

Rosicler Garcia Rodrigues Yagi

Alimentação de Recém-Nascidos e
Lactentes a Termo e Prematuros
Atendidos em um Hospital Escola

São José do Rio Preto

2005

Rosicler Garcia Rodrigues Yagi

Alimentação de Recém-Nascidos e
Lactentes a Termo e Prematuros
Atendidos em um Hospital Escola

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto para
obtenção do título de Mestre no Curso
de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde, Eixo Temático: Medicina Interna.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina de O. S. Miyazaki

São José do Rio Preto

2005

Yagi, Rosicler Garcia Rodrigues

Alimentação de recém-nascidos e lactentes a termo e prematuros atendidos em um hospital escola / Rosicler Garcia Rodrigues Yagi

São José do Rio Preto, 2005

67 p.;

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina Interna

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina de O. S. Miyazaki

1. Aleitamento materno; 2. Indicadores do aleitamento materno;
3. Alimentação complementar.

- ✓ Aos meus pais, Pedro e Lourdes e irmãos, Rosemary e José Carlos, que na convivência familiar me deram a oportunidade de poder ver o mundo como algo bom e possível de ser melhorado.

- ✓ Ao meu querido marido Roberto, que sempre me deu apoio profissional e me ajudou, incentivou na tarefa de ser mãe e esposa.

- ✓ Ao Vitor e Betina a quem tanto amo e tenho orgulho de ser mãe, por me proporcionarem o grande prazer de poder amamentá-los, mudando totalmente o sentido de minha vida.

Agradecimento Especial

- ✓ À Professora Doutora Maria Cristina O. S. Miyazaki pela paciência, dedicação e incentivo na realização deste trabalho. Mais que uma orientadora, mãe, irmã, amiga do coração.

Agradecimentos

- ✓ Ao Prof. Dr. Antônio Augusto Cais dos Santos, pela oportunidade de ter permanecido na Escola, no extinto C.S.E. Castelinho.
- ✓ À enfermeira Maria Ignês Scaff B.Araújo, com quem trabalhei no C.S.E. Castelinho e me deu tanto exemplo de dignidade em uma chefia.
- ✓ Ao Prof. Dr. Airton Camacho Moscardini, pela possibilidade de poder atuar no Ambulatório de Pediatria do Hospital de Base, como pediatra e docente.
- ✓ Aos colegas de Departamento e do Ambulatório de Pediatria, em especial, as amigas Dra. Deusênia Machado Ulisses Barbosa e Assistente Social Mara Lúcia B. Prado que tanto me apoiaram nas dificuldades do dia a dia.
- ✓ Aos secretários da Pós-graduação José Antonio, Rosimeire e especialmente Fabiana, pela simpatia e dedicação.
- ✓ À aluna Larissa F. Panazzolo, psicólogas Daniela P. P. Gusman e Gabriela G. Ramos pela colaboração na coleta de dados.
- ✓ À professora Adília Maria Pires Sciarra, exemplo de força de vontade e profissionalismo.

- ✓ Ao Prof. Dr. José Antonio Cordeiro, pela ajuda e ensinamentos em estatística.
- ✓ À secretária do Departamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica Jucelêa Soares da Silva, pelo auxílio diário.
- ✓ Às mães dos bebês que colaboraram com boa vontade na realização desta pesquisa.
- ✓ À FAMERP e FUNFARME e a todos que contribuíram com meu aprendizado nesta Instituição desde 1982.

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Características das mães.....	19
Tabela 2.	Características dos bebês.....	25
Tabela 3.	Condições de alimentação nas últimas 24 horas: estimativa de recebimento de alimentos.....	37
Tabela 4.	Taxas de aleitamento materno para os grupos de bebês e uso de mamadeira para menores de um ano.....	45

Lista de Abreviaturas e Símbolos

AM	- Aleitamento Materno
AM 1 ano	- Aleitamento Materno Continuado até um ano
AM 2 anos	- Aleitamento Materno Continuado até dois anos
AMC	- Aleitamento Materno Complementar em Tempo Oportuno
AME	- Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	- Aleitamento Materno Predominante
CLT	- Consolidação das Leis de Trabalho
dp	- Desvio Padrão
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
FAMERP	- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FUNFARME	- Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto
IC	- Intervalo de Confiança
IHAC	- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IM	- Idade Média
LM	- Leite Materno
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
RNT	- Recém-nascido à Termo
RNTP	- Recém-nascido pré-termo
SBP	- Sociedade Brasileira de Pediatria
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância

O Brasil adota uma política de saúde voltada para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como forma de reduzir a mortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida das crianças. Os **objetivos** deste estudo foram: a) caracterizar a amostra e verificar a alimentação de bebês com idade inferior a dois anos, prematuros e a termo, avaliando os indicadores de aleitamento materno propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS): amamentação exclusiva, amamentação predominante, alimentação complementar oportuna, amamentação continuada e alimentação por mamadeira; b) comparar padrões alimentares entre bebês prematuros e a termo. **Casuística:** participaram do estudo 200 mães de recém-nascidos e lactentes divididas em quatro grupos de 50 mães: Grupo I (<4 meses); Grupo II (entre 6 e <10 meses); Grupo III (entre 12 e <16 meses); Grupo IV (entre 20 e <24 meses). **Método:** O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Antes da consulta rotineira, as mães responderam a um questionário, fundamentado em metodologia padronizada pela OMS, sobre informações alimentares relativas as últimas 24 horas. **Resultados:** A maioria das mães encontrava-se na fase adulta (menos de 20% de adolescentes), alfabetizadas (97%; IC:93 a 99%), com parceiros (estimativa de 79,5%; IC:73 a 85%), minoria trabalhava fora (27%; IC:21 a 34%). Estimativa de 70,5% (IC:64 a 77%) de parto cesárea e 50,5% (IC:43 a 57%) de prematuridade. A minoria realizou a primeira mamada na sala de parto (estimativa de 18%; IC:13 a 25%). No Grupo I a taxa de aleitamento materno exclusivo foi 40% (IC:26 a 55%) e de aleitamento materno predominante 28%

(IC:16 a 42%). No Grupo II a taxa de aleitamento materno com alimentação complementar oportuna de 46% (IC:32 a 61%). Para o Grupo III, a taxa de aleitamento materno continuado até um ano foi de 30% (IC:18 a 45%) e para o Grupo IV a taxa de aleitamento materno continuado até dois anos foi de 32% (IC:20 a 47%). A taxa de alimentação por mamadeira para menores de um ano foi de 57% (IC:47 a 67%). **Conclusões:** As características dos grupos de mães e crianças foram quase homogêneas; ambos seguiam parcialmente rotinas facilitadoras da amamentação. O aleitamento materno diminui com o aumento da idade, havendo a introdução precoce de líquidos e alimentação complementar. O padrão alimentar dos bebês a termo e prematuros foi semelhante.

Palavras-chave: 1. Aleitamento materno; 2. Indicadores do aleitamento materno; 3. Alimentação complementar.

Brazilian government policy of public health aims to promote and support breastfeeding; consequently reducing the infant mortality as well as improving the children's quality of life. **The objectives of this study were:** a) to observe the diet of premature and full-term babies aged under two years, assessing the breastfeeding indicators of the World Health Organization (WHO): exclusive breastfeeding, predominant breastfeeding, complementary proper foods, continued breastfeeding and milk bottle feeding; b) to compare standardized diets among premature and full-term newborns. **Casuistics:** Two hundred of mothers of newborns and infants participated the study. They were divided into four groups (50 each): Group I (< 4 months); Group II (between 6 and <10 months); Group III (between 12 and < 16 months); Group IV (between 20 and <24 months). **Method:** At first the project was approved by the Ethics Committee of Research. Afterwards, before the routinely consulting, the mothers answered a questionnaire based on a methodology standardized by WHO about information of diet during the last 24 hours. **Results:** The majority of mothers was adult (lesser than 20% of adolescents), able to read and write (97%; IC:93 to 99%), living with a partner (estimative of 79.5%; IC:73 to 85%), minority worked outside (27%; IC:21 to 34%). Average of 70.5% (IC:64 to 77%) of cesarean labor and 50.5% (IC:43 to 57%) of premature labor. The minority performed the first breastfeeding in the labor room (estimative of 18%; IC:13 to 25%). In Group I, the rate of exclusive breastfeeding was 40% (IC:26 to 55%), and predominant breastfeeding 28% (IC:16 to 42%). In Group II, the rate of breastfeeding with complementary proper foods was 46% (IC:32 to 61%). In Group III, the rate of continued breastfeeding up to one year was 30% (IC:18 to 45%); and in Group IV, the rate of continued breastfeeding up to two years was 32% (IC:20 to 47%). The rate of milk bottle feeding for babies under one year was 57% (IC:47 to 67%). **Conclusions:** The characteristics of the groups of mothers and babies were almost homogeneous, both have been following partially the facilitator routines of breastfeeding. As the age of babies increased, breastfeeding diminished, with the early introduction of liquids and

complementary diet. The standardized diet of full-term and premature babies was similar.

Key-Words: 1. Breastfeeding; 2. Indicators of breastfeeding; 3. Complementary foods.

Sumário

Dedicatória.....	i
Agradecimento Especial	ii
Agradecimentos	iii
Lista de Tabelas.....	vi
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	vii
Resumo.....	viii
Abstract.....	x
1. Introdução	01
1.1. Objetivos	09
2. Casuística e Método	10
2.1. Casuística	11
2.2. Método	12
3. Resultados e Discussão.....	17
3.1. Dados das mães	18
3.2. Dados dos bebês	24
3.3. Gestação.....	26
3.4. Parto.....	28
3.5. Condições de alimentação dos bebês nas últimas 24 horas.....	35
3.6. Leite materno	38
3.7. Vitaminas, suplementos minerais em gotas ou xarope.....	38
3.8. Água pura.....	39
3.9. Água adoçada.....	40
3.10. Chá.....	40

3.11. Suco de frutas	40
3.12. Fórmula infantil.....	41
3.13. Leite de vaca	41
3.14. Papas	42
3.15. Soro hidratante.....	43
3.16. Outros alimentos	43
3.17. Uso de mamadeira	44
3.18. Taxas de aleitamento materno e uso de mamadeira para crianças com menos de um ano.....	44
3.19. Duração da amamentação	46
4. Conclusões.....	47
5. Referências Bibliográficas	51
6. Apêndices.....	60

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O Brasil possui uma das leis mais avançadas na defesa dos direitos das crianças e adolescentes: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que prevê o direito de toda criança à vida e à saúde.⁽¹⁾ Desde sua criação, em 1990, o país adotou uma posição em favor da criança, que desde sua gestação é vista como pessoa, capaz de participar de sua vida e de seu desenvolvimento, com direito à saúde e alimentação adequada.⁽²⁾ A efetivação destes direitos, entretanto, depende de políticas e ações sociais públicas voltadas à atenção pré-natal, ao parto e à saúde infantil, permitindo o nascimento e desenvolvimento saudáveis. Assim, nas últimas décadas o conjunto de intervenções voltadas para atenção ao período da gestação e primeiro ano de vida foram o centro das políticas públicas de saúde.⁽²⁾

A redução da mortalidade infantil, ao longo do século XX, ocorreu em função da diminuição da mortalidade pós-natal (29 dias a um ano). Os óbitos passaram a concentrar-se no período neonatal (zero a 28 dias), fase em que se constatou mais de cinquenta por cento da mortalidade infantil a partir da década de 90.^(3,4) Assim, a inclusão de estratégias de organização e de qualificação da atenção obstétrica e neonatal passou a ser prioridade das políticas de saúde, com a atenção perinatal (cuidados a unidade mãe-feto e recém nascido), tornando-se diretriz governamental por meio do Programa de Assistência a Saúde Perinatal Hierarquizado e Regionalizado.⁽³⁾

O acesso oportuno a um conjunto de intervenções obstétricas e neonatais tem garantido diminuição de agravos e maior sobrevivência a recém nascidos de

risco, embora seja ainda insuficiente para reduzir a mortalidade infantil neonatal.⁽⁵⁾

Para atender a necessidade de mudar este perfil de mortalidade infantil, o Ministério da Saúde implantou, a partir de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Este tem como objetivo melhorar a qualidade da assistência pré-natal e o vínculo entre pré-natal e parto.⁽³⁾

A proposta de humanização não visa a substituição da tecnologia inerente a boa prática neonatal, mas sim a integralidade do cuidado ao recém nascido e sua família. Inclui o contato mais precoce possível e o envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê. Em consequência houve uma retomada da valorização da amamentação,⁽³⁾ que pode contribuir para a diminuição da mortalidade infantil à medida que fortalece o sistema imunológico do recém nascido e diminui as causas infecciosas de mortalidade.⁽⁶⁾

Houve direcionamento de investimentos para Cuidados Perinatais Humanizados como por exemplo o Método Mãe Canguru, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Banco de Leite Humano. São ações paralelas aos avanços tecnológicos e representam um custo financeiro muito menor, baseando-se principalmente no investimento em recursos humanos.⁽⁵⁾

O leite materno é a melhor fonte de nutrientes para o recém nascido e, por suas propriedades imunológicas, particularmente importante para o recém nascido prematuro, por sua maior vulnerabilidade.⁽⁷⁾

Desde a década de 80, o Brasil adota uma política de saúde voltada para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como forma de diminuir a mortalidade infantil no país e melhorar a qualidade de saúde das crianças.

Certas ações vem sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de garantir o aleitamento materno exclusivo (leite materno como única fonte de alimento) até os seis meses de vida, sua continuidade até o segundo ano de vida ou mais, complementados com outros alimentos adequados e apropriados para a criança,^(8,9) que coincidem com as recomendações da Organização Mundial de Saúde.^(10,11) Exemplo destas ações são os dez passos para a alimentação saudável de crianças com idade inferior a dois anos⁽⁹⁾ que são: 1) Dar somente leite Materno até os seis meses, sem oferecer água, chás, ou qualquer outro alimento; 2) A partir do seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais; 3) A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada; 4) A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança; 5) A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa e gradativamente aumentar a consistência até chegar à alimentação da família; 6) Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida; 7) Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições; 8) Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação; 9) Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados; 10)

Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Enfatizar a amamentação exclusiva é um fato relativamente recente,^(12,13) documentado na década de 80 por estudos^(14,15) que mostram a relação das mortes por doenças infecciosas com a introdução precoce de água, chás, leites e cereais.

No Brasil, estudos sobre prevalência do aleitamento materno têm indicado um aumento nos últimos anos: a duração mediana foi de 5,5 meses em 1989 e sete meses em 1996.⁽⁸⁾ Estudo realizado em vinte e cinco capitais brasileiras e Distrito Federal pelo Ministério da Saúde em 1999, estimou a prevalência de aleitamento materno em crianças abaixo de um ano e aleitamento materno exclusivo em crianças abaixo de seis meses. Concluiu-se que a maioria das crianças são amamentadas durante o primeiro mês (87%), com abandono da amamentação ao longo do tempo (35% aos 364 dias).⁽⁸⁾ Já a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 53% no primeiro mês e 9,7% entre 151 e 180 dias. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi 23 dias e do aleitamento materno 296 dias no Brasil urbano, longe da meta recomendada pelo Organização Mundial de Saúde (OMS).^(8,16)

Um estudo realizado no município de São José do Rio Preto – SP também indicou que a maioria das mães (96,2%) amamentam seus filhos ao nascer, mas a introdução precoce de outros alimentos e um baixo número de crianças em aleitamento materno exclusivo foi observado (10% aos 120 dias de vida). Crianças nascidas de parto cesariana apresentaram maior risco para o desmame e o estudo concluiu sobre a necessidade de “intervenção para

incentivo e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 4 a 6 meses de idade, incluindo-se a implementação de Hospitais Amigos da Criança e Banco de Leite Humano no município”.⁽¹⁷⁾

Diversos fatores interferem com a prática do aleitamento materno recomendada pela OMS, levando ao desmame. Nível educacional materno, retorno das mães ao trabalho, comportamento da equipe de saúde, principalmente do pediatra estão associados ao tempo de aleitamento materno.⁽¹⁸⁾ Outros fatores importantes são a falta de informação sobre a importância do aleitamento materno e riscos associados ao uso de leites artificiais, práticas e crenças culturais, falta de habilidade dos profissionais para manejar adequadamente a lactação, número insuficiente de Bancos de Leite Humano para suprir necessidades especiais (ex. recém nascidos prematuros e filhos de mãe HIV+), propaganda e distribuição de fórmulas, mamadeiras e chupetas e o não cumprimento de leis que protegem a mulher trabalhadora.⁽⁸⁾

Dentro das instituições de saúde, alguns fatores também prejudicam a prática da amamentação, como o alto número de partos cesarianas, falta de disponibilidade de alojamento conjunto, período muito longo de tempo entre nascimento e início da amamentação no peito, uso inadequado de fórmulas artificiais, chupetas e mamadeiras.⁽⁸⁾ Em 1990, num encontro realizado em Florença, Itália, promovido pela OMS e UNICEF, foi produzido um conjunto de metas chamado Declaração de Innocenti, na tentativa de resgatar o direito da mulher de amamentar. Neste encontro foi idealizada uma estratégia denominada Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) para promover e apoiar o aleitamento materno. O conjunto de medidas para atingir as metas da

Declaração de Innocenti foi denominado “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e tem como objetivo informar gestantes e mães sobre os benefícios e o correto manejo do aleitamento materno.⁽¹⁹⁾ Inclui: 1) Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde; 2) Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma; 3) Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento; 4) Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto; 5) Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; 6) Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico; 7) Praticar o alojamento conjunto: permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia; 8) Encorajar o aleitamento sob livre demanda; 9) Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio; 10) Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório.

Embora os benefícios do aleitamento materno em termos de sobrevivência da criança sejam bem conhecidos, mudanças na mortalidade infantil são difíceis de serem medidas e não podem facilmente ser atribuídas a intervenções específicas. Entretanto, é possível avaliar as práticas da alimentação infantil, quando critérios bem estabelecidos são utilizados.⁽²⁰⁾

Em 1991, a OMS propôs a adoção de metodologia padronizada para a obtenção e análise de dados sobre a alimentação infantil, que permite avaliar programas de incentivo a amamentação. Um grupo de indicadores foi proposto,

para avaliar as práticas alimentares de crianças menores de dois anos. A adoção destes indicadores, preconizados pela OMS, tem sido reconhecida como fundamental para diagnosticar a situação do aleitamento materno e monitorar as taxas de amamentação, planejar ações com o objetivo de promover e proteger o aleitamento materno e avaliar o impacto dessas ações.⁽²⁰⁾ Assim, compreender como ocorre a alimentação fornecida a bebês menores de dois anos, pode auxiliar o delineamento de projetos que favoreçam aleitamento materno em nossa instituição (Banco de Leite Humano).

Com base nestes dados, foram elaborados os objetivos deste estudo.

Objetivos

- Caracterizar mães e crianças e verificar a alimentação de recém-nascidos e lactentes, prematuros e a termo, atendidos no Hospital de Base, avaliando os indicadores de aleitamento materno da OMS:
 - **amamentação exclusiva:** leite materno como única fonte de alimentação até seis meses de vida, incluindo leite ordenhado ou de ama de leite;
 - **amamentação predominante:** leite materno como principal fonte de alimentação, acrescido de água, água adoçada, chá, suco de frutas e soro de hidratação oral;
 - **alimentação complementar oportuna:** introdução após seis meses de qualquer outro alimento nutritivo associado ao leite materno, incluindo o leite de vaca;
 - **amamentação continuada** até um ano de idade;
 - **amamentação continuada** até dois anos de idade;
 - **alimentação por mamadeira:** qualquer alimento dado por mamadeira, inclusive leite materno.
- Comparar padrões alimentares entre crianças a termo e prematuros.

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1. Casuística

Participaram desta pesquisa 200 mães de crianças com idade inferior a dois anos, prematuros ou a termo, realizando consulta pediátrica de rotina no Ambulatório de Pediatria e Puericultura do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP. As mães foram incluídas no estudo de forma consecutiva, na medida em que compareciam com seus filhos para consulta e preenchiam os critérios de inclusão.

Critérios de inclusão: mães de recém-nascidos e lactentes com idade inferior a dois anos, nascidos a termo ou pré-termo, atendidos no Ambulatório de Pediatria e Puericultura do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP para consulta de rotina, sem diagnóstico de doenças crônicas.

As mães participantes foram divididas em quatro grupos:

- **Grupo I:** 50 mães de crianças com idade entre zero e três meses e 29 dias (0 a <4meses).
- **Grupo II:** 50 mães de crianças com idade entre seis meses e nove meses e 29 dias (6 a <10 meses).
- **Grupo III:** 50 mães de crianças com idade entre 12 meses e 15 meses e 29 dias (12 a < 16 meses).
- **Grupo IV:** 50 mães de crianças com idade entre 20 meses e 23 meses e 29 dias (20 a <24 meses).

A idade de cada grupo foi estabelecida com base nas recomendações da OMS⁽²⁰⁾ em relação à alimentação adequada para as diferentes faixas etárias, uma vez que a amamentação concentra-se em torno de determinados intervalos de idade: zero a quatro meses (aleitamento materno exclusivo para 100% das crianças); acima de seis meses (alimentação complementar em adição ao leite materno para 100% das crianças); aleitamento materno continuado até pelo menos um ano e preferencialmente até dois anos ou mais.

2.2. Método

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP e aprovado em 09/06/2003, parecer nº 3509/2003 (Apêndice 1).

Foram utilizados para o estudo Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido (Apêndice 2) e Questionário (Apêndice 3) fundamentado em metodologia padronizada para coleta e análise de dados sobre alimentação infantil, baseado nos indicadores para avaliar as práticas do aleitamento materno definidos em consenso pela OMS.⁽²⁰⁾ O objetivo destes indicadores é determinar medidas para avaliar práticas de aleitamento materno e os progressos de programas de promoção ao aleitamento materno. Incluem os seguintes elementos da alimentação: amamentação exclusiva, amamentação predominante, amamentação complementada em tempo oportuno, amamentação continuada até um ano, amamentação continuada até dois anos e alimentação por mamadeira em menores de um ano.

As mães que concordaram em participar do estudo, após receberem informações detalhadas sobre o mesmo, assinaram um termo de consentimento livre e pós-esclarecido e responderam ao questionário. O questionário foi aplicado antes da consulta médica de rotina, referindo-se a informações alimentares relativas às 24 horas anteriores à coleta dos dados.

Para cada um dos grupos foram avaliados os indicadores adequados às faixas etária dos bebês. No grupo I foram avaliados aleitamento materno exclusivo e predominante. No grupo II, o aleitamento materno complementado em tempo oportuno. No grupo III, o aleitamento materno continuado até um ano e no grupo IV o aleitamento materno continuado até dois anos e alimentação por mamadeira nos grupos I e II.

Foram calculadas as taxas para cada grupo da seguinte forma:

- **Taxa de aleitamento materno exclusivo (AME):** proporção de crianças que se alimentaram exclusivamente com leite materno nas últimas 24 horas. Calculada para crianças abaixo de 4 meses.

$$\text{Taxa de AME}^* = \frac{\text{Cças} < 4 \text{ meses em AME nas últimas 24 hs}}{\text{Cças} < 4 \text{ meses de idade}}$$

- **Taxa de aleitamento materno predominante (AMP):** proporção de crianças para as quais o leite materno foi a principal fonte de alimentação, mas que receberam líquidos (água, chá, água adoçada, soro hidratante e suco), mas sem uso de outros alimentos ou leite de vaca. Calculada também para crianças abaixo de 4 meses.

*Esta categoria de aleitamento materno permite o uso de gotas e xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos.

Taxa de AMP^{*} : Cças<4 meses em AMP nas últimas 24 hs
Cças < 4 meses de idade

- **Taxa de aleitamento materno complementado em tempo oportuno (AMC):** proporção de lactentes de 6 a <10 meses, que receberam leite materno e um complemento alimentar semi-sólido ou sólido (permite leite de vaca) nas últimas 24 horas.

Taxa de AMC^{*} : Cças de 6-<10meses em AMC nas últimas 24 hs
Cças de 6-<10 meses de idade

- **Taxa de aleitamento materno continuado até um ano (AM1ano):** proporção de crianças de 12 a <16 meses que receberam leite materno.

Taxa de AM1ano^{*} : Cças de 12-<16meses em AM nas últimas 24 hs
Cças de 12-<16 meses de idade

- **Taxa de aleitamento materno continuado até dois anos (AM2anos):** proporção de crianças de 20 a <24 meses que receberam leite materno.

^{*}Esta categoria de aleitamento materno permite o uso de gotas e xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos.

**Taxa de AM2anos* : Cças de 20-<24meses em AM nas últimas 24hs
Cças de 20-<24 meses de idade**

- **Taxa de alimentação por mamadeira:** proporção de lactentes abaixo de 12 meses que receberam alimentação e líquidos em mamadeira, inclusive o leite materno.

**Taxa mamadeira* : Cças<12meses em mamadeira nas últimas 24h
Cças menores 12 meses de idade**

As mães e as crianças foram caracterizados e comparados nos quatro grupos. Em relação à alimentação das crianças foram calculadas as taxas para todos os grupos, diferenciados quanto à idade gestacional de nascimento (recém-nascidos a termo ou RNT; recém-nascidos pré-termo ou RNPT).

A análise estatística foi realizada da seguinte forma: para a comparação de freqüência entre os quatro grupos foi utilizado o teste qui-quadrado para amostras independentes; para comparação de freqüência com valor de referência (OMS) foi utilizado o teste exato para uma proporção; para a comparação de duas freqüências foi utilizado o teste por aproximação normal para duas proporções ou alternativamente o teste exato de Fisher. As porcentagens (freqüências) foram estimadas pontualmente e por intervalo de confiança 95% (IC).

Variáveis quantitativas (idade, tempo de amamentação, anos de estudo) são apresentadas por média e desvio padrão (dp) ou mediana, com a idade

*Esta categoria de aleitamento materno permite o uso de gotas e xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos.

comparada segundo os grupos, por análise de variância (ANOVA). O tempo de amamentação por teste t, segundo o tipo de leite, e anos de estudos pelo teste de Kruskal-Wallis.

O nível de significância adotado foi $\alpha=0,05$.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Dados das mães

As características das mães estão apresentadas na Tabela 1. A idade variou entre 14 e 45 anos. Para cada um dos grupos a média de idade foi: Grupo I (Média:25,3; dp:6,4); Grupo II (Média:25,7; dp:6,0); Grupo III (Média:26,6; dp:6,9); Grupo IV (Média:28,3; dp:7,1). A análise estatística comparando a idade das mães dos quatro grupos (ANOVA) não evidencia diferença entre os grupos (valor-p=0,10).

Em relação à presença de mães adolescentes, período definido pela OMS como a faixa entre 10 e 19 anos,⁽²¹⁾ uma análise realizada com o teste qui-quadrado para amostras independentes, indica que não há evidências de diferenças entre os grupos (valor-p=0,68). Pode-se afirmar que menos de 20% das mães são adolescentes (valor-p=0,004), pelo teste exato para uma proporção. Este dado é compatível com estudo realizado entre setembro e novembro de 2002 com mães de bebês de 12 a 18 meses no ambulatório de Pediatria do HB, onde a maioria das mulheres estava na faixa entre 20 a 29 anos, sendo 17,6% adolescentes.⁽²²⁾

A idade das mães é uma das características que contribuem para o desenvolvimento da criança. Mães adultas são consideradas mais adequadas para cuidar dos filhos, uma vez que parecem ter maior competência para o fornecimento de estímulos adequados.⁽²⁾ Estudos mostram que mães

Tabela 01. Características das mães.

Características da mãe	Grupos							
	Grupo I 0 a <4 meses (n=50)		Grupo II 6 a <10 meses (n=50)		Grupo III 12 a <16 meses (n=50)		Grupo IV 20 a <24 meses (n=50)	
Idade	n	%	n	%	n	%	n	%
14 a 19	08	16,0	08	16,0	05	10,0	04	8,0
20 a 34	38	76,0	38	76,0	36	72,0	34	68,0
35 a 45 anos	04	8,0	04	8,0	09	18,0	11	22,0
Idade média das mães de cada grupo de bebês	IM:25,3	dp: 6,4	IM:25,7	dp: 6,0	IM:26,6	dp: 6,9	IM:28,3	dp: 7,1
Estado Civil	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem companheiro	15	30,0	10	20,0	10	20,0	02	4,0
Com companheiro	35	70,0	39	78,0	40	80,0	45	90,0
Escolaridade	n	%	n	%	n	%	n	%
alfabetizada	47	94,0	49	98,0	49	98,0	48	96,0
estuda atualmente	05	10,0	05	10,0	03	6,0	02	4,0
< 4 anos de estudo	00	0,0	00	0,0	00	0,0	03	6,0
4 anos de estudo	07	14,0	02	4,0	02	4,0	07	14,0
5 a 7 anos de estudo	16	32,0	13	26,0	15	30,0	15	30,0
8 anos de estudo	07	14,0	05	10,0	08	16,0	05	10,0
9 a 10 anos de estudo	06	12,0	11	22,0	07	14,0	05	10,0
11 anos de estudo	11	22,0	17	34,0	14	28,0	15	30,0
>12 anos de estudo	01	2,0	01	2,0	03	6,0	00	0,0
Profissão	n	%	n	%	n	%	n	%
Trabalha fora	10	20,0	16	32,0	13	26,0	15	30,0
Atividade fora do lar	17	34,0	18	36,0	19	38,0	20	40,0
Do lar	32	64,0	32	64,0	30	60,0	30	60,0
Está em licença gestante	06	12,0						

adolescentes têm maior tendência ao desmame,^(23,24) sendo que fatores associados ao desmame em mães adolescentes, como retorno à escola e existência de vida conjugal, mostram que há peculiaridades na maternidade nesta faixa etária.⁽²³⁾

Trabalho realizado em Pelotas (RS) indicou que mulheres que freqüentaram escola por período inferior a quatro anos têm o dobro de chance de dar a luz na adolescência. Além disso, há maior risco que estas mães adolescentes e seus filhos acabem vivendo na pobreza e sem uma educação adequada, mostrando – se necessário uma melhor educação sexual e uma maior motivação para que estas jovens adquiram maior escolaridade.⁽²⁴⁾

A análise estatística utilizando o teste qui-quadrado para amostras independentes não indica haver diferença entre os grupos em relação à alfabetização (valor- $p=0,80$), isto é, não há evidência de que saber ler e escrever diferencie os grupos. Nos quatro grupos, pelo teste exato para uma proporção, a maioria (estimativa de 97% com IC:93 a 99%) das mulheres é alfabetizada (valor- $p<0,0005$).

Também utilizando o teste qui-quadrado para amostras independentes, não há diferença entre os grupos em relação a estar ou não estudando (valor- $p=0,75$). Utilizando o teste exato para uma proporção, constatou-se que uma minoria ainda está estudando (valor- $p<0,0005$). A estimativa para estar estudando é de 7,5% (IC: 4 a 12%).

Uma análise em relação ao número de anos de estudo entre grupos (teste Kruskal-Wallis) também não evidencia diferença significativa (valor- $p=0,082$). A

mediana para o grupo I é de quatro anos, para o grupo II cinco anos, para o grupo III quatro anos e para o grupo IV três anos e meio.

Há uma relação direta entre duração do aleitamento materno exclusivo e escolaridade materna: mães com mais anos de estudo tendem a amamentar seus filhos exclusivamente por mais tempo. O mesmo não ocorre em relação a duração da amamentação, embora mulheres com baixa escolaridade (até três anos) apresentem uma duração mediana um pouco menor.⁽⁹⁾ Estudos relatam o aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo entre mulheres com maior escolaridade. A prevalência do aleitamento materno exclusivo mostrou-se superior em crianças cujas mães tiveram nível de escolaridade maior que quatro anos.⁽²⁵⁾

O nível de escolaridade da mãe é relevante independente de outras variáveis sociais, pois influencia a capacidade de compreender e reter informações sobre amamentação, sobre alimentos adequados e noções de higiene relativas aos cuidados com o bebê.⁽²⁶⁾

O desmame precoce, anterior ao 3^o ou 4^o mês, está também relacionado à educação materna, devido ao desconhecimento da importância da amamentação, em especial a exclusiva. Assim, a nutrição adequada depende não só do acesso à alimentação, mas também da educação da população.⁽²⁷⁾

O estado civil das mães foi avaliado em relação a ter ou não companheiro. Uma análise utilizando o teste qui-quadrado para amostras independentes indica diferença significativa entre os grupos (valor-p=0,030), sendo que as mulheres do grupo I têm menor chance de ter companheiro. A maioria das mulheres tem parceiros pelo teste exato para uma proporção (valor-p<0,0005).

Das 200 mulheres, 159 têm parceiros, obtendo-se uma estimativa de 79,5% (IC: 73 a 85%).

A presença do companheiro e sua participação, desde o pré-natal, nos cuidados com a criança, constituem importante fonte de apoio à mãe, para que esta possa cuidar de si e do bebê. A presença do pai permite que a família concentre suas atenções na criança.⁽²⁾ Um dos principais papéis dos pais em relação aos cuidados com os filhos durante os primeiros anos de vida é garantir uma alimentação adequada, iniciando-se pela amamentação.⁽²⁸⁾ A relevância da participação do pai é inclusive assegurada pela legislação, que dá direito a licença paternidade de cinco dias, garantida pela Constituição Federal de 1988.⁽²⁹⁾

O apoio familiar contribui para a auto-confiança da lactante. A atitude do cônjuge constituiu fator estatisticamente significativo para o desmame precoce aos três meses, de acordo com estudo realizado em Natal. O companheiro também deve ser alvo das ações educativas em favor do aleitamento, uma vez que seu nível de conhecimentos teve uma relação positiva entre a preferência pelo leite materno ao invés de mingau.⁽³⁰⁾

Em relação ao trabalho materno, uma comparação utilizando teste qui-quadrado para amostras independentes foi feita entre número de mães que trabalham fora do lar atualmente com mães que permanecem em casa. Esta comparação não indica diferença significativa entre os grupos (valor-p=0,72). Pode-se afirmar, pelo teste exato para uma proporção, que uma minoria das mães trabalha fora (valor-p<0,0005). Das 200 mães, 54 trabalham fora com uma estimativa de 27% (IC: 21 a 34%) das mães trabalharem fora.

Em relação a ter profissão ou ser estudante, comparado a ser dona de casa, o teste qui-quadrado para amostras independentes mostrou que não há diferença significativa entre os grupos (valor- $p=0,98$). Das 200 mães estudadas, 74 têm profissão ou estudam, desenvolvendo, portanto atividade fora do lar, com uma estimativa de 37% (IC: 30 a 44%). Pelo teste exato para uma proporção, pode-se afirmar que uma minoria das mães exerce atividade fora do lar (valor- $p<0,0005$).

Foi investigado o fato da mãe estar em licença gestante ou não, apenas para o grupo I, pois segundo a Constituição Federal de 1988 (artigo 7, inciso XVIII), a mulher tem direito a licença maternidade de 120 dias. Após análise com teste exato para uma proporção, não há evidência de um desbalanço (nem maioria, nem minoria) em relação a estar ou não em licença gestante para mães que trabalham fora (valor- $p=0,75$). A estimativa de mães em licença gestante para o Grupo I é de 60% (IC: 26 a 88%).

O trabalho materno fora do lar pode ser obstáculo, mas não impede a amamentação.⁽³¹⁾ Entretanto, trabalhar fora pode ser motivo de introdução de outros alimentos, contribuindo para o desmame precoce.⁽³⁰⁾ O aleitamento materno exclusivo deve ser mantido até o retorno ao trabalho e mães que trabalham fora possuem proteção legal, que incentiva e garante o aleitamento materno e o direito de amamentar. A Constituição Federal garante, à mulher que trabalha fora do lar, a licença maternidade e o direito à garantia no emprego à gestante e durante o período de lactação. A Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) assegura o direito à Centro de Convivência Infantil (todo estabelecimento que empregue mais que trinta mulheres, com mais de 16

anos) para que a mulher possa amamentar seu filho, bem como o direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais de meia hora cada um, para amamentar a criança até que esta complete seis meses de idade. Quando exigir a saúde do filho, o período de seis meses poderá ser dilatado a critério de autoridade competente.⁽³²⁾

Mães que trabalham fora podem utilizar seu leite ordenhado (retirar e armazenar seu leite no local de trabalho) e evitar mamadeira, oferecendo o leite no copo (como recomendado pela OMS) ou colher.⁽³¹⁾

Apesar de na prática diária o relato do trabalho materno ser apontado como a causa de desmame precoce,⁽³³⁾ no presente estudo, uma minoria de mães trabalha fora ou está estudando. Aos quatro meses de idade, a licença gestante não foi fator importante para facilitar ou atrapalhar a mãe em relação à amamentação. Das seis mães em licença gestante, todas estão amamentando. Das que não estão em licença gestante, trinta e nove amamentam e cinco não amamentam. Pelo teste exato de Fisher, não há evidência de diferença significativa entre estar ou não amamentando em função da licença gestante (valor- $p=1,0$). De acordo com estudo realizado por Gouvêa *et al.*⁽³⁴⁾ o trabalho materno fora ao lar não foi fator desencadeante do desmame.

3.2. Dados dos bebês

Os dados relativos aos bebês estão apresentados na Tabela 2 e serão apresentados a seguir.

Tabela 2. Características dos bebês.

Características	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nasceu em SJRP	46	92,0	44	88,0	39	78,0	40	80,0	-
Nasceu no Hospital de Base	43	86,0	41	82,0	32	64,0	35	70,0	-
Foi feito pré-natal	47	94,0	50	100,0	50	100,0	49	98,0	0,19
Orientação sobre aleitamento materno no pré-natal	23	46,0	32	64,0	32	64,0	32	64,0	0,28
Participação em grupo de gestantes	12	24,0	27	54,0	20	40,0	25	50,0	0,027*
Parto normal	17	34,0	12	24,0	13	26,0	17	34,0	-
Parto cesárea	33	66,0	38	76,0	37	74,0	33	66,0	0,74
Pré-termo	26	52,0	30	60,0	25	50,0	20	40,0	0,40
A termo	24	48,0	20	40,0	25	50,0	30	60,0	-
Primeira mamada na sala de parto	14	28,0	05	10,0	09	18,0	09	18,0	0,25
Permanência em alojamento conjunto	31	62,0	31	62,0	37	74,0	37	74,0	0,51
Orientação sobre amamentação durante internação ou na alta hospitalar	38	76,0	40	80,0	39	78,0	41	82,0	0,96
Permanência no hospital superior a dois dias	28	56,0	39	78,0	30	60,0	25	50,0	0,06
Mãe ficou com bebê durante internação	38	76,0	37	74,0	38	76,0	36	74,0	0,99
Alimentado com mamadeira durante internação	05	10,0	04	8,0	03	6,0	09	18,0	0,35
Aleitamento materno exclusivo durante internação	20	40,0	18	35,0	30	60,0	32	64,0	

*P<0,05

3.3. Gestação

Uma comparação entre os quatro grupos, pelo teste qui-quadrado para amostras independentes em relação às mães terem feito pré-natal, indica não haver evidência de diferenças entre os grupos (valor-p= 0,19). Das 200 mães, 196 referiram ter comparecido a consultas de pré-natal, com uma estimativa de 98% (IC: 95 a 99%). Pelo teste exato para uma proporção, pode-se afirmar que uma maioria das mães relata ter feito pré-natal (valor-p<0,0005).

A realização do pré-natal foi considerada para todas as mães que referiram ter comparecido ao pré-natal, mas não foi possível obter o número de consultas realizadas.

Toda gestante tem direito ao acompanhamento médico, com pelo menos seis consultas ao longo da gravidez. O acompanhamento desde os primeiros meses de gestação é importante devido à ligação entre a saúde materna e a infantil, evitando-se a mortalidade no período neonatal e garantindo os direitos das crianças previstos pelo ECA.⁽²⁾

A assistência de qualidade no pré-natal é o primeiro passo para o parto e o nascimento humanizados,^(35,36) promovidos pelo Ministério da Saúde em conjunto com estados e municípios com o Programa Nacional de Humanização à Assistência Hospitalar e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Gestação de Alto Risco,^(37,38) dos quais o Hospital de Base faz parte.

Em relação a recebimento de orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal, pelo teste qui-quadrado para amostras independentes não há evidência de diferença significativa ou heterogeneidade entre os grupos

(valor- $p=0,28$). Das 200 mães que participaram do estudo, 119 relataram ter recebido orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal, com uma estimativa de 59% (IC: 52 a 66%). Uma análise realizada com o teste exato para uma proporção mostra o recebimento de orientação sobre aleitamento materno no pré-natal para a maioria das mães (valor- $p=0,004$).

Toda gestante deve ser informada sobre os benefícios do leite materno para ela e para a criança⁽²⁾ e a educação e o preparo da mulher para a lactação durante o período pré natal contribui para o sucesso do aleitamento materno (AM), evitando-se o desmame precoce, devendo-se orientar as vantagens do leite materno (LM), desvantagens do uso de leites industrializados, técnica da amamentação, como superar dificuldades e soluções para problemas que possam vir a acontecer.⁽³¹⁾ Conforme o terceiro passo para o sucesso do aleitamento materno, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, informar todas as gestantes é um importante aspecto facilitador da amamentação.⁽¹⁹⁾

Uma comparação entre os quatro grupos de mães, relativa à participação ou não em grupos de gestantes pelo teste qui-quadrado para amostras independentes, indica evidências de não homogeneidade entre os grupos (valor- $p=0,027$), com o grupo I apresentando o menor número de mães que relataram ter participado em grupos de gestantes (24%; n:12). Das 200 mães da amostra estudada, 84 relataram ter participado de grupo de gestante, com uma estimativa relativa a participação em grupos de gestantes de 42% (IC35 a 49%). De acordo com a análise realizada com o teste exato para uma proporção, pode-se, portanto afirmar que uma minoria das mães participa de grupo de gestantes (valor- $p=0,014$).

O acompanhamento pré-natal, com reuniões em grupo nas salas de espera com gestantes e acompanhantes, para aconselhamento em amamentação entre outras ações, tem sido proposto pela OMS, UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), Ministério da Saúde (MS) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) entre outras entidades. A taxa e o tempo de duração aumentam quando a mulher recebe aconselhamento, pois este a ajuda a resolver problemas e contribui na sua decisão sobre a amamentação.⁽³⁹⁾

Intervenções antes da primeira mamada podem afetar um comportamento complexo como a amamentação e apesar de alguns obstáculos (ex. auto-estima da mãe), pode-se dar às mulheres uma melhor oportunidade. A decisão desta, em relação a amamentar e por quanto tempo, é afetada pela motivação, que é central para sua escolha. Depende ainda de crenças pessoais, suporte familiar e cultural, mas a educação é um componente básico, podendo desfazer mitos perpetuados pela sociedade, como o uso de mamadeira.⁽⁴⁰⁾

3.4. Parto

Em relação ao hospital de nascimento, das 200 mães, 151 tiveram seus bebês no Hospital de Base, com estimativa de 75% (IC: 69 a 81%). De acordo com a análise realizada com o teste exato para uma proporção, pode-se afirmar que a maioria das mães teve seus bebês no Hospital de Base (valor- $p < 0,0005$).

Em relação à cidade de nascimento, 169 das 200 mães tiveram seus bebês em São José do Rio Preto com estimativa de 85% (IC: 79 a 89%). De acordo com a análise realizada com o teste exato para uma proporção, pode-se afirmar que a maioria dos bebês nasceram em São José do Rio Preto (valor- $p < 0,0005$).

Uma comparação entre os grupos em relação ao tipo de parto pelo teste qui-quadrado para amostras independentes indicou não haver diferença significativa entre os grupos (valor- $p = 0,74$). Entretanto, há uma predominância do parto cesárea. Das 200 mães, 141 tiveram seus bebês com parto cesárea com uma estimativa de 70,5% de cesáreas na amostra (IC: 64 a 77%). Para a OMS, é aceitável até 15% de cesáreas. Entretanto, para um Centro de Referência, como o Hospital de Base, aceita-se até 40% de parto cesárea.⁽⁴¹⁾ O teste exato para uma proporção mostra uma frequência significativamente acima do preconizado (valor- $p < 0,0005$), mesmo para centros de referência.

Toda gestante tem direito a assistência ao parto e puerpério humanizados e seguros.⁽³⁶⁾ O parto deve ser visto como um processo natural e fisiológico, que normalmente, quando bem conduzido, não precisa de conduta intervencionista.⁽³⁷⁾ A mulher já deve ter sido informada no pré-natal para poder optar pelo parto normal, realizando cesárea apenas em casos onde realmente seja necessário o parto cirúrgico.⁽²⁾

A excessiva medicalização do parto é apontada como uma dos responsáveis pelas altas taxas de mortalidade infantil em vários países, pelo desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e pela redução de um evento social, cultural e de saúde, a um fenômeno patológico, médico e

fragmentado, levando a OMS a recomendar a retomada da humanização do parto e nascimento.⁽⁴²⁾ Estudos descrevem cesáreas^(17,43) como fator de risco para não iniciar a lactação ou interrompê-la nos primeiros dias. Hospitais cujo padrão de atendimento pós-operatório dificulte a primeira mamada, o alojamento conjunto e o aleitamento materno sob livre demanda podem ser a causa, assim como o tempo de hospitalização diferenciado em relação ao parto normal.⁽⁴⁴⁾

Uma comparação entre os bebês dos grupos em relação à duração da gestação (pelo teste qui-quadrado para amostras independentes), isto é, nascimento a termo (acima de 37 semanas) e pré-termo indicou (valor-p=0,40) não haver evidência de diferenças entre os grupos. Das 200 mães que participaram do estudo, 101 tiveram seus bebês pré-termo, demonstrando estimativa de 50,5% de bebês prematuros na amostra (IC: 43 a 57%). O teste exato para uma proporção mostra que em torno de 50% dos bebês são prematuros (valor-p=0,472). Este alto número de bebês prematuros pode estar associado ao fato do Hospital de Base ser Centro de Referência para gestações de risco.

A equipe responsável pela assistência ao recém nascido deve estar habilitada para promover garantia de acesso aos cuidados especializados e para a atenção ao recém nascido em risco.⁽³⁶⁾ O nascimento de um grande número de prematuros é causado pelo acompanhamento inadequado durante a gravidez⁽⁴⁵⁾ e no Brasil tem-se atribuído esse aumento ao elevado número de cesáreas.⁽⁴⁶⁾ Uma das preocupações de saúde pública atualmente é o aumento

dos nascimentos prematuros no mundo e sua crescente importância como causa de mortes infantis.⁽⁴⁷⁾

A ocorrência da primeira mamada na sala de parto, analisada pelo teste qui-quadrado para amostras independentes, não indicou diferença significativa entre os grupos (valor-p=0,25). Dos 200 bebês do estudo, 37 mamaram na sala de parto, com estimativa de 18% (IC: 13 a 25%). Pelo teste exato de uma proporção, pode-se afirmar que uma minoria dos bebês realiza a primeira mamada na primeira hora de vida (valor-p<0,0005).

A primeira mamada na sala de parto é vista como uma rotina facilitadora para aumentar a frequência e a duração do aleitamento materno^(48,49) e é o quarto passo para o sucesso do aleitamento materno da IHAC.⁽¹⁹⁾

Não há evidência de diferença significativa entre os grupos (teste qui-quadrado para amostras independentes) em relação a terem permanecido em alojamento conjunto (valor-p=0,51). Dentre os RNT (n:98), 86 permaneceram em alojamento conjunto, obtendo-se estimativa de 88% (IC: 80 a 94%). Pelo teste exato para uma proporção pode-se afirmar que a maioria dos bebês a termo fica em alojamento conjunto (valor-p=0,031).

Das 200 mães, 195 responderam à questão relativa a ter recebido orientação sobre aleitamento materno durante permanência no hospital ou na alta. Das que responderam, 158 relataram ter recebido orientação, com estimativa de 81% (IC: 75 a 86%). Pelo teste exato para uma proporção, pode-se afirmar que a maioria recebe orientação (valor-p<0,0005). Comparando os grupos pelo teste qui-quadrado para amostras independentes, não há diferença entre os mesmos (valor-p=0,96).

A permanência de mães e bebês em sistema de alojamento conjunto após o nascimento também é uma rotina hospitalar vista como facilitadora da amamentação, pois propicia a livre demanda (passo oito), promovendo o bem estar da mãe e do bebê e é o sétimo passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Uma vez perdida a oportunidade da orientação das mães quanto ao aleitamento materno durante o pré-natal, deve-se realizar este trabalho durante a internação na maternidade e receber orientação sobre o aleitamento, que é o terceiro passo e a permanência da mãe durante a internação do bebê, que tem relação com o quinto passo, são rotinas que se não adotadas pelo hospital, estão sendo prejudiciais ao início da amamentação, podendo levar a sua não efetuação ou ao desmame precoce.^(19,49)

Estudo realizado em Porto Alegre revela que orientações dadas às mães na maternidade, após o nascimento da criança, aumentaram o conhecimento materno sobre a amamentação, e conseqüentemente a prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida.⁽⁵⁰⁾

Uma comparação entre os grupos, utilizando o teste qui-quadrado para amostras independentes em relação a permanência no hospital após o nascimento não indicou diferença significativa entre os grupos (valor-p=0,06). Das 200 mães, 128 ficaram mais que dois dias no hospital e a estimativa é de 64% (IC: 57 a 71%). Pelo teste exato para uma proporção, pode-se afirmar que a maioria dos bebês e suas mães ficam mais que dois dias internados após o parto (valor-p<0,05).

Uma comparação entre ficar ou não mais que dois dias no hospital e o tipo de parto (normal ou cesárea) foi realizada. Das 141 mães que realizaram

cesárea, 108 ficaram mais que dois dias internadas, dado que fornece uma estimativa de 76% (IC: 69 a 83%) de permanência superior a dois dias para mães que realizaram parto cesárea. Das 59 mães que fizeram parto normal, 29 ficaram mais que dois dias no hospital, com uma estimativa de 49% (IC: 36 a 63%). Há evidências que a maioria dos bebês que nascem por cesáreas ficam mais que dois dias internados pelo teste para duas proporções com aproximação normal (valor- $p < 0,0005$).

Uma comparação entre os grupos em relação á permanência da mãe no hospital após o nascimento, (teste qui-quadrado para amostras independentes) não indica diferença significativa entre os grupos (valor- $p = 0,99$). Dos 101 RNPT, 99 mães responderam à questão relativa a ter permanecido com o bebê durante a internação. Destes, 60 mães permaneceram com seus bebês durante a internação. A estimativa é de 61% (IC: 50 a 70%). Pode-se afirmar pelo teste exato para uma proporção que a maioria das mães de bebês prematuros permanecem no hospital durante a internação do bebê (valor- $p = 0,022$).

A utilização do uso do leite materno na alimentação do recém-nascido pré-termo aproximou a mãe da Unidade Neo-Natal fazendo com que estas participem ativamente da alimentação do bebê, mesmo nas fases em que ele não esta sendo alimentado ao seio. Este estímulo é positivo a manutenção da lactação e importante para o recém-nascido pré-termo que está sujeito ao desmame precoce devido a própria prematuridade e condições de nascimento.⁽⁵¹⁾

Utilizando o teste qui-quadrado para amostras independentes, não há evidência de diferença significativa entre os grupos em relação ao uso de mamadeira durante a internação (valor-p=0,35). Entretanto, há uma diferença no uso de mamadeira entre o RNPT e RNT. Dos 99 RNT, cinco utilizaram mamadeira durante a internação, com estimativa de 5% (IC: 2 a 11%). Dos 101 RNPT, 16 utilizaram mamadeira durante a internação com estimativa de 16% (IC: 9 a 24%). Pelo teste para duas proporções com aproximação normal, há evidência de diferença para o uso de mamadeira entre os RNT e RNPT, com uso de mamadeira mais freqüente para os RNPT (valor-p=0,006).

Em relação ao aleitamento materno exclusivo ao nascimento, pelo teste qui-quadrado para amostras independentes, há evidência de diferença entre os grupos (valor-p=0,019), com o grupo II apresentando uma freqüência menor de aleitamento materno exclusivo. Dos 99 RNT, 66 receberam aleitamento materno exclusivo, com uma estimativa de 67% (IC: 56 a 76%). Dos 101 RNPT, 34 receberam aleitamento materno exclusivo durante a internação, com uma estimativa de 34% (IC: 25 a 44%). Pelo teste exato para uma proporção, há evidências que entre os RNPT, uma minoria recebe aleitamento materno exclusivo (valor-p=0,001), enquanto que entre os RNT uma maioria recebe aleitamento materno exclusivo (valor-p=0,001). Pelo teste exato para duas proporções com aproximação normal, há evidências de diferença significativa entre RNT e RNPT (valor-p<0,005), com os RNT recebendo mais aleitamento materno exclusivo.

O leite humano é a melhor nutrição e propicia a proteção imunológica e psicológica para o recém nascido. Estas qualidades adquirem maior

importância em se tratando de recém nascido pré-termo, por sua maior vulnerabilidade,⁽⁷⁾ sendo reforçado pelo passo seis da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que recomenda que nenhum alimento deve ser dado ao bebê além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.⁽¹⁹⁾

O uso da mamadeira é um fator que pode gerar disfunção oral, fenômeno denominado “confusão de bicos”. Quando ocorre o contato precoce do recém nascido com bicos artificiais, pode haver desmame precoce,⁽⁵²⁾ justificando a recomendação (passo nove) da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, contrária ao uso de bicos artificiais.⁽¹⁹⁾

Entretanto, não basta a mulher estar informada sobre as vantagens do aleitamento materno e optar por esta prática. Para levar adiante sua opção, precisa estar inserida em um ambiente favorável à amamentação e contar com o apoio de profissionais habilitados para manejar adequadamente as inúmeras situações que possam servir de obstáculo à amamentação bem sucedida.⁽⁴⁰⁾ A realização de grupos de sala de espera, antes das consultas, oferece às mães importantes informações, dando-lhes tranquilidade e aumentando sua auto confiança.⁽³⁹⁾ O Ambulatório de Pediatria do Hospital de Base possui um grupo multidisciplinar, diariamente com essa intenção, e que aborda o último dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno sugerido pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança – encorajar formação de grupos de apoio à amamentação.⁽¹⁹⁾

3.5. Condições de alimentação dos bebês nas últimas 24 horas

A OMS recomenda que os bebês recebam aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, alimentação complementar em adição ao

aleitamento materno em tempo oportuno, com a manutenção do aleitamento até um ano e preferencialmente até dois anos de idade ou mais.^(10,11)

As práticas apropriadas de amamentação são de fundamental importância para o crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição das crianças, por isso a duração ótima do aleitamento materno exclusivo é uma preocupação da OMS. No início de 2000, especialistas realizaram uma revisão sistemática solicitada pela OMS⁽¹⁰⁾ para dar subsídios a recomendação de aleitamento exclusivo até os seis meses (até então o aleitamento exclusivo era recomendado até quatro a seis meses). Essa revisão foi relatada em março de 2001⁽¹¹⁾ e aprovada como resolução 54.2 em maio de 2001. A partir desta data, a OMS passou a recomendar o aleitamento materno exclusivo até seis meses e continuado com alimentação complementar até o segundo ano de vida ou mais, pois nenhuma deficiência foi demonstrada em termos de crescimento, situação de ferro, morbidade, doenças atópicas, desenvolvimento motor em crianças de países desenvolvidos ou em desenvolvimento quando realizada a amamentação exclusiva até os seis meses, comparada com até quatro meses.

Uma análise da alimentação dos grupos estudados foi comparada às recomendações da OMS. O teste exato para uma proporção foi utilizado para analisar os elementos da alimentação recebida pelos bebês nas últimas 24 horas (Tabela 3).

Tabela 3. Condições de alimentação nas últimas 24 horas: estimativa de recebimento de alimentos.

Alimento	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Leite materno	90% (IC: 78 a 96%)	54% (IC: 39 a 68%)	30% (IC: 18 a 45%)	32% (IC: 19 a 47%)
Vitaminas, suplementos minerais, xaropes	54% (IC: 39 a 68%)	80% (IC: 66 a 89%)	80% (IC: 66 a 89%)	64% (IC: 49 a 77%)
Água pura	34% (IC: 21 a 49%)	100% (IC: 93 a 100%)	100% (IC: 93 a 100%)	100% (IC: 93 a 100%)
Água adoçada	0% (IC: 0 a 7%)	2% (IC: 0,5 a 11%)	0% (IC: 0 a 7%)	0% (IC: 0 a 7%)
Chá	16% (IC: 7 a 29%)	12% (IC: 5 a 24%)	18% (IC: 8 a 31%)	14% (IC: 6 a 27%)
Suco de frutas	2% (IC: 0,5 a 11%)	70% (IC: 55 a 82%)	76% (IC: 62 a 87%)	82% (IC: 69 a 91%)
Soro hidratante	10% (IC: 3 a 22%)	0% (IC: 0 a 7%)	2% (IC: 0,5 a 10%)	2% (IC: 0,5 a 11%)
Fórmula infantil	30% (IC: 18 a 45%)	12% (IC: 5 a 24%)	10% (IC: 3 a 22%)	0% (IC: 0 a 7%)
Leite de vaca	8% (IC: 2 a 19%)	50% (IC: 36 a 64%)	74% (IC: 60 a 85%)	88% (IC: 76 a 95%)
Papas	6% (IC: 1 a 16%)	92% (IC: 80 a 98%)	98% (IC: 89 a 100%)	100% (IC: 93 a 100%)
Uso de mamadeira	44% (IC: 30 a 59%)	68% (IC: 53 a 80%)	88% (IC: 76 a 95%)	74% (IC: 60 a 85%)

3.6. Leite materno

O leite materno é um importante componente da alimentação infantil, capaz de sozinho nutrir adequadamente as crianças nos primeiros seis meses de vida, devendo ser complementado com outros alimentos a partir desta idade.⁽⁵³⁾

Embora os bebês de todos os grupos devessem manter o aleitamento materno até os dois anos de idade, uma comparação entre os quatro grupos (teste qui-quadrado para amostras independentes) mostra evidências de diferenças entre os grupos (valor- $p < 0,00005$), com o aleitamento materno diminuindo com o aumento da idade das crianças.

3.7. Vitaminas, suplementos minerais em gotas ou xarope

A partir dos seis meses de vida, as reservas hepáticas de ferro no bebê vão se esgotando e as necessidades de ferro precisam então ser supridas pela introdução da alimentação complementar. O RNPT e baixo peso nascem com uma reserva menor de ferro e por isso devem receber suplementação antes dos seis meses.⁽⁵³⁾

A Tabela 3 indica a estimativa de cada um dos grupos estar recebendo vitaminas, suplementos minerais em gotas ou xaropes.

O Departamento Científico de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que seja ministrado ferro profilaticamente, na dose de 1 mg/Kg/dia, para o RNT dos seis aos 24 meses. Para o RNPT, a partir do

trigésimo dia, 2 mg/Kg/dia durante dois meses e, após esse período, a mesma dose, ministrada para o RNT.⁽⁵³⁾

A criança que recebe leite materno exclusivo não necessita suplementação de vitaminas, a não ser de vitamina K, que é administrada de rotina nas maternidades. Em algumas situações a suplementação de vitaminas é necessária e recomendada pelo Ministério da Saúde e Departamento Científico de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria, como em áreas de alta prevalência de deficiência de vitamina A, bem como em áreas onde a exposição solar é inadequada é necessária a suplementação de vitamina D.⁽⁵³⁾

3.8. Água pura

O grupo I deveria estar em aleitamento materno exclusivo. Entretanto, com 34% dos bebês recebendo água, o aleitamento materno torna-se predominante, não mais exclusivo. Os demais grupos poderiam e deveriam estar recebendo água, junto com outros alimentos. Das cinquenta crianças do grupo I, dezessete (34% - IC: 21 a 49%) receberam água, podendo-se afirmar que uma minoria usa água em sua alimentação pelo teste exato para uma proporção (valor-p=0,017).

3.9. Água adoçada

A estimativa de receber água adoçada para os grupos I, III e IV é zero (IC: 0 a 7%) e para o grupo II é 2% (IC: 0,5 a 11%). Pelo teste exato para uma proporção, uma minoria recebe água adoçada (valor- $p < 0,0005$).

No grupo I não houve uso de água adoçada, sendo que esta substância não interferiu com o aleitamento materno exclusivo até quatro meses.

3.10. Chá

No grupo I, 16% dos bebês receberam chá nas últimas vinte e quatro horas, podendo-se afirmar pelo teste exato para uma proporção que uma minoria recebeu chá (valor- $p < 0,0005$). Embora a minoria tenha recebido chá, crianças que recebem chá nos primeiros quatro meses de vida deixam de ser amamentadas exclusivamente.

3.11. Suco de frutas

No grupo I, um (2%) dos bebês recebeu suco de frutas, podendo-se afirmar pelo teste exato para uma proporção que uma minoria dos bebês de zero a quatro meses utiliza suco de frutas na sua alimentação (valor- $p < 0,0005$), não recebendo o aleitamento materno exclusivo e sim predominante.

O leite materno é um alimento completo nos primeiros seis meses, fornecendo água, fatores de proteção, é isento de contaminação e

perfeitamente adaptado ao metabolismo da criança. A complementação com água, pura ou adoçada, chá, suco de frutas e soro hidratante é desnecessária, diminui o efeito protetor do leite materno, prejudica a absorção de nutrientes como o ferro e o zinco e diminui a duração da amamentação.⁽⁹⁾

3.12.Fórmula infantil

A fórmula infantil é o leite em pó modificado de acordo com as recomendações do Codex Alimentarius⁽⁵⁴⁾ e é recomendado para crianças abaixo de um ano, na impossibilidade de receberem o leite materno, pelo Departamento de Gastroenterologia da SBP desde 2003.⁽⁵⁴⁾

Para substituir o leite materno ou complementá-lo, 30% das mães iniciam o uso de fórmula infantil, mas há evidência de uma queda (teste qui-quadrado para amostras independentes) (valor-p=0,012) no uso de fórmula de um grupo para outro, com uma estimativa de 18% (IC: 2 a 36%) de variação da queda.

3.13.Leite de Vaca

Para substituir o leite materno ou complementá-lo, 8% das mães iniciam o uso de leite de vaca integral, mas há evidências (teste qui-quadrado para amostras independentes) que o consumo de leite de vaca aumenta de um grupo para outro (valor-p<0,00005).

O Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria recomenda que o leite de vaca não modificado, cru ou puro, não deve ser oferecido para

crianças menores de um ano de idade, pois não tem quantidade de ferro necessária para suprir necessidades destes lactentes e predispõe ao sangramento intestinal levando a perda sangüínea fecal e deficiência de ferro. Além disso, contém excesso de proteínas que prejudicam a digestão e déficit de gorduras, com presença de gordura saturada, excesso de sais e fósforo.⁽⁵³⁾

3.14.Papas

No grupo I, 6% dos bebês receberam papas, sendo que a introdução do alimento complementar só deveria ocorrer após seis meses, segundo a OMS. Pelo teste exato para uma proporção, pode-se afirmar que uma minoria dos bebês do grupo I recebe papas (valor- $p < 0,0005$).

A Alimentação Complementar adequada e oferecida em tempo oportuno é fundamental para promover o crescimento e prevenir a morbimortalidade na infância. É definida como a alimentação fornecida no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança em adição ao leite materno. Podem ser preparados especialmente para a criança ou ser o mesmo alimento da família. Devem ser na quantidade adequada para suprir as necessidades nutricionais, não exceder a capacidade funcional do trato gastroentestinal e rins e proteger as vias aéreas da criança contra aspiração, sendo preparados e armazenados com cuidados de higiene adequados.⁽⁵³⁾

A introdução precoce da alimentação complementar pode aumentar a morbimortalidade por causas infecciosas devido a menor ingestão de fatores de proteção do leite materno e maior chance de contaminação destes

alimentos. Sob o ponto de vista nutricional, além de substituir parte do leite materno, interfere na absorção de nutrientes importantes do leite materno como o ferro e o zinco. A introdução tardia também é desfavorável, pois o crescimento da criança se lentifica e há um aumentado risco de desnutrição e deficiência de micronutrientes.⁽⁵³⁾

3.15.Soro hidratante

Chama a atenção o uso de soro hidratante oral para o grupo I, bebês em aleitamento Materno predominante. Sugere a ocorrência de diarreia nesse grupo, pois o uso do soro hidratante está indicado diante de um quadro diarreico, para evitar a desidratação do bebê.

3.16.Outros alimentos

Apenas no grupo I não foram oferecidos outros alimentos aos bebês. A partir dos seis meses de idade, entretanto, houve introdução de alimentos não recomendados para bebês com idade inferior a um ano, como bolachas, vitaminas de frutas, “danone”, leite de soja. Para bebês com idade acima de um ano, as mães ofereceram como alimento bolachas, vitaminas de frutas, “danone”, pão, doces, salgadinhos, refrigerantes e leite de soja.

3.17.Uso de mamadeira

Comparando os quatro grupos (teste qui-quadrado para amostras independentes), há diferenças entre eles (valor-p=0,0001), sendo que no grupo I se utilizou menos mamadeira.

A mamadeira foi utilizada para fornecer leite, chá, água, suco, fórmula, vitamina de frutas, leite de soja e até guaraná.

Ao utilizar a mamadeira, devem ser evitadas bebidas açucaradas (ex.. refrigerante), que acarretam a diminuição do apetite para alimentos nutritivos e causam fezes amolecidas. Além disso, o chá pode interferir na absorção de ferro da alimentação.^(9,53)

Além dos alimentos oferecidos por meio da mamadeira não serem nutricionalmente adequados, a mamadeira é fonte de contaminação e diminui o tempo de sucção das mamas, interferindo com a amamentação sobre livre demanda e alterando a dinâmica oral, podendo levar ao desmame precoce.⁽⁹⁾

3.18.Taxas de aleitamento materno e uso de mamadeira para crianças com menos de um ano

As taxas de aleitamento foram calculadas de acordo com os critérios da OMS, assim como foi avaliado o uso da mamadeira para crianças com menos de um ano (Tabela 4).

Tabela 4. Taxas de aleitamento materno para os grupos de bebês e uso de mamadeira para menores de um ano.

<p>Grupo I n = 50</p>	<p>Aleitamento materno exclusivo 40% (IC: 26 a 55%) RNT 37% (IC:19 a 59%) RNPT 42% (IC:23 a 63%) RNT X RNPT p=0,73</p> <p>Aleitamento materno predominante 28% (IC:16 a 42%) RNT 46% (IC:26 a 67%) RNPT 12% (IC:2 a 30%) RNT X RNPT p=0,002*</p>
<p>Grupo II n = 50</p>	<p>Aleitamento materno com alimentação complementar oportuna 46% (IC:32 a 61%) RNT 50% (IC:27 a 73%) RNPT 43% (IC:25 a 63%) RNT X RNPT p=0,64</p>
<p>Grupo III n = 50</p>	<p>Aleitamento materno continuado até um ano 30% (IC:18 a 45%) RNT 20% (IC:7 a 41%) RNPT 40% (IC:21 a 61%) RNT X RNPT p=0,11</p>
<p>Grupo IV n = 50</p>	<p>Aleitamento materno continuado até dois anos 32% (IC:20 a 47%) RNT 40% (IC:23 a 59%) RNPT 20% (IC:6 a 44%) RNT X RNPT p=0,22</p>
<p>Alimentação por mamadeira para crianças com menos de um ano</p>	<p>57% (IC:47 a 67%) RNT 57% (IC:41 a 72%) RNPT 57% (IC:43 a 72%) RNT X RNPT p=0,97</p>

*p<0,05

Quando foi realizada a comparação da alimentação entre os RNT e os RNPT para os diferentes grupos, a única diferença significativa encontrada,

(teste exato de Fisher) é para o aleitamento materno predominante no Grupo I (valor- $p=0,002$), para os RNT.

3.19.Duração da amamentação

Foi calculada a média (e desvio padrão) de dias de amamentação (tempo de amamentação) para cada grupo. Para o grupo I foi calculado a média de amamentação e também da amamentação exclusiva.

Grupo I: média de amamentação de 67 dias (dp:34) de duração do aleitamento materno (mínimo de seis dias e máximo de 119 dias). Para o aleitamento materno não exclusivo a média foi de 73 dias (dp:35) e para o aleitamento materno exclusivo a média foi de 57 dias (dp:35). Pelo teste t não há evidência de diferença entre as médias de tempo segundo exclusivo ou não (valor- $p=0,11$). Para o grupo II a média de duração do aleitamento materno foi de 250 dias (dp:32). Para o grupo III foi de 418 dias (dp:37) e para o grupo IV foi de 666 dias (dp:40).

4. CONCLUSÕES

4. CONCLUSÕES

- A maioria das mães que participaram do estudo são adultas, possuem parceiro, são alfabetizadas, com escolaridade inferior ao primeiro grau completo. A minoria trabalha ou exerce função fora do lar.
- Para as mães do grupo I (bebês menores de quatro meses) não há diferença significativa entre estar ou não amamentando em função da licença gestante.
- A maioria das mães relata ter realizado pré-natal e ter recebido orientação sobre aleitamento materno neste período. A minoria relata ter participado de grupo de gestantes.
- A maioria dos bebês nasceu no Hospital de Base, em São José do Rio Preto.
- Há predominância do parto cesárea, acima do preconizado, mesmo para Centros de Referência, como é o caso do Hospital de Base.
- Houve um equilíbrio nos grupos de bebês em relação ao número de nascidos à termo e pré-termo.
- A minoria dos bebês realizou a primeira mamada na sala de parto e a maioria dos recém-nascidos à termo permaneceu em alojamento conjunto.
- A maioria das mães relata ter recebido orientação sobre aleitamento materno durante a permanência no hospital.
- A maioria dos bebês e suas mães permaneceram mais que dois dias internados após o parto e a maioria das mães que realizaram parto cesárea permaneceram no hospital por período superior a dois dias.

- A maioria das mães de bebês prematuros permaneceram no hospital durante a internação do bebê.
- Não há diferença em relação ao uso de mamadeira entre os grupos de bebês durante a internação. Entretanto, os bebês nascidos pré-termo utilizaram mamadeira com maior frequência durante a internação.
- O grupo II (bebês com idade entre seis meses e menores de 10 meses) recebeu aleitamento materno exclusivo com menor frequência, quando comparado aos outros grupos.
- Entre os RNPT, uma minoria recebe aleitamento materno exclusivo, enquanto que entre os RNT uma maioria recebe aleitamento materno exclusivo.
- O aleitamento materno diminui com o aumento da idade das crianças.
- Bebês de todos os grupos recebem vitaminas e suplementos minerais.
- O grupo I, que deveria receber aleitamento materno exclusivo, possui bebês recebendo água pura, chá, suco de frutas, soro hidratante, fórmula, leite de vaca e papas. Há introdução precoce e inadequada da alimentação complementar para os bebês.
- O consumo de leite de vaca integral aumenta com a idade da criança e o uso de fórmula diminui.
- As taxas de aleitamento materno estão abaixo do esperado para todos os grupos.
- O grupo I utilizou mamadeira com menor frequência na sua alimentação e esta foi utilizada em metade das crianças abaixo de um ano. A mamadeira

foi utilizada para fornecer leite, chá, água, suco, fórmula, vitamina de frutas, leite de soja e refrigerante.

As características dos grupos de mães e crianças foram quase homogêneas; ambos seguiam parcialmente rotinas facilitadoras da amamentação. O aleitamento materno diminui com o aumento da idade, havendo a introdução precoce de líquidos e alimentação complementar. O padrão alimentar dos bebês a termo e prematuros foi semelhante.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei Federal nº 8069 de 13/07/1990.
2. UNICEF. Relatório Mundial da UNICEF. Situação da infância 2001. www.unicef.org/brazil.
3. Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: Realidade e desafios. J Pediatr 2005;81 Supl 1:S111-118.
4. Araújo BF, Bozetti MC, Tanaka ACA. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. J Pediatr 2000; 76(3):200-206.
5. Sakae PPO, Costa MTZ, Vaz FAC. Cuidados perinatais humanizados e o aleitamento materno promovendo a redução da mortalidade infantil. Pediatria SP 2001; 23(2):179-187.
6. Silva GAP, Lira PIC, Lima MC. Fatores de risco para doença diarreica no lactente: um estudo caso-controle. Cad Saúde Públ 2004; 20(2):589-595.
7. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: Manejo Clínico Hospitalar. J Pediatr 2004;80 Supl 5:S136-172.

8. Araújo MFM. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: Carvalho MR, Tamez RN, editores. Amamentação. Bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p.1-10.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. Kramer MS, Kakuma R. World Health Organization: The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. Geneva; 2000.
11. World Health Organization. Report of the Expert Consultation on Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva; 2001.
12. Rea MF. Reflexões sobre amamentação no Brasil: De como passamos a 10 meses de duração. Cad Saúde Públ 2003;19 Supl 1:109-118.
13. Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: Carvalho MR, Tamez RN, editores. Amamentação. Bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p. 11-24.
14. Feachem RG, Koblinsky MA. Interventions for the controls of diarrhoea diseases among young children: Promotion of breastfeeding. Bull World Health Org1984; 62:271-291.

15. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, *et al.* Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2:319-321.
16. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília. Ministério da Saúde; 2001.
17. Figueiredo MG, Satorelli DS, Zan TAB, Garcia E, Silva LC, Carvalho FLP, *et al.* Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Públ* 2004;20(1):172-179.
18. Santiago LB, Betiol H, Barbieri MA, Gutierrez MRP, Del Ciampo LA. Incentivo ao Aleitamento Materno: A importância do pediatra com treinamento específico. *J Pediatr* 2003;79(6):504-512.
19. Lamounier JA. Promoção e Incentivo ao Aleitamento Materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr* 1996;72(6):363-368.
20. World Health Organization. Indicators for assessing breast-feeding practices. Geneva; 1991.
21. Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saúde Públ* 2004;38(1):85-92.

22. Moraes MS, Andréa MA, Yagi RGR. A expectativa de amamentar: da intenção à prática. *Arq Ciênc Saúde* 2004; 11(3):149-53.
23. Amador M, Hermeto MP, Canetti JE, Consuegra E. Adolescent mothers: Do they breastfeed less? *Acta Paediatr Hung* 1992; 32:269-285.
24. Gigante DP, Victora CG, Gonçalves H, Lima RC, Barros FC, Rasmunen KM. Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in Southern Brazil. *Rev Panam Salud Públ* 2004;16(1):1-10.
25. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, *et al.* Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saúde Públ* 2000; 34(2):143-148.
26. Silva GAP, Lira PIC, Lima MC. Fatores de risco para doença diarréica no lactente: Um estudo caso controle. *Cad Saúde Públ* 2004; 20(2):589-595.
27. Giugliani ERJ, Lopes FA. Uma atualização em nutrição infantil [editorial]. *J Pediatr* 2000;76 Supl 3:S227-228.
28. Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J Pediatr* 2000;76 Supl 3:S229-237.

29. Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. Aleitamento materno. In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN, editores. Puericultura: princípios e práticas: atenção integral a saúde da criança. São Paulo: Atheneu; 2000. p.29-38.
30. Andrade IGM, Taddei JAAC. Determinantes sócio-econômicos culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. Rev Paulista de Pediatr 2002; 20(1):8-18.
31. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. J Pediatr 2000; 74 Supl 3:S238-S252.
32. Heck R. Programa SENAC-SP de promoção do aleitamento materno, Capacitação de multiplicadores 2002 Anexo 2: Proteção legal ao aleitamento materno e ao direito de amamentar e de ser amamentado.
33. Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Nutrição maternal e duração da amamentação em uma coorte de nascimento em Pelotas, RS. Rev Saúde Públ 2000; 34(3):259-265.
34. Gouvêa LC, Eyama APM, Castro AG, Sakamiti GMK, Gimenes ML, Yamashita MC, *et al.* Análise da situação do aleitamento materno na população da região sul de São Paulo. Rev Paul Pediatr 2002;20(6):267-274.

35. DATASUS. Situação da saúde da criança brasileira.
<http://tabnet.datasus.gov.br>
36. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. Normas e manuais técnicos. Brasília; 2000.
37. Ministério da Saúde. Programa de humanização do parto – Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília 2000.<http://monografiasms.brs.br>.
38. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização Assistência Hospitalar. <http://portalsaude.gov.br/saude>.
39. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. J Pediatr 2004; 80 Supl 5:126-130.
40. Heinig MJ, Farley K. Development of effective strategies to support breastfeeding [editorial]. J Hum Lact 2001;17:4.
41. Victora CG. Intervenções para Reduzir a Mortalidade Infantil Pré-escolar e Materna no Brasil. Rev Bras Epidemiol 2001;4(1):3-69.
42. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad Saúde Públ 2003; 19 Supl 2:419-427.

43. Victora CG, Huttly SRA, Barros FC, Vaughan JP. Cesarean section and duration of breastfeeding among Brazilian. *Arch Dis Child* 1990; 65:632-634.
44. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme tipo de parto: Estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev Saúde Publ* 1998; 32(3):225-231.
45. Barros FC, Diaz-Rossello JL. Redes multicêntricas e a qualidade da atenção neonatal. *J Pediatr* 2004; 80(4):254-256.
46. Horta BL, Barros FC, Halpern R, Victora CG. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no sul do Brasil. *Cad Saúde Públ* 1996; 12 Supl 1:27-31.
47. Bettiol H, Roma RJ, Chinn S, Goldani M, Barbieri MA. Factors Associated with preterm births in Southeast Brazil: A comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediat Perinat Epidemiol* 2000;14:30-38.
48. Carvalhaes MABL, Correia CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno. *Jornal Ped.* 2003;73(1):13-20.
49. Venâncio SI. Dificuldades para estabelecimento da amamentação: O papel das práticas assistências nas maternidades [editorial]. *J Pediatr* 2003;79(1):1-2.

50. Susin LRO, Giugliani ERS, Kummer SC, Maciel M, Benjamin ACW, Machado DB, *et al.* Uma estratégia que aumenta conhecimentos em aleitamento materno e melhora taxas de amamentação. *J Pediatr* 1998;74(5):368-375.
51. Martinez FE, Camelo Júnior JS. Alimentação do recém-nascido pré-termo. *J Pediatr* 2001; 77 Supl 1:S32-S40.
52. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J Pediatr* 2004; 80 Supl 5:155-162.
53. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr* 2004; 80 Supl 5:131-141.
54. Joint FAO/WHO. Codex Alimentarius Commission. Food Standards Programme. Codex Standard for Follow Up Formulae (Codex Stan 156-1987). In: Codex Alimentarius. 2ed. FAO/WHO: Rome; 1994.
55. Departamento de Gastroenterologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Reflexões sobre o consumo de leite de vaca integral pelo lactente. Documento científico. Março 2003.

6. APÊNDICE

6. APÊNDICES

Apêndice 1. Aprovação do Protocolo de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
AUTARQUIA ESTADUAL - LEI Nº 8899, de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179, de 14/06/74)

Parecer n.º 083/2003

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 3509/2003 sob a responsabilidade de Rosicler Garcia Rodrigues Yagi, com o título "Aleitamento materno: avaliação da alimentação de bebês a termo e prematuros de 0 a 2 anos atendidos em um hospital escola" está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 09 de junho de 2003.


Prof.ª Dr.ª Patrícia Maluf Cury
Coordenadora do CEP/FAMERP

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 - Cep 15.090-000 Fone: (017) 210 - 5700
Fax : 227-6201- São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil.

Esclarecimentos fornecidos às mães acerca do estudo

A amamentação é um importante fator de proteção contra doenças, sendo, portanto de grande importância identificar se está ocorrendo e fatores que contribuem para isso. A presente pesquisa tem como objetivo identificar a situação do aleitamento materno em bebês prematuros e a termo, atendidos no Ambulatório de Pediatria do Hospital de Base.

Para participar da pesquisa você responderá a um questionário baseado nos indicadores propostos pela Organização Mundial de Saúde, sobre como ocorre a alimentação do seu bebê.

Os riscos para as participantes são mínimos e incluem possibilidade de experimentar sentimentos de ansiedade frente à dificuldade em fornecer alimentação adequada aos bebês. Neste caso, você receberá orientações em relação às suas necessidades.

Caso não deseje participar do estudo não haverá nenhum prejuízo no atendimento ao seu bebê. Caso esteja participando e deseje interromper sua participação a qualquer momento, também não haverá prejuízo algum em relação ao atendimento. No decorrer da pesquisa você poderá solicitar esclarecimentos sobre a forma de aplicação do questionário, riscos, benefícios ou outros assuntos.

Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados para apresentação em eventos científicos e publicações em revistas especializadas, mas sua identidade será sempre preservada.

Declaração

Declaro que após ter sido esclarecido pela pesquisadora, consinto em participar desta pesquisa em questão, por livre vontade.

São José do Rio Preto,/...../ 200.....

Assinatura do (a) paciente

Assinatura do pesquisador

NOTA: ESTE TERMO DEVERÁ SER ELABORADO EM DUAS VIAS, FICANDO UMA VIA EM PODER DA PACIENTE E OUTRA COM O PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO.

Apêndice 3. Questionário utilizado na pesquisa, para mães de crianças abaixo de 02 anos.

QUESTIONÁRIO PARA MÃES DE CRIANÇAS ABAIXO DE 02 ANOS

1º Grupo: 0 a 4 meses

() 1º mês () 2º mês () 3º mês () 4º mês

2º Grupo: 6 a 9 meses

() 6º mês () 7º mês () 8º mês () 9º mês

3º Grupo: 12 a 15 meses

() 12º mês () 13º mês () 14º mês () 15º mês

4º Grupo: 20 a 23 meses

() 20º mês () 21º mês () 22º mês () 23º mês

DATA: ___/___/___

DADOS DA MÃE:

NOME:

RG:

IDADE:

ESTADO CIVIL:

SABE LER E ESCREVER () S () N

ESTÁ ESTUDANDO () S () N

ATÉ QUE SÉRIE ESTUDOU: SÉRIE: GRAU:

TRABALHA FORA DE CASA () S () N

PROFISSÃO:

LICENÇA GESTANTE () S () N

DADOS DO BEBÊ:

NOME: _____ **DATA DE NASCIMENTO:**
___/___/___

LOCAL DE NASCIMENTO: CIDADE: _____ HOSPITAL: _____

FEZ PRÉ-NATAL ()S ()N

RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO NO PRÉ-NATAL:

()S ()N

PARTICIPOU DE GRUPOS DE GESTANTES ()S ()N

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO:

TIPO DE PARTO: () NORMAL () CESAREA

IDADE GESTACIONAL: () PREMATURO () A TERMO

PRIMEIRA MAMADA NA SALA DE PARTO: ()S ()N

FICOU EM ALOJAMENTO CONJUNTO: ()S ()N

RECEBEU ORIENTAÇÃO E/OU AJUDA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

DURANTE A PERMANÊNCIA NO HOSPITAL OU NO MOMENTO DA ALTA

()S ()N

FICOU NO HOSPITAL APÓS NASCIMENTO: ()S ()N

_____DIAS

MAE FICOU COM O BEBE DURANTE INTERNAÇÃO: ()S ()N

COMO FOI ALIMENTADO: () MAMADEIRA () COPO () A. M.

CONDIÇÕES DE ALIMENTAÇÃO:

- DESDE ONTEM DE MANHA ATE HOJE DE MANHA:

() SEU FILHO FOI AMAMENTADO () S () N QTAS VEZES:

() RECEBEU ALGUMAS DESTAS SUBSTÂNCIAS:

VITAMINAS, SUPLEMENTOS MINERAIS, REMEDIOS () S () N

AGUA PURA () S () N

AGUA ADOCADA () S () N

CHAS () S () N

SUCOS DE FRUTAS () S () N

FORMULA INFANTIL: () S () N

LEITE DE VACA FRESCO OU EM PO: () S () N

ALIMENTO SOLIDO OU SEMI SOLIDO (comidas e papas) () S () N

SORO HIDRATANTE: () S () N

OUTROS:

- RECEBEU ALGO EM MAMADEIRA () S – descreva _____ () N