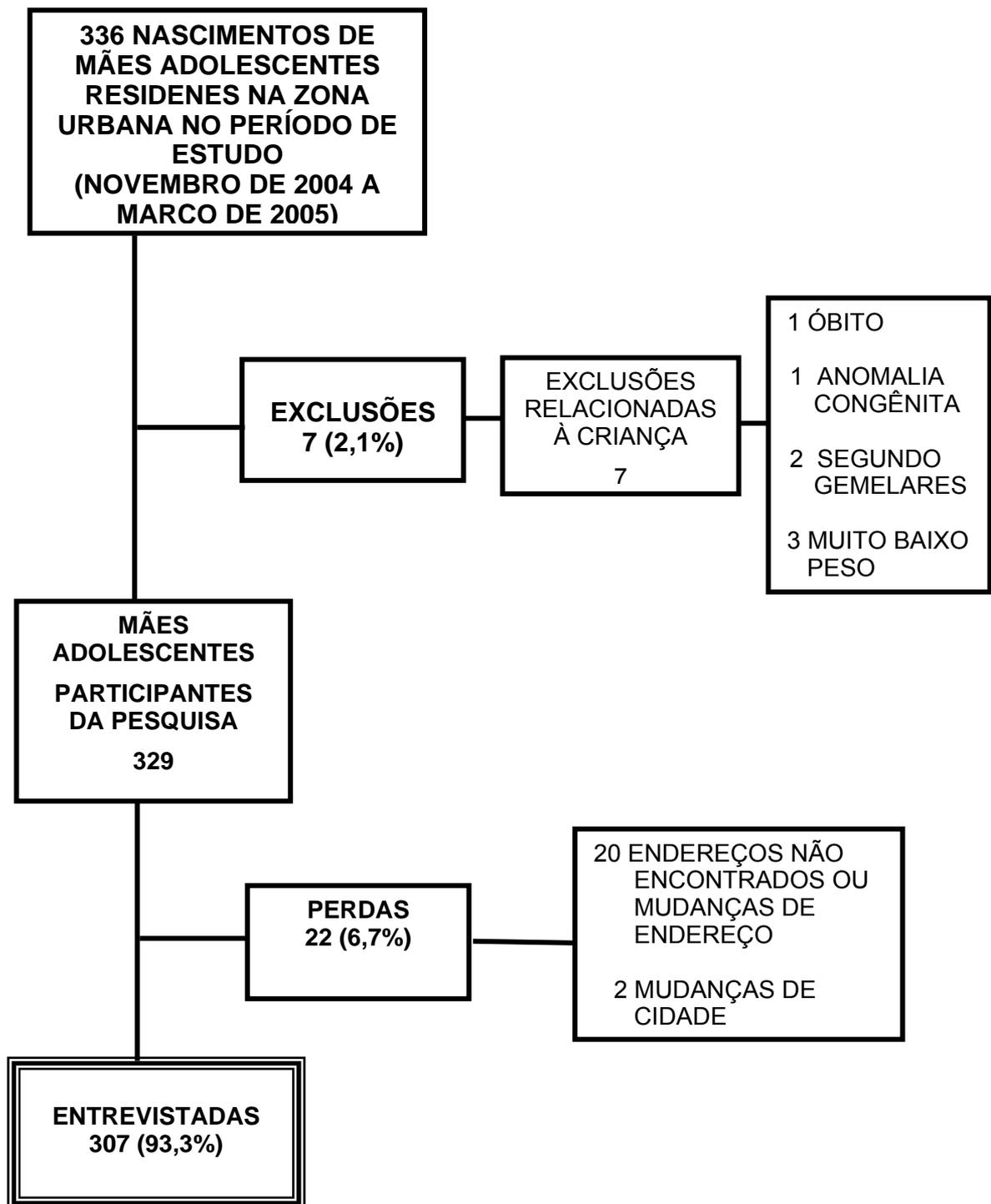


Figura 1 – Distribuição de nascimentos ocorridos entre mães adolescentes residentes na zona urbana do município de Cascavel e população de estudo. Cascavel - PR, novembro de 2004 a março de 2005.

As exclusões ocorreram em dois momentos: a primeira ocorreu no momento em que houve a seleção das participantes, de acordo com o período estipulado para a pesquisa, por meio da ficha de nascido vivo da criança. Foram observados o local de residência da mãe, a presença de anomalias congênitas no neonato que impedissem a amamentação, os nascidos com muito baixo peso, óbito neonatal e gemelares. Nesta fase houveram 7 exclusões (2,1%), sendo um óbito, uma anomalia congênita que impossibilitava a amamentação, três casos em decorrência de muito baixo peso ao nascimento e dois devido à segunda gemelaridade. O segundo momento ocorreu durante as entrevistas domiciliares. Foram verificados os óbitos infantis e maternos, usuárias de drogas de uso não médico e uso de medicamentos excretáveis de forma nociva pelo leite, além das mães portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e àquelas sob tratamento quimio ou radioterápico. Não houve, entretanto, nenhum caso de exclusão durante as entrevistas relacionado a estes critérios.

As perdas corresponderam a 22 casos (6,7% do total de mães adolescentes entrevistadas), sendo 20 por endereços não encontrados ou mudanças de endereço e dois casos por mudança de cidade. O elevado percentual de perdas decorrentes de endereços incorretos aponta para a importância do preenchimento adequado das fichas de nascido vivo, sem omitir informações essenciais, como o endereço e outras referências, de modo que o acesso às adolescentes seja facilitado em pesquisas ou outros trabalhos.

Importante salientar que durante as visitas domiciliares, as adolescentes demonstraram interesse quanto ao assunto e nenhuma mãe se recusou a participar das entrevistas, facilitando a obtenção dos dados para a pesquisa.

4.1 Variáveis Relacionadas à Mãe Adolescente

A Tabela 3 apresenta as características das mães adolescentes entrevistadas. A idade materna variou de 13 a 19 anos, sendo que a maior parte (96,1%) encontrava-se na faixa etária entre 15 e 19 anos (média de 17,4 anos e mediana de 18 anos). O grupo possuía escolaridade relativamente baixa das quais 50,5% relataram possuir até oito anos no sistema formal de educação, sendo que destas, apenas 24,1% concluíram o ensino fundamental. No que diz respeito à ocupação, mais de metade das adolescentes referiu não estudar e não trabalhar (53,8%). O grupo que relatou não estar trabalhando à época da entrevista, quase metade (45,9%) referiu estar desempregado e as demais (54,1%) referiram nunca ter trabalhado. Praticamente metade das adolescentes morava com o pai do lactente (49,5%), tendo o mesmo uma média de idade de 22,8 anos (mediana de 22 anos, intervalo entre 16 e 58 anos). A maioria possuía baixo poder aquisitivo (63,2% encontravam-se nas classes econômicas D e E). Nenhuma mãe entrevistada pertencia à classe econômica A, conforme classificação da ABEP (ABEP, 2000). A maioria era primípara, no entanto chama a atenção o fato de que 16,9% tinham dois ou mais filhos.

Tabela 3 – Distribuição das mães adolescentes entrevistadas de acordo com as características sócio-demográficas. Cascavel – PR, março a julho de 2005.

Variáveis	n = 307	%
Idade (Anos)		
10 – 14	12	3,9
15 – 19	295	96,1
Escolaridade (Anos)		
≤ 1	-	-
1 – 8	155	50,5
9 – 11	138	45,0
≥ 12	14	4,5
Ocupação		
Estudante	64	20,8
Não trabalha e não estuda	165	53,8
Trabalho remunerado no domicílio	4	1,3
Trabalho remunerado extra – domiciliar	74	24,1
Mora com o pai do lactente		
Sim	152	49,5
Não	155	50,5
Classe econômica		
A + B + C	113	36,8
D + E	194	63,2
Número de filhos		
1	255	83,1
≥ 2	52	16,9

Grande parte dos estudos de prevalência em aleitamento materno identifica parcelas significativas de adolescentes como constituintes dos grupos maternos. Pesquisa realizada em vinte e cinco capitais brasileiras e no Distrito Federal em 1999 revelou que 21% da amostra estudada era composta por adolescentes (BRASIL, 2001), muito próximo ao encontrado por Tauil et al. (2001) em Brasília (21,3%) e de Oliveira (2004) em estudo sobre prematuros na cidade de Londrina a qual verificou uma frequência de 25% de mães adolescentes. Os dados encontrados nestes estudos são muito superiores aos encontrados em pesquisas

realizadas nos países desenvolvidos. Cita-se, como exemplos, a França (FOIX-L'HÉLIAS; BLONDEL, 2000), a Suécia (OLAUSSON; CNATTINGIUS; GOLDENBERG, 1997) e os Estados Unidos (VENTURA et al., 2000) com percentuais de partos ocorridos entre mulheres abaixo de 20 anos de 2,4%, 3% e 12,5%, respectivamente.

Conforme verificado neste estudo, das adolescentes que trabalhavam e tinham geração de renda (25,4%), as principais atividades por elas exercidas eram: vendedora (25,6%), empregada doméstica e/ou diarista (20,5%) e manicure (11,5%) o que possivelmente justifica o baixo poder aquisitivo na população pesquisada. Estes resultados são semelhantes a outras pesquisas nacionais que envolvem adolescentes, como os estudos de Aquino et al. (2003), Sabroza et al. (2004) e Frota e Marcopito (2004).

Com relação a escolaridade, a maioria das adolescentes (92,1%) encontravam-se no ensino fundamental. Sabroza et al. (2004), comentam que o adolescente com até 15 anos de idade cursando o currículo formal sem reprovações deve ter concluído o ensino fundamental. Considerando o elevado índice de mães na faixa etária entre 15 e 19 anos no estudo de Cascavel, seria esperado um melhor nível de escolaridade das mesmas, fato não observado. Gama et al. (2001) em estudo sobre gravidez na adolescência no município do Rio de Janeiro, verificaram que 68,5% das adolescentes entre 15 e 19 anos não tinham, ainda, o primeiro grau completo.

Observou-se predomínio de pais na faixa etária entre 20 e 29 anos (68,8%), cuja mediana de idade foi de 22 anos (mínima de 16 e máxima de 58 anos) embora seja alta a parcela de pais adolescentes (24,7%). A proporção de pais adolescentes em estudo realizado na cidade de Lins (SP) também foi elevada apontando índices de 31,7% (SIMÕES et al., 2003). Por outro lado, trabalho

realizado no município de Ribeirão Preto (SP) mostrou taxas de pais adolescentes inferior a 4,7% (BETTIOL et al., 1998).

Quanto ao acompanhamento pré-natal, é conhecida sua importância como fator de proteção para a mãe e o bebê. Estudos têm mostrado a associação entre cuidado pré-natal adequado e melhor resultado na gestação e no parto, seja em adolescentes ou mulheres adultas (SANDRE-PEREIRA et al., 2000). A Tabela 4 apresenta as informações de gestação e parto das mães adolescentes entrevistadas. Observou-se que 86,4% das adolescentes realizaram acompanhamento pré-natal superior a quatro consultas e 48,9% realizaram acompanhamento igual ou superior a seis consultas conforme recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000c). Apesar disto, mais da metade (57,7%) relatou não ter recebido orientação sobre amamentação o que pode indicar despreparo e/ou desinteresse das equipes de saúde frente a este assunto.

Tabela 4 - Distribuição das mães adolescentes entrevistadas de acordo com as características da gestação e parto. Cascavel – PR, março a julho de 2005.

Variáveis	n = 307	%
Número de consultas pré-natal		
0	1	0,3
1 3	41	13,3
4 5	115	37,5
≥ 6	150	48,9
Orientação sobre amamentação durante o pré-natal		
Sim	118	38,4
Não	177	57,7
Não soube informar	12	3,9
Tipo de parto		
Vaginal	211	68,7
Cesárea	96	31,3

Scholl, Hediger e Belsky (1994) observaram em trabalhos de meta-análise que as gestantes adolescentes freqüentam menos as consultas no período pré-natal ou iniciam mais tardiamente esse acompanhamento. Costa e Formigli (2001) verificaram que 46,2% das gestantes adolescentes atendidas em um serviço de saúde da cidade de Emaús (BA) procuraram o centro somente no segundo trimestre gestacional e 12,8% no terceiro trimestre. Somente 7,7% dos casos seguiram intervalos das consultas regulares de 15 dias. Gama et al. (2001), por outro lado, verificaram que 11,6% das adolescentes não realizaram nenhuma consulta pré-natal durante a gestação, dado superior ao verificado em Cascavel, pois somente uma adolescente (0,3%) não compareceu às consultas pré-natais,

indicando conhecimento por parte das adolescentes sobre a importância deste acompanhamento durante a gestação.

Apesar da baixa frequência de mães orientadas sobre aleitamento materno durante as consultas, dados inferiores ao de Cascavel foram apresentados no estudo em Viçosa (MG), por Percegoni et al. (2002), ao verificarem que somente 14,3% das mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal receberam informações sobre amamentação. Estes dados sugerem que os serviços de saúde não aproveitam o contato entre a equipe e a gestante para a estimulação desta prática. Segundo Giugliani et al. (1995), o desconhecimento sobre aleitamento materno coloca em risco o sucesso da amamentação.

Kistin et al. (1990), estudaram os efeitos da educação pré-natal sobre os índices de amamentação entre mulheres negras de baixa renda que freqüentavam uma clínica de pré-natal dirigida por parteiras. Os grupos de gestantes foram alocados randomicamente para participar em sessões de grupo ou sessões individuais cujos assuntos discutidos eram: razões para a escolha da alimentação, mitos comuns, fisiologia, benefícios à saúde, inibições ou problemas comuns relacionados à amamentação e forma de superá-los. Um terceiro grupo foi formado como controle que não participava de nenhuma destas atividades. Os autores verificaram que a proporção de mães que iniciaram a amamentação foi significativamente maior em ambos os grupos de intervenção (45 e 50%, respectivamente) em comparação ao grupo controle (22%) e a chance da mulher amamentar durante a internação hospitalar foi 4,26 vezes mais elevada entre àquelas que receberam qualquer uma das intervenções em comparação ao grupo controle ($p < 0,005$).

Fishman, Evans e Jenks (1996), por outro lado, afirmam que a orientação pré-natal deve ser formulada de acordo com as características do grupo

alvo. Para Ferrari (2004), em estudo sobre a atenção à saúde dos adolescentes na cidade de Londrina (PR), atuar com a complexidade da adolescência exige dos profissionais uma abordagem integral dos problemas detectados e, os modelos tradicionais da atenção médica e de saúde pública não respondem às necessidades dos adolescentes, uma vez que são fragmentados e desintegrados à realidade desta população.

Segundo o Ministério da Saúde, para poder atuar com adolescentes, os profissionais de saúde devem ter capacidade de aplicar princípios éticos no desenvolvimento do trabalho, de forma contextualizada; desenvolver ações de caráter individual e coletivo visando o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, a saúde reprodutiva, a sexualidade e prevenção específica; ter habilidade para organizar grupos para discussão e troca de experiências, segundo as necessidades de cada um e dos serviços; capacitar pessoas da comunidade envolvidas com práticas de cuidado à saúde para formar multiplicadores; e desenvolver ações educativas voltadas para o indivíduo/adolescente, as famílias e a comunidade, com uma abordagem crítica, interativa e construtiva acerca de suas condições de vida e saúde (COSTA NETO, 2000).

Ainda conforme Costa Neto (2000), lidar com as questões que afligem a saúde do adolescente deverá incorporar, no direcionamento da assistência, discussão sobre o estilo de vida em função do que se pode identificar como agravos à saúde mais importantes nesta fase da vida.

Com relação ao tipo de parto realizado, embora a gestação na adolescência seja considerada de risco (FRASER, BROCKERT, WARD; 1995; ROTH, HENDRICKSON, STOWELL; 1998; SPITZ et al.; 1996), houve predomínio de partos por via vaginal (68,7%) semelhante aos resultados de outros trabalhos, como de Gama et al. (2001) (71,1%) e Frota e Marcopito (2004) (77,6%).

4.2 Variáveis Relacionadas ao Lactente

A Tabela 5 apresenta as características dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas.

Mais da metade da população era do sexo feminino (52,1%) e nasceram à termo (86,0%) com peso adequado para a idade gestacional (91,9%), sendo a variação do peso entre 1.035g e 4.535g (mediana de 3.200g).

Quanto ao índice de Apgar, apesar de 16,3% dos recém - natos apresentarem anóxia neonatal moderada no primeiro minuto, apenas 4,2% tiveram Apgar menor que sete no quinto minuto de vida, o que pode estar relacionado principalmente com a idade gestacional, o peso de nascimento e a atuação das equipes médica e de enfermagem, presentes na sala de parto. O tempo de internação variou de um a trinta e dois dias, sendo que a grande maioria permaneceu internada por até dois dias (74,1%).

Todos os nascimentos ocorreram em hospital, sendo que 61,2% deles ocorreram em um hospital que, na época da entrevista, estava em fase de implantação da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC).

Tabela 5 – Distribuição dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas de acordo com as características sociais e de nascimento. Cascavel – PR, março a julho de 2005.

Variáveis	n = 307	%
Sexo		
Feminino	160	52,1
Masculino	147	47,9
Idade Gestacional (Semanas)		
≤ 27	-	-
28 - 31	2	0,7
32 - 36	41	13,3
37 - 41	264	86,0
≥ 42	-	-
Peso ao nascer (Gramas)*		
≤ 2500	20	6,5
2501 - 4000	282	91,9
≥ 4000	4	1,3
Apgar		
1º minuto		
0 - 3	10	3,3
4 - 7	50	16,3
8 - 10	247	80,4
5º minuto		
0 - 3	-	-
4 - 7	13	4,2
8 - 10	294	95,8
Tempo de internação hospitalar (Dias)		
≤ 2	227	74,1
3 - 7	71	23,1
8 - 15	3	0,9
≥ 16	6	1,9

* Um dado sem registro

Poucos lactentes (6,5%) nasceram com peso inferior a 2.500 gramas e não foram observadas neste estudo crianças nascidas em período igual ou inferior a 27 semanas gestacionais. Outros estudos não encontraram associação entre

gravidez em idade jovem e baixo peso ao nascer (MARIOTONI; BARROS FILHO, 1998; SILVA et al., 1998) ou prematuridade (FOIX-L'HÉLIAS; BLONDEL, 2000). Por outro lado, trabalhos como de Gama et al. (2001) e Tauil et al. (2001) evidenciaram, respectivamente, incidências de prematuridade de 7,3% e 6,1% entre as crianças filhas das adolescentes estudadas, dados inferiores aos encontrados por Simões et al. (2003) e Oliveira (2004) que verificaram uma incidência de 22,9% e 25% de prematuridade em seus estudos. Neste último trabalho, a elevada incidência de prematuridade pode ser explicada pelas características do hospital em que foi realizado o estudo.

4.3 Variáveis Relacionadas à Alimentação do Lactente

4.3.1 Alimentação do Lactente Durante o Período de Internação e na Alta Hospitalar

O início precoce da amamentação estimula o contato do bebê com a mãe aumentando o vínculo entre eles, auxilia na manutenção da temperatura corporal, além de favorecer o aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo a médio prazo (BRASIL, 1993; OMS, 2001). Renfrew, Lang e Woolridge (2000) em metanálise sobre avaliação dos efeitos da amamentação logo após o parto (dentro da primeira meia hora) em comparação com a amamentação tardia (entre 4-8 horas) também verificaram associação positiva entre o contato precoce e a maior comunicação entre mães e bebês no primeiro grupo.

Na Tabela 6 são apresentados o período de início da amamentação e o tipo de alimentação recebida pelos lactentes durante a internação e na alta

hospitalar. Observa-se que dos 77,9% dos lactentes que iniciaram o aleitamento materno por período inferior a três horas, 45,3% dos recém - nascidos receberam leite materno já na sala de parto conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 1993). O início da amamentação para aqueles que iniciaram após a saída da sala de parto foi, em média, de 3 horas e 16 minutos, variando entre uma e 48 horas, possivelmente em decorrência de complicações do parto ou relacionadas às condições de saúde da criança.

Grande parte dos lactentes recebeu leite materno durante a internação e na alta hospitalar (95,5%), sendo que 90,3% receberam leite materno exclusivo, o que sugere o comprometimento da equipe hospitalar com a promoção e apoio ao aleitamento materno. É importante ressaltar a diferença observada entre as condutas da equipe hospitalar e daquela referente ao acompanhamento pré-natal com relação ao incentivo ao aleitamento materno. Esta diferença pode ser justificada, provavelmente, em virtude dos treinamentos sobre os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” que estavam acontecendo em um dos hospitais da cidade para o credenciamento da IHAC na época de nascimento dos filhos das adolescentes entrevistadas.

Tabela 6 – Distribuição dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas de acordo com o período de início da amamentação e o tipo de alimentação recebida durante a internação e na alta hospitalar. Cascavel – PR, março a julho de 2005.

Variáveis	n = 307	%
Período de início da amamentação		
Sala de parto < 3 horas de vida	239	77,9
≥ 3 horas de vida	55	17,8
Não mamou	6	2,0
Não informado	7	2,3
Alimentação recebida durante a internação e na alta hospitalar		
Leite materno exclusivo	277	90,3
Aleitamento materno	16	5,2
Fórmula infantil exclusiva	06	1,9
Não informado	08	2,6

Dos 139 neonatos que amamentaram na primeira meia hora, 60% estavam no hospital em fase de implantação da IHAC. Segundo Vannuchi et al. (2004) a IHAC apresenta-se como uma forma de mobilização dos profissionais de saúde que trabalham em serviços obstétricos e pediátricos em favor da amamentação. Trata-se de uma estratégia mundial patrocinada pela OMS e UNICEF (WHO, 1990) e tem como objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno mediante a prática, pelos hospitais, de ações pró-amamentação, conhecidas como "dez passos" para o incentivo do aleitamento materno que consiste basicamente de um elenco de medidas visando informar às gestantes e puérperas os benefícios da amamentação e o manejo correto do aleitamento materno (LAMOUNIER, 1998).

Chama a atenção, ainda, o fato de que apenas seis lactentes não receberam leite materno durante a internação hospitalar, pois uma mãe possuía os mamilos invertidos e cinco mães se recusaram amamentar seus filhos, sendo que duas crianças foram encaminhadas à adoção tendo, portanto, os seis casos recebido fórmula infantil exclusiva, conforme conduta das equipes que atendiam ao binômio mãe - filho.

Com relação a questão dos mamilos invertidos, Alexander, Grant e Campbell (1992), sugerem que a confiança da mulher com relação ao aleitamento materno pode ser reduzida pelo exame pré-natal das mamas, principalmente no caso de apresentarem mamilos invertidos ou planos. Entretanto, para a OMS (OMS, 2001), a prostrabilidade das mamas aumenta com a aproximação do parto, e o auxílio da equipe hospitalar em posicionar corretamente o recém-nascido no peito, logo no início do período pós-parto, mostra-se como uma técnica mais eficiente que as intervenções durante o pré-natal. Portanto, as mães com mamilos planos e/ou invertidos devem ser apoiadas e incentivadas a praticar a amamentação exclusiva sob livre demanda.

Quanto à orientação de alta hospitalar, o número expressivo (80,5%) de mães orientadas quanto ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês é bastante animador, porém, é relevante o fato de que 50 adolescentes não receberam nenhum tipo de informação ou não se lembravam, conforme apresenta a Tabela 7. O mais preocupante é que, destas adolescentes, 62% dos casos ocorreram no hospital que estava em fase de implantação da IHAC o que sugerem falhas na equipe que atendia ao binômio mãe - lactente referente a esta conduta, pois embora a amamentação exclusiva fosse praticada durante a internação hospitalar conforme dados já apresentados, esta prática não era incentivada após a alta hospitalar o que pode levar ao comprometimento da duração do aleitamento

materno e, conseqüentemente, de todas as vantagens que o leite materno acarreta. Estes resultados demonstram necessidade de reforçar este aspecto para que nenhuma mãe receba alta sem orientação e que, as informações fornecidas sejam as mais claras possíveis, pois, além de receber a informação, a mãe deve segui-la em seu domicílio.

Outro passo importante durante a orientação sobre aleitamento materno na alta hospitalar é informar à mãe todos os grupos de apoio ao aleitamento materno existentes na área (consultas pós-natal, clínica de lactação, visitas domiciliares, e outros) e descrever um modo de encaminhamento das mães, quando sentir necessidade (OMS, 2001).

Tabela 7 – Distribuição dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas de acordo com o tipo de orientação recebida na alta hospitalar. Cascavel – PR, março a julho de 2005.

Orientação recebida na alta hospitalar	n	%
Aleitamento materno exclusivo	247	80,5
Aleitamento materno	04	1,4
Fórmula infantil exclusiva	06	1,9
Não recebeu informação	50	16,2
TOTAL	307	100,0

Oliveira (2004) em estudo sobre aleitamento materno em prematuros em hospital escola credenciado à IHAC, no município de Londrina, verificou que em 7,5% dos prontuários médicos não havia registros de orientação à mãe na alta hospitalar.

Segundo Lamounier (1998), as mães devem ser informadas das vantagens do aleitamento e das desvantagens do uso de substitutos do leite materno além de ter noções sobre a lactação, estímulos para produção do leite materno, dificuldades e soluções para os problemas na amamentação. Estas condutas, aliadas à mudança de postura da equipe de saúde, garantem às mulheres tanto no hospital como fora, a continuidade ao aleitamento materno e o aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo (VANNUCHI et al., 2004).

Os casos de orientação para que fosse dado leite materno acompanhado de água e/ou chá e leite materno mais outros leites ocorreram nos hospitais em que não estava sendo implantada a IHAC. Por outro lado, cinco das seis orientações para que fosse dada fórmula infantil exclusiva por consideraram casos especiais, conforme já descrito anteriormente, ocorreram no hospital que estava em fase de implantação da IHAC.

No estudo em Cascavel (PR), o fato do grupo de mães entrevistadas ser constituído por adolescentes sugere alguns pontos importantes para serem refletidos: a forma como é fornecida a orientação pela equipe de saúde garante compreensão e adesão por parte da mãe adolescente? Como garantir que estas mães adolescentes procurem auxílio em grupos de apoio ao aleitamento materno caso sentirem necessidade?

Ferrari (2004) analisou discursos de médicos e enfermeiras que atuam na rede básica de saúde sobre ações de atenção à saúde do adolescente na cidade de Londrina (PR) e constatou um grande desafio da organização destes serviços em manter o acesso do adolescente à instituição e vice-versa, pois o adolescente é atendido de acordo com a demanda e a seleção das prioridades, não existindo, com isso, programas específicos para o atendimento aos adolescentes. Os profissionais referiram, ainda, que eles não procuram o serviço de saúde e que,

obter a confiança do adolescente não é uma tarefa fácil, pois dificilmente participam das atividades ofertadas no serviço. Alguns relatos dos profissionais são direcionados à não formação/capacitação para atender os adolescentes no serviço, compreendendo desde o pouco embasamento ou qualificação até a dificuldade pessoal em lidar com este grupo etário (FERRARI, 2004).

Outros estudos também demonstram que as dificuldades apontadas por médicos e enfermeiros no trabalho com adolescentes são provenientes do ensino de graduação que não contemplam o tema adolescência e sexualidade humana (CARVALHO; DETSI, 2001; GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000; LOYOLA, 2003).

O trabalho com adolescentes, segundo Ferrari (2004) deve envolver uma equipe multidisciplinar que oriente as ações de forma integrada, planejada e contínua. Para isto é necessário que haja envolvimento de todos os profissionais do serviço de saúde, desde o planejamento até a fase de execução.

Além disso, os profissionais devem ganhar a confiança da adolescente, para que eles se tornem ouvintes e interlocutores. Para isto é necessário que se efetive uma política pública para ampliar o acesso da adolescente aos serviços de saúde, para criar espaços de discussão e aprofundamento de questões formuladas pelas próprias adolescentes, que sintam prazer em discutir temas dificilmente abordados no cotidiano.

4.3.2 Alimentação do Lactente no Momento da Entrevista

A OMS, após a proposta de Estratégia Global para alimentação infantil, aprovada na 54ª Assembléia Mundial de Saúde (WHO, 2001), passou a recomendar aos governos e instituições de saúde a promoção do aleitamento materno exclusivo como única fonte alimentar para praticamente todos os lactentes até o sexto mês de vida. Recomendou, ainda, a introdução, a partir dessa idade, de alimentos complementares nutricionalmente adequados, inócuos e culturalmente apropriados, acompanhada de amamentação continuada até, pelo menos, dois anos de idade da criança.

Estas recomendações internacionais resultaram de esforços iniciados ao final da década de 70 e início de 80, período em que se firmou o movimento mundial em prol da amamentação. Venâncio e Monteiro (1998), em estudo sobre a evolução da prática do aleitamento materno neste período, retrataram diversas propostas de revisão das rotinas dos serviços de saúde e mudanças nas atitudes dos profissionais, subsidiando, ainda, formulação de programas de governo que resultassem em políticas dirigidas à proteção, promoção e apoio à amamentação.

No Brasil, foi lançado em 1981 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) que incluía atividades importantes objetivando a proteção (legislação trabalhista para as nutrizes, controle de *marketing* de substitutos do leite materno), promoção (utilização da mídia, capacitação profissional) e incentivo à amamentação (incentivo à criação de grupos de mães, implantação de bancos de leite humano em todo o país, produção de materiais informativos e de aconselhamento) (RÉA, 2004).

A partir disto, ao longo dos anos, foi possível identificar o impacto positivo dessas ações nas taxas de aleitamento materno em âmbito nacional que demonstraram aumento significativo na duração mediana de aleitamento materno no país, passando de 2,5 meses em 1975 para 5,5 meses em 1989; 7 meses em 1996 e 9,9 meses em 1999 (BRASIL, 2001).

Quando se comparam os dados de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses, observou-se, também, um aumento importante desta prática no país, evoluindo de 3,6% em 1986 para 35,6% em 1999 (BRASIL, 2001). Entretanto, apesar dos esforços e do grande avanço obtido, a duração desta prática no Brasil está distante da que é preconizada pela OMS (WHO, 2001).

A Figura 2 evidencia a prevalência do aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno e alimentação artificial em lactentes até os quatro meses de vida filhos das adolescentes participantes da pesquisa em Cascavel. Verificou-se que, no intervalo entre 0-30 dias de vida, 56,7% dos lactentes estavam sendo alimentados exclusivamente com leite materno, caindo esta proporção para 4,9% (I.C. 95%: 1,4 – 5,7) no intervalo de 90-120 dias. Para o aleitamento materno, a prevalência no primeiro mês de vida foi de 41,4% para praticamente metade ao quarto mês de vida (22,3%; I.C. 95%: 15,1 – 24,2). Quanto à alimentação artificial, observa-se elevação da frequência ao longo do período, passando de 1,9 % nos primeiros trinta dias a 72,8% (I.C. 95%: 72,8 – 82,4) no intervalo entre 90-120 dias de vida dos lactentes.

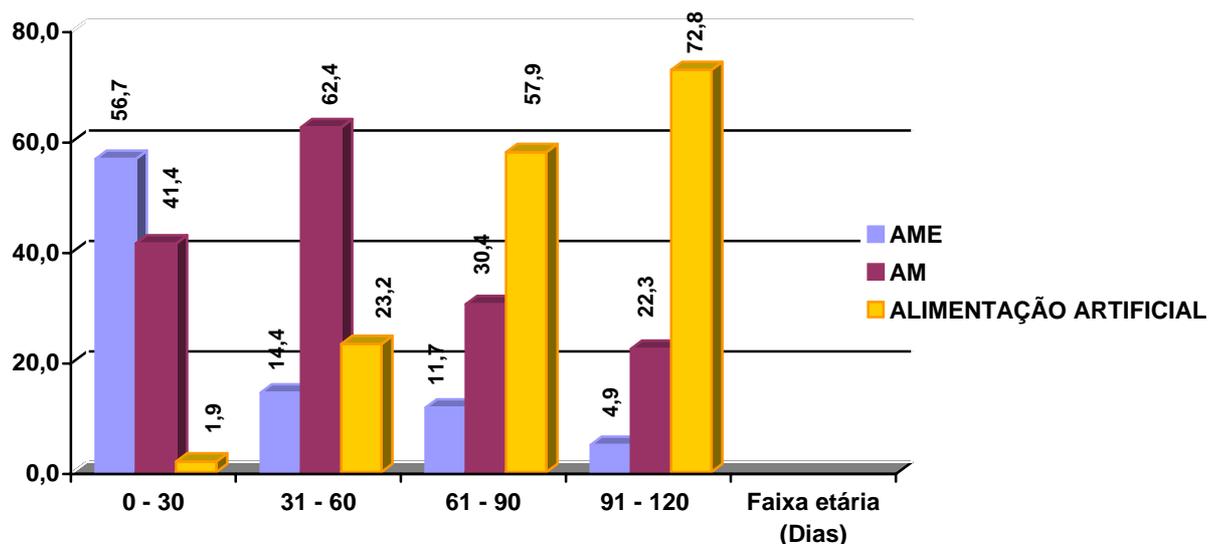


Figura 2 – Prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno (AM) e alimentação artificial em lactentes menores de quatro meses de vida participantes do estudo. Cascavel - PR, março a julho de 2005.

Os dados verificados em Cascavel demonstraram que, apesar da alta proporção de lactentes que estavam em aleitamento materno exclusivo no período de alta hospitalar (90,3%), somente 56,7% permaneciam com leite materno exclusivo ao final do primeiro mês. Chama a atenção, ainda, a rápida redução da prevalência de aleitamento materno exclusivo com a progressão da idade.

Estes resultados são semelhantes a outros estudos nacionais com relação ao declínio da prevalência do aleitamento materno exclusivo conforme a faixa etária do lactente (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; CECCHETTI; MOURA, 2005; VANNUCHI et al., 2005; VITURI, 2001), entretanto, são muito inferiores quando comparados ao quarto mês de vida da criança. Vituri (2001), estudando a prevalência do aleitamento materno entre recém-nascidos da cidade de Maringá (PR), obteve prevalência de aleitamento materno exclusivo de 47,7% ao final do primeiro mês e 14,2% no quarto mês de vida, praticamente duas vezes menor que a

prevalência encontrada em Londrina (PR) para a mesma faixa etária (29,3%) (VANNUCHI et al., 2005).

Observou-se também, diminuição progressiva do aleitamento materno exclusivo nas cidades de Campinas e Itapira, no estado de São Paulo, onde a proporção de crianças sendo alimentadas com leite materno exclusivo ao final dos trinta dias era de 60,2% e 64,8%, respectivamente. Já aos 4 meses, a prevalência de aleitamento materno exclusivo para ambas as cidades foi, respectivamente de 14,6% e 10,0% (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; CECCHETTI; MOURA, 2005).

O estudo do Ministério da Saúde sobre prevalência de aleitamento materno em 1999 (BRASIL, 2001) demonstrou heterogeneidade entre as demais regiões brasileiras. As capitais Belém (32%), Florianópolis (32%) e Fortaleza (29%) apresentaram os melhores índices de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses, e, Porto Velho (10%) e Cuiabá (7,5%) os piores dados. Apesar disto, estes dados ainda são superiores aos encontrados em Cascavel.

Frota e Marcopito (2004) compararam grupos de mães adolescentes e não adolescentes no município de Montes Claros (MG) e verificaram prevalências de aleitamento materno exclusivo de 14,8% e 34,3%, respectivamente, muito superior ao verificado em Cascavel, mesmo considerando que o índice foi verificado ao sexto mês de vida da criança.

Por outro lado, em Botucatu (SP), Carvalhaes et al. (1998), verificaram prevalência de aleitamento materno exclusivo ao final dos quatro meses de 4,6%, muito semelhante ao do presente estudo.

A prevalência de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses de idade nas cidades de Lins (SILVA; SOUZA, 2005) e Fortaleza (LAMOUNIER, 1998) foram de 61,2% e 44,0%, respectivamente, demonstrando que a IHAC foi de grande utilidade na elevação dos índices de amamentação, fato não ocorrido em

Cascavel uma vez que a maior parte das adolescentes foi atendida no hospital que no período estava em fase de implantação da IHAC.

Com referência ao aleitamento materno em Cascavel, observou-se que ao final do quarto mês de vida, 22,3% receberam leite materno acompanhado de outros alimentos, índice inferior ao verificado na pesquisa brasileira de 1999 que registrava valores de 35,6% (BRASIL, 2001) e nas pesquisas de Maringá (VITURI, 2001) e de Itapira (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003) que demonstraram valores de 60,3% e 70%, respectivamente.

Importante ressaltar, no entanto, devido a escassez de estudos sobre aleitamento materno entre mães adolescentes, as comparações de prevalências de aleitamento materno realizadas neste capítulo foram feitas com estudos (exceto o trabalho de Frota e Marcopito (2004)) cujas amostras foram compostas de mães em diferentes faixas etárias, tendo adolescentes como pequena parcela desta população.

Apesar das diferenças, todos os trabalhos demonstraram prevalências muito aquém do recomendado pela OMS (WHO, 2001).

Analisando a tendência do aleitamento materno exclusivo ao longo dos quatro meses em Cascavel por meio da curva de sobrevivência de *Kaplan-Meier*, foi observado que a duração mediana do aleitamento materno exclusivo até o quarto mês foi de 28 dias (Figura 3).

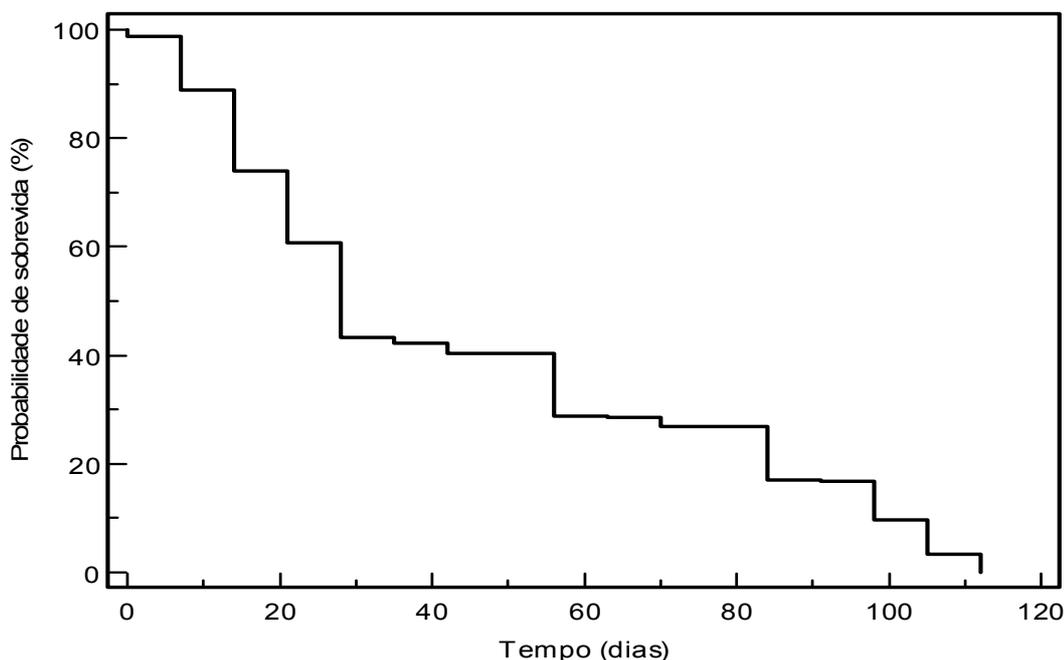


Figura 3 – Duração do aleitamento materno exclusivo, em dias, dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas. Cascavel - PR, março a julho de 2005.

Apesar da baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo, a mediana encontrada em Cascavel é semelhante a mediana de 30 dias verificada em Maringá (VITURI, 2001) e superior às medianas verificadas em Londrina - 11,9 dias (VANNUCHI et al., 2005), João Pessoa – 16,5 dias (KITOKO et al., 2000) e no Brasil - 23,4 dias (BRASIL, 2001).

Por outro lado, o resultado de Cascavel é muito inferior as medianas observadas em Florianópolis – 53 dias (KITOKO et al., 2000), Campinas - 67 dias (CECCHETTI; MOURA, 2005), Curitiba - 34,6 dias - e na região sul do país - 39,1 dias (BRASIL, 2001).

Observa-se na Figura 4 que a mediana do aleitamento materno em Cascavel foi de 112 dias, bastante inferior quando comparada às cidades de Maringá – 180 dias (VITURI, 2001), Campinas - 186 dias (CECCHETTI; MOURA,

2005), João Pessoa – 195 dias (KITOKO et al., 2000), Curitiba - 221,9 dias (BRASIL, 2001), Florianópolis – 238 dias (KITOKO et al., 2000), Londrina - 257,3 dias (VANNUCHI et al., 2005) e as médias, nacional e da região Sul, 295,9 dias e 225,2 dias, respectivamente (BRASIL, 2001).

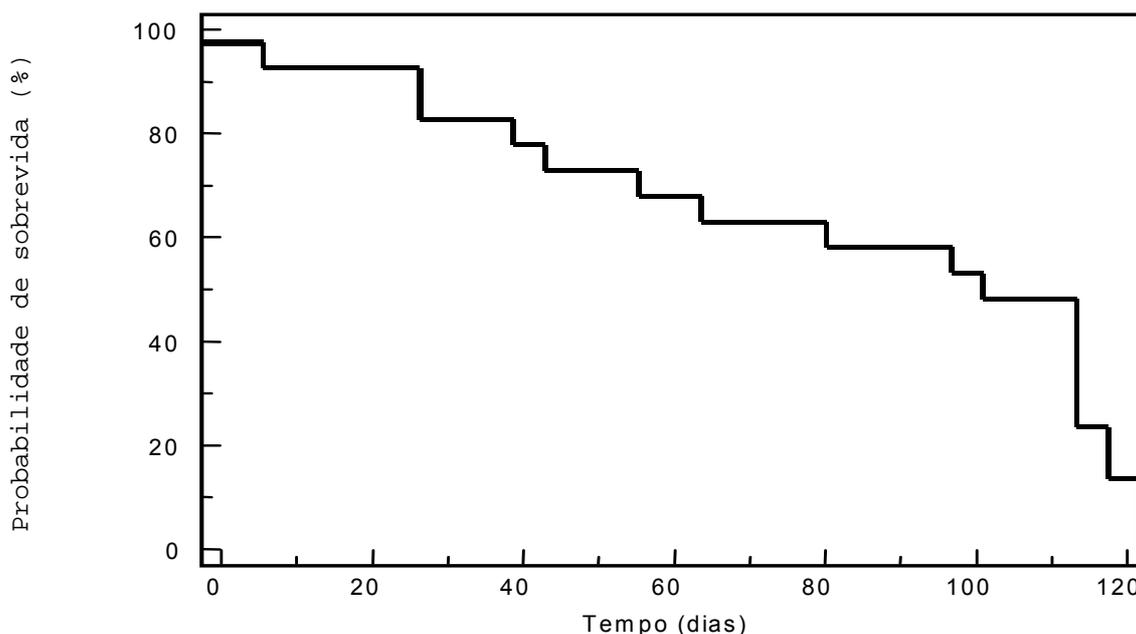


Figura 4 – Duração do aleitamento materno, em dias, dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas. Cascavel - PR, março a julho de 2005.

Compreender os fatores que protegem o aleitamento materno e os determinantes que contribuem para o abandono desta prática é muito complexo. Além das causas biológicas, aspectos como rotinas adotadas pelos serviços de saúde, condutas profissionais e de pessoas do convívio social da mãe, *marketing* desenvolvido pela indústria de alimentos infantis, assim como as características sócio-demográficas maternas são influências que sozinhas ou em conjunto são alguns exemplos mencionados como favorecedores desta complexidade (BRASIL, 2001).

Importante ressaltar que o indicador utilizado para estimar a prevalência do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo na pesquisa em Cascavel (PR), não foi o indicador do sexto mês, conforme sugere a OMS, em recomendação atual (WHO, 2001) o que pode representar para este estudo uma limitação metodológica, entretanto, ao se observar a baixa freqüência de mães adolescentes amamentando exclusivamente ao quarto mês de vida do lactente pode-se sugerir como hipótese de que um número ainda menor de mães adolescentes continuariam amamentando exclusivamente seus filhos ao sexto mês de vida, ou ainda, que não haveria mães amamentando neste período. As prevalências encontradas para o aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno ao quarto mês de vida nesta cidade já são bastante preocupantes e merecem destaque no sentido de reorganização das políticas públicas de saúde voltadas a esta área e para esta população. Estudos futuros utilizando o indicador do sexto mês para estimar a prevalência devem ser realizados para verificar tal suposição.

A Tabela 8 apresenta a associação entre o aleitamento materno e as características das mães adolescentes entrevistadas. Devido a pequena proporção de mães que amamentavam no momento da entrevista, apenas duas variáveis demonstraram associação estatisticamente significativa com a manutenção do aleitamento materno: o maior acompanhamento pré-natal ($p = 0,007$) e o fato do pai da criança morar com a adolescente ($p = 0,004$).

Tabela 8 – Distribuição dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas de acordo com o aleitamento materno e as características sócio - demográficas da mãe e da gestação. Cascavel - PR, março a julho de 2005.

Variáveis	Aleitamento Materno				p
	Sim (68)		Não (239)		
	n	%	n	%	
Idade da mãe ($\bar{x} \pm S$)	17,6 \pm 1,40		17,3 \pm 1,38		0,1313 *
Escolaridade					
1 8	19	23,5	62	76,5	0,2228 †
9 11	34	19,2	143	80,8	
≥ 12	15	30,6	34	69,8	
Continua estudando					
Sim	12	18,8	52	81,3	0,4616 †
Não	56	23,0	187	77,0	
Trabalha fora					
Sim	13	16,7	65	83,3	0,1769 †
Não	55	24,0	174	76,0	
Classificação econômica					
A + B + C	28	25,2	85	74,8	0,2500 †
D + E	38	19,6	156	80,4	
Mora com o pai do lactente					
Sim	44	28,9	108	71,7	0,0045 †
Não	24	15,5	131	84,5	
Nº consultas pré-natal					
0 3	10	23,8	32	76,2	0,0071 †
4 6	17	13,5	109	86,5	
≥ 7	41	29,5	98	70,5	
Tipo de gravidez					
Única	68	22,3	237	77,7	0,6055 ‡
Dupla	-	-	2	100,0	
Tipo de parto					
Vaginal	49	23,2	162	76,8	0,5021 †
Cesáreo	19	19,8	77	80,2	

* Teste t de Student

† Teste de qui-quadrado

‡ Teste exato de Fischer

Nos últimos anos uma atenção maior tem sido voltada à associação entre aleitamento materno e a participação do pai ao apoio às mães durante a amamentação com a intenção de duração desta prática (BUENO; TERUYA, 2004; RAMOS; ALMEIDA, 2003). Assim como observado em Cascavel, Vituri (2001) demonstrou na cidade de Maringá que a presença do pai na estrutura familiar também apresentou associação positiva com o aleitamento materno.

Giugliani et al. (1995), avaliando os fatores de risco para a interrupção precoce do aleitamento materno em Porto Alegre (RS), salientaram que o suporte dado pelo marido é, provavelmente, o mais significativo apoio de encorajamento que uma mulher deve receber durante este processo.

Contrariamente, Frota e Marcopito (2004) em estudo na cidade de Montes Claros (MG) verificaram que a adolescência tem efeito diferente sobre o desmame (é protetora em mães sem vida conjugal e nociva naquelas com vida conjugal), mesmo após análise por regressão logística múltipla.

É importante salientar que, conforme dado apresentado na Tabela 4 deste estudo, apesar da baixa frequência de adolescentes ter recebido orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal (38,4%), este acompanhamento demonstrou associação significativa com a duração do aleitamento materno ($p = 0,007$). Santos e Schor (2003), em pesquisa na cidade de Votuporanga, interior de São Paulo, demonstraram que a assistência profissional recebida pela mãe durante a fase gestacional influenciou positivamente no aleitamento materno exclusivo em crianças menores de um ano de idade. Outros estudos, no entanto, não confirmaram a mesma associação (ESCOBAR et al., 2002; FROTA; MARCOPITO, 2004; VITURI, 2001).

Com relação às demais características maternas analisadas, não foi verificada associação significativa com a prática do aleitamento materno. A idade

das adolescentes entrevistadas, conforme já apresentado anteriormente, era bastante homogênea não demonstrando relação com a duração do aleitamento materno. Pesquisas com amostras aleatórias da população, no entanto, têm relacionado a baixa idade materna a uma curta duração da amamentação (GIGANTE; VICTORA; BARROS, 2000; VENÂNCIO et al., 2002; BUENO et al., 2003; VANNUCHI et al., 2005).

Embora neste estudo não tenha sido verificada relação entre escolaridade da mãe e duração do aleitamento materno, assim como os trabalhos de Audi, Corrêa e Latorre (2003), Caldeira e Goulart (2000), Gigante, Victora e Barros (2000) e Issler, Lione, Quintal (1989), muitas pesquisas têm demonstrado que há influência (KUMMER et al., 2000; MONTRONE; ARANTES, 2000; RAMOS; ALMEIDA, 2003; VENÂNCIO et al., 2002). Giugliani et al. (1995) em Porto Alegre e Escobar et al. (2002) em São Paulo observaram que, quanto maior a escolaridade materna, maior o tempo de amamentação. Bueno et al (2003) em estudo de coorte prospectivo na cidade de São Paulo entre os anos de 1998 e 1999, evidenciaram maior duração de aleitamento materno exclusivo nas mulheres mais instruídas (1,2 meses) quando comparadas às mães com pouca ou nenhuma escolaridade (0,6 meses).

Trabalhos nacionais revelaram que a amamentação nos primeiros meses de vida da criança está associada positivamente a uma melhor renda familiar (GIGANTE; VICTORA; BARROS, 2001; KUMMER et al., 2000). Vieira G. et al. (2004) por outro lado, ao estudarem fatores associados ao aleitamento materno em Feira de Santana na Bahia, demonstraram relação inversa, ou seja, crianças nascidas em famílias com renda menor ou igual a dois salários mínimos, apresentam uma chance 15% maior de serem amamentadas do que as nascidas em famílias de maior renda.

Quando se analisou o trabalho materno, o estudo de Cascavel também não verificou associação entre esta variável e a duração da amamentação, contrariamente ao verificado no estudo na cidade de Londrina (PR) (VANNUCHI et al., 2005) a qual os autores demonstraram que a mãe que trabalha fora de casa apresentou uma chance 1,61 vezes maior para interromper o aleitamento materno em crianças menores de um ano. Por outro lado, Vezozzo também na cidade de Londrina (PR) ao estudar mães trabalhadoras e a prevalência do aleitamento materno, verificou que, apesar das dificuldades relatadas pelas mulheres em manter a amamentação, elas conseguiram praticar o aleitamento materno exclusivo (mediana de 92,5 dias) e o aleitamento materno (mediana de 180 dias) por períodos longos (VEZOZZO, 2004). A autora comenta, ainda, que a utilização da licença - maternidade deve ter sido um dos fatores determinantes, associada a uma maior conscientização e orientação destas mães sobre a prática da amamentação. Da mesma forma, a pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2001) demonstrou que na região Sul do país, as mães que não trabalham fora têm 30% mais chance de amamentarem exclusivamente quando comparadas às mães que trabalham fora.

Em relação ao tipo de parto, os trabalhos existentes divergem quanto a influência na duração do aleitamento materno. Estudo de coorte realizado na cidade de Pelotas, no sul do país, observou que são similares as incidências e a duração do aleitamento materno em crianças nascidas por parto vaginal e cesárea (VICTORA et al., 1997). Vituri (2001) também não verificou associação entre parto cesárea e baixa duração do aleitamento materno. Weiderpass et al. (1998), por outro lado, em estudo longitudinal realizado em Pelotas, no ano de 1993, verificaram que as crianças nascidas por parto cesárea eletiva apresentaram três vezes mais chance de interrupção do aleitamento materno aos 30 dias de vida, quando

comparadas às que tiveram parto vaginal ou cesárea de emergência. Audi, Corrêa e Latorre (2003) observaram em estudo na cidade de Itapira (SP), que o parto cesárea está associado à interrupção da amamentação exclusiva, nos primeiros seis meses de vida das crianças.

A Tabela 9 apresenta as características dos lactentes pesquisados e a relação com o aleitamento materno. É possível que o pequeno número de lactentes sendo amamentados na época da entrevista, tenha comprometido a análise das associações, devido a isto, somente a variável “local de ocorrência do nascimento” demonstrou associação significativa entre nascimentos ocorridos no hospital que no período estava em fase de implantação da IHAC com a permanência da amamentação ($p = 0,037$).

Tabela 9 – Distribuição dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas de acordo com o aleitamento materno e as características sociais e de nascimento da criança. Cascavel - PR, março a julho de 2005.

Variáveis	Aleitamento materno				p
	Sim (68)		Não (239)		
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	36	22,5	124	77,5	0,8775 ‡
Masculino	32	21,8	115	78,2	
Idade gestacional					
28 a 36 sem	8	18,6	35	85,4	0,5460 ‡
37 a 41 sem	60	22,7	204	77,3	
Peso ($\bar{x} \pm S$)*			3,14 \pm 0,48		0,1691 †
Índice de Apgar ($\bar{x} \pm S$)					
Apagar 1º min	7,9 \pm 1,47		7,9 \pm 1,49		0,8142 †
Apagar 5º min	9,2 \pm 0,78		9,2 \pm 0,76		0,9585 †
Tempo de internação hospitalar (dias)					
2 ou menos	47	20,7	180	79,3	0,1522 †
3 a 7	14	19,7	57	80,3	
8 a 15	-	-	3	100,0	
16 ou mais	-	-	6	100,0	
Local de ocorrência do nascimento					
Hospital em fase de credenciamento da IHAC	49	26,1	139	73,9	0,0379 †
Hospital não credenciado como HAC	19	16,0	100	84,0	

* Um dado sem registro

† Teste t de Student

‡ Teste de qui-quadrado

Em relação à prática hospitalar, assim como o estudo de Audi, Corrêa e Latorre (2003), Venâncio et al. (2002) em pesquisa realizada nos municípios de São Paulo, verificaram que a chance de não estar amamentando aos

doze meses de vida foi maior nos lactentes nascidos em hospitais com atendimento tradicional comparativamente àqueles cujo parto ocorreu em hospital credenciado como “Amigo da Criança”.

Para se tornar “Hospital Amigo da Criança”, a unidade hospitalar deve adequar as rotinas hospitalares à prática da amamentação, seguindo as orientações normatizadas pela OMS e UNICEF denominadas como os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (OMS, 2001).

Estudos realizados no Brasil e no Chile têm demonstrado o impacto da IHAC no aumento da duração do aleitamento materno. No Chile, Valdez et al. (1993), verificaram uma prevalência do aleitamento materno exclusivo de 66,8% em crianças de seis meses de idade nascidas em um hospital amigo da criança contra 23,3% nas que nasceram no hospital tradicional, na cidade de Santiago. Vannuchi et al. (2004) pesquisaram prontuários de recém-nascidos internados em unidade de neonatologia de um hospital de ensino na cidade de Londrina (PR) durante os anos de 1994 (n = 285) e 1998 (n = 368), representando um período anterior e o outro posterior à implantação da IHAC e verificaram durante o período de internação, um aumento expressivo do percentual de crianças em aleitamento materno exclusivo (de 1,9%, em 1994, para 41,7%, em 1998) e a alimentação exclusiva por fórmula, que era de 17,9%, em 1994, deixou de existir em 1998. Observaram, também diferenças importantes com relação à amamentação nos primeiros seis meses de vida, tendo o tempo mediano do aleitamento materno exclusivo aumentado de 12 para 45 dias (VANNUCHI et al., 2004).

Vários estudos relacionam baixo peso como condição individual de risco para a não prática do aleitamento materno (VENÂNCIO et al., 2002; AUDI; CORRÊA, LATORRE, 2003; VIEIRA, A. et al., 2004). Gigante, Victora e Barros

(2001) demonstraram que recém - nascidos com peso adequado ao nascimento está associado a uma menor taxa de desmame.

Vituri (2001) verificou significância estatística na associação do aleitamento materno exclusivo com a idade gestacional, mostrando que as crianças nascidas pré - termo têm probabilidade maior de serem amamentadas. A própria autora relata, no entanto, que as mães destes recém - nascidos receberam assistência de forma mais intensa, visando diminuir os riscos de morbidade devido a prematuridade.

Apesar do pequeno número de mães em aleitamento materno exclusivo à época da entrevista (4,9%), foram realizadas análises de associação entre aleitamento materno exclusivo e características maternas e dos lactentes (Tabelas 10 e 11). Observou-se na primeira análise, associação estatisticamente significativa entre escolaridade materna ($p = 0,02$) e número de consultas pré-natal ($p = 0,012$). Quanto às características dos lactentes, nenhuma variável mostrou-se significativa ($p < 0,05$). Importante ressaltar, no entanto, que a amostra não foi representativa para a população de estudo, não conferindo, possivelmente, poder estatístico ao mesmo. Pesquisas com amostras maiores devem ser realizadas para estudar possíveis relações entre as características maternas e dos lactentes e a duração do aleitamento materno exclusivo nesta população.

Tabelas 10 - Distribuição dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas de acordo com o aleitamento materno exclusivo e as características sócio - demográficas da mãe e da gestação. Cascavel - PR, março a julho de 2005.

Aleitamento Materno Exclusivo					
Variáveis	Sim (9)		Não (298)		p
	n	%	n	%	
Idade da mãe ($\bar{x} \pm S$)	17,8 \pm 1,09		17,4 \pm 1,40		0,3830 *
Escolaridade					
1 a 8	-	-	81	100,0	0,0257 ‡
9 a 11	5	2,8	172	97,2	
12 ou mais	4	8,2	45	91,8	
Continua estudando					
Sim	4	6,3	60	93,8	0,0941 ‡
Não	5	2,1	238	97,9	
Trabalha fora					
Sim	2	2,6	76	97,4	0,5891 ‡
Não	7	3,1	222	96,9	
Classificação econômica					
A + B + C	5	1,6	100	32,6	0,2500 *
D + E	4	1,3	198	64,5	
Vive com o pai do lactente					
Sim	6	3,9	146	96,1	0,2411 ‡
Não	3	1,9	152	98,1	
Nº consultas pré-natal					
0 a 3	1	2,4	41	97,6	0,0126*
4 a 6	-	-	126	100,0	
7 ou mais	8	5,8	131	94,2	
Tipo de gravidez					
Única	9	3,0	296	97,0	0,9421 ‡
Dupla	-	-	2	100,0	
Tipo de parto					
Vaginal	6	2,8	205	97,2	0,5728 ‡
Cesáreo	3	3,1	93	96,9	

* Teste t de Student

† Teste de qui-quadrado

‡ Teste exato de Fischer

Tabela 11 - Distribuição dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas de acordo com o aleitamento materno exclusivo e as características sociais e de nascimento da criança. Cascavel - PR, março a julho de 2005.

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo				p
	Sim (9)		Não (298)		
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	6	3,8	154	96,3	0,2944 ‡
Masculino	3	2,0	144	98,0	
Idade gestacional					
28 a 36 sem	1	2,3	42	97,7	≅ 1,0000 ‡
37 a 41 sem	8	3,0	256	97,0	
Peso ($\bar{x} \pm S$)*	3,2 ± 0,32		3,2 ± 0,49		0,6875 †
Índice de Apgar ($\bar{x} \pm S$)					
Apagar 1º min	8,2 ± 1,64		7,9 ± 1,48		0,5332 †
Apagar 5º min	9,3 ± 1,00		9,2 ± 0,76		0,5831 †
Tempo de internação hospitalar (dias)					
2 ou menos	8	2,6	232	75,5	0,0860 †
3 a 7	1	0,3	57	18,6	
8 a 15	-	-	3	100,0	
16 ou mais	-	-	6	100,0	
Local de ocorrência do nascimento					
Hospital em fase de credenciamento da IHAC	7	2,3	222	72,3	0,3079 †
Hospital não credenciado como HAC	2	0,7	76	24,7	

* Um dado sem registro

† Teste t de Student

‡ Teste de qui-quadrado

A Tabela 12 apresenta os dados referentes à introdução de água e chá segundo relato das mães. Chama a atenção o número expressivo de crianças que recebiam chá no momento da entrevista (79,2%), sendo marcante a introdução precoce deste líquido já no primeiro mês de vida, muito superior à introdução de água no mesmo período. A introdução precoce de chá principalmente no primeiro mês de vida e o maior consumo quando comparado ao de água sugere algumas justificativas para esta prática desnecessária: falta de orientação sobre fornecimento de líquidos aos lactentes durante o acompanhamento da mulher, desde o pré-natal até a alta hospitalar; orientações fornecidas pela equipe que não esclarecem as dúvidas ou orientações que não são fixadas pelas mães e; como terceira hipótese, por questões culturais, que reforçam o uso de chás como remédio, principalmente no combate às cólicas infantis.

Esta última situação também é verificada em outros estudos, sendo cólicas, gases e sede da criança as justificativas mais comuns dadas pelas mães para a introdução do chá (MONTRONE; ARANTES, 2000; MOURA, 1997; VIEIRA, G. et al., 2004).

Apesar disto, são necessários estudos utilizando metodologia qualitativa para aprofundamento e análise das questões sociais e culturais relacionadas à introdução precoce de chás e água.

Tabela 12 – Distribuição dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas de acordo com o período de introdução de água e chá. Cascavel – PR, março a julho de 2005.

Variáveis	n	%	% acumulada
Período de introdução de água			
(Dias)			
≤ 30	44	14,3	14,3
31 – 60	30	9,8	24,1
61 – 90	38	12,4	36,5
91 – 120	19	6,2	42,7
Não introduziu água	176	57,3	100,0
Período de introdução de chá			
(Dias)			
≤ 30	201	65,5	65,5
31 – 60	23	7,5	73,0
61 – 90	16	5,2	78,2
91 – 120	3	1,0	79,2
Não introduziu chá	64	20,8	100,0

Os resultados verificados em Cascavel são muito superiores aos encontrados por Vieira, G. et al. (2004) na cidade de Feira de Santana (BA), os quais verificaram que 7,3% das crianças amamentadas recebiam água no primeiro mês de vida e 23,2% recebiam chás no mesmo período.

Segundo as “Evidências Científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (ARAÚJO; OTTO; SCHMITZ, 2003), crianças em aleitamento materno exclusivo não necessitam de líquidos adicionais até o sexto mês de vida, mesmo aquelas que vivem em locais de climas áridos, pois esses

líquidos estão associados negativamente à duração do aleitamento materno exclusivo.

Outra desvantagem da introdução precoce de água e chás refere-se ao aumento do risco de morbidades entre as crianças, principalmente devido a má higiene dos utensílios utilizados para a administração, em especial de mamadeiras e a baixa qualidade da água utilizada para o preparo.

Lamounier, Maranhão e Araújo (2001) destacam que recém-nascidos e lactentes, sobretudo nos primeiros seis meses de vida, são mais vulneráveis a infecções, devido à imaturidade do sistema imunológico e à maior permeabilidade intestinal. Assim, durante um período crítico de relativa incompetência imunológica, o leite humano apresenta atributos de qualidade frente às suas necessidades imuno-biológicas, protegendo-as de doenças do tubo digestivo.

Assim como o consumo chá e água, foi observado no estudo de Cascavel, um elevado índice de crianças recebendo outros leites no momento da entrevista (Tabela 13). Surpreende que 51,1% do leite consumido foi introduzido já no primeiro mês de vida, sendo o produto mais comumente utilizado o leite animal pasteurizado (72,2%).

Tabela 13 - Distribuição dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas de acordo com o período de introdução de outros leites e tipo de leite recebido no momento da entrevista. Cascavel – PR, março a julho de 2005.

Variáveis	n	%	% acumulada
Período de introdução de outros leites (Dias)			
≤ 30	157	51,1	51,1
31 – 60	37	12,0	63,1
61 – 90	31	10,1	73,2
91 – 120	23	7,5	80,7
Não introduziu outros leites	59	19,3	100,0
Tipo de leite recebido			
Leite animal pasteurizado	179	72,2	72,2
Fórmula infantil	68	27,4	99,6
Leite animal pasteurizado + Fórmula infantil	1	0,4	100,0

O fato das adolescentes utilizarem principalmente o leite animal pasteurizado como fonte alimentar para os lactentes se deve, provavelmente, à classe econômica a que grande parte das entrevistadas pertence, embora a mesma situação não tenha ocorrido no estudo de Oliveira (2004), a qual verificou que, apesar de 85,6% das mães terem renda *per capita* inferior a um salário mínimo*, a maioria das mães introduziu fórmulas que são, reconhecidamente, mais caras. No entanto, o maior consumo de fórmulas encontrado no estudo de Oliveira (2004) se deve, provavelmente, pelas características da população estudada ser de crianças prematuras.

* Salário mínimo referente ao período de estudo.

Com relação ao custo dos leites artificiais, King (2001) enfatiza que qualquer alimentação artificial consome grande parte do salário da família. Acrescenta, ainda, que alimentar uma criança exclusivamente com leite de vaca, *in natura* ou em pó, custa aproximadamente 12,8% do salário mínimo do mês. Quanto aos leites modificados, o custo corresponde mensalmente a aproximadamente um terço do salário mínimo.

Outras desvantagens da introdução precoce de outros leites refere-se a redução da ingestão de leite materno pelo bebê, com conseqüente diminuição da produção láctea pela nutriz o que resulta em desmame precoce. Em decorrência disto, é consenso na literatura a elevação dos riscos de morbi - mortalidade infantil por afecções associadas a tal prática (ESCUDEK; VENÂNCIO; PEREIRA, 2003; OLIVEIRA; OSÓRIO, 2005; VICTORA et al., 1987; WHO, 1992).

Estudo conduzido por Vieira, G., Silva e Vieira, T. (2003) para avaliar a proteção da amamentação contra diarreia em crianças menores de um ano, verificou uma chance de 64% maior para diarreia em crianças menores de seis não amamentadas em relação àquelas em aleitamento materno e uma chance de 82% maior quando comparadas ao grupo em aleitamento materno exclusivo.

O fornecimento precoce de alimentos complementares também foi verificado no estudo de Cascavel, embora de forma menos expressiva que os demais alimentos já discutidos (Tabela 14). Contrariamente ao que ocorre com chá, água e leite, a introdução de frutas e papinhas tornou-se evidente a partir do terceiro mês e acentuou-se no mês subseqüente, sendo que metade dos lactentes já recebia alimentos complementares ao quarto mês de vida contrariando o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Tabela 14 - Distribuição dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas de acordo com o período de introdução de outros alimentos. Cascavel – PR, março a julho de 2005.

Variáveis	n	%	% acumulada
Introdução de frutas (Dias)			
≤ 30	1	0,3	0,3
31 – 60	6	2,0	2,3
61 – 90	33	10,7	13,0
91 – 120	42	13,7	26,7
Não introduziu frutas	225	73,3	100,0
Introdução de papinhas (Dias)			
≤ 30	1	0,3	0,3
31 – 60	5	1,6	1,9
61 – 90	48	15,7	17,6
91 – 120	55	17,9	35,5
Não introduziu papinhas	198	64,5	100,0

Nejar et al. (2004) enfatizam que estudos em populações de países em desenvolvimento mostram que a introdução de papas de frutas para os menores de seis meses, que ainda estão sendo amamentados, faz reduzir o consumo de leite materno, tendo como consequência uma ingestão energética total menor. Além do risco de desnutrição e aumento de morbi - mortalidade infantil, outras desvantagens da introdução precoce dos alimentos complementares, incluem a interferência na absorção de nutrientes, como o ferro e o zinco (GIUGLIANI; VICTORA, 2000), o aumento do risco de alergias alimentares (VIEIRA; ALMEIDA, 2004) e a maior ocorrência de doenças crônico - degenerativas na idade adulta (RAMOS; STEIN, 2003).

4.4 Uso de Chupeta e Mamadeira

Conforme Lamounier (2003), as chupetas e bicos são largamente utilizados em vários países, constituindo importante hábito cultural, também, no Brasil, apesar da sua prática ter sido desaconselhada pela OMS (WHO, 1996). Comenta, ainda, que as chupetas são geralmente utilizadas para acalmar a criança ou confortá-la em momento de inquietação, não fornecem alimentação e seu uso pode levar à menor frequência da amamentação, pois a “confusão de sucção” causada pelas diferenças de técnica de sucção da chupeta e do seio pode interferir no sucesso do aleitamento materno (NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT, 1997). Além disso, crianças que usam chupeta mamam com menos frequência (SOARES et al., 2003; VICTORA et al., 1997), o que pode prejudicar a produção do leite materno.

Cotrim, Venâncio e Escuder, (2002) pesquisaram 111 municípios do estado de São Paulo quanto ao uso de chupeta por crianças menores de quatro meses de idade e encontraram uma heterogeneidade na prevalência do uso de chupeta, variando entre 32,8% a 78,4%. Das 4.549 crianças menores de um mês participantes do estudo, praticamente metade (53,9%) já fazia uso da mesma. Os autores verificaram, ainda, associação significativa entre uso de chupeta e interrupção do aleitamento materno exclusivo e uso de chupeta e desmame completo.

A Tabela 15 apresenta o período de introdução da chupeta e mamadeira na população estudada. Foi observado que a maioria dos lactentes fazia uso destes artefatos, sendo que a maioria iniciou o uso da chupeta ainda no primeiro mês de vida, especialmente na primeira semana (59,9%). Já a mamadeira foi introduzida especialmente a partir do primeiro mês de vida da criança.

Tabela 15 - Distribuição dos lactentes filhos das adolescentes entrevistadas de acordo com o período de introdução da chupeta e mamadeira. Cascavel – PR, março a julho de 2005.

Variáveis	n = 307	%	% acumulada
Período de introdução da chupeta (Semanas)			
≤ 1	184	59,9	59,9
1 2	48	15,6	75,5
2 4	9	2,9	78,4
> 4	2	0,7	79,1
Não introduziu chupeta	64	20,9	100,0
Período de introdução da mamadeira (Meses)			
≤ 30	47	15,3	15,3
31 60	112	36,5	51,8
61 90	46	15,0	66,8
91 120	35	11,4	78,2
Não introduziu mamadeira	67	21,8	100,0

Os resultados obtidos em Cascavel sobre o uso de chupeta são muito superiores aos encontrados por Thomson et al. (2003) na cidade de Londrina (PR) (48,1%). Além da elevada prevalência e das complicações da saúde bucal nas crianças (FRAIZ, 1993; NAKAMA, 1999), o uso da chupeta compromete a duração do AME, segundo várias pesquisas (BARROS, et al., 1995; COTRIM; VENANCIO; ESCUDER, 2002; VICTORA et al., 1997), por ocasionar confusão de bicos e diminuição da freqüência das mamadas (NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT, 1997).

Aspectos negativos também são associados ao risco de asma, vômitos, otalgia, diarreia, cólicas e enteroparasitoses (SILVA, 1997).

Ainda com relação ao estudo de Thomson et al. (2003), as análises dos resultados mostraram que crianças que não usavam chupeta possuíam uma chance 2,23 vezes maior para o aleitamento materno exclusivo e de 7,59 vezes maior para o aleitamento materno.

Victora et al. (1997), pesquisando crianças na cidade de Pelotas (RS), demonstraram forte associação do uso da chupeta com a duração do aleitamento materno, sendo que as não usuárias tiveram quatro vezes mais probabilidade de continuar a amamentação com 6 meses que as usuárias em tempo integral.

A literatura apresenta vários fatores que influenciam o uso de chupeta, tais como: as questões culturais, a insegurança da mãe em amamentar, bem como as dificuldades e problemas na amamentação (VICTORA et al., 1997), a interferência da mídia e condutas profissionais quanto às orientações sobre o uso de chupeta (PANHOCA ; PAFFARO; MELLO, 1999).

Sertório e Silva (2005) utilizando metodologia qualitativa entrevistaram sete mulheres que deram à luz em um hospital de ensino, na cidade de São Paulo sobre o motivo que as levaram a dar a chupeta para seus filhos. Verificaram forte relação simbólica entre a chupeta e a figura do recém - nascido, fazendo parte do enxoval do bebê, da mesma maneira que os demais itens de vestuário e higiene, tradicionalmente, destinados à criança. Comentam, também, a ação calmante, capaz de tranquilizar e confortar a criança auxiliando a mãe em atividades diárias e, por fim ressaltam que esta prática é passada pelas gerações, tendo, portanto, influência social as quais estas mães estão inseridas.

Em estudo sobre percepção de meninas escolares (idade média 12,3 anos) sobre aleitamento materno na cidade de Ribeirão Preto (SP), Nakamura et al. (2003), verificaram a falta de conhecimento a respeito do uso de chupetas e mamadeiras por parte das escolares. A maioria das alunas ofereceria chupeta e mamadeira à suas bonecas nas brincadeiras. As razões apresentadas por elas foram diversas, mas a maioria justificou a necessidade de chupeta referindo acalmar o bebê, ou porque a criança gosta e é bom. A maior parte das meninas não oferecem o peito para amamentar as bonecas e teriam vergonha de amamentar em público, indicando que o ato de amamentar não é considerado uma atitude natural por essas meninas. Apenas 36,7% das entrevistas optaram por não oferecer a chupeta. Entretanto, não houve associação entre chupeta e aleitamento materno entre as respostas das escolares, indicando desconhecimento da possível associação negativa entre o uso de chupeta e amamentação.

Os resultados relativos à regressão de Cox para o aleitamento materno exclusivo nos quatro meses de vida são apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 - Análise do tempo de aleitamento materno exclusivo de acordo com a regressão de Cox multivariada. Cascavel – PR, março a julho de 2005.

TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO							
MODELO DE REGRESSÃO DE COX							
Fator de risco	Hazard Ratio	95%	I.C.	Coeficiente	S. E.	Valor de z	p
Uso de Chupeta	0,7396	0,5250	1,0419	-0,3016	0,1749	-1,7252	0,0845
Uso de Mamadeira	0,5447	0,3793	0,7821	-0,6076	0,1846	-3,2907	0,0010
Idade da mãe	0,9429	0,8546	1,0402	-0,0588	0,0501	-1,1733	0,2407
Introdução de Água e/ou chá	3,7852	0,5265	27,2133	1,3311	1,0065	1,3226	0,1860
Mora com o pai	1,3093	0,9967	1,7200	0,2695	0,1392	1,9359	0,0529
Orientação sobre AM* na alta hospitalar	1,6295	1,1786	2,2529	0,4883	0,1653	2,9545	0,0031
Peso ao nascer	0,9525	0,7681	1,1812	-0,0487	0,1098	-0,4432	0,6576
Trabalha fora	0,8650	0,6335	1,1811	-0,145	0,1589	-0,9125	0,3615

* Aleitamento materno

Analisando o tempo de amamentação exclusiva pelo modelo de regressão de Cox, verificou-se que o uso de mamadeira foi estatisticamente significativo ($p = 0,001$) como fator de risco para a amamentação exclusiva (RR = 0,544; I.C. 95% = 0,379 – 0,782) e a orientação sobre aleitamento materno na alta hospitalar foi estatisticamente significativa ($p = 0,003$) como fator de proteção à amamentação exclusiva (RR = 1,629; I.C. 95% = 1,178 – 2,252).

4.5 Variáveis Relacionadas à Opinião das Mães sobre Aleitamento Materno

Avaliando o processo de amamentação, Silva (1997) pondera que a atitude de manter a amamentação é influenciada pela percepção da amamentação como benefício para o filho, podendo ou não estar em consonância com os benefícios para a mãe. A mesma autora reflete ainda que a mulher identifica como benefícios na sua experiência, a praticidade de amamentar, a gratuidade do leite materno, o sentimento em relação à qualificação do seu papel de mãe e o benefício proporcionado a ambos, mãe e filho, pela proximidade e contrato entre eles.

A Tabela 17 destaca a opinião das mães sobre os fatores facilitadores para o sucesso do aleitamento materno.

Cada mãe pôde eleger um fator, que considerasse o mais importante. Posteriormente as respostas foram agrupadas de acordo com a semelhança entre elas, baseadas na proposta de Oliveira (2004). A maioria das mães adolescentes afirmou que o fato de conhecer as vantagens do aleitamento materno, tais como: o leite materno torna o bebê mais saudável, previne contra doenças, traz benefícios à mãe, aumenta o vínculo entre a mãe e o filho, é mais barato e prático, auxiliou na manutenção do aleitamento materno. Uma pequena amostra indicou o desejo pessoal da mãe em amamentar como responsável pelo sucesso do aleitamento materno. Os incentivos ou apoio de pessoas foram fatores relevantes para a continuidade da amamentação para 18,8% das entrevistadas. Entre as pessoas que mais incentivaram foram a família (51,3%), especialmente a mãe (87,2%), seguido de profissionais de saúde (42,6%), amigos e vizinhos (6,1%). Outros motivos como ter bastante leite e desempenhar a função de mãe somaram 5,8% das respostas.

Tabela 17 - Distribuição das mães adolescentes que continuavam amamentando no momento da entrevista, segundo a opinião sobre fatores facilitadores do aleitamento materno até o quarto mês de vida do lactente. Cascavel – PR, março a julho de 2005.

Variáveis	n	%
Conhecer vantagens	45	65,2
Desejo pessoal	7	10,1
Incentivos	13	18,8
Outros motivos	4	5,8
TOTAL	69	100,0

Com relação a variável “conhecer vantagens do leite materno”, Escobar et al. (2002) observaram em estudo no estado de São Paulo que 92% das mães entrevistadas conheciam a importância do aleitamento materno, sendo que os benefícios mais comentados por elas foram: a defesa contra infecções (48%), o valor nutricional do leite materno (16%) e 19% citaram ambos os fatores.

Para que a mãe conheça as vantagens do aleitamento materno e decida amamentar é necessário que ela receba orientações a respeito durante todo o período gestacional e pós-parto. Para isto, os profissionais de saúde desempenham papel relevante na elevação das taxas e duração do aleitamento materno (BUENO; TERUYA, 2004). Ainda segundo estes autores, o aconselhamento em amamentação implica em o profissional ouvir, compreender e oferecer ajuda às mães que estão amamentando, fortalecendo-as para lidar com pressões, promovendo sua autoconfiança e auto-estima, preparando-as para a tomada de decisões.

Volpe e Bear (2000), em estudo com adolescentes grávidas, observaram diferenças significativas quanto à opção de alimentação do bebê e educação específica sobre amamentação. Do grupo de adolescentes que receberam orientação 65,1% iniciaram a amamentação, resultado muito superior ao encontrado no grupo sem orientação específica (14,6%).

Albernaz e Victora (2003), em revisão de literatura, verificaram que a orientação às mães e o aconselhamento face a face, em diferentes momentos, também leva a mudanças significativas nos índices de aleitamento materno.

Apesar de todos os esforços atuais de promoção da amamentação pelos serviços de saúde, uma parcela significativa de mulheres continua a desmamar seus filhos precocemente. Com a intenção de compreender o fenômeno, Almeida (1999) estudou a amamentação dos bebês em uma amostra brasileira de mães que trabalhavam profissionalmente como incentivadoras do aleitamento materno. Os resultados revelaram que a média do aleitamento materno exclusivo destas mães foi de 98 dias, muito aquém do ideal que ensinavam a suas clientes e, também, não justificado pela volta ao trabalho, já que todas tiveram direito à licença maternidade de 120 dias. Quando questionadas sobre as causas do desmame precoce, falaram da fragilização emocional que a mãe vivencia e da falta de apoio da família e colegas, enfatizando que a informação que tinham era insuficiente para enfrentar as dificuldades envolvidas no aleitamento.

A Tabela 18 apresenta as opiniões das mães que não estavam amamentando no momento da entrevista sobre as dificuldades por elas encontradas para a permanência do aleitamento materno até o quarto mês de vida do lactente. Observou-se que a principal dificuldade referida pelas adolescentes é com relação aos conceitos sobre o leite materno (41,2% das respostas), sendo que as principais

alegações foram que o “leite era fraco” e de que o “leite não sustentava”, representando 63,4% e 32,5% dos relatos, respectivamente.

Tabela 18 – Distribuição das mães adolescentes que não amamentavam no momento da entrevista, segundo a opinião sobre as dificuldades para a manutenção do aleitamento materno. Cascavel – PR, março a julho de 2005.

Variáveis	n	%
Conceitos sobre o leite materno	98	41,3
Problemas relativos ao trabalho e/ou escola	46	19,3
Problemas relativos à mama e a pega	37	15,5
Outras dificuldades	57	23,9
TOTAL	238	100,0

Almeida (1999), ao comentar sobre questões relacionadas ao desmame, destaca que o leite fraco é uma das construções sociais mais utilizadas como modelo explicativo para o abandono da amamentação. Outros estudos realizados em diferentes momentos apontam na mesma direção (D’ÁVILA, 1986; ISSLER; LIONE; QUINTAL, 1989; ESCOBAR et al., 2002; RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Hill et al. (1997), pesquisando causas de desmame em crianças nascidas nos Estados Unidos, encontraram número significativo de mães que pararam de amamentar em decorrência de problemas. Dentre os mais comentados, houve predomínio da produção inadequada de leite, levando a insatisfação do bebê. Ainda nesta pesquisa, o retorno da mãe ao trabalho também se configurou como

uma das principais causas do abandono do aleitamento materno antes dos seis meses de vida.

Oliveira (2004), por outro lado, verificou em estudo sobre prematuros na cidade de Londrina (PR) que os conceitos sobre o leite ser fraco, insuficiente ou ter secado foram relativamente pequenos, cerca de 15%. As mães deste estudo apontaram como principais dificuldades para manter a amamentação os problemas relativos à mama tais como, fissura, ingurgitamento, dor nas mamas, mastite e aqueles relativos à pega, com mais de 90% das respostas.

As dificuldades decorrentes do trabalho e/ou da escola também foram relatadas por 19,3% das adolescentes no estudo de Cascavel, sendo as principais alegações a distância entre o domicílio e o trabalho e/ou a escola; e a falta de local adequado para amamentar nestes lugares.

Frota e Marcopito (2004) observaram em estudo comparativo entre mães adolescentes e não adolescentes em Montes Claros (MG) que a categoria “só estudo” relatado pelas entrevistadas que tinham atividade fora do lar demonstrou influência significativa sobre o desmame até o sexto mês de vida no grupo de adolescentes.

Comparando estes resultados com a literatura, Arlotti et al. (1998) também observaram que o retorno à escola diminui a prevalência da amamentação. A possível explicação, segundo os autores, é que as mulheres estão estudando mais, engravidando em períodos de estudo, ficando muito tempo fora do lar sem estrutura para amamentar nos locais de ensino.

Apesar disso, no estudo de Montes Claros, os autores não verificaram significância entre as categorias “só trabalho”, ou “trabalho e estudo” com o abandono do aleitamento materno, sugerindo que amamentar e trabalhar podem ser compatíveis.

Estudos têm demonstrado que o emprego não é o principal determinante para o desmame (LOSCH et al., 1995; REA et al., 1997; BUENO et al., 2003) e que apesar da licença maternidade ter sido utilizada pela maioria das mulheres trabalhadoras para amamentar, existem outros fatores que são fundamentais para a manutenção da lactação, como aqueles que permitem a proximidade da mãe-criança e/ou a retirada periódica de leite materno durante a jornada de trabalho (REA et al., 1997).

Importante ressaltar, no entanto, que das adolescentes que alegaram trabalhar no momento da entrevista (25,4%), somente 14,1% relataram estar em licença maternidade, sugerindo que o restante das adolescentes exerça trabalho no mercado informal. Há necessidade, portanto, de se ampliar e intensificar a discussão sobre os mecanismos de proteção ao aleitamento materno para as mães trabalhadoras no mercado informal.

As intercorrências relacionadas à mama e à pega surgiram como o terceiro fator interveniente no curso da lactação, em ordem de importância em Cascavel (15,5%), considerando as principais respostas fornecidas pelas adolescentes o sentimento de dor e o fato da criança não conseguir abocanhar o mamilo.

Carvalhoes e Corrêa (2003), pesquisando as dificuldades apresentadas no início da amamentação em mães de recém - nascidos na cidade de Botucatu (SP), observaram que, quanto à observação de aspectos da anatomia das mamas, 30% das mães apresentaram algum tipo de lesão no mamilo, como escoriações ou fissuras mamilares e ingurgitamento mamário.

Segundo Vinha (1999), todos estes problemas são perfeitamente evitáveis com a adoção de medidas profiláticas no curso do ciclo gravídico - puerperal. Além disso, a falta de orientação e de apoio determina na mulher um

sofrimento físico que poderia ser evitado com medidas preventivas ou curativas (ARAÚJO, 1997).

Percegoni et al. (2002), ao estudarem o conhecimento sobre amamentação de puérperas na cidade de Viçosa (MG) verificaram que, apesar de 99,2% das entrevistadas manifestarem a importância da criança ser amamentada, mais da metade desconhecia questões simples sobre a prática da amamentação, como técnica de sucção, cuidado e preparo da mama para a lactação, demonstrando um grande risco para a permanência do aleitamento materno a longo prazo.

Conforme Ramos e Almeida (2003), as ações assistenciais contempladas pelas normas e rotinas em vigor, não são capazes de responder de forma universalizada às necessidades das pacientes tal qual se supõe; devendo, portanto, ser revistas, dando ênfase às necessidades diferenciais que se alicerçam na dimensão subjetiva da mulher.



5 CONCLUSÕES



Os resultados do presente estudo permitem chegar às seguintes conclusões:

□ **COM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO:**

- A maioria das adolescentes entrevistadas encontrava-se na faixa etária entre 15 e 19 anos; morava com o pai do lactente; não estudava e não trabalhava no momento da entrevista; tinha até oito anos de estudo, possuía poder aquisitivo relativamente baixo; realizou acompanhamento pré-natal igual ou superior a seis consultas; embora a maioria não tivesse recebido orientação sobre aleitamento materno durante este acompanhamento. Mais da metade realizou o parto por via vaginal e 16,9% das mães referiram ter dois ou mais filhos.
- A maioria dos lactentes era do sexo feminino; nascidos à termo com boas condições de vitalidade, segundo o Índice de Apgar; com peso adequado para a idade gestacional, tendo permanecido internados por um período inferior ou igual a dois dias. Todos os lactentes tiveram atendimento hospitalar no momento do nascimento sendo que 61,2% dos partos ocorreram no hospital que, no momento da entrevista, estava em fase de implantação da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC).

□ **COM RELAÇÃO À PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO**

- A prevalência do aleitamento materno no quarto mês de vida foi de 22,3%, sendo que, somente 4,9% estavam em aleitamento materno exclusivo neste período.

- No momento da entrevista foi verificado que a mediana do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno foi de 28 e 112 dias, respectivamente.
- Foi encontrada associação estatisticamente significativa com a permanência do aleitamento materno: o maior acompanhamento pré-natal; o fato do pai da criança viver com a adolescente e o local de ocorrência do nascimento.
- Durante o período de internação hospitalar, a maioria dos lactentes recebeu leite materno exclusivo (90,3%) tendo iniciada a amamentação em média de 3 horas e 16 minutos pós-parto, sendo que 45,3% iniciaram a amamentação já na sala de parto. Seis crianças receberam fórmula infantil exclusivamente devido a condições consideradas especiais pela equipe que os atendiam.
- Até o quarto mês de vida, 42,7% dos lactentes receberam água e 79,2% receberam chá, sendo que a introdução destes líquidos ocorreu principalmente no primeiro mês de vida da criança.
- A introdução de outros leites ocorreu principalmente no primeiro mês de vida, sendo o leite animal pasteurizado a opção mais utilizada pelas mães em substituição ao leite materno.
- As frutas e as papinhas foram introduzidas em 13,7% e 17,9% dos lactentes, respectivamente, sendo que a introdução

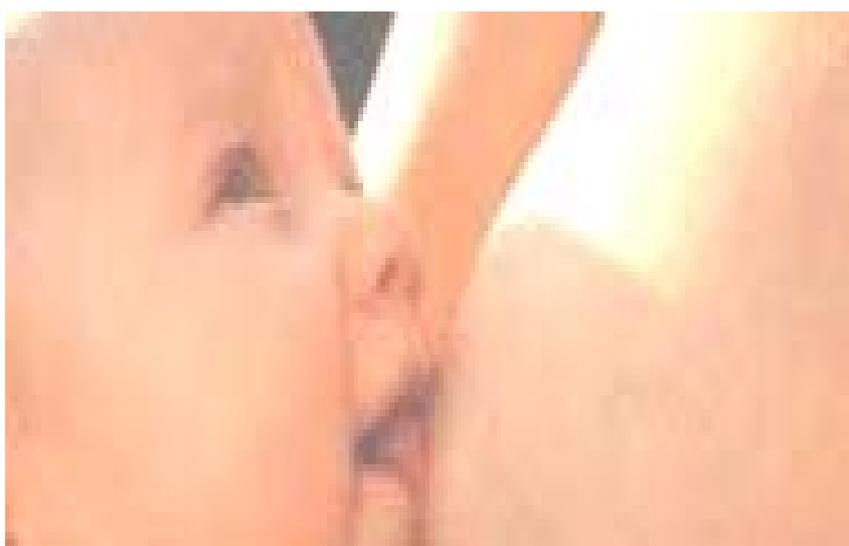
ocorreu, principalmente a partir do segundo mês de vida da criança.

- A introdução da chupeta caracterizou-se por um hábito comum na população estudada, pois todas as adolescentes introduziram a chupeta ainda no primeiro mês de vida, especialmente na primeira semana. Quanto a mamadeira, a maioria das adolescentes havia introduzido no segundo mês de vida da criança.
- Pela regressão de Cox foi verificado que a orientação de alta hospitalar é um fator protetor do aleitamento materno e o uso de mamadeira demonstrou-se como fator negativo para a duração do aleitamento materno.

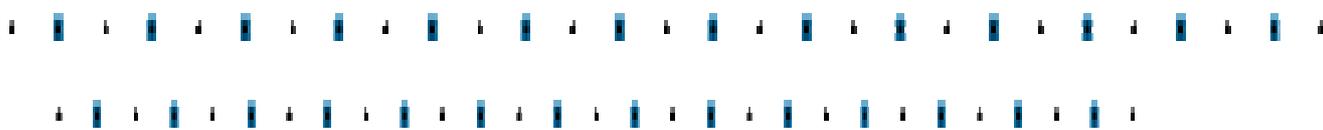
□ **COM RELAÇÃO À OPINIÃO DAS ADOLESCENTES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO**

- Com relação aos fatores facilitadores do aleitamento materno até o quarto mês de vida, conhecer as vantagens do aleitamento materno para o binômio mãe-filho foi o fator mais importante referido pelas mães. O desejo pessoal em amamentar; os incentivos recebidos por outras pessoas; a grande produção de leite e o papel da mulher como mãe também foram mencionados pelas adolescentes.
- Dentre as adolescentes que não amamentavam no momento da pesquisa, mais de três quartos referiram dificuldade para a manutenção do aleitamento materno até o quarto mês de vida

do lactente. A principal dificuldade comentada pelas entrevistadas foi com relação aos conceitos sobre o leite materno, principalmente de que o "leite era fraco" e de que o "leite não sustentava". Os problemas relacionados ao trabalho e/ou estudos e àqueles relativos à mama e à pega também foram mencionados pelas mães adolescentes.



6 RECOMENDAÇÕES



Os dados apresentados neste estudo demonstram que a situação do aleitamento materno entre as mães adolescentes residentes na zona urbana de Cascavel está distante do que é preconizado pela OMS, ficando clara a importância desses resultados na lista dos indicadores de saúde do município. Para isto, são sugeridas medidas de ação em vários âmbitos de atuação, dentre eles recomendam-se propostas para a gestão municipal de saúde; aos serviços ambulatorial e hospitalar; e para as áreas de educação e pesquisa.

6.1 Gestão Municipal de Saúde

Recomenda - se uma reavaliação e reorganização das políticas dos serviços de saúde do município, no sentido de se garantir maior envolvimento dos profissionais de saúde e áreas afins, na atenção as mulheres, em especial às adolescentes, tanto nos serviços ambulatoriais como nos hospitalares, viabilizando a assistência pré-natal até a garantia de um parto em adequadas condições enfatizando, sobretudo, o incentivo ao aleitamento materno como alimento exclusivo para a criança até o sexto mês de vida e continuado após este período com a introdução correta de alimentos complementares até pelo menos, dois anos de idade da criança.

Para isto, devem ser criados programas específicos para esta população, com enfoque mais amplo e de caráter multidisciplinar de atenção integral à adolescente que se estenda também à família.

Para realizar um trabalho com este enfoque, não basta criar mais um programa/espço e pautar-se somente nos indicadores epidemiológicos. É necessário assumir a demanda social deste grupo e disponibilizar recursos materiais

e uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde com formação na área da adolescência, bem como ações de integração junto aos profissionais das áreas da educação, da justiça, da cultura e lazer assim como das universidades.

6.2 Serviço Ambulatorial

A rede básica de saúde, em especial, o acompanhamento pré - natal e a puericultura, são meios importantes para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A equipe de saúde deve, em todo o ciclo gravídico - puerperal, fornecer à mãe informações sobre as vantagens do leite materno em todos os aspectos frente a outros alimentos, técnicas corretas de sucção, orientação quanto à duração do aleitamento materno exclusivo e principalmente, estar atento às dúvidas, insegurança e medo das mulheres, especialmente das adolescentes frente a seu filho.

Para isto devem ser realizados cursos e programas continuados sobre aconselhamento em aleitamento materno para todos os profissionais de saúde que atuem no binômio mãe - filho. Saber ouvir, compreender e ainda, fornecer apoio à gestante são ações que contribuem para a decisão da mulher em amamentar.

Além disso, programas de reforço e de incentivo à amamentação devem ser criados no seguimento ambulatorial da criança recém - nascida com retornos precoces especialmente até o trigésimo dia de vida da criança, uma vez que a taxa de aleitamento materno exclusivo foi reduzida drasticamente neste período conforme verificado nos resultados.

Recomenda-se, ainda, a implantação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) em todas as UBS do município considerando o importante papel que a rede básica desempenha na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Esta iniciativa é baseada nos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e, segundo vários estudos, têm contribuído muito para a extensão da amamentação exclusiva no âmbito mundial (OLIVEIRA, CAMACHO; 2002).

6.3 Serviço Hospitalar

Observa-se no serviço hospitalar que a implantação da IHAC em um dos hospitais de Cascavel demonstrou-se como fator positivo na melhoria das taxas do aleitamento materno, conforme os resultados desta pesquisa confirmando os achados da literatura nacional e internacional. Portanto, a implantação da IHAC deve ser incentivada aos demais hospitais que prestam assistência materno - infantil do município e região a fim de ampliar o apoio e estímulo ao aleitamento materno.

Além disso, a educação continuada deve ser estimulada entre os funcionários que atuam direta ou indiretamente no binômio mãe - filho a fim de revisar técnicas e formas de orientação a estas mulheres.

6.4 Educação

Acredita-se, também, que a reorganização das ações deva ser iniciada já nas escolas de ensino fundamental por meio da inclusão na grade

curricular de assuntos como sexualidade e maternidade entre os jovens. Os adolescentes, de ambos os sexos, devem ser informados sobre os métodos contraceptivos e os riscos de uma gravidez indesejada nesta fase da vida. Devem também, aprender sobre a importância do aleitamento materno para o bebê, à mãe e à sociedade, assim, como as desvantagens e riscos quanto ao uso de substitutos do leite materno e artefatos como bicos e mamadeiras.

As universidades também necessitam de reformulação nas grades curriculares dos cursos da área da saúde, no sentido de incluir temas específicos sobre adolescência e sexualidade, a fim de modificar as opiniões e condutas frente à esta população. Os futuros profissionais de saúde devem ser capacitados para desenvolver ações educativas voltadas para o indivíduo/adolescente, as famílias e a comunidade, com uma abordagem crítica, interativa e construtiva acerca de suas condições e estilo de vida e saúde.

6.5 Pesquisa

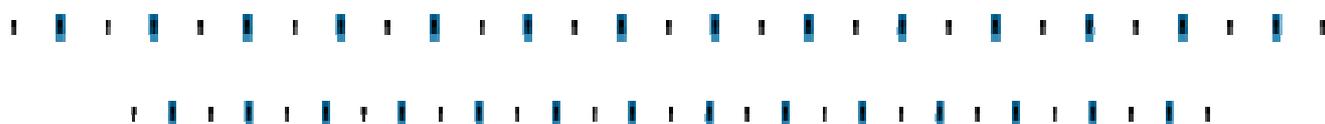
Outras pesquisas devem ser realizadas para verificar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno até o sexto mês de vida das crianças conforme a recomendação atual da OMS. Além disso, pesquisas com amostras maiores também devem ser incentivadas a fim de evidenciar possíveis relações entre as características maternas e dos lactentes e a duração do aleitamento materno exclusivo.

Sugere-se, também, a realização de outros estudos após o término da implantação da IHAC para comparar com os resultados da presente pesquisa e verificar a efetividade do programa.

Além disso, pesquisas com metodologia qualitativa devem ser incentivadas a fim de compreender os fatores que influenciam as adolescentes a aderirem à prática do aleitamento materno; à introdução de outros alimentos precocemente a seus filhos, bem como os fatores que as fazem abandonar a prática da amamentação antes mesmo da criança completar seis meses de vida, contrariando a recomendação da OMS.



REFERÊNCIAS



ABUSABHA, R.; GREENE, G. Body weight, body composition, and energy intake changes in breastfeeding mothers. **J. Hum. Lact.**, Charlottesville, v. 14, n. 2, p. 119-124, 1998.

AFONSO, V. W. **Prevalência do aleitamento materno em Juiz de Fora, MG.** 2003. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

AKRÉ, J. **Alimentação infantil: bases fisiológicas.** 2.ed. Genebra: OMS, 1997.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Into a new world: young women's sexual and reproductive lives.** Nova York: CEPIA, 1998.

ALBERNAZ, E.; VICTORA, C. G. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento materno exclusivo; um estudo de revisão. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 14, n. 11, p. 17-24, 2003.

ALEXANDER, J.M.; GRANT, A.M. CAMPBELL, M.J. Randomised controlled trial of breast shells and Hofftmán's exercises for inverted and non-protractile nipples. **British Medical J.**, v. 304, p. 1030-1032, 1992.

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

AMADOR, M. et al. Adolescent mothers: do they breast-feed less? **Acta Paediatr. Hungarica**, Budapeste, v. 32, n. 3, p. 269-285, 1992.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Policy Statement. **Pediatrics**, Evanston, v. 115, n. 2, p. 496-506, 2005.

ANDERSON, J.; JOHNSTONE, B.; REMLEY, D. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. **Am. J. Clin. Nutr.**, Bethesda, v. 70, n. 4, p. 525-535, 1999.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Supl. 2, p. 377-388, 2003.

ARAÚJO, M. F. M. et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n.2, p. 135-141, 2004.

ARAÚJO, M. F. M.; OTTO, A F. N.; SCHMITZ, B. A S. Primeira avaliação do cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, 2003, v. 3, n. 4, p. 411-419, 2003

ARAÚJO, L.D.S. **Querer/poder amamentar: uma questão de representação?** Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 1997.

ARENZ, S. et al. Breast-feeding and childhood obesity—a systematic review. **Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.**, London, v. 28, n. 10, p. 1247–1256, 2004.

ARLOTTI, J. L. et al. Breastfeeding among low-income women with and without peer support. **J. Commun Health Nurs**, Hillsdale (NJ), v. 15, n. 1, 63-78, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil, 2000**. Disponível em: <http://www.anep.org.br> . Acesso em: 11 jun. 2004.

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

BARNET, B. et al. Depressive symptoms, stress and postpartum adolescents. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, Chicago, v. 150, n. 1, p. 64-69, 1996.

BARROS, F. C. et al. The impact of lactation centers on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. **Acta Paediatr.**, Oslo, v. 84, n. 11, p. 1221-1226, 1995.

BENER, U. M.; DENIC, S.; GALADARI, S. Longer breastfeeding and protection against childhood leukemia and lymphomas. **Eur. J. Cancer.**, Oxford, v. 37, n. 2, p. 234-238, 2001.

BERGMAN, V. et al. A survey of Swedish mother's view on breast-feeding and experiences of social and professional support. **Scand. J. Caring. Sci.**, Stockholm, v. 7, n. 1, p. 47-52, 1993.

BETTIOL, H. et al. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 404-413, 1992.

_____. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 18-28, 1998.

BLAAUW, R. et al. Risk factors for the development of osteoporosis in South Africa population. **South Afr. Med. J.**, Cape Town, v. 84, n. 6, p. 328-332, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez Passos para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos.** Brasília, DF, 2002.

_____. **Manejo e Promoção do Aleitamento Materno:** curso de 18 horas para equipes de maternidades, IHAC – MS. Brasília, DF, 1993.

_____. **Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal.** Brasília, DF, 2001.

_____. DATASUS. **Cadernos de Informações de Saúde.** Disponível em : <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>>. Acesso em: 12 set.. 2005.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.** Brasília, DF, 1997.

_____. **Situação da Saúde da Criança no Brasil. Aleitamento Materno ENDEF – 1973/74, PNSN – 1989.** Brasília, DF, 1999a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 23 maio 20.

_____. Ministério da Saúde. **Normas Gerais para Bancos de Leite Humano.** 4 ed. Brasília, DF, 1999b.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Aleitamento Materno, Saúde da Criança.** Brasília, DF, 2000a.

_____. **Amamentação e uso de drogas.** Brasília, DF, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília, DF: O Ministério; 2000c.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Mulher.** Brasília, DF, 2004. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/sps/htm>>. Acesso em: 15 set. 2005.

BRUN, J. G.; NILSSEN, S.; KYALE, G. Breastfeeding, other reproductive factors and rheumatoid arthritis: a prospective study. **Br. J. Rheumatol.**, London, v. 34, n. 6, p. 542-546, 1995.

BUENO, L.; TERUYA, K. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 80, Supl. 5, p. 126-130, 2004.

BUENO, M. B. et al. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003, v. 19, n. 5, p.1453-1460, 2003.

CALDEIRA, A. P.; GOULART, E. M. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 76. n. 1, p. 65-72, 2000.

CAMACHO HUBNER, A.V. **Perfil de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes de America Latina y el Caribe**: revisión bibliográfica, 1988-1998. Washington, OPS, 2000.

CAMARANO, A. Fecundidade e anticoncepção da população de 15 a 19 anos. In: VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P.; MCKARA, A. **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p. 35-46.

CARVALHAES, M. A. B. L.; CORRÊA, C. R. H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 13-20, 2003.

CARVALHAES, M. A. B. L. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudoeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 430-436, 1998.

CARVALHO, A.J.L.; DETSI, M.I. Sexualidade e adoescência: discurso e prática nas instituições de saúde. In: VALE, J.R.A. (Org.). **Nas pegadas da juventude**: estudos e pesquisas sobre adooscentes no Ceará. Fortaleza: Abreu Vale, 2001.

CASCAVEL. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de informações de nascidos vivos – SINASC**: Dados preliminares. Cascavel, 2005.

_____. Prefeitura do Município. Conheça a cidade. Disponível em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2006.

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

CHANG-CLAUDE, J. et al. Breastfeeding and breast cancer risks by age 50 among women in Germany. **Cancer Causes Control**, Oxford, v. 11, n. 8, p. 687-695, 2000.

CHUA, S. et al. Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, London, v. 101, n. 9, p. 804-805, 1994.

CHULADA, P. et al. Breast-feeding and the prevalence of asthma and wheeze in children: analyses from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. **J. Allergy Clin. Immunol.**, St. Louis, v. 111, n. 2, p. 328–336, 2003.

COHEN, R.; MRTEK, M. B.; MRTEK, P. R. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. **Am. J. Health Promot.**, Baltimore, v. 10, n. 2, p. 148–153, 1995.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. **Lancet**, London, v. 360, n. 9328, p. 187-195, 2002.

COSTA, M; FORMIGLI, V. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 177-184, 2001.

COSTA NETO, M.M. da (Org.). **Competências para o trabalho em uma Unidade Básica de Saúde sob a estratégia Saúde da Família: médico e enfermeiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

COTRIM, L.C.; VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 2, n. 3, p. 245-252, 2002.

CUMMINGS, R. G.; KLINEBERG, R. J. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fracture in elderly women. **Int. J. Epidemiol.**, London, v. 22, n. 4, p. 684-691, 1993.

CUNNINGHAM, A.; JELLIFFE, D.; JELLIFFE, P. Breast-feeding and health in the 1980s: a global epidemiologic review. **J. Pediatr.**, St. Louis, v. 118, n. 4, pt. 1, p. 659-666, 1991.

D'ÁVILA, E. M. Aleitamento natural em um Centro Municipal de Saúde. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 5, n. 2, p. 157-170, 1986.

DAVIS, M. K.; STAVITZ, D. A.; GRAUBARD, B. I. Infant feeding and childhood cancer. **Lancet**, London, v. 2, n. 8607, p. 365-368, 1998.

DECANO, A. et al. **Epi Info 2002, um banco de dados e programa de estatística para profissionais de saúde pública para uso em Windows 95, 98, N, e 2002.** Atlanta: Centro para Controle e Prevenção de Doenças, 2002.

DEWEY, K. G.; HEINIG, M.; NOMMSEN, L. Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. **Am. J. Clin. Nutr.**, Bethesda, v. 58, n. 1, p. 162–166, 1993.

DEWEY, K. G. et al. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. **J. Nutr.**, Philadelphia, v. 131, n. 2, p. 262-267, 2001.

DUNCAN, B. et al. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. **Pediatrics**, Evanston, v. 91, n. 5, p. 867-872, 1993.

EKWO, E.; MOAWAD, A. Maternal age and preterm births in a black population. **Paediatr. Perinatal. Epidemiol.**, Oxford, v. 14, n. 2, p. 145-151, 2000.

ENGER, S. M. et al. Breastfeeding history pregnancy experience and risk of breast cancer. **Br. J. Cancer.**, London, v. 76, n. 1, p. 118-123, 1997.

ESCOBAR, A. M. U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Med. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 2, n. 3, p. 253-261, 2002.

ESCUDE, M.; VENÂNCIO, R.; PEREIRA, J. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 319-325, 2003.

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente:** base científica para uma alimentação adequada. 2. ed. Viçosa: UFV, 2000.

FELDMAN, R.; EIDELMAN, A. Direct and indirect effects of breast-milk on the neurobehavioral and cognitive development of premature infants. **Dev. Psychobiol.**, New York, v. 43, n. 2, p. 109–119, 2003.

FERRARI, R.A.P. **Atenção à saúde dos adolescentes:** ações desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família, Londrina, Paraná. 2003. 118fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

FIGUEIREDO, L.; GOULART, E. Análise da eficácia do programa de incentivo ao aleitamento materno em um bairro periférico de Belo Horizonte (Brasil): 1980/1986/1992. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, p. 203-208, 1995.

FISCHMAN, C.; EVANS, R.; JENKS, E. Warm bodies, cool milk: conflicts in post partum food choice for Indochinese women in California. **Social Sci. Med.**, v. 26, n. 11, p. 1125-1132, 1996.

FOIX-L'HÉLIAS, L.; BLONDEL, B. Changes in risk factors of preterm delivery in France between 1981 and 1995. **Pediatr, Perinat. Epidemiol.**, Oxford, v. 14, n. 4, p. 314-323, 2000.

FOMON, S. J. (Ed.). Human milk and breast milk. In: _____. **Nutrition of normal infants**. St. Louis: Mosby, 1993. p. 409-423

FRAIZ, F. **Estudo das características de utilização de açúcar através da mamadeira, do primeiro contato com o açúcar e de padrão de aleitamento em crianças de 0 a 36 meses, Curitiba**. 1993. 76 f. Dissertação. (Mestrado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

FRASER, A.M.; BROCKERT, J.E.; WARD, R.H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. **New Engl. J. Med.**, v.332, n. 5, p. 1113-1117, 1995.

FREUDENHEIN, J. L. et al. Exposure to breastmilk in infancy and the risk of breast cancer. **Epidemiology**, Baltimore, v. 5, n. 3, p. 324-331, 1994.

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

GAMA, S. S. G. N. et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 74-80, 2001.

GIGANTE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Breastfeeding has a limited long-time effect on anthropometric and body composition of Brazilian mothers. **J. Nutr.**, Philadelphia, v. 131, n. 1, p. 78-84 2001.

_____. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 259-265, 2000.

GILLMAN, M.; RIFAS-SHIMAN, S.; CAMARGO, C. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. **JAMA**, Chicago, v. 285, n. 22, p. 2461–2467, 2001.

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

GIR, E.; NOGUEIRA, M.S; PELÁ, N.T.R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 33-40, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J. et al. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 77-81, 1995.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 76, Supl. 3, p. 238-252, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 76, Supl. 3, p. 253-262, 2000.

HILL, K. et al. Factors affecting the continuance of breastfeeding. **Pediatrics**, Evanston, v. 126, n. 1, p. 87-92; 1997.

HORWOOD, L.; FERGUSON, D. Breastfeeding and later cognitive development and academic outcomes. **Pediatrics**, Evanston, v. 101, n. 1, p. 99-103; 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **População residente, 2000**. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popmap.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2006.

ISSLER, H.; LIONE, C.; QUINTAL, V. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de SP, Brasil. **Bol. Ofic. Sanit. Panam.**, Washington, v. 106, n. 6, p. 513, 522, 1989.

JAKOBSSON, L. T. et al. Perinatal characteristics and risks of rheumatoid arthritis. **BMJ**, London, v. 326, n. 7398, p. 1068-1069, 2003.

JERNSTROM, H. et al. Breast-feeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. **J. Natl. Cancer Inst.**, Bethesda, v. 96, n. 14, p. 1094–1098, 2004.

JONES, G. RILEY, M.; DWYER, T. Breastfeeding in early life and bone mass in prepuberal children: a longitudinal study. **Osteoporosis Int.**, London, v. 11, n. 2, p. 146-152, 2000.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

KISTIN, N. et al. Breastfeeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. **Pediatrics**, Evanston, v. 86, n. 5, p. 741-746, 1990.

KITOKO, P. et al. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 111-119, 2000.

KONIAK-GRIFFIN, D. et al. A public health nursing early intervention program for adolescent mothers: outcomes from pregnancy through 6 weeks postpartum. **Nurs. Res.**, New York, v. 49, n. 2, p. 130-138, 2003.

KOSTRABA, J. N. et al. Early exposure to cow's milk and solid foods in infancy, genetic predisposition, and the risk of IDDM. **Diabetes**, New York, v. 42, n. 2, p. 288-295, 1993.

KUMMER, S. C et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2000.

LABBOK, M. Effects of breastfeeding on the mother. **Pediatr. Clin. North Am.**; 48: 143-58, 2001.

LAMOUNIER, J. A. Experiência iniciativa hospital amigo da criança. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 45-49, 1998.

_____. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 284-286, 2003.

LAMOUNIER, J. A.; MARANHÃO, A. G. K.; ARAÚJO, M. F. M. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 333-342.

LAMOUNIER, J. A.; VIEIRA, G.; GOUVÊA, L. Composição do leite humano: fatores nutricionais. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 47-58.

LEE, S. Y. et al. Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: a Korean women's cohort study. **Int. J. Cancer**, New York, v. 105, n. 3, p. 390-393, 2003.

LOSCH, M. et al. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. **J. Pediatr.**, St. Louis, v. 126, n. 4, p. 507-514, 1995.

LOYOLA, M.A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 875-884, 2003.

LUCAS, A. et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. **Lancet**, London, v. 339, n. 8788, p. 261-264, 1992.

LUCAS, A. et al. Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease: randomized prospective study. **BMJ.**, London, v. 300, n. 6728, p. 837-840, 1990.

MARINI, A. et al. Effects of a dietary and environmental prevention programme on the incidence of allergic symptoms in high atopic risk infants: three years' follow-up. **Acta Paediatr.**, Oslo, v. 4, Suppl. 41, p. 1-26, 1996

MARIOTONI, G. G. B; BARROS FILHO, A. A. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 107-113, 1998.

MARQUES, R.; LOPEZ, F.; BRAGA, J. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 99-105, 2004.

MEDCALC SOFTWARE. **MedCalc for windows**. Belgium, 2005. Version 8.1.1

MONTESSORO, A.; BLIXEN, C. Public policy and adolescent pregnancy: a reexamination of the issues. **Nurs. Outlook.**, St. Louis, v. 44, n. 1, p. 31-36, 1996.

MONTRONE, C. G.; ARANTES, C. I. S. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 38-42, 2000.

MORTENSEN, E. et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. **JAMA**, Chicago, v. 287, n. 18, p. 2365-2371, 2002.

MOTTA, M.; PINTO-SILVA, J. **Gravidez na adolescência**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.

MOURA, E. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 106-110, 1997.

NAKAMA, L. **Aleitamento materno e Odontologia: atuação interdisciplinar e multiprofissional na construção da saúde bucal como um direito de cidadania.** 1999. 350 f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 1999.

NAKAMURA, S.S. et al. Percepção e conhecimento de meninas escolares sobre o aleitamento materno **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 181-188, 2003.

NASCIMENTO, M. et al. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 49-60, 2003.

NEIFERT, M.; LAWRENCE, R.; SEACAT, J. R. N. Nipple confusion: toward a formal definition. **Pediatrics**, Evanston, v. 130, n. 2, p. 125-129, 1997.

NEJAR, F. G. et al. Padrões de aleitamento materno e adequação energética. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 64-71, 2004.

ODDY, W. et al. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. **BMJ**, London, v. 319, n. 7213, p. 815-819, 1999.

OLAUSSON, P. M.; CNATTINGIUS, S.; GOLDENBERG, R. L. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweeden. **Obstet. Gynecol.**, Hagerstown, v. 89, n. 3, p. 451-457, 1997.

OLIVEIRA, M. A. A.; OSÓRIO, M. M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 361-367, 2005.

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

OLIVEIRA, M. M. B. **Aleitamento materno de prematuros em hospital escola do município de Londrina, PR.** 2004. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evidências Científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.** Brasília: OPAS, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A Saúde no Brasil.** Brasília, DF, 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Division de Control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas. **Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna**. Ginebra, 1991. Informe de una Reunión.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de los jovens: un reto y una esperanza**. Ginebra, 1995.

ORVOS, H. et al. Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome? **J. Perinat. Med.**, Berlin, v. 27, n. 3, p. 199-203, 1999.

OWEN, C. G. et al. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. **Pediatrics**, Evanston, v. 110, n. 3, p. 597-608, 2002.

PANHOCA, I.; PAFFARO, C. A.; MELLO, J. S. Chupeta e mamadeira, um tema de fonoaudiologia. **Rev. Fono. Atual.**, Barueri, v. 3, n. 1, p. 11-17, 1999.

PATON, L. et al. Pregnancy and lactation have no long-term deleterious effect on measures of bone mineral in healthy women: a twin study. **Am. J. Clin. Nutr.** Bethesda, v. 77, n. 3, p. 707-714, 2003.

PERCEGONI, N. et al. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, minas Gerais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 29-35, 2002.

PERRIN, K. M.; MC'DERMOTT, R. J. Instruments to measure social support and related constructs in pregnancy adolescents: a review. **Adolescence**, Roslyn Heights, v. 22, n. 127, p. 533-557, 1997.

PETTITT, D. et al. Breastfeeding and the incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Pima Indians. **Lancet**, London, v. 350, n. 9072, p. 166-168, 1997.

POPKIN, B. et al. Breast-feeding and diarrhea morbidity. **Pediatrics**, Evanston, v. 86, n. 9, p. 974-982, 1990.

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

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 76, Supl. 3, n. 228-337, 2003.

REA, M. F. et al. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 149-156, 1997.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, Supl. 5, p. 142-146, 2004.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Reunião do Aleitamento materno da Rede RIPSА**. Brasília: OPAS, 1999. Ajuda Memorial

RENFREW, M. J.; LANG, S.; WOOLRIDGE, N. W. Early versus delayed initiation of breastfeeding. **Cochrane Database Syst Rev.**, Chichester, n. 2, 2000. CD000132

RIBEIRO, E. R. O. et al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 136-142, 2000.

RIORDAN, J. The biologic specificity of breastmilk. In: RIORDAN, J., AUERBACH, K. G. **Breastfeeding and human lactation**. 2. ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1998. p. 121-161.

ROMIEU, I. et al. Breastfeeding and asthma among Brazilian children. **J. Asthma.**, New York, v. 37, n. 7, p. 575-83, 2000.

ROSENBLATT, K. A.; THOMAS, D. B. Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. **Int. J. Epidemiol.**, London, v. 22, n. 2, p. 192-197, 1993.

ROTH, J.; HENDRICKSON, J.; SOWELL, D.W. The risk of teen mothers having low birth weight babies: implications of recent medial research for school health personnel. **J. Sch. Health**, v. 68, p. 271-275, 1998.

SAARINEN, U.; KAJOSAARI, M. Breast-feeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. **Lancet**, London, v. 346, n. 8982, p. 1065-1069, 1995.

SABROZA, A. et al. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-2001). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 1, p. 130-137, 2004.

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

SANTOS, S. R.; SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 15-23, 2003.

SAS INSTITUTE. **SAS/STAT user's guide**. 4th. Alexandria, 1989. v. 2. Version 6. Computer Program Manual.

SCHOLL, T. O.; HEDIGER, M. L.; BELSKY, D. H. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. **J. Adolesc. Health.**, New York, v. 15, n. 6, p. 444-456, 1994.

SENA, M. C. F. et al. Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 613-621, 2002.

SERTÓRIO, S. C.M.; SILVA, I. A. As faces simbólicas e utilitária da chupeta na visão de mães. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 156-162, 2005.

SILVA, G. A. P. O uso de chupetas contribui para uma maior ocorrência de enteroparasitose? **J. Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 73: 2-3, 1997.

SILVA, A. A. et al. Trends in low birth weight: a comparison of two birth cohorts separated by a 15 year interval in Ribeirão Preto, Brazil. **Bull. World Health Organ.**, Geneve, v. 76, n. 1, p. 73-84, 1998.

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

SIMÕES, V. M. F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 559-565, 2003.

SINGHAL, A. et al. Early nutrition and leptin concentrations in later life. **Am. J. Clin. Nutr.**, Bethesda, v. 75, n. 6, p. 993-999, 2002.

SOARES, M.E.M. et al. Uso de chupetas e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**: relatório preliminar. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.

SPITZ, A.M. et al. Pregnancy, abortion, and birth rates among US adolescents – 1980, 1985, and 1990. **JAMA**, Chicago, v. 275, p. 989-994, 1996.

STERKEN, E. **Breastfeeding and intelligence**. Toronto: INFACT/IBFAN, 1998.

STETTLER, N. et al. Infant weight gain and childhood overweight status in a multicenter, cohort study. **Pediatrics**, Evanston, v. 109, n. 2, p. 194–199, 2002.

STUEBE, A. M. et al. Duration of lactation and incidence of type 2 Diabetes. **JAMA**, Chicago, v. 294, n. 20, p. 2601-2610, 2005.

TAUIL, P. et al. Gravidez em adolescentes: aspectos relativos ao pré-natal, parto e recém-nascido. **Brasília Med.**, Brasília, v. 38, n. 1/4, p. 7-12, 2001.

TEMBOURY, M. C. et al. Influence of breastfeeding on the infants intellectual development. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, New York, v. 18, n. 1, p. 32-36, 1994.

THOMSON, Z. et al. Avaliando a prática do aleitamento materno no município de Londrina – PR. **J. Paran. Pediatr.**, Curitiba, v. 2, p. 97, 2003.

THOMSON, Z.; FAVARETO, J. Avaliação do programa de estímulo de aleitamento materno do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Londrina. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 11/12, p. 388-392, 1991.

TUNG, K. H. et al. Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: a multiethnic case-control study. **Am. J. Epidemiol.**, Baltimore, v. 158, n. 7, p. 629-638, 2003.

VALDEZ, V. et al. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. **J. Trop. Pediatr.**, London, v.39, n. 3, p. 142, 151, 1993.

VANNUCHI, M. T. O. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 422-428, 2004.

_____. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no município de Londrina, PR. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 5, n. 2, p. 155-162, 2005.

VENÂNCIO, S.I.; MONTEIRO, C.A. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 1, n.1, p. 40-49, 1998.

VENÂNCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 313-318, 2002.

VENTURA, S. et al. Births: final data for 1998. **Natl. Vital. Stat. Rep.**, New York, v. 48, n. 3, p. 1-100, 2000.

VICTORA, C. G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**, London, v. 2, n. 8554, p. 319-322, 1987.

_____. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? **Pediatrics**, Evanston, v. 99, n. 3, p. 445-453, 1997.

VIEIRA, A. A. et al. Análise do conteúdo energético do leite humano administrado a recém-nascidos de muito baixo peso ao nascimento. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 490-494, 2004.

VIEIRA, G. O. et al. Indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 1, p. 11-16, 1998.

_____. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 411-416, 2004.

VIEIRA, G. O.; ALMEIDA, J. Leite materno como fator de proteção contra doenças do tubo digestivo. In: SILVA, L.. (Org.). **Urgências clínicas e cirúrgicas em gastroenterologia e hepatologia pediátricas**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004. p. 951-959.

VIEIRA, G. O.; SILVA, L.; VIEIRA, T. alimentação infantil e morbidade por diarreia. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 449-454, 2003.

VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação**. São Paulo: CLR Balieiro, 1999.

VITURI, S. C. **Prevalência do aleitamento materno em crianças até o sexto mês de idade na cidade de Maringá, 1999**. 2001. 73 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2001.

VOLPE, E. M; BEAR, M. Enhancing breastfeeding initiation in adolescent mothers through the Breastfeeding Educated and Supported Teen (BEST) Club. **J. Hum. Lact.**, Charlottesville, v. 16, n. 3, p. 196-200, 2000.

WEIDERPASS, E. et al. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 225-231, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy for infant and young child feeding**. Geneve, 2001. Document A 54/7.

_____. Nutrition Unit. **Global data bank on breast-feeding, the best start in life**. Geneva, 1996.

_____. Division of Child Health and Development. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva, 1997. WHO Update, n. 10.

_____. Division of Reproductive Health. Delay Childbearing. **Safe Motherhood, World Health Day, 7 April 1998**. Disponível em: <http://www.who.int/archives/whday>. Acesso em: 5 ago. 2005.

_____. Indicators for assessing breastfeeding practice. **Update Programme for Control of Diarrhoeal Diseases**, Geneva, n. 10, p. 1-4, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF. **Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Meeting "Breastfeeding in the 1990s: A global initiative"**. Co-sponsored by the United States Agency for International Development (AID) and the Swedish International Development Authority (SIDA), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, 1990.

ZHENG, T. et al. Lactation reduces breast cancer risk in Shandong Province, China. **Am. J. Epidemiol.**, Baltimore, v. 152, n. 12, p. 1129-1135, 2000.



APÊNDICES

