

Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia

Breast feeding and weaning associated factors, Feira de Santana, Bahia

Graciete Oliveira Vieira ¹

João Aprígio Guerra de Almeida ²

Luciana Rodrigues Silva ³

Vilma Alves Cabral ⁴

Pedro Vieira Santana Netto ⁵

¹ Departamento de Ciências Biológicas. Universidade Estadual de Feira de Santana. Campus Universitário. BR 116, Km. 3.

Feira de Santana, BA, Brasil. CEP: 44.031.460. <http://www.uefs.br>

² Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano.

Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz.

Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas.

Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

⁴ Fundo das Nações Unidas para a Infância. Salvador, BA, Brasil.

⁵ Curso de Medicina. Universidade de Ribeirão Preto.

Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Abstract

Objectives: to determine breast feeding prevalence and weaning associated factors in under one year old children in Feira de Santana in 2001.

Methods: cross sectional study with the use of questionnaires addressing 2319 mothers in 44 vaccination facilities; (71%) selected by simple stratification. Prevalence ratio was calculated with the following parameters: $p \leq 0.05$ considered significant with interval at 95%.

Results: breast feeding prevalence was 69.2% for under one year old children. Exclusive breast feeding was higher for children not using pacifiers (49.4%) who had been breast-fed in the first days of life (40.4%). Statistically significant variables with higher breast feeding chances were: babies who were breast-fed in the first day of life ($p < 0.001$), mothers who were housewives ($p < 0.001$), lower family income ($p < 0.001$), multiparous mothers ($p = 0.03$) and children not using pacifiers ($p = 0.000$).

Conclusions: assistance activities to prevent weaning should especially focus on mothers holding jobs away from home, those with higher family incomes and who are primiparous. As for the children the focus should be on the ones not breast-fed in the first day of life and/or using pacifiers.

Key words *Breast feeding, Epidemiologic factors, Weaning*

Resumo

Objetivos: conhecer a prevalência do aleitamento materno e os fatores associados ao desmame das crianças menores de um ano, em Feira de Santana, no ano 2001.

Métodos: estudo transversal com aplicação de questionários às 2319 mães presentes nas 44 (71,1%) unidades de vacinação selecionadas, por estratificação simples. Foi calculada a razão de prevalência e considerado como significante $p \leq 0,05$ e intervalo de 95% de confiança.

Resultados: a prevalência do aleitamento foi 69,2% nos menores de um ano. A ocorrência da amamentação exclusiva foi maior nas crianças que não usavam chupeta (49,4%) e que mamaram no primeiro dia de vida (40,4%). As variáveis estatisticamente significantes relacionadas com as maiores chances de amamentar foram: amamentação no primeiro dia ($p < 0,001$), mães que não trabalhavam fora do lar ($p < 0,001$), menor renda familiar ($p < 0,001$), multiparidade ($p = 0,03$) e a não utilização de chupetas ($p < 0,001$).

Conclusões: as atividades assistenciais quanto à prevenção do desmame devem estar voltadas sobretudo para as mães que trabalham fora do lar, aquelas de maior renda familiar e primíparas. Quanto às crianças, para as que não foram aleitadas no peito no primeiro dia de vida e que usam chupetas.

Palavras-chave *Aleitamento materno, Fatores epidemiológicos, Desmame*

Introdução

No campo da saúde da criança, o novo milênio foi inaugurado com as velhas preocupações que pautaram as agendas de saúde pública do século passado. Apesar dos inegáveis avanços ocorridos em diferentes regiões do Brasil, no que se refere à reversão dos índices de mortalidade infantil,¹ antigas questões como a desnutrição e a morte por doenças diarréicas e imunopreviníveis continuam presentes e dividem espaço com os problemas mais recentes da era que se inicia - obesidade, maus tratos e abusos cometidos contra a criança.²

Por outro lado, o desenvolvimento populacional vem demonstrando a necessidade de se dispor de tecnologia e estratégias capazes de assegurar a quantidade e a qualidade de alimentos, particularmente para os segmentos mais vulneráveis da comunidade, a exemplo dos recém-nascidos e lactentes. Neste cenário de adversidades que permeiam a saúde da criança e da mulher, se insere o aleitamento materno, considerado por unanimidade no meio científico, como a melhor maneira de alimentar o lactente, constituindo base para efeitos biológicos e emocionais no desenvolvimento da criança.^{3,4}

Tal evidência amplia a discussão para as questões que permeiam o exercício da cidadania, particularmente quando focada sob a ótica do Estado-Nação, cuja construção em bases sólidas e dignas, depende, dentre outras, do nível de investimento realizado em favor da infância. Por essa razão, as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação devem se configurar como elementos estratégicos da política estatal em saúde.⁵

Ademais, o aleitamento materno representa uma categoria híbrida que se constrói entre os domínios da biologia e da sociedade, mediada pela aparelhagem psíquica do ser humano, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida. A depender da realidade social que se considere, a ambigüidade amamentação-desmame pode se traduzir como um embate entre saúde e doença, entendendo-se que esses processos se associam em todos os momentos a variáveis econômicas e sociais.⁶

O presente estudo foi conduzido com o objetivo de conhecer como algumas características sócio-demográficas e o uso de chupetas concorreram para determinar a prevalência de aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo e desmame de crianças menores de um ano de idade, no ano de 2001, na cidade de Feira de Santana, Bahia.

Métodos

Este é um estudo do tipo transversal analítico, aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Bahia. Foi realizado na cidade de Feira de Santana, situada a 108 Km da capital do estado, Salvador, Brasil, e tem uma população em torno de 450.487 habitantes.⁷

A população do estudo foi composta por todas as crianças com idade inferior a um ano, completado até o dia 25 de agosto de 2001, "Dia Nacional de Vacinação", procedentes da cidade de Feira de Santana, que compareceram com suas mães aos postos de vacinação selecionados.

Foi calculada uma amostra correspondente a 20,0% (1912) da população-alvo, (9563) estimada para o ano 2001 pela Segunda Diretoria de Saúde. O desenho amostral foi estratificado casual simples, técnica adequada para garantir a presença de todos os segmentos da população, porque no planejamento da cobertura vacinal a Secretaria de Saúde dividiu a cidade em quatro "comandos", áreas topográficas representadas por bairros contíguos. No dia da coleta de dados, a vacinação ocorreu em 62 unidades de vacinação (postos de saúde e escolas) localizados nos bairros componentes de cada estrato. Uma amostra foi retirada de cada comando (estrato): do primeiro e segundo foram sorteadas 70,6% (12/17) das unidades existentes e do terceiro e quarto foram sorteadas 71,4% (10/14). O questionário foi aplicado às mães de todas as crianças da população-alvo das unidades sorteadas. A cobertura vacinal da etapa em que ocorreu a coleta de dados foi de 104,0%, sendo vacinadas 9961 crianças da faixa etária estudada.

A pesquisa foi realizada por 104 universitários da área de saúde previamente treinados. As mães eram abordadas na fila de vacinação por um ou dois universitários que informavam que estavam realizando um inquérito sobre alimentação infantil e, após o consentimento livre e esclarecido, os questionários eram aplicados individualmente. Responderam ao questionário 2323 (24,3%) mães; apenas quatro se recusaram a participar da pesquisa, taxa considerada insignificante. O plano piloto foi realizado na primeira etapa de vacinação com aplicação de 167 questionários por 10 inquiridores.

As questões elaboradas foram fechadas, com três alternativas de resposta: sim, não e não sei. As variáveis maternas pesquisadas foram: idade, paridade, trabalho fora do lar, escolaridade e renda familiar. Quanto às características das crianças, questionou-se sobre a alimentação, o sexo, internamento no berçário, prematuridade, peso ao nascer, ser amamentado no dia do nascimento e uso de chupeta. Para a avaliação do

aleitamento materno e alimentos complementares oferecidos à criança foi utilizado o recordatório das 24 horas que antecederam a aplicação dos questionários.

Foram consideradas como amamentadas todas as crianças que mamavam, independente do uso de outros alimentos. Em aleitamento exclusivo, foram classificadas as crianças somente alimentadas com leite materno, não sendo permitido o uso de chás, água ou qualquer outro alimento. Como aleitamento predominante, foram designados os lactentes que faziam uso de leite materno em associação com chás, água e/ou sucos. Foram classificadas como desmamadas, as crianças que tinham cessado completamente o uso do leite materno.

Em relação à análise estatística, a razão de prevalência e as medidas de significância foram calculadas através do teste qui-quadrado e valor de p , sendo considerados como significantes valores bicaudais iguais ou menores de 5,0%. Foi calculado o Intervalo de Confiança de 95%. O programa estatístico utilizado foi o SPSS, versão 10.0.

Resultados

O estudo contemplou 2319 crianças menores de um ano de idade. Contudo, na análise das variáveis de interesse, o cálculo das percentagens válidas levou em consideração apenas os questionários cujas entrevistadas responderam “sim” ou “não”, descartando aquelas cujas respostas referiram-se a “não sei” ou “não lembro”. Assim, o número total (N) variou de uma questão para outra.

O aleitamento natural sofreu influência da idade da criança. No dia da coleta de dados, 69,2% (1603/2319) dos menores de um ano estavam sendo amamentados. Quando as crianças foram agrupadas em intervalos etários mensais, estavam sendo aleitadas ao peito 93,8% das crianças de até um mês de vida (152/162), 93,8% da faixa etária de 31 a 60 dias (225/240) e 48,6% (101/208) de 11 meses de idade. Quanto ao aleitamento exclusivo, a sua prevalência nos menores ou iguais aos quatro e seis meses foi respectivamente 48,3% e 38,5%, sendo que no primeiro mês 62,1% (100/161) mamavam exclusivamente, enquanto que somente 17,7% (39/220) se beneficiavam do aleitamento exclusivo no sexto mês de vida.

Quanto à associação entre as características maternas pesquisadas e o aleitamento materno, apresentaram maiores prevalências de aleitamento materno e maior chance de serem aleitadas ao peito crianças que nasceram em famílias com renda menor ou igual a dois salários mínimos, filhos de mães multíparas e que não se ausentavam do lar para trabalhar, quando

comparadas às demais (Tabela 1). A escolaridade materna não atingiu nível de significância estatística, apesar de demonstrar certa tendência de associação, em que mães com apenas o ensino básico fundamental tenderiam a amamentar mais do que as de maior escolaridade (Tabela 1). A idade materna não se associou de forma estatisticamente significativa ao aleitamento materno ($p = 0,625$).

Com relação às características referentes às crianças, o fato de ter peso ao nascer maior que 2500 gramas, ter sido amamentado no primeiro dia de vida e não ter usado chupeta esteve associado significativamente ao aleitamento materno, com maiores chances de serem amamentadas no primeiro ano de vida (Tabela 1). Não atingiu nível de significância estatística a associação entre o aleitamento materno e o sexo da criança ($p = 0,10$), prematuridade ($p = 0,25$) e internamento no berçário no período neonatal ($p = 0,32$).

Em termos de aleitamento materno exclusivo, a paridade e a renda familiar se associaram de forma estatisticamente significativa (Tabela 2). Crianças nascidas em famílias com menor renda apresentaram uma maior prevalência de aleitamento exclusivo (42,0%), com maior chance de serem amamentadas (Tabela 2). Por sua vez, os filhos de mães multíparas apresentaram uma maior prevalência de aleitamento exclusivo (42,4%) e maior chance de serem aleitados exclusivamente (Tabela 2). Entretanto, não influenciaram a prática do aleitamento materno exclusivo, a idade materna ($p = 0,33$), a escolaridade ($p = 0,68$) e o fato da mãe se ausentar do lar para trabalhar ($p = 0,25$).

Na análise da associação entre o aleitamento materno exclusivo e as características das crianças, a ocorrência desse tipo de aleitamento foi significativamente menor naquelas crianças que não mamaram no primeiro dia de vida (29,1%), quando comparadas às que mamaram (40,4%) (Tabela 2). O hábito de não utilizar chupeta revelou uma forte associação estatística com o aleitamento materno exclusivo. As crianças que não faziam uso de chupeta apresentaram uma maior prevalência de aleitamento exclusivo (49,4%), quando comparadas àquelas que a utilizavam (31,0%) (Tabela 2), com uma chance significativamente maior de serem aleitadas ao seio, de modo exclusivo ($p < 0,001$).

A análise também permitiu demonstrar uma tendência de associação ($p = 0,07$) entre o aleitamento exclusivo e crianças do sexo feminino, com uma prevalência de 40,9%, enquanto que para o sexo masculino registrou-se 35,8%. Na população estudada, não se associaram de forma estatisticamente significativa ao aleitamento materno exclusivo, o internamento no berçário ($p = 0,97$), bem como o peso de nascimento ($p = 0,91$) e a prematuridade ($p = 0,71$).

Tabela 1

Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança de 95% da associação entre aleitamento materno e algumas características maternas e das crianças.

Variáveis	Aleitamento Materno						RP (IC95%)	p
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Paridade								
Múltipara	887	71,2	359	28,8	1246	53,8	1,06 (1,01-1,12)	0,030
Primípara	716	67,0	353	33,0	1069	46,2		
Trabalho								
Não	1261	71,0	514	29,0	1775	76,8	1,12 (1,05-1,20)	0,001
Sim	340	63,3	197	36,7	537	23,2		
Escolaridade*								
Fundamental	459	72,1	178	27,9	637	27,6	1,06 (1,00-1,12)	0,080
> Fundamental	1138	68,2	530	31,8	1668	72,4		
Renda familiar **								
≤ 2 SM	753	72,7	283	27,3	1036	63,3	1,15 (1,07-1,24)	<0,001
≥ 2 SM	380	63,2	221	36,8	601	36,7		
Uso de chupeta								
Não	869	88,0	119	12,0	988	42,7	1,59 (1,51-1,68)	<0,001
Sim	733	55,2	594	44,8	1327	57,3		
Peso								
≥ 2500 g	1466	70,1	624	29,9	2090	92,7	1,12 (1,01-1,27)	0,040
< 2500 g	103	62,4	62	37,6	165	7,3		
Mamou no primeiro dia								
Não	243	60,6	158	39,4	401	17,4	0,85 (0,79-0,93)	<0,001
Sim	1347	71,0	550	29,0	1897	82,6		

* Ensino Básico Fundamental; ** Renda familiar em Salários Mínimos (SM)

Tabela 2

Razão de Prevalência e Intervalo de Confiança de 95% da associação entre aleitamento materno exclusivo e algumas características maternas e das crianças.

Variáveis	Aleitamento Materno						RP (IC95%)	p
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Paridade								
Múltipara	277	42,4	377	57,6	654	53,8	1,25 (1,08-1,44)	0,003
Primípara	191	34,0	371	66,0	562	46,2		
Trabalho								
Não	366	39,3	566	60,7	932	76,8	1,11 (0,93-1,32)	0,250
Sim	100	35,5	182	64,5	282	23,2		
Escolaridade*								
Fundamental	337	38,8	531	61,2	868	71,8	1,03 (0,88-1,21)	0,680
> Fundamental	128	37,5	213	62,5	341	28,2		
Renda Familiar**								
≤ 2 SM	220	42,0	304	58,0	524	62,9	1,26 (1,05-1,52)	0,010
≥ 2 SM	103	33,3	206	66,7	309	37,1		
Uso de chupeta								
Não	245	49,4	251	50,6	496	40,8	1,60 (1,39-1,84)	<0,001
Sim	223	31,0	497	69,0	720	59,2		
Peso								
≥ 2500 g	427	38,7	676	61,3	1103	92,9	1,02 (0,77-1,35)	0,910
< 2500 g	32	38,1	52	61,9	84	7,1		
Mamou no primeiro dia								
Não	64	29,1	156	70,9	220	18,2	0,72 (0,58-0,90)	0,002
Sim	399	40,4	589	59,6	988	81,8		

* Ensino Básico Fundamental; ** Renda familiar em Salários Mínimos (SM)

Discussão

A representatividade da amostra, a grande cobertura vacinal e a metodologia aplicada fortalecem a convicção de que os resultados obtidos refletem a situação do aleitamento e os fatores associados, na época da coleta de dados.

Ficou demonstrada uma alta prevalência de amamentação, caracterizando um padrão de aleitamento de alta incidência e longa duração. A prevalência de aleitamento materno no primeiro ano de vida, em Feira de Santana, se mostrou superior àquela observada para o Brasil (66,8%) e para a Região Nordeste (63,8%), segundo dados oficiais do Ministério da Saúde.⁸ A mesma tendência foi observada para o aleitamento exclusivo no sexto mês, cuja prevalência foi maior do que as observadas: para Salvador (6,7%); para as regiões - Norte (9,0%), Nordeste (10,7%), Centro-Oeste (7,9%), Sudeste (8,3%), Sul (12,9%); e para todo o Brasil (9,7%).⁸ Esses dados de Feira de Santana refletem a sistematização de orientação continuada em amamentação, que tem sido realizada no município nos últimos anos.

É recomendado que o aleitamento seja praticado de modo exclusivo nos seis primeiros meses de vida.^{4,8} No entanto, as taxas desse tipo de aleitamento permanecem baixas, em todo o mundo. Segundo a World Health Organization (WHO),⁹ baseada em dados de 94 países, o aleitamento exclusivo é praticado somente em relação a 35% dos menores de quatro meses. O presente estudo apresentou melhores resultados, demonstrando claramente que quase a metade das crianças dessa faixa de idade se beneficiava do aleitamento exclusivo, na época da coleta de dados. Vale ressaltar que a desnutrição, o atraso do crescimento e a morbimortalidade infantil estão fortemente associadas à introdução de alimentos complementares e ao desmame, devido ao provável consumo de alimentos nutricionalmente inadequados e/ou contaminados.⁹

A pressão social, resultante das transformações econômicas e da crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, que tece um cenário favorável ao desmame, se fez perceber neste estudo. As mães que não trabalhavam fora do lar tiveram uma chance significativamente maior para o aleitamento materno e uma tendência de associação em relação ao aleitamento exclusivo. Um estudo realizado na região Sul revelou que as mães que não trabalhavam fora apresentaram uma chance 30% maior de amamentar exclusivamente, quando comparadas às que trabalhavam fora.⁸

Estudos têm demonstrado que o emprego não é o principal determinante do desmame^{10,11} 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 mãe-criança e/ou a retirada periódica de leite materno durante a jornada de trabalho.¹¹

Houve uma maior prevalência de amamentação entre as mães multíparas quando comparadas as primíparas. A amamentação não é um comportamento totalmente instintivo e a técnica em alguns casos precisa ser aprendida. A assistência imprecisa e inconsistente da equipe de saúde tem sido reconhecida como um importante obstáculo à sua prática e há evidências de que a educação pré-natal, quanto ao aleitamento materno, pode apresentar efeitos benéficos nos seus indicadores, sobretudo nas mulheres primigestas.¹²

Duffy *et al.*,¹³ em um estudo randomizado, com 70 mulheres primíparas, realizaram sessões no pré-natal, enfocando práticas na amamentação; quando avaliado o aleitamento, seis meses após o parto, foi observada uma prevalência significativamente maior no grupo de intervenção (91,0%), do que no grupo controle (29,0%). Um estudo "quasi-experimental", realizado em Santiago, Chile, avaliou, também, o efeito do programa de promoção de aleitamento materno no pré-natal, com gestantes de classe média e média alta com intenção de amamentar e observou que o grupo de primíparas que recebeu orientação pré-natal extra, alcançou uma taxa mais alta de aleitamento materno total aos seis meses do que o grupo que não recebeu (94% *versus* 57%).¹⁴

Na presente pesquisa, as mães multíparas apresentaram uma maior chance de amamentarem os seus filhos. O mesmo fato foi observado quando analisada a associação entre aleitamento exclusivo e paridade reforçando a necessidade de um trabalho de educação com o grupo de primíparas, uma vez que estas apresentaram uma menor chance de aleitarem os seus filhos, quando comparadas às multíparas. É provável que fatores culturais que favoreçam a introdução de chás, água e outros alimentos na alimentação das crianças amamentadas tenham maior impacto no primeiro parto.

A escolaridade materna e a renda familiar sempre figuram nos estudos que buscam os determinantes das taxas de aleitamento materno. Têm sido relatadas diferenças com relação ao nível de educação das mães em que crianças, cujas mães tinham quatro anos de instrução, tiveram maior mediana de aleitamento, quando comparadas às de menor nível.¹⁵ Em Mountain e regiões do Pacífico dos Estados Unidos verificou-se que mães com maior poder aquisitivo e nível educacional mais elevado ama-

mentavam mais.¹⁶ Por outro lado, há indícios de que na maioria dos países não-industrializados, as mulheres de classes sociais menos privilegiadas amamentam mais.¹⁷

Na população estudada, o nível de instrução da mãe não se relacionou de forma significativa com a prática do aleitamento materno, mas a renda familiar sim, apesar de não ter se manifestado de modo muito expressivo. As crianças nascidas em famílias com renda menor ou igual a dois salários mínimos, apresentaram uma chance apenas 15,0% maior de serem amamentadas.

Em relação ao aleitamento exclusivo, as variáveis escolaridade e renda familiar seguiram a mesma tendência já descrita para o aleitamento materno, o que difere de estudos brasileiros que mostram que quanto melhor o nível socioeconômico, maior a chance de amamentação exclusiva.^{18,19}

Kummer *et al.*¹⁸ relataram maior prevalência do aleitamento exclusivo entre mulheres com maior escolaridade, quando comparadas com as de escolaridade menor que quatro anos e concluíram que mulheres com maior nível de instrução estão em fase de valorização do aleitamento materno exclusivo, e que essa tendência não atingiu estratos socioeconômicos menos favorecidos.

Do mesmo modo, Bueno *et al.*,¹⁹ através de estudo prospectivo, observaram que a maior escolaridade materna foi relevante para o prolongamento do aleitamento exclusivo, fato relacionado pelos autores, com o conhecimento das mães sobre a importância do aleitamento exclusivo para a saúde do seu filho, nos primeiros meses de vida.

Segundo a WHO²⁰ a prevalência do aleitamento materno apresenta fase de ascensão e declínio, seguindo um padrão de desenvolvimento da sociedade que é influenciado pelos subgrupos populacionais, nos quais as mulheres de maior escolaridade seriam as primeiras a mudar, influenciando as mulheres dos níveis socioeconômicos menos favorecidos. Assim, o primeiro estrato a modificar a sua prática de aleitamento seria a elite urbana, seguida pelo pobre urbano e por último o rural, por ser o mais resistente às mudanças.

Os resultados do presente estudo evidenciam que a valorização do aleitamento materno já atingiu mulheres de estratos socioeconômicos menos favorecidos, sugerindo que o conhecimento e práticas maternas sobre aleitamento em Feira de Santana, atingem diferentes estratos sociais. Esse fato chama a atenção para a necessidade do desenvolvimento de estudos que ampliem a compreensão dos valores culturais do município.

O uso da chupeta se fez notar como um fator as-

sociado ao desmame precoce em Feira de Santana. As crianças que não utilizavam chupeta, quando comparadas às que utilizavam, apresentaram maior prevalência de aleitamento materno e de aleitamento exclusivo. São relatadas diferenças na dinâmica oral entre sugar o peito e sugar o bico artificial, levando o bebê a preferir a segunda opção e conseqüentemente a mamadeira.^{12,21}

Outra variável que pode interferir na prática do aleitamento é o peso de nascimento, pois reflete as condições de nutrição intra-uterina e se constitui não só num determinante imediato da sobrevivência infantil,^{12,22} como também do seu planejamento nutricional neonatal. No presente estudo, bebês que nasceram com peso adequado tiveram maior prevalência de aleitamento. Apesar dessa associação ser significativa, as diferenças encontradas em relação ao peso de nascimento e a amamentação foram pouco expressivas, principalmente quando comparadas a outros estudos. Monteiro,²³ por exemplo, detectou que 42,0% das crianças de peso inferior a 2000 gramas nunca foram amamentadas, em contraposição a apenas 10,0% entre as que superaram esse peso; a prematuridade foi a variável que antecedeu o desmame pela maior permanência hospitalar.

Chama a atenção também neste estudo o fato de que não houve diferenças significantes quanto às prevalências da amamentação e do aleitamento exclusivo entre as crianças que nasceram de partos prematuros ou que ficaram internados no berçário, quando comparadas às nascidas de termo e/ou que não ficaram internadas. Tem sido demonstrado que um número muito maior de lactantes, mães de bebês de baixo peso ao nascer, podiam amamentar de maneira efetiva, do que se acreditava anteriormente, quando foi dado apoio psicológico e ajuda prática individual quanto à técnica de amamentação.¹² No entanto, em muitos locais, a decisão entre leite materno ou fórmula é complexa, tanto do ponto de vista nutricional, como por rotinas hospitalares, hábitos culturais e razões práticas.²⁴ Em tais casos, uma orientação adequada e completa sobre amamentação pode evitar efeitos adversos e o desmame precoce.¹²

É importante ressaltar que, atendendo a uma programação nutricional, a saúde da criança a longo prazo é influenciada por práticas de nutrição neonatal. Há que se destacar os resultados de pesquisas que apontam para o desenvolvimento de maiores índices de QI (quociente de inteligência) entre as crianças amamentadas ao seio, tendo como explicação a presença no leite humano de nutrientes vitais para o desenvolvimento dos cérebros dos recém-nascidos, especialmente os prematuros.²⁵

Por conseguinte, mesmo nos recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer, em alimentação parenteral, deve-se procurar manter uma oferta mínima de leite, a fim de aproveitar os efeitos tróficos da nutrição enteral sobre a maturação morfológica e funcional do tubo digestivo,²⁶ com evidências de redução da ocorrência de septicemia,²⁷ enterocolite necrotizante¹⁶ e menor estada hospitalar.²⁵ A utilização do leite é benéfica e deve ser recomendado o leite da própria mãe, devido à presença abundante de fatores imunobiológicos.^{12,25,26}

As crianças que mamaram no primeiro dia de vida demonstraram maior prevalência tanto de aleitamento materno quanto do aleitamento exclusivo. Esse achado reforça a importância da equipe de saúde ajudar as mães a iniciar a amamentação o mais precoce possível, ainda na maternidade. No Chile, Perez e Valdez²⁸ demonstraram elevação das taxas de amamentação exclusiva de 32,0% para 67,0%, após um programa de treinamento de profissionais, com relação às práticas adotadas no pré-natal e puerpério.

A recomendação atual é que os profissionais que atendem ao binômio mãe-filho ajudem as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento. O contato precoce pele-a-pele, incluindo o toque dos mamilos, pode ter importantes efeitos no comportamento materno, no vínculo mãe-filho e no aleitamento materno.¹²

Neste estudo exploratório embasado em uma amostra representativa das crianças menores de um ano de idade da cidade de Feira de Santana, foi demonstrada uma grande adesão das mães à prática da amamentação, e que diferentes valores articularam-se entre si com graus variados de intensidade, gerando reflexos para o desmame tais como trabalho materno fora do lar, maior renda familiar, primiparidade, uso de chupetas e a criança não ter sido amamentada no primeiro dia de vida.

A construção de um modelo explicativo para as tendências das taxas de aleitamento materno em Feira de Santana, dentre outras questões, deve levar em conta as atividades assistenciais e o trabalho sistemático de promoção e apoio ao aleitamento materno desenvolvido há aproximadamente 20 anos, no município pelo Centro de Referência para o Incentivo ao Aleitamento Materno e Banco de Leite Humano do Hospital Geral Clériston Andrade, além de dois hospitais públicos credenciados como "Amigos da Criança", ambos com Banco de Leite Humano.

Ademais, vale ressaltar a contínua mobilização social que contempla eventos científicos, desenvolvimento de projetos com diversos segmentos da sociedade (Corpo de Bombeiros e Correios), escolas, universidade, serviços de saúde e o reconhecido apoio da imprensa e de diferentes segmentos da sociedade no resgate e reconstrução da cultura do aleitamento materno.

Agradecimentos

Aos alunos de Odontologia e Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana que participaram da coleta de dados, pelo compromisso e grande entusiasmo. Ao apoio técnico do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) na Bahia.

Referências

1. Vieira GO. Alimentação infantil e morbidade por diarreia na cidade de Feira de Santana, 2001 [dissertação mestrado]. Feira de Santana: Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana; 2002.
2. Marques MB. Discursos médicos sobre seres frágeis. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
3. Lana PB. O livro do estímulo a amamentação. Uma visão biológica e psicológica comportamental da amamentação. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
4. WHO (World Health Organization). The optimal duration of

- breast feeding. A systemic review. Geneva: The Organization; 2001.
5. Almeida JAG. Breast feeding? A nature-culture hybrid. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
 6. Almeida JAG, Gomes R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Rev Latam Enferm* 1998; 6: 71-5.
 7. Feira de Santana. Prefeitura. PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). *Bol Feira de Santana* 2000; 3: 8-13.
 8. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília (DF): O Ministério; 2001.
 9. WHO (World Health Organization). Implementation of resolutions and decisions. Geneva: The Organization; 1997.
 10. Hight-Laukaran V, Rustein SO, Peterson AE, Labbok MA. The use of breast milk substitutes in developing countries: the impact of womens employment. *Am J Public Health* 1996; 86: 1235-40.
 11. Rea MF, Venancio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saúde Pública* 1997; 31: 149-56.
 12. OMS (Organização Mundial da Saúde), OPAS (Organização Panamericana da Saúde), Ministério da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília (DF): O Ministério; 2001.
 13. Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery* 1997; 13: 189-96.
 14. Pugin E, Valdés V, Labbok MH, Pérez A, Aravena R. Does prenatal breast feeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breast feeding promotion program? *J Hum Lact* 1996; 12: 15-9.
 15. Ministério da Saúde, BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil), IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: 1996 - PNDS/96. Brasília (DF): O Ministério; 1997.
 16. AAP (American Academy of Pediatrics), Work Group of Breast Feeding. Breast feeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100: 1035-8.
 17. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. *J Pediatr [Rio de Janeiro]* 1994; 70: 138-51.
 18. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, Santos L, Caetano MB. Evolução do padrão do aleitamento materno. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:143-8.
 19. Bueno MB, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Gimeno SGA, Siqueira AAF. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospitais universitários de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 1453-60.
 20. WHO (World Health Organization). The World Health Organization's infant feeding recommendation. *Bull World Health Organ* 1995; 73:165-74.
 21. Carvalho GD. O recém-nascido não necessita de mamadeiras e chupetas. Disponível em URL: <http://www.ceaodontofono.com.br> [2003 ago 5].
 22. UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). A infância brasileira nos anos 90. Brasília (DF): O Fundo; 1998.
 23. Monteiro CA. A evolução da desnutrição infantil. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1995. p.153-71.
 24. Vieira GO. Método Canguru. In: Moreira LMO, organizador. Manual de atenção ao recém-nascido. Salvador: Secretária de Saúde do Estado da Bahia; 2000.
 25. Anderson JW, Johnstone BM, Remly DT. Breast feeding and cognitive development: a meta- analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 525-35.
 26. Martínez FE, Camelo JR. Alimentação do recém-nascido pré-termo. *J Pediatr [Rio de Janeiro]* 2001; 77: 32-9.
 27. McClure RJ, Newell SJ. Randomised controlled trial of trophic feeding and gut motility. *Arch Dis Child* 1999; 80: 54-8.
 28. Perez A, Valdez V. Breast feeding promotion program: preliminary results of an intervention study. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 2039-40.

Recebido em 29 de janeiro de 2004

Versão final reapresentada em 19 de março de 2004

Aprovado em 19 de abril de 2004