

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ODONTOPEDIATRIA**

NÚBIA DE ROSSO GIULIANI

**Prevalência e fatores associados ao início de desmame precoce:
abordagem da odontologia**

Dissertação de Mestrado

FLORIANÓPOLIS

2006

NÚBIA DE ROSSO GIULIANI

**Prevalência e fatores associados ao início de desmame precoce:
abordagem da odontologia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Odontologia – Área de Concentração Odontopediatria

Orientadora: Prof^a Dr^a Joice de Oliveira
Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia Bosco

FLORIANÓPOLIS

2006

G537p Giuliani, Núbia de Rosso

Prevalência e fatores associados ao início do desmame precoce: abordagem da odontologia / Núbia de Rosso Giuliani; orientador Joecí de Oliveira. - Florianópolis, 2006.

120 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia - Opção Odontopediatria.

Inclui bibliografia.

1. Aleitamento materno. 2. Saúde materno-infantil. 3. Desmame. 4. Suplementação alimentar. 5. Odontopediatria. I. Oliveira, Joecí de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia III. Título.

CDU 616.314-053.2

Catálogo na fonte por: Vera Ingrid Hobold Sovernigo CRB-14/009

NÚBIA DE ROSSO GIULIANI

**Prevalência e fatores associados ao início de desmame precoce:
abordagem da odontologia**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de “Mestre em Odontologia”, área de concentração Odontopediatria, e aprovada em sua forma final pelo Curso de Pós-Graduação em Odontologia.

Florianópolis, 06 de Fevereiro de 2006.

Prof.Dr. Ricardo de Sousa Vieira
Coordenador do curso

BANCA EXAMINADORA

Prof^a.Dr^a. Joecí de Oliveira
Orientadora

Prof.Dr. Saul Martins de Paiva
Membro

Prof.Dr. Jefferson Traebert
Membro

Prof^a.Dr^a. Vera Lúcia Bosco
Suplente

Dedicatória

Dedico este trabalho

às mulheres que eu mais amo

minha super mãe,

Olíria,

que fez papel também de pai por ter ficado viúva tão cedo,

e minhas lindas irmãs,

Liane e Nádia,

por todo apoio e compreensão e por vocês estarem sempre presentes na minha vida

*E também ofereço à “Mãezinha”, que sempre está ao meu lado intercedendo a Deus
por mim e me concedendo graças:*

*Mãe, Rainha e Vencedora Três
Veze Admirável de Schoenstatt.*

Agradecimentos

*Agradeço às minhas orientadoras, Prof^a Dr^a **Joecí de Oliveira** e Prof^a Dr^a **Vera Lúcia Bosco**, por suas contribuições ao meu aprendizado e pela dedicação que tornaram possível o desenvolvimento desta pesquisa.*

*Ao Curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, área de concentração em Odontopediatria, na pessoa de seu Coordenador, Professor Doutor **Ricardo de Sousa Vieira**, pela oportunidade de realização deste Curso.*

*Aos **Professores** do Curso de Pós-Graduação em Odontologia, Odontopediatria, da Universidade Federal de Santa Catarina, pelos conhecimentos transmitidos, amizade e dedicação.*

*Aos **Professores** com os quais conheci e inicialmente me interessei pela docência e pela Odontopediatria, Prof^o **Júlio do Amaral Zenkner**, Prof^a Dr^a **Juliana Rodrigues Praetzel**, Prof^a Dr^a **Marta Dutra Machado Oliveira**, Prof^a **Raquel Cristina Rocha**, Prof^a **Ana Paula Mainardi** e Prof^o **Leandro Osório** da Universidade Federal de Santa Maria. E aos demais professores dessa instituição que tive oportunidade de conviver como monitora das disciplinas de Genética, Dentística e Endodontia.*

Talvez não saibam o quanto seus ensinamentos me guiaram.

*Ao Prof^o Dr **Jefferson Traibert** por sua atenção e pela análise estatística, meu muito obrigado.*

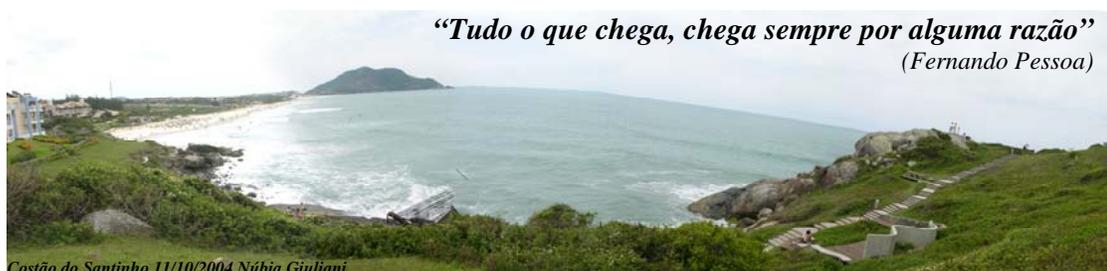
Às minhas colegas de mestrado que tornaram a passagem por esta etapa muito mais agradável, meu muito obrigado **Alice, Ana Carolina, Karin e Thaís**.

Agradeço também aos **colegas de doutorado** por suas contribuições e pela convivência.

Agradeço às **mulheres/mães** que se dispuseram a participar deste estudo. E aos **funcionários** do Hospital Universitário da UFSC e da Unidade de Saúde do Saco Grande II por sua colaboração e companhia durante a coleta de dados.

Agradeço também aos **gestores** dos serviços de puericultura das unidades estudadas por sua compreensão e pela aprovação desta pesquisa.

Agradeço às demais pessoas que não mencionei, mas que direta ou indiretamente contribuíram para este trabalho...



GIULIANI NR. Prevalência e fatores associados ao início de desmame precoce: abordagem da odontologia. 2006. 120f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Programa de Pós-graduação em odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi verificar a prevalência de aleitamento materno (AM), de aleitamento materno predominante (AMP) e aleitamento materno exclusivo (AME) até 6 meses, e do início de desmame precoce (AME < 6 meses). Investigaram-se os determinantes para o início do desmame precoce e conheceram-se os motivos das mães para o não AM, o planejamento de não amamentar e as razões da introdução de alimentos, água, chá ou sucos antes do sexto mês de vida do bebê. Realizou-se um estudo transversal com características descritivas e analíticas em uma população composta por 200 mães de crianças de 6 a 12 meses de idade em acompanhamento de puericultura no Hospital Universitário da UFSC (HU) e na Unidade de Saúde do Saco Grande II (USSGII) na cidade de Florianópolis/SC. O AM foi realizado por 98% mulheres; das mães que fizeram AM, 12,2% realizaram AMP até o sexto mês; 79,6% conseguiram fazer o AME por mais que 15 dias, 18,4% chegaram aos seis meses; o início do desmame foi precoce para 81,6% mulheres que amamentaram; 36,7% mães pararam de amamentar antes de 12 meses. Na análise univariada mostraram-se estatisticamente associados ao início do desmame precoce: mãe trabalhar fora do domicílio ($p = 0,002$) ou nos primeiros 6 meses após o parto ($p < 0,001$); a mãe ter alguma dificuldade para amamentar ($p = 0,002$); o bebê não mamar na primeira hora de vida ($p < 0,001$); fazer o pré-natal na USSGII ($p = 0,046$), o uso de mamadeira ou chupeta ($p = 0,026$). O trabalho materno nos primeiros 6 meses (OR: 6,0; 95% IC: 2,3-15,8; $p < 0,001$), bebê não mamar no peito na primeira hora de vida (OR: 3,6; 95% IC: 1,4-9,5; $p = 0,008$), mãe fazer pré-natal na USSG II (OR: 3,3; 95% IC: 1,1-9,5; $p = 0,029$) e mãe ter até 26 anos de idade (OR: 2,9; 95% IC: 1,2-6,9; $p = 0,015$) mostraram-se associados ao início do desmame precoce independente de outras variáveis estudadas. Quatro mães não iniciaram o AM e 10 haviam planejado não amamentar. Seus motivos estiveram relacionados com desconhecimento, experiência ruim, rejeição à

gravidez, posicionamento pessoal, trabalho materno. Em relação ao(s) motivo(s) maternos para introdução de algo além do seu leite antes do sexto mês, 46,2% foi motivada por seus conceitos; 35,6% por problemas relacionados ao bebê; 27,5% pelos múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe; 19,4% por orientação de alguma pessoa e 18,7% alegaram problemas orgânicos pessoais. Concluiu-se que o AM foi realizado por quase todas as mulheres da amostra; apesar do AME ter sido iniciado pela maioria das mulheres, poucas conseguiram realizá-lo até o sexto mês, isto é, a introdução de água, chá ou suco vem sendo realizada precocemente pelas mães; os alimentos complementares estão sendo introduzidos antes dos seis meses pela maioria das mães; o desmame completo antes dos seis meses está sendo bastante praticado. O início do desmame precoce esteve associado com idade e trabalho maternos, tempo para primeira mamada e utilização de bico artificial. A influência cultural e familiar, o trabalho materno e a orientação dos médicos são determinantes tanto para o planejamento do AM quanto para o início do desmame precoce. O trabalho foi o maior responsável pela introdução precoce de complementos ao AM; assim como em relação à orientação para início do desmame, os médicos foram os mais citados; as crenças ou conceitos acerca do leite materno e sobre cólicas do bebê, juntas, foram referidos por muitas mães.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Alimentação Complementar, Decisão, Desmame, Determinantes Epidemiológicos, Lactação, Mães, Prevalência, Puericultura, Risco Relativo, Saúde Materno-Infantil, Saúde Pública.

GIULIANI NR. Prevalência e fatores associados ao início de desmame precoce: abordagem da odontologia. 2006. 120f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Programa de Pós-graduação em odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the prevalence of breastfeeding (BF), of predominant breastfeeding (PBF), and of exclusive breastfeeding (EBF) until six months, and from the beginning of early weaning (EBF < 6 months). It was investigated the determinants of the early weaning and the motives of mothers to not breastfeed, the planning to not feedbreast and the reasons of ingestion of foods, water, tea or juices before sixth month of life of infant. It was developed a transversal study with descriptive and analytical characteristics in a population of two hundred mothers of infants of 6 and 12 months of life, in the UFSC University Hospital (HU) and in the Saco Grande II Health Service (SCHS) in Florianopolis - SC. The BF was accomplished by 98% women of the sample; of the mothers that made BF, 12.2% accomplished the PBF until sixth month; 79.6% that have accomplished the BF for more than 15 days, 18.4% reached six months; the beginning of weaning was early for 81.6% women that began BF; 36.7% mothers stopped breastfeeding before 12 months. It was statistically associated to the beginning of early weaning the following: mothers that had to work out their home (p=0.002) or in the first six months postpartum (p<0.001); difficulty of breastfeeding (p=0.002); infant did not breastfeed in the first hour of life (p<0.001); to accomplish the prenatal medical care in the SCHS (p=0.046) or the use of bottle (p<0.001) or pacifier (p=0.026). The maternal work in the first six months (OR: 6.0; 95% CI: 2.3-15.8; p<0.001), infant did not breastfeed in the first hour of life (OR: 3.6; 95% CI: 1.4-9.5; p=0.008), mother accomplished the prenatal medical care in the SCHS (OR: 3.3; 95% CI: 1.1-9.5; p=0.029), and to be until 26-year-old age (OR: 2.9; 95% CI: 1.2-6.9; p=0.015) was associated to the beginning of early weaning, in spite of other variables. Four mothers did not

begin the BF and 10 had planned to not breastfeed, which motives were related to unknown reasons, unpleasant experience, rejection of pregnancy, personal position, maternal work. In relation to the maternal motive(s) for introduction of complementary foods instead of their milk before sixth month, 46.2% of them were motivated by their concepts, 35.6% had problems related to infant, 27.5% in relation to multiple roles performed by woman-mother; 19.4% related that they had a personal organic problem and 18.7% due to the advice from a person. It was concluded that the BF was accomplished for almost every women of the sample; the weaning was initiated early for half of them; few mothers stopped breastfeeding before six months; some of them accomplished the PBF until six months and besides the most of them has accomplished the EBF, few reached sixth month. The beginning of early weaning was associated to the maternal age and work, time of the first breastfeeding and use of pacifier. The cultural and familial influence, maternal work and medical recommendation were determinant of the planning of the FB as well as the beginning of early weaning. Work was the principal responsible by the early introduction of complementary foods instead of the FB, as well as medical recommendation was the most reported; beliefs or concepts on maternal milk and on infantile colic were related by many mothers.

Key words: Breast Feeding, Supplementary Feeding, Decision, Weaning, Epidemiologic Factors, Lactation, Mothers, Prevalence, Child Care, Risk, Maternal and Child Health, Public Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

AMP – Aleitamento Materno Predominante (leite materno + água, chá ou suco)

AMPE – Aleitamento Materno Predominante Exclusivo

BEMFAM – Bem-Estar Familiar

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

HAC – Hospital Amigo da Criança

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HU – Hospital Universitário

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDA – Programa Docente Assistencial

PSB – Partido Socialista Brasileiro

PSF – Programa Saúde da Família

SC – Santa Catarina

SP – São Paulo

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USSGII – Unidade de Saúde do Saco Grande II

WHO – World Health Organization (traduzido para OMS – Organização Mundial da Saúde)

X^2 – quiquadrado

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS do ARTIGO 1.....	35
2.1 Tabela 1 e 2: Caracterização da amostra do estudo quanto ao início do desmame precoce, Florianópolis, 2005	35
2.1 Tabela 2: Distribuição das médias e medianas de AME, AMP e AM, Florianópolis, 2005.....	36
2.2 Gráfico 1: Caracterização da amostra do estudo quanto à realização da amamentação (N=200), Florianópolis, 2005	37
2.2 Gráfico 2: Caracterização da amostra do estudo considerando o início do desmame, Florianópolis (N=196), 2005	38
2.2 Gráfico 3: Distribuição das mães que finalizaram o AM no primeiro ano de vida e das que continuam amamentando (N=196), Florianópolis, 2005	39
2.2 Gráfico 4: Número de mães que finalizaram o AME, que iniciaram o AMP, que fizeram o final do AM, que iniciaram o introdução de alimentos complementares (\neq água/chá/suco) e que fizeram AME por mês no primeiro ano pós-parto, Florianópolis, 2005	40
FIGURAS do ARTIGO 2.....	58
3.1 Tabela 1: Distribuição de frequência do início do desmame precoce na amostra estudada e variáveis sócio-demográficas, Florianópolis, 2005.....	58
3.1 Tabela 2: Distribuição de frequência do início do desmame precoce na amostra estudada e trabalho materno, Florianópolis, 2005.....	59
3.1 Tabela 3: Caracterização do tempo de afastamento do trabalho por maternidade na amostra estudada, Florianópolis, 2005.....	60
3.1 Tabela 4: Distribuição de frequência do início do desmame precoce na amostra estudada e variáveis específicas da mãe, Florianópolis, 2005.....	61

3.1 Tabela 5: Distribuição de freqüência do início do desmame precoce na amostra estudada e variáveis específicas do bebê, Florianópolis, 2005.....	62
3.1 Tabela 6: Distribuição de freqüência do início do desmame precoce na amostra estudada e variáveis relacionadas à antropometria ao nascimento, Florianópolis, 2005.....	63
3.1 Tabela 7: Distribuição de freqüência do início do desmame precoce na amostra estudada e variáveis relacionadas à utilização de bico artificial, Florianópolis, 2005.....	64
3.1 Tabela 8: Início do desmame precoce e fatores associados – modelo de regressão logística múltipla, Florianópolis, 2005.....	65
FIGURAS do ARTIGO 3.....	84
4.1 Tabela 1: Caracterização dos motivos maternos para não iniciar o AM, Florianópolis, 2005.....	84
4.1 Tabela 2: Extração do tema principal percebido nas respostas maternas para não ter planejado aleitamento materno (amamentação), Florianópolis, 2005.....	85
4.1 Tabela 3: Distribuição de freqüência dos 234 motivos relatados pelas 160 mães entrevistadas no estudo que realizaram o início do desmame precoce, Florianópolis, 2005....	86
4.1 Tabela 4: Distribuição de freqüência das alegações maternas para o início do desmame precoce por problema relacionado ao bebê, Florianópolis, 2005.....	87
4.1 Tabela 5: Distribuição de freqüência das alegações maternas para o início do desmame precoce por problema orgânico pessoal, Florianópolis, 2005.....	88
4.1 Tabela 6: Distribuição de freqüência das alegações maternas para o início do desmame precoce relacionado a conceitos da mãe, Florianópolis, 2005.....	89
4.1 Tabela 7: Distribuição de freqüência das alegações maternas para o início do desmame precoce por múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe, Florianópolis, 2005.....	90
4.1 Tabela 8: Distribuição de freqüência das alegações maternas para o início do desmame precoce por orientações de outros, Florianópolis, 2005.....	91

1 INTRODUÇÃO

Amamentação representa a situação de aleitamento natural através da mama, inerente aos mamíferos. É um processo fisiologicamente programado desde a gestação, e desenvolve-se de maneira precisa entre as necessidades fetais e maternas, enquanto a alimentação for via placenta, ou seja, um suprimento completo e regulado vindo da mãe (HERBIG; STOVER, 2004), como ocorre entre a nutriz e o seu lactente (CARRAZZA; MARCONDES, 1991). Todo bebê nasce com o reflexo da sucção, fundamental para o estabelecimento desta importante forma de alimentação no primeiro ano de vida, sob os aspectos emocional, de prevenção de morbi-mortalidade, e em relação ao desenvolvimento muscular-esquelético-funcional da face e do sistema estomatognático (SEG).

O desenvolvimento do SEG está relacionado a diferentes funções desempenhadas por ele, e isto implica, em um primeiro momento, na atenção ao aleitamento materno, pois a amamentação é para ser desempenhada como exclusiva forma de alimentação nos primeiros meses de vida (WHO, 2002b; MS, OPAS, 2002). Atualmente, a Odontologia intra-uterina e a atenção ao bebê fornecem embasamento teórico para abordagem da gestante durante o pré-natal e suporte ao aleitamento materno em puérperas para que exerça influência sobre o desenvolvimento geral e facial do bebê, estabelecimento do padrão respiratório, da deglutição e da oclusão normais.

O crescimento da face é, principalmente, o movimento de deslocamento para frente e para baixo, complementando os vetores predominantemente póstero-superiores do remodelamento. Este crescimento é um processo que requer íntimas inter-relações morfogênicas entre as partes de tecidos duros e moles em crescimento, mudança e funcionamento que o compõem. As partes não são independentes ou auto-suficientes, o

processo de crescimento trabalha para um permanente estado de complexo equilíbrio estrutural e funcional. (ENLOW et al., 1993).

Dentre as funções relevantes para a área da saúde, a capacidade de sucção inata dos bebês tem especial importância para Odontologia. Vai exercer estímulo fundamental ao desempenho das funções bucais, bem como da respiração nasal além da influência sobre o crescimento ósseo da face. Portanto, é importante a promoção e monitoramento do aleitamento materno, extrapolando a idéia de estudar o tema com uma abordagem sentimental de amamentar por amor, mas considerando as questões mais concretas e científicas visando o aleitamento materno planejado e monitorado sem sobrecarregar a mãe ou culpá-la por intercorrências, mas em favor do natural ou fisiológico e com objetivos almejados no sentido de benefícios à mãe e bebê.

O desenvolvimento do SEG está diretamente envolvido pelo ato do bebê se alimentar diretamente do peito materno. Na ordenha, durante a amamentação, exercita a mesma musculatura da mastigação e dá à mandíbula movimentos de abertura, protrusão, fechamento e retrusão, que estimulam a compensação do retrognatismo mandibular secundário presente ao nascimento. A musculatura envolvida nestes movimentos é significativamente diferente da envolvida na sucção da mamadeira. (CARVALHO, 2002).

O aleitamento por meio da mamadeira compreende movimento de abertura e fechamento, utiliza basicamente os músculos mental e bucinador e, a língua fica ativa, mudando da posição vertical (elevação dorsal) para transversal (concha) e antero-posterior. Também o bico de borracha não permite adaptação à cavidade bucal do bebê, diferente do mamilo que se alonga adaptando-se, o que estimula o músculo tensor e elevador do palato durante a deglutição. (CARVALHO, 2002).

Ainda, as funções musculares da língua no exercício da ordenha são muito distintas da executada na mamadeira. Durante a ordenha do peito, a mandíbula se abaixa, o mamilo

permanece em contato com o palato duro por ação exclusiva da musculatura lingual. Os movimentos peristálticos, que iniciam na ponta da língua, conduzem o leite de dentro do mamilo ao estômago. O mamilo se posiciona durante todo movimento na região anterior entre a mandíbula e o peito. (CARVALHO, 2002).

Na espécie humana, a amamentação configura-se como um comportamento complexo, influenciado por condições culturais, sociais, psíquicas e biológicas, que são, sobretudo, vinculadas ao momento atual. Não basta transmitir conceitos, mas sim estudar o fenômeno com intenção de diagnóstico e superação. Para assegurar condições ideais de aleitamento à nutriz, é preciso antes entender a complexidade deste processo e, paralelamente, analisar a convergência dos múltiplos fatores envolvidos no ato de amamentar e, partindo deste conhecimento, elaborar propostas de ações que possibilitem a proteção e a promoção do aleitamento materno. Neste sentido são desenvolvidas pesquisas que buscam conhecer o sentimento materno sobre a amamentação (PEREIRA, 1999), o sentimento pelo fato de não poder amamentar (SANTOS, 2004), algumas razões e perspectivas das mães (REA, 1988), acerca do trabalho na área da saúde (GUEDERT, 2003).

A meta atual, preconizada pela Organização Mundial de Saúde, é o aleitamento materno exclusivo por 6 meses, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, devido à mortalidade associada à introdução precoce de alimentação complementar inadequada e ao conseqüente crescimento atípico. O aleitamento materno exclusivo até o sexto mês reduz o risco de síndrome da morte súbita e doenças alérgicas. Acredita-se que acelere o desenvolvimento neurocognitivo, proteja de condições crônicas de longa duração e de doenças como obesidade, diabetes melitus tipo I, doença de Crohn e linfoma. Para a mãe, os benefícios incluem possível proteção contra o câncer mamário associado às mulheres na pré-menopausa, câncer de ovário e osteoporose. (WHO, 2002b).

Além disso, a amamentação exclusiva durante 6 meses tem a vantagem de prolongar a duração da amenorréia lactacional, em mães que freqüentemente amamentam (de 10 a 14 mamadas/dia) (WHO, 2002 a). Isto é possível através da inibição da ovulação por ação da sucção (que estimula a ocitocina), mas somente ocorre enquanto a mãe estiver amamentando por livre demanda (HENTSCHEL; BRIETZKE, 2001).

Desmame é um processo que inicia com a introdução de qualquer líquido ou alimento sólido além de leite materno e se conclui com o completo abandono da amamentação (CARRAZZA, 1991). O desmame pode ser considerado de início precoce quando, antes do sexto mês, interromper-se o AME.

A amamentação exclusiva apresenta taxas de declínio substanciais depois de 4 meses em várias populações (WHO, 2002a). Isto significa que o desmame tem sido iniciado precocemente nestas populações. A OMS (2002a) propõe que sejam identificados constrangimentos biológicos e sociais à amamentação exclusiva até os 6 meses em localidades geográfica e culturalmente diferentes para que se possa posteriormente desenvolver intervenções apropriadas e efetivas contra estas barreiras e suas conseqüências.

Há inegavelmente uma progressão na sociedade em prol da promoção do aleitamento materno, mas permanece a necessidade de continuar a promover a amamentação exclusiva até o sexto mês, levando em conta grupos particulares da população. (REA, 2003).

Neste contexto, é interessante a busca pelo conhecimento das razões das mães para agirem de maneira contrária ao que vem sendo insistentemente incentivando em relação ao aleitamento dos bebês (REA, 1988). Muito se discute na literatura sobre aleitamento materno e artificial. Defende-se o aleitamento natural exclusivo até o sexto mês de vida (WHO, 2002a; WHO, 2002b; MS; OPAS, 2002), porque neste período ele supre as necessidades nutricionais e fisiológicas do bebê. Entretanto sabe-se o quão difícil é acontecer o aleitamento até esta idade (WHO, 2002a), isto quando ele consegue ser exclusivo, porque existe na nossa

sociedade uma resistência cultural, na qual permanecem sendo oferecidas ao bebê chupeta e mamadeira (CZERNAY; BOSCO, 2003), que podem estar relacionadas com a questão trabalhista. Recursos que, na maioria das vezes, são utilizados sem critérios nem orientações podendo interferir no processo de amamentação, bem como nos processos de crescimento e desenvolvimento músculo-esquelético da face, e das funções de respiração, deglutição e, posteriormente, da oclusão e fala.

Esta pesquisa, realizada numa população de mulheres, mães de crianças de 6 a 12 meses de idade em acompanhamento de puericultura no Hospital Universitário da UFSC e na Unidade de Saúde do Saco Grande II na cidade de Florianópolis / SC (Apêndice A), objetivou conhecer a prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê e a taxa de início de desmame precoce, e fatores associados sócio-econômicos, maternos ou relacionados ao bebê. Além disso, buscou investigar os motivos maternos para o início do desmame precoce, para o planejamento de não amamentar enquanto ainda era gestante e de não ter realizado o aleitamento materno. Para analisar estas respostas, utilizou-se da criação de categorias que continham os temas extraídos do(s) motivo(s) relatado(s) pela mãe, todas as respostas são consideradas e associadas a uma categoria. Estas questões abertas do estudo querem descrever e discutir assuntos de cunho subjetivo, que buscam conhecer motivações individuais, mas que de alguma maneira expressam sentimentos comuns a pessoas que vivem situações semelhantes (MINAYO, 1994).

O desenho do estudo está esquematizado no Apêndice B, a Carta de Apresentação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no Apêndice C e, a entrevista no Apêndice D.

2 ARTIGO 1 – Formatado segundo as normas do *Rev Saúde Pública (USP/SP)*

**PREVALÊNCIA DO INÍCIO DO DESMAME PRECOCE:
em duas populações assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis / SC**
Núbia de Rosso Giuliani^a, Joice de Oliveira^b, Vera Lúcia Bosco^b

RESUMO

Objetivo

Verificou-se a prevalência de aleitamento materno (AM), de aleitamento materno predominante (AMP) e aleitamento materno exclusivo (AME) até 6 meses, e do início de desmame precoce (AME < 6 meses).

Métodos

Por meio de um estudo transversal com características descritivas e analíticas, realizado através de uma entrevista aplicada de janeiro a abril de 2005, estudou-se uma população composta por 200 mães de crianças de 6 a 12 meses de idade em acompanhamento de puericultura no Hospital Universitário (HU) da UFSC e na Unidade de Saúde do Saco Grande II (USSGII) na cidade de Florianópolis / SC.

Resultados

O AM foi realizado por 98% das mulheres estudadas; das mães que fizeram o AM, 12,2% realizaram AMP até o sexto mês; 79,6% realizaram o AME por mais que 15 dias e 18,4% chegaram aos 6 meses; o início do desmame ocorreu em 81,6% dos casos; 36,7% pararam de amamentar antes de 12 meses.

Conclusões

O AME tem sido iniciado pela maioria das mulheres, mas poucas conseguem realizá-lo até o sexto mês; a introdução de água, chá ou suco vem sendo realizada precocemente pelas mães; os alimentos complementares estão sendo introduzidos antes dos seis meses pela maioria das mães; o desmame completo antes dos seis meses está sendo bastante praticado.

Descritores: Prevalência, Aleitamento Materno, Desmame, Alimentação Complementar, Puericultura.

^a Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina

^b Prof^a Dr^a da Disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina

Abstract

Objective: It was determined the prevalence of breastfeeding (BF), of predominant breastfeeding (PBF) and of exclusive breastfeeding (EBF) until six months, and the beginning of the early weaning (EBF < 6 months).

Methods: Using a transversal study with descriptive and analytical characteristics, through the application of a interview from January until April of 2005, it was studied a population of two hundred mothers of infants of 6 to 12 months of life accompanied with infantile nursing service in the UFSC University Hospital (HU) and in the Saco Grande II Health Service (SCHS) in Florianopolis - SC.

Results: The BF was accomplished by 98% of studied women; from the mothers that did BF, 12.2% accomplished the PBF until sixth month; 79.6% accomplished the EBF for more than 15 days, and 18.4% reached six months; the beginning of weaning occurred in 81.6% cases; 36.7% stopped feedbreasting before 12 months.

Conclusions: The EBF has been initiated by the majority of women, however a few women reach sixth month; the introduction of water, tea or juice have been accomplished by mothers early; the complementary food has been introduced before six months by the majority of women; the complete weaning before six months has been practiced in great extent.

Keywords: Prevalence, Breast Feeding, Weaning, Supplementary Feeding, Child Care.

INTRODUÇÃO

A amamentação é decorrente de impulsos, dos quais o instinto nato para a sucção dos recém-nascidos de mamíferos é o mais forte, propiciando a fisiologia da ordenha do leite do peito materno. Assim como, a mãe também tem o impulso biológico de produção do leite enquanto gestante, junto a isto, as fêmeas de mamíferos apresentam o instinto de abrigar e proteger sua prole. Porém, em fêmeas de algumas espécies, dentre as quais o homem, o

aleitamento materno (AM) é mais que um ato biológico e instintivo é, sobretudo, comportamental e reflete um complexo processo de interação da mulher com o mundo.

Até o início do século passado, a prática do AM era universal e habitualmente tinha duração prolongada. O desmame precoce foi uma tendência após a Segunda Guerra Mundial, inicialmente entre as elites urbanas dos países industrializados e em desenvolvimento, estendendo-se às demais populações. O mesmo ocorreu para a retomada do AM, as mães de classe alta aumentaram a duração do AM, servindo de modelo para as de classes mais baixas.

O leite bovino tem três vezes mais proteínas e taxas menores de lipídeos que o leite humano, mas os nutrientes contidos no leite humano são especialmente adequados ao metabolismo da criança, nos seus aspectos quantitativo e qualitativo¹. O leite humano, produzido por mães de prematuros, apresenta composição diferenciada em termos de aporte protéico-energético e de constituintes imunológicos, ajustando-se às peculiaridades fisiológicas desses bebês². Além disso, o sistema digestivo e o rim da criança pequena são imaturos, o que limita a sua habilidade em manejar alguns componentes de alimentos diferentes do leite materno antes dos 6 meses¹.

A promoção do AM, em especial do AME, é considerada uma das estratégias de saúde de maior custo-benefício, pois diminui os custos das famílias, dos estabelecimentos de saúde e da sociedade em geral, ao abolir os gastos com leite artificial e mamadeira, e ao reduzir episódios de doenças nas crianças, o que diminui as faltas ao trabalho dos pais relacionada à doença do filho.

Este estudo verificou a prevalência das diferentes formas de aleitamento materno, curvas de AM, AMP e AME até 6 meses, e do início de desmame precoce, em mulheres mães de crianças em acompanhamento de puericultura em serviços públicos de saúde, no Hospital Universitário da UFSC (UH) e na Unidade de Saúde do Saco Grande II (USSGII) na cidade de Florianópolis / SC.

MÉTODO

Realizou-se um estudo transversal com características descritivas e analíticas, utilizando um formulário para entrevista estruturada, testado e modificado num pré-teste e avaliado num estudo piloto com 23 mães de bebês de 6 meses até 4 anos, que freqüentaram a clínica da especialização em Odontopediatria da UFSC, nos meses de novembro e dezembro de 2004. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob protocolo 261/2004.

As participantes da investigação foram mulheres, mães de bebês de 6 a 12 meses que realizaram consultas de puericultura em serviços públicos de saúde em duas unidades de saúde de Florianópolis. O ambulatório de Pediatria do HU foi escolhido porque faz parte da IHAC^a (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) e por ser hospital-escola vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e da USSGII, eleita porque faz parte do PDA (Programa Docente Assistencial de caráter inter-institucional que tem como gestores UFSC, HU e Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis). O bairro Saco Grande II está localizado em uma região populosa com residência multiprofissional em Saúde da Família, tem equipe multiprofissional, desenvolve trabalhos com a comunidade, tem delimitação de micro-áreas, é coberto pelo PSF^b (três equipes mínimas) e Capital Criança^c. Destacamos que foram escolhidas estas populações em função de se constituírem, em sua maioria, de baixa à média renda, e ter assistência mensal dos serviços de saúde com programas que dedicam especial atenção à amamentação.

Salienta-se que apesar dos resultados dessa pesquisa apresentarem validade interna, satisfazendo a recomendação da OMS⁵, de personalizar as informações, as reflexões decorrentes dele são relevantes para o entendimento do processo de amamentação, seu sucesso e limitações.

^b Programa Saúde da Família do MS, Brasil.

^a Iniciativa mundial idealizada pela OMS e UNICEF visando a promoção e proteção ao AM, mediante a aplicação de dez passos para o sucesso do mesmo pelas maternidades e hospitais com leito obstétrico.

^c Programa do município de Florianópolis / SC que assiste às crianças nascidas neste município até os 19 anos.

Considerando a estratégia do Ministério da Saúde (MS) que preconiza uma consulta mensal para o primeiro ano de vida dos bebês saudáveis, alternando médico Pediatra e Enfermagem, definiu-se o censo da população de um mês do HU com base na média do número de consultas mensais para a faixa etária em questão. Não dispondo desta mesma informação para a unidade de saúde, estimou-se o número total de crianças na faixa etária de estudo, o que superestimou o número de consultas mensais da unidade. O censo totalizou 200 entrevistas, sendo 100 em cada localidade. O período de coleta de dados durou de janeiro a abril de 2005.

Na etapa que antecedeu a definição da amostra foram realizados os contatos nos serviços e, para o HU, conseguiu-se a inclusão, pelo departamento de estatística do hospital, da agenda das consultas por especialidade e idade no sistema de informação interna do HU, o que permitiu o cálculo de consultas de puericultura para bebês de 6 a 12 meses.

Em relação aos bebês, considerou-se para este estudo os dados do único filho, quando primíparas, ou do último filho, quando múltíparas. Como critérios de inclusão considerou-se: ser mãe de bebês entre 6 e 12 meses, em consulta de puericultura nas Unidades de Saúde acima mencionadas. Como critérios de exclusão: ser mãe de criança adotada, doença materna que representasse impedimento à realização da entrevista, não estar realizando consulta de puericultura de rotina, mas por algum motivo de doença do bebê, e crianças acompanhadas de outras pessoas diferentes da mãe. Quando o bebê tinha irmão gêmeo, a mãe respondia por um deles, escolhido aleatoriamente. Foi importante não os excluir da amostra em função de que o parto gemelar poderia representar uma dificuldade ao AM.

As classificações de aleitamento materno, adotadas neste estudo, foram as sugeridas pela OMS³. Considerou-se *desmame* o processo que iniciou com a introdução de qualquer líquido ou alimento sólido além de leite materno e se concluiu com o completo abandono da amamentação⁴. Foi considerado como início do desmame precoce quando o AME foi

interrompido antes do sexto mês^{1,5}, o que corresponde a fazer AMP, AM e alimentação complementar.

Perguntou-se às mães sobre o período de AME e, na seqüência, sobre a idade da introdução de água, chá, suco, frutas, leite, refrigerante e sopa ou papa, de onde se retirou o tempo real de AME³ que foi igual ao início do desmame.

Os dados foram coletados, após consentimento por escrito, num único momento com cada mãe, na sala de espera da consulta de puericultura, por uma única entrevistadora. Perguntou-se à mãe se fez o AM, a idade de introdução de água, chá, sucos e alimentos complementares, se continua amamentando ou com que idade fez o desmame completo.

RESULTADOS

Considerando-se as 200 mulheres estudadas, quatro (2%) não amamentaram, resultando numa amostra de 196 mães que amamentaram (98%) (Gráfico 1). O AME até 6 meses foi realizado por 36 mães (18,4%) frente a 160 (81,6%) mulheres que realizaram o início do desmame precocemente (Gráfico 2). A distribuição do aleitamento materno, destacando o que representa desmame precoce na amostra do estudo, segundo as classificações da OMS de 1991³, pode ser observada na Tabela 1.

O AM foi finalizado durante o primeiro ano por 72 mães (36,7%), sendo continuado por 124 delas (63,3) (Gráfico 3). A distribuição por tempo em meses para o desmame completo no primeiro ano pode ser observado no Gráfico 4.

Para quem parou de amamentar nos primeiros 12 meses, pode ser calculada a média de 3,9 meses (mediana de 4 meses). A média de tempo do AME foi 3,1 meses (mediana de 3 meses). O AMP durou, em média, 2,6 meses (mediana de 2 meses para 61 crianças), e para a idade de início a média foi de 2,4 meses (mediana de 2 meses). (Tabela 2).

No Gráfico 4 também pode ser observada a distribuição das mães que finalizaram o AME por mês e, é possível perceber a idade de introdução de água, chá ou suco associado ao AM antes do sexto mês. Antes de 6 meses 71,4% das mães que iniciaram o AM já estavam alimentando seus filhos com alimentos complementares diferentes de água, chá ou sucos.

No primeiro mês 79,6% das mães que iniciaram o AM conseguiram realizar o AME (Gráfico 4), sendo que 20,4% das mães não conseguiram fazê-lo nem por 15 dias, isto é, realizaram o final do AME no mês zero ou não iniciaram o AM de forma exclusiva.

DISCUSSÃO

No presente estudo, o aleitamento materno foi iniciado por quase todas as mães (Gráfico 1), indicando que o AM está sendo oferecido à maioria dos bebês, sugerindo que as mães vêm sendo incentivadas a realizá-lo. No entanto, quatro mães não iniciaram o AM (Gráfico 1), por diferentes motivos. Estudos nacionais comprovam que quase todas as mães iniciam o AM⁶⁻⁹. A prevalência tem aumentado com o passar dos anos^{7, 8}.

O início do desmame ocorreu por introdução de água, chá ou suco (início do AMP) ou de alimentação complementar. Além disso, algumas vezes o final do AME coincide com o final do AM (Tabela 1).

No presente estudo a mediana do AM encontrada (Tabela 2) foi abaixo da obtida por Kitoko et al. (2000)¹⁰ para Florianópolis, e demais estudos: 1994 e 1998², no dia de vacinação de 1995 em Botucatu, São Paulo¹¹, e outras medianas para AM⁸ e para mães adolescentes e adultas estudadas por Vieira et al. (2003)¹². Entretanto observou-se mediana superior às encontradas por Horta et al. (1996)⁶ em Pelotas – RS em 1982 e 1993. Salienta-se que nas datas em que o estudo citado⁶ foi efetuado não havia HAC nem PSF, portanto não se dispunha

de acompanhamento de puericultura da forma como se faz nas comunidades estudadas nesta pesquisa.

Situação semelhante ocorreu com a média de duração do AM de 3,9 meses (Tabela 2), bem abaixo da encontrada por Vieira et al. (1998)⁷ que foi de 9 meses e a média encontrada por Vieira et al. (2003)¹² de 6,7m (adolescentes) e 7,6m (adultas) em Campinas. Esta diferença pode ter ocorrido porque neste estudo os bebês tinham de 6 a 12 meses e, a maioria ainda continuava em AM (Gráfico 3) não entrando no cálculo para obter a média e, nos estudos citados a idade das crianças variou de zero a 2 anos e no outro foram crianças maiores de um ano. Estas diferenças de média e mediana podem ter resultado de diferenças metodológicas e de idade das crianças.

O AME até 6 meses, como preconizado pela OMS e MS^{1,5}, foi realizado por algumas mães (Gráfico 2), num percentual inferior ao encontrado por Vieira et al. (1998)⁷ no Brasil e por González-Cossío et al. (2003)⁹ no México, mas superior a percentagem encontrada por Aarts et al. (1999)¹³ na Suécia. Nos artigos citados a informação sobre prevalência de AME foi coletada através do relatório das últimas 24 horas, diferindo deste estudo. Além disso, a faixa etária dos bebês foi inferior a 2 anos no estudo de Vieira et al. (1998)⁷ e de González-Cossío et al. (2003)⁹. E o estudo de Aarts et al. (1999)¹³ foi longitudinal, com critérios de inclusão distintos, tais como, intenção de fazer AM por pelo menos 6 meses, ter amamentado outro filho por pelo menos 4 meses o que pode ter resultado numa amostra menos heterogênia comparando com o censo feito por este estudo, e apesar dos critérios que parecerem favoráveis ao AM, pode ter influenciado no resultado inferior.

No presente estudo, a mediana do AME foi (Tabela 2) semelhante à encontrada por Vieira et al. (2003)¹², porém superior ao observado por Passos et al. (2000)⁸, Kitoko et al. (2000)¹⁰ e Carvalhaes et al. (1998)¹¹. Embora ainda longe do sexto mês, preconizado pela OMS⁵ e MS¹, a mediana de AME encontrada neste estudo mostrou-se melhor que a de muitos

outros, o que salienta a importância da atenção profissional durante o período de lactação, realizado pelo acompanhamento de puericultura nas unidades estudadas.

Vannuchi et al. (2004)² observaram que o AME passou de 12 dias (1994) para 45 dias (1998), mas o achado mais significativo de seu estudo, foi a constatação da chance 4 vezes superior das crianças nascidas em 1998 terem recebido AME durante o primeiros 6 meses de vida do que as crianças nascidas em 1994, devido a implantação da IHAC no hospital ao qual a unidade estudada pertencia. Este fato pode explicar os percentuais observados no presente estudo, pois uma das unidades faz parte da IHAC.

Em torno dos 6 meses a criança encontra-se num estágio de maturidade fisiológica que a torna capaz de lidar com alimentos diferentes do leite materno¹. A dificuldade na promoção do AME se deve, em parte, porque até mesmo profissionais de saúde desconhecem a relação entre diarreia e a introdução precoce de água e chás a crianças em amamentação exclusiva, como foi demonstrado no estudo de César et al. (1996)¹⁴, e insistem na prescrição de suplementos ao aleitamento materno¹⁵. Os profissionais de saúde exercem influente e eficiente efeito sobre o AM através do pré-natal, no puerpério imediato e na puericultura¹⁶, desse modo, as visitas de rotina representam uma oportunidade de aproximação às mães para aumentar o suporte ao AM¹⁷. Taveras et al. (2004)¹⁸ verificaram que a maioria dos Obstetras e Pediatras concordam que o AME nos primeiros 6 meses de vida não é praticado por muitas mulheres e, mesmo assim, não consideram importante aconselhamento continuado do AM para mulheres que já o estejam realizando por algumas semanas. O que sugere uma contradição, pois se encontrou poucas das mães que iniciaram o AM em AME aos 6 meses, mesmo que em acompanhamento de puericultura, demonstrando que se deve buscar mais suporte ao AME, talvez com a inclusão de visitas ao cirurgião-dentista entre 1 e 6 meses e, a criação de um espaço destacado na caderneta da criança para o AM.

O porquê do resultado do AME desta pesquisa ser inferior ao estudo de Vieira et al., (1998)⁷ e González-Cossío et al. (2003)⁹ foi a observação efetuada por Aarts et al. (2000)¹⁹ que concluíram ser o dado obtido pelo relatório das últimas 24 horas inadequado para avaliar AME, sendo mais preciso e indicado a avaliação do AME por um período mais extenso ou desde o nascimento. Neste estudo perguntou-se a idade de início para introdução dos diferentes alimentos em adição ao AM, assim como foi feito em outros estudos^{6,12,18,20}. No estudo de González-Cossío et al., (2003)⁹ a mãe foi questionada das duas maneiras, mas para prevalência de AME foi usado o relatório das últimas 24 horas, a segunda informação foi usada para avaliar a duração do AM.

O início do desmame precoce, neste estudo, foi realizado pela maioria das mulheres (Gráfico 2), representando o final do AME pelo início do AMP, pelo final do AM ou pela introdução de alimentação complementar antes dos 6 meses.

Muitas mães já haviam finalizado o processo de desmame de suas crianças ao final de 12 meses, outras pararam de dar leite materno para seus filhos antes dos 6 meses (Gráficos 3 e 4). Embora o desmame tenha sido iniciado precocemente pela maioria das mães (Gráfico 2), muitas ainda faziam AM continuado no momento da entrevista (Gráfico 3), o que pode estar relacionado com acompanhamento de puericultura e incentivo continuado ao AM.

A finalização do AM ou desmame completo, foi feito por algumas mulheres neste estudo (Gráfico 3 e 4) e, quando ocorreu foi mais prevalente nos primeiros meses (Gráfico 4). Isto leva a inferir que quem consegue fazer o AM até 6 meses tem mais chances de fazer o AM continuado (Gráfico 3) no primeiro ano de vida.

Neste estudo considerou-se o AMP até o sexto mês, que foi encontrado em percentual semelhante ao de Spyrides et al. (2005)²⁰ e inferior aos do estudo de Vieira et al. (1998)⁷ para a mesma faixa etária. A mediana de início do AMP (Tabela 2) foi superior a encontrada por Vieira et al. (2003)¹² para ambos os grupos estudados, adolescentes e adultas e inferior às

medianas do AMP encontradas por Spyrides et al. (2005)²⁰ e Passos et al. (2000)⁸, demonstrando a necessidade de retardar a introdução de água, chá ou suco nas comunidades estudadas.

As mães que realizaram AMP até 6 meses, provavelmente o fizeram por julgar que a criança precisava de algo além do leite materno. Neste sentido torna-se interessante, a investigação do universo dos sentimentos e conhecimentos maternos, pois não há necessidade de suplementos ao leite da mãe até 6 meses⁹ e que isto inclusive traz malefícios ao bebê^{6,21-24}, à amamentação e à mãe^{1,5,9}.

O início do desmame antes dos 6 meses pode interferir no crescimento e no desenvolvimento da criança, resultando em desnutrição por inadequada ingestão protéico-calórica^{6,21}, pode contribuir para instalação de hábito alimentar favorável à obesidade^{12,24} e à cárie dentária²⁴. Também pode diminuir o padrão adequado de sucção importante para o desenvolvimento motor-oral e dos órgãos fonoarticulatórios, da oclusão e da respiração²³, pode diminuir a produção de leite e aumentar o risco de infecções e, em longo prazo, de anemia, obesidade, hipertensão, arteriosclerose e alergia alimentar⁶.

O AME até 6 meses também está associado a menor instalação de hábitos de sucção não nutritiva e, por consequência, menor alteração de forma da arcada dentária e profundidade do palato²², além de favorecer o retorno da mulher ao peso anterior à gestação⁹.

A falta de unanimidade na recomendação do AME por 6 meses pode ter relação com a falta de compreensão das razões que impedem o AME, até mesmo pelas mulheres altamente motivadas neste período de lactação. Mais importante que fatores criança-específicos, como sexo, tamanho e potencial de crescimento, unido à capacidade para AM e fatores ambientais que podem afetar as necessidades nutricionais da criança e a habilidade da mãe para responder a elas, é a presença de apoio adequado.²⁵ O apoio representado pelo acompanhamento de puericultura das unidades estudadas é, provavelmente, responsável pelos

resultados positivos no presente estudo em relação ao AM, mas menos eficiente em relação ao AME, talvez por diferença conceitual acerca da classificação do aleitamento.

Nem sempre o AME é avaliado separadamente do AMP em função de aparecer em número extremamente reduzido^{6,20,21}. O AME somado ao AMP, AMEP, nos primeiros 6 meses foi observado neste estudo (Tabela 1 e Gráfico 2) num percentual superior ao encontrado por Kitoko et al. (2000)¹⁰ na cidade de Florianópolis e também ao encontrado por Moreira et al. (1996)²¹, Carvalhaes et al. (1998)¹¹ e por Passos et al. (2000)⁸. Isto pode ser devido à idade analisada pelos estudos e ao método.

Observando a distribuição das mães que finalizaram o AME por mês, é possível notar que muitas mães não conseguem amamentar exclusivamente por mais que 15 dias (Gráfico 4). Ainda é possível perceber que muitas vezes a interrupção do AME se deve à idade da introdução de água, chá ou suco associado ao AM antes dos 6 meses (Gráfico 4).

A prevalência de AMEP mais elevada que de AME neste estudo, também foi encontrada por Carvalhaes et al. (1998)¹¹, Vieira et al. (1998)⁷ e Passos et al. (2000)⁸, indicando que é muito comum a introdução precoce de chás e água antes dos 6 meses.

Assim como ocorreu com o início do AMP (Gráfico 4), os alimentos complementares foram precocemente introduzidos na alimentação dos bebês das mães deste estudo (Gráfico 4). Isto pode ser resultado de uma confusão de conceitos por parte da mãe, como relatado por Osis et al. (2004)¹⁶, onde a mãe considera que faz o AME porque a oferta de frutas ou outro alimento ao bebê não ocorre concomitante à do leite materno. Por isto é importante perguntar a mãe a idade de introdução de novos itens além do AM como foi feito em outros estudos^{6,12,20}, no lugar de considerar o tempo que ela diz de AME.

Bem mais da metade das mães deste estudo conseguiram fazer o AME por pelo menos 1 mês (Gráfico 2). Nota-se que o número de mães que finalizaram o AME antes de 15 dias foi inferior ao número de mães que finalizaram o AM, iniciaram o AMP ou a alimentação

complementar, isto porque algumas vezes a mesma mãe que introduziu alimentação complementar parou de amamentar (Gráfico 2). Esta situação demonstra uma necessidade de maior conhecimento sobre a percepção materna acerca do AM e AME, pois parece haver uma confusão de conceitos e um descrédito no poder de sustentação de seu leite.

CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos, conclui-se:

- O AME tem sido iniciado pela maioria das mulheres, mas poucas conseguem realizá-lo até o sexto mês;
- A introdução de água, chá ou suco vem sendo realizada precocemente pelas mães;
- Os alimentos complementares estão sendo introduzidos antes dos seis meses pela maioria das mães;
- O desmame completo antes dos seis meses está sendo bastante praticado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) - Representação do Brasil. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.107, Brasília – DF, 2002.
2. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Réa MF, Andrade SM, Matsuo T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. Rev Saúde Pública 2004; 38(3): 422-8.
3. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing breastfeeding practices. Reprinted report of an informal meeting 11-12 June 1991. Geneva, 1991. (WHO/ CDD/ SER/ 91.14).
4. Carrazza FR. In: _____, Marcondes E. Nutrição clínica em pediatria. São Paulo: Sarvier; 1991. p.147-153.
5. World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding report of an expert consultation. Geneva, Switzerland 28–30 March 2001. WHO p.1-6, 2002. (Document WHO/NHD/01.09).

6. Horta BL, Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Guimarães PRV. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(Supl 1): 43-48.
7. Vieira GO, Glisser M, Araújo STP, Sales AN. indicadores de aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. *J Pediatr* 1998; 74(1):11-16.
8. Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas SN, Baudson MFR. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(6):617-22.
9. González-Cossío T, Loreno-Macías H, Riveira JA, Villapando S, Shamah-Levy T, Monterrubio EA, Hernández-Garduño A., et al.. Breast-feeding practices in México: results from the Second National Nutrition Survey 1999. *Salud Pública de México* 2003; 45(Supl 4):S477-89.
10. Kitoko PM, Réa MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saúde Pública* Oct/Dec 2000; 16(4):1-14.
11. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Venancio CMM, Venancio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em áreas urbanas do Sudoeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev Saúde Pública* 1998; 32(5): 430-6.
12. Vieira MLF, Silva JLCP, Filho AAB. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas. *J Pediatr* (Rio J) 2003; 79(4):317-24.
13. Aarts C, Hörnell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and use. *Pediatrics* 1999; 104: DOI:10.1542/peds.104.4.e50.
14. Cesar JA, Kuhn D, Devens ES, Martins JrE, Aguiar MRC, Holthausen RS et al.. Prescrição de chás para crianças menores de 6 meses: a opinião dos médicos de uma cidade de porte médio no sul do Brasil. *J Pediatr* (Rio J) 1996; 72:27-31.
15. Batalha LMC. Suplementação vitamínica e mineral no primeiro quadrimestre de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* Jul/Dec 2002; 20(2):63-70.
16. Osis MJD, Duarte GA, Padua KS, Hardy E, Sandoval LEM, Bento SF. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2):172-9.
17. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al.. Mothers' and Clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004; 113:405-411. (DOI:10.1542/peds.113.5.e405).
18. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al.. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004; 113:283-290. (DOI:10.1542/peds.113.4.e283).
19. Aarts C, Kylberg E, Hörnell A, Hofvander Y, Gebre-Medhin M, Greiner T. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparasion of data since birth with current status data. *International Journal of Epidemiology* 2000; 29:1041-1046.
20. Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G. Amamentação e crescimento infantil: um estudo longitudinal em crianças do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública* Mai/Jun 2005; 21(3): 756-766.

21. Moreira EAM, Corso ACT, Krüger RM, Rehn A. Desmame precoce e estado nutricional infantil. *Rev Ciências da Saúde* Jan/Dec 1996; 15(1 and 2):126-40.
22. Braghini M, Dolci GS, Ferreira EJB, Drehmer TM. Relação entre aleitamento materno, hábito de sucção, forma do arco e profundidade do palato. *Ortodontia gaúcha* Jul/Dec 2001; 5(2):57-64.
23. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Pediatr* 2003; 79(1):7-12.
24. Traebert J, Moreira EAM, Bosco VL, Almeida ICS. Transição alimentar: problema comum à obesidade e à cárie dentária. *Rev Nutrição* 2004; 17(2):247-253.
25. World Health Organization (WHO). Butte NF, Lopes-Alardon MG, Garz C. Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for the Term Infant During The First Six Months of Life. World Health Organization - Department of Nutrition for Health and Development (NHD), p.1-57, 2002.

2.1 TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra do estudo quanto ao início do desmame precoce, Florianópolis, 2005.

Início do desmame	Tempo	N (%)
AMP	= 6 meses	24 (15,0)
AMP	< 6 meses	37 (23,1)
AM	< 6 meses	51 (31,9)
Introdução de Alimentação Complementar	< 6 meses	140 (87,5)

Tabela 2: Distribuição das médias e medianas de AME, AMP e AM, Florianópolis, 2005.

Amamentação	Média	Mediana
AME	3,1 meses	3 meses
AMP duração	2,6 meses	2 meses
AMP início	2,4 meses	2 meses
AM	3,9 meses	4 meses

2.2 GRÁFICOS

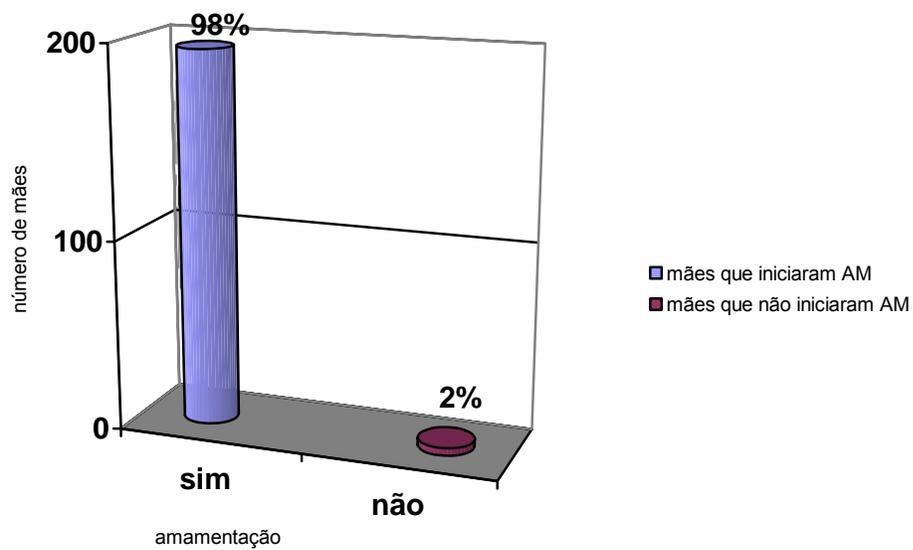


Gráfico 1: Caracterização da amostra do estudo quanto à realização da amamentação (N=200), Florianópolis, 2005

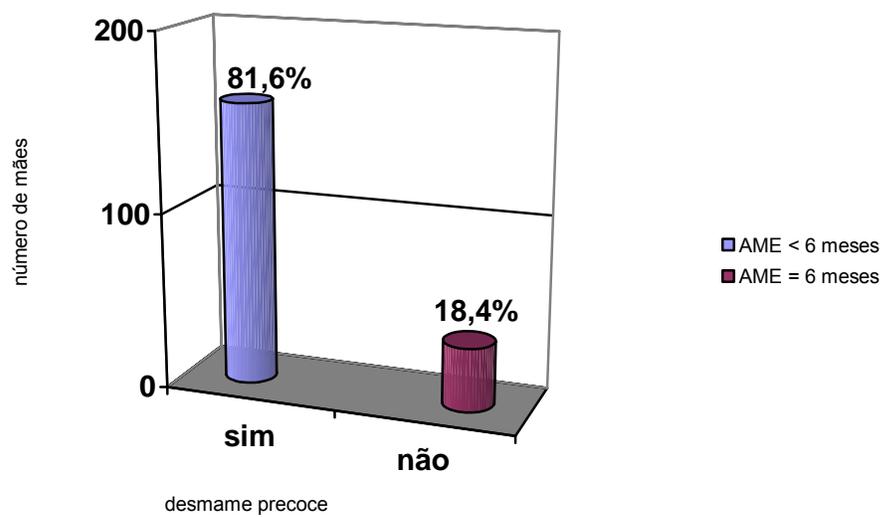


Gráfico 2: Caracterização da amostra do estudo considerando o início do desmame, Florianópolis (N=196), 2005

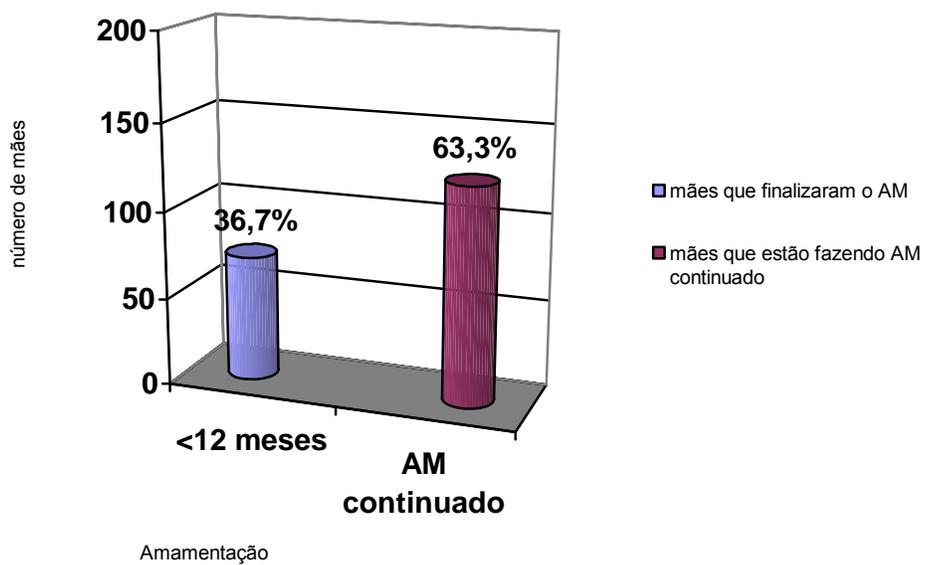
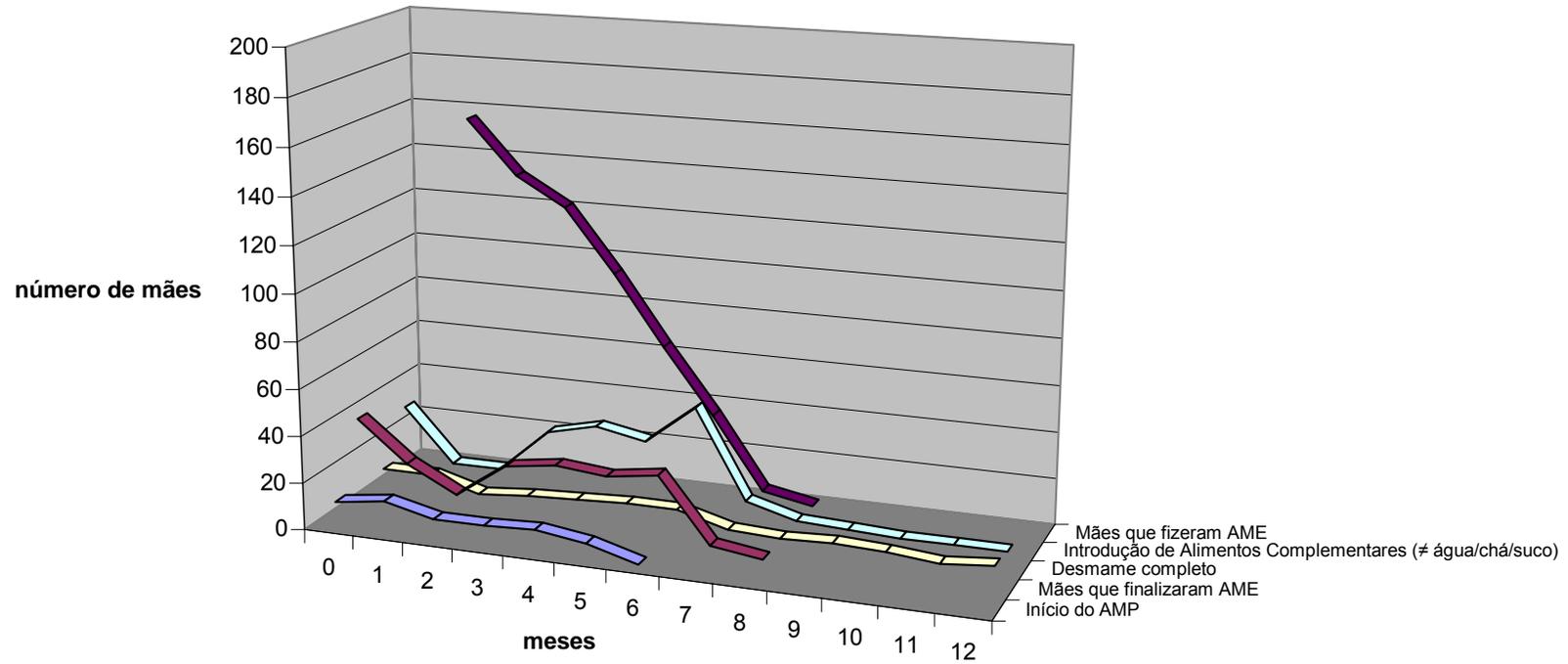


Gráfico 3: Distribuição das mães que finalizaram o AM no primeiro ano de vida e das que continuam amamentando (N=196), Florianópolis, 2005



	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
■ Início do AMP	11	14	9	9	10	7	1						
■ Mães que finalizaram AME	40	23	12	27	30	28	31	4	1				
■ Desmame completo	11	11	5	7	8	9	9	3	2	3	2	0	2
■ Introdução de Alimentos Complementares (≠ água/chá/suco)	32	9	9	28	33	29	46	8	2	1	0	0	0
■ Mães que fizeram AME		156	133	121	94	64	36	5	1				

■ Início do AMP ■ Mães que finalizaram AME ■ Desmame completo ■ Introdução de Alimentos Complementares (≠ água/chá/suco) ■ Mães que fizeram AME

Gráfico 4: Número de mães que finalizaram o AME, que iniciaram o AMP, que fizeram o final do AM, que iniciaram o introdução de alimentos complementares (≠ água/chá/suco) e que fizeram AME por mês no primeiro ano pós-parto, Florianópolis, 2005.

3 ARTIGO 2 – Formatado segundo as normas do *Jornal de Pediatria*

FATORES DETERMINANTES DO INÍCIO DO DESMAME PRECOCE:

em duas populações de mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis/SC

Núbia de R. Giuliani¹, Joeci de Oliveira², Vera L. Bosco², Jefferson Traebert³

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores determinantes para o início do desmame precoce (AME < 6 meses).

Metodologia: foi realizado um estudo transversal com características descritivas e analíticas numa população de 200 mães de crianças de 6 a 12 meses de idade em acompanhamento de puericultura no Hospital Universitário da UFSC (HU) e na Unidade de Saúde do Saco Grande II (USSGII) na cidade de Florianópolis / SC.

Resultados: o aleitamento materno (AM) foi feito por 98% das mulheres e o início do desmame foi precoce em 81,6% dos casos. Na análise univariada mostraram-se estatisticamente associados ao início do desmame precoce: mãe trabalhar fora do domicílio (p=0,002) ou nos primeiros 6 meses após o parto (p<0,001); ter alguma dificuldade para amamentar (p=0,002); o bebê não mamar na primeira hora de vida (p=0,004); fazer o pré-natal na USSGII (p=0,046), o uso de mamadeira (p<0,001) ou chupeta (p=0,026). O trabalho materno nos primeiros 6 meses (OR: 6,0; 95% IC: 2,3-15,8; p<0,001), bebê não mamar no peito na primeira hora de vida (OR: 3,6; 95% IC: 1,4-9,5; p=0,008), mãe fazer pré-natal na USSG II (OR: 3,3; 95% IC: 1,1-9,5; p=0,029) e mãe ter até 26 anos de idade (OR: 2,9; 95% IC: 1,2-6,9; p=0,015) mostraram-se associados ao início do desmame precoce independente de outras variáveis estudadas.

Conclusões: embora o AM esteja sendo realizado, o desmame normalmente está iniciando antes dos 6 meses; houve associação, independente de outras variáveis, entre o início do desmame precoce com idade e trabalho maternos, tempo para primeira mamada e local de pré-natal. Observou-se a necessidade de manutenção e aperfeiçoamento do incentivo ao AM, principalmente, para o AME até 6 meses. Existe um descompasso entre o preconizado pela OMS em relação ao AM e a legislação

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Prof^a Dr^a da Disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Professor de estatística da UNISUL.

vigente no Brasil. Salienta-se a necessidade da Odontologia integrar a equipe de profissionais de saúde a fim de participar tanto do pré-natal quanto do incentivo ao aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento Materno (AM), Determinantes Epidemiológicos, Desmame, Puericultura, Lactação, Risco Relativo.

ABSTRACT

Objective: To identify the determinant factors for the beginning of the early weaning (EBF < 6 months).

Method: It was developed a transversal study with descriptive and analytical characteristics in a population of two hundred women of infants of 6 to 12 months of life accompanied with infantile nursing service in the UFSC University Hospital (HU) and the Saco Grande II Health Service (SCHS) in Florianópolis - SC.

Results: The breastfeeding (BF) was accomplished by 98% of women and the beginning of the weaning was early in 81.6% of cases. It was statistically associated to the beginning of early weaning the following: mothers that had to work out their home ($p=0.002$) or in the first six months postpartum ($p<0.001$); difficulty of breastfeeding ($p=0.002$); infant did not breastfeed in the first hour of life ($p<0.001$); to accomplish the prenatal medical care in the SCHS ($p=0.046$) or the use of bottle ($p<0.001$) or pacifier ($p=0.026$). It was associated to the beginning of early weaning, in spite of other variables, maternal work in the first six months (OR: 6.0; 95% CI: 2.3-15.8; $p<0.001$), infant did not breastfeed in the first hour of life (OR: 3.6; 95% CI: 1.4-9.5; $p=0.008$), mother accomplished the prenatal medical care in the SCHS (OR: 3.3; 95% CI: 1.1-9.5; $p=0.029$), and to be until 26-year-old age (OR: 2.9; 95% CI: 1.2-6.9; $p=0.015$).

Conclusions: Although the BF has been accomplished, the weaning normally is initiating before six months; there was an association between the beginning of early weaning and the maternal age and work, time of the first breastfeeding and place of prenatal care, it was observed the necessity of monitoring and stimulating BF, mainly for the EBF until six month. There is divergence between that is encouraged by WHO in relation to BF and Brazilian laws. It is important to stimulate the integration of health practitioners to take part both of prenatal care and breastfeeding.

Keywords: Breast Feeding (BF), Epidemiologic Factors, Weaning, Child Care, Lactation, Risk.

Introdução

A promoção de saúde na população infantil e a melhora na qualidade de vida desde os primeiros anos passam, necessariamente, pelo incentivo e suporte ao aleitamento materno (AM), em especial ao aleitamento materno exclusivo (AME).

O aleitamento natural feito através da mama corresponde à amamentação, diferente do aleitamento artificial, feito quando bebê não tem contato com o peito materno nem com leite produzido pela glândula mamária da mãe. Desde a gestação, a mãe é capaz de alimentar seu filho suprimindo todas as suas necessidades nutricionais, competência que continua evidente entre nutriz e seu lactente, durante os primeiros meses do bebê através do AME.

A introdução precoce de alimentos complementares e/ou água, chás ou sucos representa o fim do AME e o início do processo de desmame da criança. Para a UNICEF¹ e no Brasil a preocupação em realizar o AME por 6 meses já existia quando a OMS (Organização Mundial da Saúde) ainda preconizava por 4 a 6 meses². A OMS reconheceu a importância do AME até 6 meses em 2002³.

Mesmo que o AM seja oferecido à maioria das crianças que nascem^{1,5-8}, a introdução de outros alimentos ainda é bastante prematura^{6,7,9}, fato que justifica a necessidade de intervenções para prevenir o desmame parcial e/ou total precocemente.

Atualmente, um forte aliado no enfrentamento ao desmame precoce são os Hospitais Amigos da Criança (HAC) que estão em franca expansão pelo mundo inclusive no Brasil, único país que oferece incentivo financeiro aos hospitais credenciados na iniciativa sobre os serviços obstétricos prestados².

As classificações de AM, adotadas neste estudo, são as sugeridas pela OMS (WHO, 1991)¹⁰. Desmame é um processo que inicia com a introdução de qualquer líquido ou alimento sólido além de leite materno e se conclui com o completo abandono da amamentação¹¹. O desmame pode ser considerado de início precoce quando antes do sexto mês for interrompido o AME^{3,12}, o que inclui fazer AMP, AM e alimentação complementar.

Embora as taxas de AM tenham aumentado no Brasil nos últimos anos, ainda permanecem distantes da meta de AME recomendado pela OMS^{3,12} e, nem sempre que o bebê é amamentado, este aleitamento continuado dura dois anos ou mais como também preconiza a OMS³.

Este estudo identificou fatores associados ao início do desmame precoce em uma população de mulheres, mães de crianças de 6 a 12 meses de idade em acompanhamento de puericultura no Hospital Universitário da UFSC e na Unidade de Saúde do Saco Grande II na cidade de Florianópolis/SC. Indicando as chances dessas crianças iniciar o desmame precoce, pode-se alertar para variáveis que merecem maior atenção dos profissionais.

Método

Realizou-se um estudo transversal com características descritivas e analíticas, utilizando um formulário para entrevista estruturada, testado e modificado num pré-teste e avaliado num estudo piloto com 23 mães de bebês de 6 meses até 4 anos, que freqüentaram a clínica da especialização em Odontopediatria da UFSC, nos meses de novembro e dezembro de 2004. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob protocolo 261/2004.

As participantes da investigação foram mulheres, mães de bebês de 6 a 12 meses que realizaram consultas de puericultura em serviços públicos de saúde em duas unidades de

saúde de Florianópolis. O ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário (HU) foi escolhido porque faz parte da IHAC^I (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) e por ser hospital-escola vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e da Unidade de Saúde do Saco Grande II (USSGII), eleita porque faz parte do PDA (Programa Docente Assistencial de caráter inter-institucional que tem como gestores UFSC, HU e Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis). O bairro Saco Grande II está localizado em uma região populosa com residência multiprofissional em Saúde da Família, tem equipe multiprofissional, desenvolve trabalhos com a comunidade, tem delimitação de micro-áreas, é coberto pelo PSF^{II} (três equipes mínimas) e Capital Criança^{III}. Destacamos que foram escolhidas estas populações em função se constituírem, em sua maioria, de baixa à média renda, e ter assistência mensal dos serviços de saúde com programas que dedicam especial atenção à amamentação.

Salienta-se que apesar dos resultados dessa pesquisa apresentarem validade interna, satisfazendo a recomendação da OMS³ de personalizar as informações, as reflexões decorrentes dela podem ser extrapoladas porque são relevantes para o entendimento do processo de amamentação, seu sucesso e limitações.

Considerando a estratégia do Ministério da Saúde (MS) que preconiza uma consulta mensal para o primeiro ano de vida dos bebês saudáveis, alternando médico Pediatra e Enfermagem, definiu-se o censo da população mensal do HU com base na média do número de consultas por mês para a faixa etária em questão. Não dispondo desta mesma informação para a unidade de saúde, estimou-se o número total de crianças na faixa etária de estudo. O censo totalizou 200 entrevistas, sendo 100 em cada localidade. O período de coleta de dados durou de janeiro a fim de abril de 2005.

Em relação aos bebês, considerou-se para este estudo os dados do único filho, quando primíparas, ou do último filho, quando múltíparas. Como critérios de inclusão considerou-se:

^I Iniciativa mundial idealizada pela OMS e UNICEF visando à promoção e proteção ao AM, mediante a aplicação de 10 passos para o sucesso do mesmo pelas maternidades e hospitais com leito obstétrico.

^{II} Programa Saúde da Família do MS, Brasil.

^{III} Programa do município de Florianópolis / SC que assiste às crianças nascidas neste município até os 19 anos.

ser mãe de bebês entre 6 e 12 meses, em consulta de puericultura nas Unidades de Saúde acima mencionadas. Como critérios de exclusão: ser mãe de criança adotada, doença materna que representasse impedimento à realização da entrevista, não estar realizando consulta de puericultura de rotina, mas por algum motivo de doença do bebê, e crianças acompanhadas de outras pessoas diferentes da mãe. Quando o bebê tinha irmão gêmeo, a mãe respondia por um deles, escolhido aleatoriamente. Foi importante não os excluir da amostra em função de que o parto gemelar poderia representar uma dificuldade ao AM.

O formulário para realização da entrevista continha perguntas referentes à: escolaridade, idade, número de filhos, estado marital, ocupação da mãe, questões sobre características específicas do bebê e/ou da mãe.

As classificações utilizadas para avaliar a duração do AM foram as sugeridas pela OMS (1991)¹⁰. Perguntou-se às mães sobre o período de AME e, na seqüência, sobre a idade da introdução de água, chá, suco, frutas, leite, refrigerante e sopa ou papa, de onde se obteve o tempo real de AME¹⁰ que foi igual ao início do desmame.

Os dados foram coletados num único momento com cada mãe, na sala de espera da consulta de puericultura, por uma única entrevistadora após consentimento da mãe por escrito.

A variável dependente foi o início do desmame antes dos 6 meses e as variáveis independentes: idade, escolaridade e ocupação da mãe, estado civil materno, número de filhos, renda familiar, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, local do parto, utilização de mamadeira e/ou chupeta, período de licença à maternidade.

O banco de dados foi submetido ao programa SPSS e analisado através do teste exato de Fisher ou X^2 (qui-quadrado) para análise univariada, e as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ foram incluídas num modelo de regressão logística múltipla para testar a independência entre elas.

Resultados

Das 200 mulheres entrevistadas, quatro (2%) não amamentaram frente a 196 mães (98%) que iniciaram o AM. O AME até 6 meses foi realizado por 36 mães (18,4%) sendo que 160 mulheres (81,6%) realizaram o início do desmame precoce. O AM foi finalizado durante o primeiro ano por 72 mães (36,7%), sendo continuado por 124 delas (63,3%).

Os dados sócio-demográficos não se mostraram estatisticamente associados ao início do desmame precoce, como pode ser observado na Tabela 1.

No estudo de associação com variáveis relacionadas ao trabalho da mãe, houve associação estatisticamente significativa entre trabalhar fora e realizar o início do desmame precoce ($p=0,002$) e, foi fortemente significativa estatisticamente a relação de trabalhar fora nos primeiros 6 meses e realizar o início do desmame precoce ($p<0,001$) (Tabela 2). O tempo de afastamento do trabalho por maternidade pode ser observado na Tabela 3.

Alguns aspectos relacionados à mãe também apresentaram, na análise univariada, relação estatisticamente significativa com o início do desmame precoce, tais como fazer o pré-natal na USSGII ($p = 0,046$) e ter algum problema ou dificuldade para amamentação ($p = 0,002$), elas podem ser observadas juntamente com as demais variáveis na Tabela 4.

Com respeito aos dados relacionados ao bebê, não mamar no peito na primeira hora de vida do bebê mostrou-se associado com a realização do início do desmame precoce ($p=0,004$), como pode ser observado na Tabela 5. Considerando os dados antropométricos do bebê, o comprimento ao nascimento mostrou-se próximo de estar relacionado ao início do desmame precoce, como descrito na Tabela 6.

Usar mamadeira ou chupeta mostrou-se altamente associado com o início do desmame precoce, $p<0,001$ e $p=0,026$ respectivamente (Tabela 7).

As variáveis univariadas que não se mantiveram fiéis e associadas no modelo de regressão logística múltipla provavelmente agiram como variáveis confundidoras. Na Tabela 8 observamos as variáveis que individualmente exerceram risco ao início do desmame precoce, são as que apresentaram $p_{ajustado}$ menor que 0,05 e, as variáveis tipo de parto e anos de estudo materno serviram para ajustar o modelo.

Discussão

No presente estudo o AM foi iniciado pela maioria das mães, comprovando que quase todas as mães iniciam o AM^{1,4,5,7,8,13}. Porém o início do desmame vem sendo realizado precocemente pela maioria das mulheres.

O AME até 6 meses, conforme preconiza a OMS e MS^{3,12}, ocorreu neste estudo com percentuais inferiores aos encontrados por González-Cossio et al. (2003)⁸ no México e ao encontrado por Vieira et al. (1998)¹ no Brasil, mas superior a percentagem encontrada por Aarts et al. (1999)¹⁴ na Suécia. O que não está concordando com o tempo de licença-maternidade já que no Brasil são 16 semanas com salário integral, no México são 12 semanas e na Suécia são 68 semanas a serem divididas entre mãe e pai. O pai na Suécia pode ceder 25 semanas para a mãe, totalizando 59 semanas. Esta relação inversa pode ter ocorrido também em função da população estudada estar sendo acompanhada pelo serviço de puericultura.

Apesar do desmame ter sido iniciado precocemente pela maioria das mães, muitas ainda continuavam o AM no momento da entrevista, o que pode estar relacionado com acompanhamento de puericultura e incentivo continuado ao AM.

A maioria das mulheres deste estudo (Tabela 1) vive com companheiro, mas não houve associação estatisticamente significativa acerca do estado marital e o início do desmame precoce, apesar de Vieira et al. (2003)¹⁵ ressaltarem que a situação conjugal é

importante para a estabilidade emocional e financeira dessas mães, representando um fator positivo para o desenvolvimento de seus filhos.

A renda da família não teve relação estatisticamente significativa neste estudo (Tabela 1). Para Horta et al. (1996)⁴ nos primeiros meses o percentual de crianças amamentadas foi superior nas famílias de maior renda e, a partir de 9 meses, a amamentação foi mais freqüente no grupo de baixa renda.

Os anos de estudo não teve relação estatisticamente significativa neste estudo (Tabela 1) embora a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada no Brasil em 1996 demonstrasse que mulheres com maior escolaridade amamentam mais⁵.

Neste estudo, a idade materna variou entre 13 e 42 anos, com mediana de 26 anos. Ter menos de 26 anos aumentou em 2,9 vezes as chances de que iniciasse o desmame precocemente (Tabela 8), diferente do observado por Vieira et al. (2003)¹⁵ que não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre mulheres adultas e adolescentes acerca da amamentação e alimentação no primeiro ano de vida.

O retorno da mãe ao trabalho nos primeiros 6 meses de vida, e o trabalho fora do domicílio mostraram-se estatisticamente associados ao início do desmame (Tabela 2 e 8), concordando com um estudo feito no Brasil e Honduras, onde foi encontrado que mulheres que retornam ao trabalho nos primeiros 4 meses após o parto tiveram uma chance reduzida de amamentar¹⁶. O trabalho materno foi negativamente associado ao AME até 6 meses por González-Cossio et al. (2003)⁸, corroborando que o trabalho materno pode representar um obstáculo ao AME.

Curiosamente, no estudo de Kitoko et al. (2000)¹⁷ as mães de João Pessoa quando comparadas às de Florianópolis, trabalhavam menos fora do lar e apresentaram menores taxas de AME, mas também, tinham menor nível de escolaridade e eram mais jovens. Apesar da universalidade da iniciação da amamentação, seu desmame vem sendo iniciado

precocemente¹⁷ e a promoção do AM merece a análise de múltiplos fatores, considerando também a cultura regional e local.

Entre as mães que trabalhavam fora do lar e que tiveram direito a licença maternidade foi observado que metade delas tiveram até cinco meses afastadas do trabalho, isto foi possível, para mais da metade, devido ao recurso de solicitar férias junto com a licença (Tabela 3). Isto foi de acordo com o estudo da Guedert (2003)¹⁸ que observou que a mediana de duração do afastamento do trabalho foi de 5 meses, dado coerente com o fato de que ao período de 4 meses da licença à maternidade as mulheres tentam acrescentar suas férias.

O presente estudo apontou a grande dificuldade de se conciliar o AME e o trabalho materno. Apesar de todos os recursos para assegurar o direito legal ao AM, garantido através da Constituição Federal, Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Código de Defesa do Consumidor (CDC), Ministério da Saúde por seus diversos órgãos juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que vêm com o decorrer do tempo aperfeiçoando métodos e condutas, com instrumentos próprios (Resoluções, Portarias etc) para assegurar o cumprimento às normas constitucionais e legais de proteção ao AM. Guedert (2003)¹⁸ ao indicar a duração e identificar os fatores que contribuíram ou dificultaram o AM, verificou que o AME aos 6 meses esteve associado a atuar na área da saúde, trabalhar em tempo parcial, morar em Florianópolis e ter acesso às creches da UFSC.

Hoje no nosso país, têm-se resoluções e outros instrumentos legais que respaldam a prática do AM, tais como Resoluções do Ministério da Saúde como Alojamento Conjunto, Bancos de Leite Humano, Maternidades Amigas da Criança, Programa Mãe-Canguru, e os Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizado. Apesar da legislação vigente, existem situações não colocadas em prática, conforme verificado por Toma e Monteiro (2001)¹⁹ que observaram o não cumprimento dos 10 passos para IHAC pela grande maioria das

maternidades de SP. Além do que, a legislação não favorece o AME pelo tempo preconizado no presente estudo e pelos órgãos nacionais¹² e internacionais³, de forma que a mulher que trabalha, mesmo no mercado formal, tem o AME por 6 meses de modo não exequível. Uma expectativa é de melhores condições no trabalho para manutenção ao AM, já que segundo Guedert (2003)¹⁸ e Osis et al. (2004)²⁰ a existência de creche no local de trabalho foi relevante para manutenção do AM no retorno ao trabalho, especialmente para o AME.

Além disso, o Projeto de lei 281/2005 apresentado pela senadora Patrícia Saboya (PSB) propõe a criação da “*empresa cidadã*” no Brasil, com a licença-maternidade de seis meses facultativa às empresas privadas que se interessarem em ter descontos em tributos federais. Este projeto, idealizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e endossado pela ordem dos Advogados do Brasil, é uma tentativa de se adequar ao preconizado pela OMS³ e MS¹² que promove campanhas estimulando o AME por 6 meses. O que representa um importante respaldo legal à mudança de comportamento almejada.

Percebeu-se associação estatisticamente significativa entre ter feito o pré-natal somente na USSGII e realizar o início do desmame precoce (Tabelas 4 e 8), o que pode refletir uma conduta dos profissionais que trabalham nesta Unidade de Saúde, especialmente, em relação à promoção e manutenção do AME, porque o estudo indicou que o AM vem sendo estimulado e incentivado.

Foi estatisticamente significativo ter tido alguma dificuldade para amamentar e realizar o início do desmame precoce (Tabela 4), concordando com o encontrado por Frota e Marcopito (2004)¹³. Atitudes positivas em relação ao AM e conhecimento sobre o assunto são muito importantes para sua promoção. A falta de conhecimento, na realidade, pode representar um obstáculo à amamentação devido às informações incorretas transmitidas e à falta de consistência²¹.

Mostrou forte associação estatisticamente significativa não mamar no peito na primeira hora de vida e realizar o início do desmame precoce (Tabela 5). O que coincide com o preconizado pelo quarto^{IV} dos 10 passos para o sucesso do AM - OMS/UNICEF (1989)²².

Se o bebê nasceu pré-termo ou a termo não teve relação estatisticamente significativa com o início do desmame precoce, embora o fato de ser considerado Pequeno para Idade Gestacional²³ tenha se mostrado próximo de ser estatisticamente associado com realizar o início do desmame precoce (Tabela 6), o que corrobora a observação de González-Cossio et al. (2003)⁸ em relação a uma percepção materna onde considera que a criança com comprimento maior necessita comer mais. Esses autores encontraram uma chance 2 vezes maior de que crianças com maior comprimento ao nascer iniciassem a introdução de suplementos ao AM antes dos 6 meses⁸.

Foi altamente significativo estatisticamente usar mamadeira ou chupeta e realizar o início do desmame precoce (Tabela 7), corroborando que o uso de bico artificial pode interferir com o AME, pois crianças que usam chupetas, geralmente, vão ao peito com menos frequência^{14,24,25}. A utilização da chupeta permanece muito arraigada na nossa cultura^{14,25}, não conseguindo ser combatida nem em população assistida por HAC²⁵ ou grupos de mães altamente motivadas¹⁴, como verificado neste estudo.

Crianças que desenvolvem preferência por bicos artificiais, apresentam dificuldades em pegar o peito²⁶. A “confusão de bicos”, provavelmente, resulte da diferença de técnica de sucção na ordenha do peito e sucção da mamadeira²⁶. Isto foi demonstrado no estudo de Vieira et al. (1998)¹ onde as crianças que não usaram chupeta tiveram 1,87 vezes mais possibilidade de estar em AM. Soares et al. (2003)²⁵ encontraram que as crianças em AM com 1 mês de idade, que usaram chupeta, tiveram uma chance 2,8 vezes maior de serem desmamadas até o sexto mês, demonstraram que a frequência de uso da chupeta, no primeiro mês já atingia mais da metade das crianças e confirmaram a associação entre uso da chupeta e

^{IV} 4º passo para o sucesso do AM preconizado pela IHAC: “ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento”. (p.308)²⁷

menor duração de AM e AME. Sendo que, segundo Soares et al. (2003)²⁵, houve maior risco de desmame antes do sexto mês associado ao uso da chupeta, para menino, primogênito e crianças nascidas de parto cesáreo. Neste ponto ressalta-se a importância do cirurgião-dentista ter contato com a nutriz e orientar os prejuízos do bico artificial e as alternativas ao seu uso.

O que explicou o início do desmame precoce, neste estudo (Tabela 8), foram o trabalho da mãe nos primeiros 6 meses pós-parto, o bebê não mamar no peito na primeira hora de vida, a mãe fazer pré-natal na USSGII e ter até 26 anos. As mães que trabalham nos primeiros 6 meses de vida do seu bebê apresentaram 6 vezes mais chances de iniciar o desmame precoce. As mães cujos bebês não mamam no peito na primeira hora de vida apresentaram 3,6 vezes mais chances de iniciar o desmame precoce do que as demais. Fazer o pré-natal na USSGII e ser mãe antes dos 26 anos aumentou em 3,3 e 2,9 vezes respectivamente, as chances de ter iniciado o desmame precocemente.

Frota e Marcopito (2004)¹³ constataram que os fatores associados ao desmame foram ser mãe adolescente com vida conjugal, ter “só estudo” como atividade após o parto e ter “dificuldade para amamentar nos primeiros dias”; o AME na alta hospitalar protege contra o desmame até o sexto mês de vida da criança.

Para Navarro-Estrela et al. (2003)²⁷ os fatores de risco para AM por menos que 3 meses, observado em pouco menos da metade das mulheres estudadas, foram: desconhecimento materno sobre o AM (risco de 5,97 vezes); não AM prévio de outro filho (risco de 2,98 vezes); ter planejado amamentar por zero a 3 meses (risco de 16,24 vezes) e falta de vantagens no trabalho para continuar o AM (risco de 1,99 vezes).

O não AME nas primeiras 12 semanas esteve, para Taveras et al. (2004)²⁸, associado à recomendação de fórmula para suplementação alimentar em crianças sem ganho de peso suficiente, e ao relato dos profissionais da clínica pediátrica sobre não ser muito importante

aconselhar a mãe sobre a duração do AM. Um aparente fator de risco associado à mãe, para o não AME, é a experiência de problemas com a lactação ou sobre a sucção.

O AME aos 6 meses, no estudo de Guedert (2003)¹⁸, mostrou-se associado às expectativas positivas em relação à amamentação, ser multipara e ter amamentado anteriormente, parto normal e em HAC e a criança não ter usado chupeta.

É importante que os profissionais da saúde percebam a presença de fatores de risco ao início do desmame precoce e, dediquem mais atenção às mães que os apresentam. Tais fatores devem ser encarados como as variáveis associadas estatisticamente ao desfecho, início do desmame precoce, neste estudo.

A USSGII com equipe de saúde vinculada ao PSF teve menor índice de AME, mostrou-se menos eficiente no combate ao início do desmame precoce do que o HU, embora ambos serviços de puericultura promovam o AM continuado. Isto está de acordo com a constatação de Ramos e Almeida (2003)⁹ onde salientam que das ações de saúde pública para promoção, proteção e apoio à amamentação a mais notável foi o IHAC, no sentido de contribuir para melhorar os índices de AM, sem, contudo, demonstrar a mesma eficiência sobre o AME. Porém, com este estudo, verificou-se a maior eficácia sobre o AME e a mesma para o AM continuado entre as unidades de saúde investigadas.

Isto pode estar relacionado com uma deficiência na integração da equipe multiprofissional que atua no PSF, com destaque ao papel da Odontologia, que participa pouco na gestação e especialmente na puericultura, onde recebe o bebê para primeira consulta com um mês e depois somente aos seis meses no Programa Capital Criança. E na IHAC não consta no planejamento o acompanhamento pelo profissional de saúde bucal no puerpério.

Um grande passo para a promoção do AME, melhorando a qualidade de vida das crianças e seus familiares, de acordo com Giugliani (1994)²¹ é, acreditando na importância da amamentação, trabalhando como e por que promover o AM com profissionais da saúde,

gestantes, puérperas e população em geral. Promovendo informação maior aos funcionários da saúde que estão mais próximos da sociedade e mesmo dentro das famílias. Transferindo para todo serviço de saúde o que Toma e Monteiro (2001)¹⁹ salientam para os IHAC, que a transformação dos hospitais em “Amigos da Criança” pode ser facilitada pela adoção de uma abordagem humanizada da assistência, não descuidando da sensibilização e treinamento maciço e continuado de profissionais de saúde em cursos consistentes.

Conclusões

Com base nos resultados obtidos, concluiu-se:

- Embora o AM esteja sendo realizado, o desmame normalmente está iniciando antes dos 6 meses;
- O início do desmame precoce mostrou-se associado com idade e trabalho maternos; local de pré-natal; e demorar mais de uma hora para primeira mamada;
- Há necessidade de manutenção e aperfeiçoamento do incentivo ao AM, principalmente, para o AME até 6 meses;
- Há um descompasso sobre o preconizado pela OMS em relação ao AM e a legislação a este respeito no Brasil, assim como com a presença da mulher no mercado de trabalho.
- Há de se ressaltar a importância da Odontologia integrar esta equipe de profissionais a fim de melhorar a qualidade de vida de bebê e nutriz, salientando que qualquer mudança de comportamento necessita, além de apoio profissional, respaldo legal.

Referências bibliográficas

1. Vieira GO, Glisser M, Araújo STP, Sales AN. indicadores de aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. *J Pediatr* 1998; 74(1):11-16.
2. Araujo MFM. In: Carvalho MR, Tarnez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1-10.
3. World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding report of an expert consultation. Geneva, Switzerland 28–30 March 2001. WHO; 2002. p.1-6. (Document WHO/NHD/01.09).
4. Horta BL, Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Guimarães PRV. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(Supl 1): 43-48.
5. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996. Amamentação e situação nutricional das mães e crianças. Disponível em: <www.amamentação.org.br> (Acesso: 10/10/04).
6. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Venancio CMM, Venancio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em áreas urbanas do Sudoeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev Saúde Pública* 1998; 32(5): 430-6.
7. Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas SN, Baudson MFR. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(6):617-22.
8. González-Cossio T, Loreno-Macías H, Riveira JA, Villapando S, Shamah-Levy T, Monterrubio EA, Hernández-Garduño A., et al.. Breast-feeding practices in México: results from the Second National Nutrition Survey 1999. *Salud Pública de México* 2003; 45(Supl 4):S477-89.
9. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79(5):385-90.
10. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing breastfeeding practices. Reprinted report of an informal meeting 11-12 June 1991. Geneva; 1991. (WHO/CDD/SER/ 91.14).
11. Carrazza FR. A prática da alimentação infantil: parte II. In: _____, MARCONDES E. Nutrição clínica em pediatria. São Paulo: Sarvier; 1991. p.147-153.
12. Ministério da Saúde (MS), Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Ministério da Saúde e Organização Pan Americana da Saúde - Representação do Brasil. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.107, Brasília – DF, 2002.
13. Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1):85-92.
14. Aarts C, Hörnell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and use. *Pediatrics* 1999; 104: DOI:10.1542/peds.104.4.e50.
15. Vieira MLF, Silva JLCP, Filho AAB. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79(4):317-24.

16. Perez-Escamilla R, Lutter C, Segal AM, Rivera A, Trevino-Siller S, Sanhvi T. Exclusive breastfeeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. *J Nutr* 1995; 125:2972-84.
17. Kitoko PM, Réa MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saúde Pública* Oct/Dec 2000; 16(4):1-14.
18. Guedert JM. Fatores associados ao aleitamento materno em mulheres trabalhadoras da Universidade Federal de Santa Catarina [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
19. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(5):409-14.
20. Osis MJD, Duarte GA, Padua KS, Hardy E, Sandoval LEM, Bento SF. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2):172-9.
21. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. *J Pediatr* 1994; 70(3):138-151.
22. Hentschel H, Brietzke E. Puerpério normal e amamentação. In: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em Obstetrícia*. 4th ed. São Paulo: Artmed; 2001. p.303-312.
23. Ministério da Saúde (MS) – Secretarias de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Caderno de Atenção Básica – nº 11*, Brasília – DF; 2002.
24. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997; 99:445-53.
25. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, salgado CAN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79(4):309-16.
26. Neifert TM, Blawrence R, Seacate J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr* 1995; 126:S125-9.
27. Navarro-Estrela M, Duque-López MX, Trejo JA, Péres JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Pública de México* Jul/Ago 2003; 45(4):276-284.
28. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al.. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004; 113:283-290. (DOI:10.1542/peds.113.4.e283).

3.1 TABELAS

Tabela 1: Distribuição de frequência do início do desmame precoce na amostra estudada e variáveis sócio-demográficas, Florianópolis, 2005.

Dados sócio-demográficos	Desmame precoce – Sim n (%)	Desmame precoce – Não n (%)	Total n (%)	p*
Idade da mãe (n=196)				0,059
≤ 26 anos	90 (86,5)	14 (13,5)	104 (53,1)	
> 26 anos	70 (76,1)	22 (23,9)	92 (46,9)	
Anos de estudo materno (n=196)				0,705
≤ 8 anos	90 (82,6)	19 (17,4)	109 (55,6)	
> 8 anos	70 (80,5)	17 (19,5)	87 (44,4)	
Estado marital (n=195)[†]				0,791
Com companheiro	137 (81,1)	32 (18,9)	169 (86,7)	
Sem companheiro	22 (84,6)	4 (15,4)	26 (13,3)	
Renda 1 – 1º Quartil (n=193)[†]				0,483
≤ 527,50 reais por mês	35 (77,8)	10 (22,2)	45 (23,3)	
> 527,50 reais por mês	122 (82,4)	26 (17,6)	148 (76,7)	
Renda 2 – mediana (n=193)[†]				0,225
≤ 890,00 reais por mês	74 (77,9)	21 (22,1)	95 (49,2)	
> 890,00 reais por mês	83 (84,7)	15 (15,3)	98 (50,8)	
Renda 3 – 3º Quartil (n=193)[†]				0,770
≤ 1200,00 reais por mês	123 (80,9)	29 (19,1)	152 (78,8)	
> 1200,00 reais por mês	34 (82,9)	7 (17,1)	41 (21,2)	
Nº de filhos (n=196)				0,315
Primíparas	77 (84,6)	14 (15,4)	91 (46,4)	
Múltíparas	83 (79,0)	22 (21,0)	105 (53,6)	

*Teste do qui-quadrado ou exato de Fisher.

[†]Perda de informação (mães não informaram a renda ou estado marital).

Tabela 2: Distribuição de frequência do início do desmame precoce na amostra estudada e trabalho materno, Florianópolis, 2005.

Trabalho materno	Desmame precoce – Sim n (%)	Desmame precoce – Não n (%)	Total n (%)	p*
Ocupação da mãe (n=196)				0,002
<i>Do lar</i>	54 (71,1)	22 (28,9)	76 (38,8)	
<i>Trabalhar fora do domicílio</i>	106 (88,3)	14 (11,7)	120 (61,2)	
Licença maternidade (n=196)				0,106
No 8º, 9º mês de gestação ou para o parto	63 (87,5)	9 (12,5)	72 (36,7)	
Saiu antes do 8º mês ou não teve	97 (78,2)	27 (21,8)	124 (63,3)	
Se a mãe trabalhou na gestação (n=196)				0,065
Não	62 (75,6)	20 (24,4)	82 (41,8)	
Sim	98 (86,0)	16 (14,0)	114 (58,2)	
Se a mãe trabalhou nos 1^{os} 6 meses de vida do bebê (n=196)				< 0,001
<i>Não</i>	69 (71,1)	28 (28,9)	97 (49,5)	
<i>Sim</i>	91 (91,9)	8 (8,1)	99 (50,5)	
Amamentava ao retornar ao trabalho/estudo (n=103) †				0,348
Não	16 (100,0)	0 (0,0)	16 (15,5)	
Sim	78 (89,7)	9 (10,3)	87 (84,5)	

*Teste do qui-quadrado ou exato de Fisher.

†Houve 99 mães que retornaram ao trabalho e 4 ao estudo após o parto.

Tabela 3: Caracterização do tempo de afastamento do trabalho por maternidade na amostra estudada, Florianópolis, 2005.

Afastamento do trabalho por maternidade	Tempo	N (%)
Licença maternidade	< 5 meses	47 (43,9)
Licença maternidade + licença médica	= 5 meses	27 (25,2)
Licença maternidade + férias	= 5 meses	33 (30,8)
total	< 6 meses	107 (100)

Tabela 4: Distribuição de frequência do início do desmame precoce na amostra estudada e variáveis específicas da mãe, Florianópolis, 2005.

Dados relacionados à mãe	Desmame precoce – Sim n (%)	Desmame precoce – Não n (%)	Total n (%)	p*
Local onde mãe fez o pré-natal 1 (n=194) †				0,285
No HU ou Saco Grande II	106 (84,1)	20 (15,9)	126 (64,9)	
Em outros locais	53 (77,9)	15 (22,1)	68 (35,1)	
Local onde mãe fez o pré-natal 2 (n=194) †				0,233
No HU	43 (76,8)	13 (23,2)	56 (28,9)	
Em outros locais	116 (84,1)	22 (15,9)	138 (71,1)	
Local onde mãe fez o pré-natal 3 (n=194) †				0,046
<i>No Saco Grande II</i>	<i>60 (89,6)</i>	<i>7 (10,4)</i>	<i>67 (34,5)</i>	
<i>Em outros locais</i>	<i>99 (78,0)</i>	<i>28 (22,0)</i>	<i>127 (65,5)</i>	
Nº de consultas no pré-natal (n=188) ‡				0,942
< 6	28 (82,4)	6 (17,6)	34 (18,1)	
≥ 6	126 (81,8)	28 (18,2)	154 (81,9)	
Sobre as orientações do pré-natal (n=196)				0,497
Não recorda ou não teve informação	57 (79,2)	15 (20,8)	72 (36,7)	
Recorda ou teve informação	103 (83,1)	21 (16,9)	124 (63,3)	
Se a mãe tinha planejado engravidar (n=196)				0,932
Não	99 (81,8)	22 (18,2)	121 (61,7)	
Sim	61 (81,3)	14 (18,7)	75 (38,3)	
Dificuldades para amamentar (n=196)				0,002
<i>Não</i>	<i>69 (72,6)</i>	<i>26 (27,4)</i>	<i>95 (48,5)</i>	
<i>Sim</i>	<i>91 (90,1)</i>	<i>10 (9,9)</i>	<i>101 (51,5)</i>	
Se a mãe planejou amamentar (n=196)				0,641
Não	6 (75,0)	2 (25,0)	8 (4,1)	
Sim	154 (81,9)	34 (18,1)	188 (95,9)	

*Teste do qui-quadrado ou exato de Fisher.

†194 mães fizeram pré-natal.

‡perda de informação (mães não lembravam ou não sabiam responder).

Tabela 5: Distribuição de frequência do início do desmame precoce na amostra estudada e variáveis específicas do bebê, Florianópolis, 2005.

Dados relacionados ao bebê	Desmame precoce – Sim n (%)	Desmame precoce – Não n (%)	Total n (%)	p*
Local de nascimento do bebê (n=196)				0,140
No HU	76 (77,6)	22 (22,4)	98 (50,0)	
Outros	84 (85,7)	14 (14,3)	98 (50,0)	
Tipo de parto (n=196)				0,191
Parto normal	83 (78,3)	23 (21,7)	106 (54,1)	
Parto cesário	77 (85,6)	13 (14,4)	90 (45,9)	
Alojamento conjunto (n=196)				0,923
Não	30 (81,1)	7 (18,9)	37 (18,9)	
Sim	130 (81,8)	29 (18,2)	159 (81,1)	
<i>Bebê mamou na 1ª hora de vida (n=195) †</i>				0,004
<i>Não</i>	74 (91,4)	7 (8,6)	81 (41,5)	
<i>Sim</i>	86 (75,4)	28 (24,6)	114 (58,5)	

*Teste do qui-quadrado ou exato de Fisher.

†perda de informação (mães não lembravam ou não sabiam informar).

Tabela 6: Distribuição de frequência do início do desmame precoce na amostra estudada e variáveis relacionadas à antropometria ao nascimento, Florianópolis, 2005.

Dados antropométricos do bebê	Desmame precoce – Sim n (%)	Desmame precoce – Não n (%)	Total n (%)	p*
Idade gestacional ao nascimento (n=196)				0,865
Pré-termo	24 (82,8)	5 (17,2)	29 (14,8)	
A termo	136 (81,4)	31 (18,6)	167 (85,2)	
Comprimento ao nascimento (n=196)				0,053
≤ 45 cm	25 (96,2)	1 (3,8)	26 (13,3)	
> 45 cm	135 (79,4)	35 (20,6)	170 (86,7)	
Perímetro cefálico ao nascimento (n=191) †				0,486
≤ 33 cm	68 (84,0)	13 (16,0)	81 (42,4)	
> 33 cm	88 (80,0)	22 (20,0)	110 (57,6)	
Peso ao nascimento (n=196)				0,133
≤ 2500 g	20 (95,2)	1 (4,8)	21 (10,7)	
> 2500 g	140 (80,0)	35 (20,0)	175 (89,3)	
Dificuldades para ganhar peso nos 1^{os} 6 meses de vida do bebê (n=196)				0,765
Não	128 (82,1)	28 (17,9)	156 (79,6)	
Sim	32 (80,0)	8 (20,0)	40 (20,4)	

*Teste do qui-quadrado ou exato de Fisher.

†perda de informação (mães não lembravam ou não sabiam informar).

Tabela 7: Distribuição de frequência do início do desmame precoce na amostra estudada e variáveis relacionadas à utilização de bico artificial, Florianópolis, 2005.

Dados relacionados ao bico artificial	Desmame precoce – Sim n (%)	Desmame precoce – Não n (%)	Total n (%)	p*
<i>Se o bebê usa ou usou mamadeira (n=193) †</i>				<i>< 0,001</i>
<i>Não</i>	<i>19 (55,9)</i>	<i>15 (44,1)</i>	<i>34 (17,6)</i>	
<i>Sim</i>	<i>139 (87,4)</i>	<i>20 (12,6)</i>	<i>159 (82,4)</i>	
<i>Se o bebê usa ou usou chupeta (n=196)</i>				<i>0,026</i>
<i>Não</i>	<i>61 (74,4)</i>	<i>21 (25,6)</i>	<i>82 (41,8)</i>	
<i>Sim</i>	<i>99 (86,8)</i>	<i>15 (13,2)</i>	<i>114 (58,2)</i>	

*Teste do qui-quadrado ou exato de Fisher.

†perda de informação (mães não lembravam ou não sabiam informar).

Tabela 8: Início do desmame precoce e fatores associados – modelo de regressão logística múltipla. Florianópolis, 2005.

Variável (categorias)	OR _{bruta} (IC 95%)	P*	OR _{ajustada} (IC 95%)	P [†]
Trabalho materno nos 1 ^{os} 6 meses				
Não	1,0	<0,001	1,0	<0,001
Sim	4,6 (1,9-10,7)		6,0 (2,3-15,8)	
Se o bebê mamou na 1ª h de vida				
Sim	1,0	0,006	1,0	0,008
Não	3,4 (1,4-8,3)		3,6 (1,4-9,5)	
Se a mãe fez pré-natal no Saco Grande II				
Não	1,0	0,051	1,0	0,029
Sim	2,4 (0,9-5,9)		3,3 (1,1-9,5)	
Idade materna				
> 26 anos	1,0	0,062	1,0	0,015
≤ 26 anos	2,0 (0,9-4,2)		2,9 (1,2-6,9)	
Tipo de parto [‡]				
Normal	1,0	0,194	1,0	0,090
Cesário	1,6 (0,8-3,5)		2,1 (0,9-5,0)	
Anos de estudo materno [‡]				
> 8 anos	1,0	0,705	1,0	0,822
≤ 8 anos	1,1 (0,5-2,4)		1,1 (0,4-2,7)	

[‡]Variáveis utilizadas para ajustar o modelo.

O teste de Hosmer e Lemeshow mostrou p=0,832.

4 ARTIGO 3 – Formatado segundo as normas da *Pediatrics*

MOTIVOS DAS MÃES EM ACOMPANHAMENTO DE PUERICULTURA EM LOCALIDADES DE FLORIANÓPOLIS PARA INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Núbia de R. Giuliani, CD* ; Vera L. Bosco, PhD†, Joecí de Oliveira, PhD†

RESUMO

Objetivos. Conhecer os motivos das mães para o não aleitamento materno (AM) e o planejamento de não amamentar e, identificar as alegações maternas para a interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) antes do sexto mês pós-parto.

Método. Estudo transversal com características descritivas e analíticas numa população de 200 mães de crianças de 6 a 12 meses de idade em acompanhamento de puericultura no Hospital Universitário da UFSC e na Unidade de Saúde do Saco Grande II da cidade de Florianópolis / SC.

Resultados. 2% das mães não iniciaram o AM e 5% inicialmente haviam planejado não amamentar, por motivos relacionados a desconhecimento, experiência prévia ruim, rejeição ao bebê e trabalho materno, entre outros. O início do desmame foi realizado precocemente (AME < 6 meses) por 81,6% mães que iniciaram o AM, sendo que 46,2% dessas mães foram motivadas por seus conceitos; 35,6% tiveram algum problema relacionado ao bebê; 27,5% em função dos múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe; 19,4% alegaram algum problema orgânico pessoal e 18,7% por orientação de alguma pessoa.

Conclui-se que a influência cultural e familiar, o trabalho materno e a orientação dos médicos foram determinantes tanto para o planejamento do AM quanto para o início precoce do desmame; os conceitos acerca do leite materno e sobre cólicas do bebê, juntas, foram referidas por muitas mães e o trabalho foi o maior responsável pela introdução precoce de complementos ao AM.

* Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina.

† Profª Drª da Disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Puericultura, Desmame, Saúde Materno-Infantil, Decisão, Mães, Saúde Pública.

ABSTRACT

Objectives. To know the motives because mothers avoid the breastfeeding (BF) and the planning to not breastfeed; to identify the motives for interrupting the exclusive breastfeeding (EBF) before sixth month postpartum.

Metho.: Transversal study with descriptive and analytical characteristics in a population of two hundred mothers of infants of 6 and 12 months of life that were accompanied with infantile nursing service in the UFSC University Hospital and in the Saco Grande II Health Service in Florianopolis - SC.

Results. 2% of mothers did not start the BF and 5% originally had planned to not breastfeeding, which motives were related to unknown reasons, unpleasant previous experience, and rejection of infant and maternal work, among others. The beginning of weaning was accomplished early (EBF < 6 months) by 81.6% mothers that began BF, being that 46.2% of them were motivated by their concepts; 35.6% had problems related to infant, 27.5% in relation to multiple roles performed by woman-mother; 19.4% related that they had a personal organic problem and 18.7% due to the advice from a person.

It was concluded that cultural and familial influence, maternal work and medical recommendation were determinant of the planning of the FB as well as the beginning of weaning; both concepts on feedbreasting and infantile colic were reported by many mothers, and work was the principal responsible by the early introduction of complementary foods instead of the FB.

Key words: Breast Feeding, Child Care, Weaning, Maternal and Child Health, Decision, Mothers, Public Health.

INTRODUÇÃO

Um número expressivo de mulheres cumpre muito do preconizado para o sucesso da amamentação, mas não conseguem atingir a meta estabelecida de AME até os 6 meses¹. Ao

observar o AM como uma linha, pode-se dizer que ele cai rapidamente nos primeiros 6 meses²⁻⁹. Tal situação demonstra uma necessidade atual de retardar a introdução de alimentos complementares^{2,6,10-12} e de compreender os fatores que a determinam. A Organização Mundial da Saúde – OMS⁵ propõe que sejam identificados constrangimentos biológicos e sociais à amamentação exclusiva até os 6 meses em localidades geográfica e culturalmente diferentes para que se possa posteriormente desenvolver intervenções apropriadas e efetivas contra estas barreiras e suas conseqüências.

A substituição do leite materno pelos alimentos complementares é menos importante após 6 meses¹³, uma vez que a criança encontra-se num estágio de maturidade fisiológica, tornando-se capaz de lidar com alimentos diferentes do leite materno¹¹, cuja introdução antes do sexto mês pode estar associada com quadros de pneumonia¹⁴⁻¹⁵ e diarreia¹⁶. O consumo precoce de líquidos e alimentos diminui a ingestão de leite materno e a sua proteção contra infecções existentes, podendo ainda ser fonte de contaminação das crianças¹⁷.

Cesar et al. (1999)¹⁴ observaram que em crianças não amamentadas, a chance de hospitalização por pneumonia nos 3 primeiros meses chegou a ser 61 vezes maior do que em crianças com AME. Em crianças amamentadas em regime não exclusivo, esse risco foi 2,9 vezes maior que em AME. Esses riscos passaram, respectivamente, para 10 e 3,4 vezes considerando para os primeiros 6 meses.¹⁴

Num país de grandes dimensões e grandes contrastes regionais, como o Brasil, são interessantes iniciativas locais que causem impacto no sentido de aumentar a prevalência do AME e do AM. Vieira et al. (2003)⁸ salientam que não cabe um modelo único de promoção do AM num país com tamanha diversidade sócio-cultural, pois a diferença nas taxas de prevalência de AM, AME e AMP (aleitamento materno predominante) demonstram a influência dos hábitos culturais regionais. Assim, estudos regionais são fundamentais para personalizar as informações acerca dos motivos maternos que limitam o AM, o que servirá

para individualizar as ações e tentar melhorar os índices de AME até 6 meses e AM continuado com alimentação complementar.

É importante salientar que o AM transcende os aspectos biológicos e sociais, envolvendo um complexo processo de interação da mulher, onde o tipo e a duração da amamentação são determinados pelos elementos com os quais ela interage, percebe, interpreta e reveste de significados¹⁸.

O objetivo desta pesquisa foi conhecer os motivos para não iniciar o AM e do planejamento de não amamentar das mães enquanto gestantes, bem como investigar as razões da introdução de alimentos e/ou água, chá ou suco antes do sexto mês de vida do bebê, numa população de mães de crianças de 6 a 12 meses de idade em acompanhamento de puericultura no Hospital Universitário da UFSC e na Unidade de Saúde do Saco Grande II da cidade de Florianópolis/SC. Contribuindo para regionalizar a informação.

MÉTODOS

Este estudo derivou da entrevista com 200 mães acerca do AM de seus filhos caçulas, considerando os motivos de não amamentar, de planejar não amamentar e de terem realizado o início do desmame precocemente. Considerou-se desmame o processo que inicia com a introdução de qualquer líquido ou alimento sólido além de leite materno e é finalizado com o completo abandono do AM¹⁹, sendo considerado de início precoce quando, antes do sexto mês, for interrompido o AME^{5,11}. Utilizaram-se as classificações de AM definidas pela OMS²⁰.

Foi realizado um estudo transversal com características descritivas e analíticas, utilizando um formulário para entrevista estruturada, testado e modificado num pré-teste e avaliado num estudo piloto com 23 mães de bebês de 6 meses até 4 anos, que freqüentaram a clínica da especialização em Odontopediatria da UFSC, nos meses de novembro e dezembro

de 2004. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob protocolo 261/2004.

As populações estudadas foram mães assistidas pelo ambulatório de Pediatria do HU, escolhido porque faz parte da IHAC* (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) além de ser hospital-escola vinculado à UFSC, e da USSGII, eleita porque faz parte do PDA (Programa Docente Assistencial de caráter inter-institucional que tem como gestores UFSC, HU e Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis). A USSGII está localizada num bairro populoso, tem residência multiprofissional em Saúde da Família com equipe multiprofissional que desenvolve trabalhos com a comunidade, tem delimitação de micro-áreas, é coberta pelo Capital Criança† e três equipes mínimas do PSF‡. Destacamos que foram escolhidas estas populações em função se constituírem, em sua maioria, de baixa à média renda, e ter assistência mensal dos serviços de saúde com programas que dedicam especial atenção à amamentação.

Salienta-se que apesar dos resultados dessa pesquisa apresentarem validade interna, satisfazendo a recomendação da OMS⁵ de personalizar as informações, as reflexões decorrentes dela são relevantes para o entendimento do processo de amamentação, seu sucesso e limitações.

As participantes da investigação foram mulheres, mães de bebês de 6 a 12 meses que realizaram consultas de puericultura em serviços públicos de saúde em duas unidades de saúde de Florianópolis acima citadas, sendo 100 em cada localidade. Considerando que é estratégia do Ministério da Saúde (MS) para o primeiro ano de vida dos bebês saudáveis, uma consulta mensal, alternando médico Pediatra e Enfermagem, definiu-se o censo da população do HU com base na média do número de consultas mensais para faixa etária em questão e, não dispondo desta mesma informação para a unidade de saúde, estimou-se o número total de

* Iniciativa mundial idealizada pela OMS e UNICEF visando à promoção e proteção ao AM, mediante a aplicação de 10 passos para o sucesso do mesmo pelas maternidades e hospitais com leito obstétrico.

† Programa do município de Florianópolis / SC que assiste às crianças nascidas neste município até os 19 anos.

‡ Programa Saúde da Família do MS, Brasil.

crianças na faixa etária de 6 a 12 meses residentes nesta localidade. O período de coleta de dados durou de janeiro a abril de 2005.

Em relação ao bebê, considerou-se para este estudo os dados do único filho, quando primíparas, ou do último, o caçula, quando múltíparas. Como critérios de inclusão considerou-se: ser mãe de bebê entre 6 e 12 meses, em consulta de puericultura nas Unidades de Saúde mencionadas acima. Como critérios de exclusão: ser mãe de criança adotada, doença materna que representasse impedimento à realização da entrevista, não estar realizando consulta de puericultura de rotina, mas por algum motivo de doença do bebê, ou crianças acompanhadas por outras pessoas diferentes da mãe. Quando o bebê tinha irmão gêmeo, a mãe respondia por um deles, escolhido aleatoriamente.

O formulário da entrevista estruturada continha perguntas referentes a questões sócio-demográficas, sobre amamentação, além de conter questões abertas referentes aos motivos maternos para não iniciar o AM, planejar não amamentar ou que levaram a realização do início do desmame precocemente. Criaram-se categorias que continham os temas extraídos dos motivos relatados pelas mães. Perguntou-se às mães sobre o período de AME e depois sobre o período de introdução de água, chá, suco, frutas, leite, refrigerante e sopa ou papa, de onde se retirou o tempo real de AME²⁰ que foi igual ao início do desmame.

Os dados foram coletados em um único momento com cada mãe, por uma única entrevistadora, na sala de espera da consulta de puericultura, após consentimento por escrito da entrevistada. Os dados foram analisados através de descrição e frequência das variáveis classificadas em categorias através da análise do significado e redução das respostas.

RESULTADOS

Das 200 mulheres entrevistadas, 98% realizaram o AM, e 2% não o fizeram. As justificativas para a não realização do AM nas quatro situações em que ele não ocorreu podem ser observadas na Tabela 1.

Das mães investigadas 5,0% durante a gestação planejavam não amamentar, e seus motivos estão descritos na Tabela 2.

Entre as mães estudadas 86,0% souberam informar acerca do tempo planejado, enquanto gestante, para oferecer AM ao seu filho e 14,0% das mães não responderam esta pergunta, por não planejar ou não saber informar. Das mães que planejaram amamentar, 20,4% planejava enquanto gestante fazer o AM por 6 meses e 79,6% planejava por 12 meses ou mais.

Entre as mulheres que iniciaram o AM, 81,6% realizaram o início do desmame precocemente e 18,4% realizaram o AME por 6 meses ou mais.

Os motivos relatados por essas mães para introdução de algo além do leite materno antes do sexto mês, foram agrupados em cinco categorias que podem ser observadas na Tabela 3. Na distribuição de frequência dos motivos o total de respostas supera o número de mães que realizaram o início do desmame precocemente, isto porque foi encontrado de um a quatro motivos alegados por cada mães, totalizando 234 respostas diferentes das 160 mães.

A distribuição de frequência de motivos alegados pelas mães por categorias podem ser observados nas tabelas 4, 5, 6, 7 e 8.

DISCUSSÃO

Os profissionais que abordam o AM precisam estar atentos às necessidades das mulheres para poder auxiliar e incentivar de forma adequada àquelas que pretendem realizar o AM, sem, no entanto, culpar ou cobrar das que não conseguem ou não podem realizá-lo.

Não está ocorrendo o apoio adequado à mãe para o AME por 6 meses em função da falta de compreensão das razões que barram o AME¹⁰. Às vezes há espaços vazios na comunicação entre profissionais e nutriz, o que representa uma importante oportunidade para a promoção ao AM²³, por isto faz-se importante o conhecimento do motivo que a mãe alega para o início do desmame, para saber onde está necessitando mais atenção do profissional de saúde.

Entre as mães estudadas, o AM foi iniciado por quase todas. Nas situações onde não ocorreu o AM, os motivos foram por doença materna que contra-indicada a amamentação, por alegações que demonstram desconhecimento ou por posição pessoal e quadro sugestivo de depressão (Tabela 1). Para Vieira et al. (2003)⁸ o não AM esteve relacionado com ser HIV positivo, mastite grave, algumas mães amamentaram menos que vinte dias o que os autores consideraram como não AM. O AM por menos que quinze dias, foi analisado como se a mãe parasse de amamentar com zero mês, neste estudo e considerou-se desmame precoce, neste caso a mãe respondeu por que introduziu o alimento distinto do leite materno antes dos 6 meses, que é diferente de não AM. Esta diferença metodológica resultou na mastite aparecer, neste estudo, como alegação para o início do desmame precoce (Tabela 5).

Neste estudo duas mães não amamentaram por serem HIV-positivas (Tabela 1). O AM está contra-indicado devido à necessidade de reduzir o risco de transmissão do vírus HIV às crianças, desde que a mãe receba orientação e suporte para alimentar adequadamente seu bebê. No entanto, quando o risco de outras causas de morbidez e mortalidade forem maiores,

o AM por mães HIV-positivas é recomendado, de forma exclusiva durante os primeiros meses de vida e deve ser descontinuado assim que seja possível, com administração simultânea de antiretrovirais para mãe e filho²⁴. No Brasil, o Estado é responsável pela alimentação e medicação do filho de mãe HIV-positiva nos primeiros meses de vida, mas em países de terceiro mundo onde não existe esta assistência o não AM pode representar causa de morte maior que o risco do bebê contrair o vírus pelo leite materno.

A mãe que não amamentou porque achava esquisito e nunca tinha feito antes (Tabela 1) pode sugerir a necessidade de mais preparo para mães de primeira gestação. E na outra situação onde a mãe expressa inúmeras alegações relacionadas à posição pessoal pode-se pensar em depressão pós-parto. O AM deve ser incentivado, mas Arantes (1995)²¹ salienta que a mulher tem o direito de não querer amamentar e, nem por isto, deva ser encarada como culpada, é um desejo pessoal a ser respeitado.

De acordo com este estudo, o não AM e o planejamento de não amamentar parecem estar relacionados ao fato de não gostar de amamentar por posicionamento pessoal, o que pode resultar de experiências ruins próprias ou de mulheres conhecidas e, pelo desconhecimento a respeito do AM (Tabelas 1 e 2). Navarro-Estrela et al. (2003)²⁵ verificaram que o desconhecimento materno sobre o AM aumentou em 5,97 vezes o risco de fazer o desmame precoce. E está de acordo com Primo e Caetano (1999)²⁶, que consideraram a influência da avó materna, incluindo-a como educadora, incentivadora e espelho de vida de suas filhas, verificaram que a amamentação é intrínseca ao ato de ser mãe, uma experiência que passa de mãe para filha, uma tradição familiar, e que pode ser influenciada através do discurso e da ação/apoio.

A vergonha de amamentar em público observada neste estudo (Tabela 2), foi relatada também por Ramos e Almeida (2003)¹ e demonstra a ambigüidade à dupla função exercida pela mama e à maternidade na adolescência.

Ainda em relação ao planejamento de não amamentar, refletindo expectativas negativas acerca do AM, pode representar um obstáculo ao AME, resultando no início do desmame precoce. Guedert (2003)²⁷ verificou que o AME aos 6 meses esteve associado às expectativas positivas em relação à amamentação, ser múltipara e ter amamentado anteriormente, parto normal e em Hospital Amigo da Criança (HAC) e a criança não ter usado chupeta. Não ter amamentado exclusivamente por 6 meses esteve associado a não ter expectativas positivas em relação ao AM, ser primípara, parto tipo cesáreo em hospital sem o título de HAC e a criança ter usado chupeta²⁷.

Sobre o tempo planejado para durar o AM, a maioria das mães neste estudo planejava amamentar por 12 meses ou mais, mas algumas planejavam amamentar por 6 meses, demonstrando uma certa confusão de conceitos em relação ao tempo preconizado para AM e AME relatado também por Ramos e Almeida (2003)¹. Para Navarro-Estrela et al. (2003)²⁵ o planejamento de amamentar por pouco tempo e a ausência de experiência positiva de AM foram associados com um risco maior de parar com o AM antes de 3 meses.

Grande parte das mulheres que fizeram o AM interrompeu o AME antes dos 6 meses, citando pelo menos um motivo para o início precoce do desmame. Destes, os problemas relacionados ao bebê, especialmente sobre causas médicas, foram alegados por muitas mães. Porém, o mais citado “por cólica, dor de barriga ou prisão de ventre” (Tabela 4), sugere a necessidade de maior orientação no suporte ao AM durante as consultas de puericultura, uma vez que eles estão associados à alimentação materna antes da mamada do bebê²².

Os problemas orgânicos relacionados à mãe foram uns dos menos citados neste estudo (Tabela 5). O contrário ocorreu no estudo de Ramos e Almeida (2003)¹ onde aparecem como a segunda alegação em ordem de importância. Isto pode ter relação com o suporte ao AM feito pelo HAC e pela equipe de PSF neste estudo, ou ser resultado da pressão social sobre a mulher em relação ao instinto materno e suas obrigações, sugerindo, de acordo com Primo e

Caetano (1999)²⁶, aos olhos da sociedade uma incapacidade na arte da maternidade e uma irresponsabilidade por parte da mãe.

Corroborando essa observação, nota-se neste estudo pelas alegações maternas em relação a problemas no peito (Tabela 5), sem que seja manifestado dor ou sofrimento, utilizado em outros estudos^{1,26}, mas que vem associado às alegações de “fissura no peito”, “mastite”, “não formação de bico no peito” e “amamentação num só peito”, relatadas por algumas mães, o que pode sugerir a necessidade de orientação sobre a postura para amamentação. Quando a criança é amamentada numa posição correta e tem uma boa pega, a mãe não sente dor, na pega ótima os lábios do bebê ficam levemente voltados para fora, o contrário, os lábios apertados, indicam que o bebê não conseguiu pegar tecido suficiente²⁸. Bem como, devem ser informados à mãe os cuidados com o peito²², tanto na gestão quanto no puerpério^{§,1}.

Os conceitos maternos expressam a alegação de quase a metade das mães (Tabela 6) e podem estar relacionados, concordando com Arantes (1995)²¹, com as orientações médicas e sua postura autoritária que estão vinculadas a um saber científico que prioriza os aspectos biológicos, na maioria das vezes, não contemplando os aspectos sociais e outros da realidade vivida na experiência da amamentação. Frente a essa situação, tais orientações não são absorvidas pelas mulheres, que passam a tomar decisões próprias para resolver questões de seu amamentar no mundo²¹. As mães precisam mais do que o repasse de informação¹, aprender a amamentação. Neste sentido, a experiência previa própria e de conhecidas, além da abordagem empática do profissional de saúde que monitora o bebê e a lactação nas consultas de puericultura podem favorecer.

Dentre as alegações maternas relacionados ao leite (Tabela 5 e 6), tiveram mais destaque “o leite secou” e “tinha pouco leite ou leite não sustentava”, diferente de Rea e Cukier (1988)²⁹ que concluíram ser essa última razão e “o bebê queria experimentar”,

§ é o período cronologicamente variável de duração imprecisa que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno retornam às condições normais.

relacionadas mais com o desmame completo, e entre as razões para o início do processo, para essas autoras predominariam “o leite secou” e “o desejo da mãe de querer parar” (neste estudo representado pelo “cansaço” – Tabela 7). Já “o leite secou”, bastante citada neste estudo como justificativa para interrupção do AME (Tabela 5), foi a alegação materna mais freqüente para interrupção do AM para Issler et al. (1994)³⁰. Sugerindo que as mães continuam admitindo pouco querer parar de amamentar, e encontrando mais motivos socialmente aceitos, mostrando que mesmo com todo empenho nacional e individual das equipes de saúde ainda não se conseguiu superar os pré-conceitos arraigados na cultura e na sociedade. No estudo de Issler et al. (1994)³⁰ apareceu em segundo nas alegações maternas para o desmame a “rejeição ao peito”, considerado semelhante a “o bebê queria experimentar porque via os outros comerem” (Tabela 6), no presente estudo, mas foi pouco citado, especialmente, porque no presente estudo investigou-se o final do AME e não de AM.

Neste estudo, “o leite secou”, “pouco leite, não sustentava” e “choro do bebê associado à fome” expressam alegações de várias das mães, concordando com as mais freqüentes alegações e condicionantes para o curso do AM, encontradas por Ramos e Almeida (2003)¹ por meio das expressões “leite fraco”, “pouco leite” e “leite secou”, associado ao choro e à fome do bebê.

As causas para introdução de outro leite na rotina de bebês assistidos pelo Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, em Londrina mostraram-se, predominantemente, relacionados ao conceito que a mãe faz sobre o leite materno (“leite fraco”, “leite secou” ou “leite faz mal”), apesar de os percentuais terem diminuído de 1973 para 1988/89³¹.

Mesmo que alguns estudos mostrem a tendência em diminuir³¹, ainda permanece alta a taxa de mães que não acreditam no potencial nutritivo do seu leite, como podemos observar através dos motivos, tais como, “para experimentar, ver se o bebê ia gostar”, “o leite secou”, “choro do bebê associado à fome”, “por instinto achava que era bom dar”, “o bebê não sugava

suficiente”, “o bebê queria experimentar porque via os outros comerem”, “tinha pouco leite, não sustentava”, juntos foram citados por 36,2% das mulheres, representando um percentual elevado de mulheres que fizeram o início do desmame precoce (Tabela 6). Isto pode estar relacionado, concordando com Batalha (2002)³², com a preservação pelas mães da imagem de um bebê idealizado, bem nutrido, rosado, grande, com dentes fortes e saudáveis. Também por isso, às vezes as mães percebem que crianças grandes não são sustentadas somente pelo leite materno, induzindo um decréscimo no AME até 6 meses em bebês com maior comprimento⁷.

No presente estudo foi considerado como múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe a “volta ao trabalho ou estudo” e o “cansaço materno”, que somados foram relatados por várias mães (Tabela 7). O “cansaço” foi expresso por “o bebê mamava muito”, “não dormia” ou quando a mãe dizia que tinha introduzido alimento “por querer dar”. O exercício da maternidade, sob esta perspectiva, revela-se como um fardo, uma inadequação entre as necessidades maternas e do bebê, fatos também observados por Ramos e Almeida (2003)¹. O trabalho fora do lar e o desejo da mãe foram alegações bastante representativas para oferecer a mamadeira no estudo de Rea e Cukier (1988)²⁹.

O achado do presente estudo referente aos múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe, especialmente em relação ao trabalho materno, revela uma possível tendência na sociedade atual fruto da independência feminina e frente ao papel da mulher no mercado de trabalho. Concordando com o encontrado por Issler et al. (1994)³⁰, onde foi o terceiro motivo mais citado, e com Favareto e Thomson (1991)³¹ que encontraram um aumento nas taxas das causas sociais associadas à introdução de outro leite, aquelas relacionadas ao trabalho materno, nova gestação ou uso de anticoncepcionais, que representavam percentuais menores em 1973 e aumentaram em 1988/89. A introdução de alimentos ou líquidos na alimentação infantil deve ser uma estratégia da mãe que trabalha para espaçar as mamadas e ter mais tempo para seu trabalho⁷, o que é comprovado pela associação entre a falta de vantagens no

trabalho para continuar a amamentação e o aumento de 1,99 vezes para o risco de privar o bebê do leite materno²⁵.

A difícil conciliação entre ser mulher e exercer a maternidade que pode ser compreendida neste estudo pelos múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe (Tabela 7). Concorde com Arantes (1995)²¹ que constatou ser a amamentação uma experiência desagradável que exige esforço físico da mulher, resultando no cansaço, e que limita as ações da mulher no desempenho de outras atividades, como estudo, trabalho e lazer. A decisão de fazer o AM implica dedicação da mãe ao bebê em período integral, o que pode confrontar com sua vida social e profissional, além de repercutir no equilíbrio emocional, como observado nas mulheres/mães que relataram fazer o início do desmame por depressão (Tabela 4) e por cansaço (Tabela 7), demonstrando esgotamento físico e mental.

Considerando que os múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe foram motivos para o início do desmame relatados por várias mulheres da presente pesquisa, mostra-se significativamente importante a conexão entre o conhecimento e a prática, buscando investir no AM, sem qualquer tipo de imposição frente às circunstâncias em que vivem estas mulheres. E transmitindo informação de forma acessível, promovendo o aprendizado.

Num estudo comparativo entre mulheres que retornam ao trabalho com AME e outras que retornam já alimentando seus filhos com complementos ao leite materno, Osis et al. (2004)³³ constataram que as mulheres com AME mantido por quase 6 meses acreditavam que quanto mais tempo dessem somente o leite materno, mais benefícios o bebê teria, enquanto as outras mulheres do estudo acreditavam que 3 meses de AME eram suficientes.³³

No presente estudo várias mães alegaram que a interrupção do AME antes do sexto mês ocorreu por orientação de outras pessoas. O mais citado foi por recomendação do médico, em segundo de pessoas da família (familiares, pai ou avó do bebê) e por último aparecem funcionários no posto ou hospital (Tabela 8). O papel da avó vem se destacando,

conforme constatado por Primo e Caetano (1999)²⁶, uma vez que elas podem servir como motivadoras permanentes do AM, ajudando diretamente suas filhas. Sugerindo que a transmissão de informação à avó, marido e pessoas próximas podem favorecer o suporte ao AM^{28,26} e, possivelmente, prolongar o AME.

Neste estudo, a recomendação do médico e a influência de funcionários do hospital ou posto foram alegadas como motivos para introdução de suplementos ao AM, demonstrando a permanência de contradição entre condutas desses profissionais. Pois, em relação aos relatos dos profissionais clínicos de saúde (Obstetras e Pediatras) no estudo de Taveras et al. (2004)³⁴, a grande maioria deles disse encorajar o AME às mães que têm dúvidas sobre iniciar o AM ou alimentar seus bebês com fórmulas no primeiro mês da vida, uma vez que reconhecem os grandes benefícios do AM sobre a saúde infantil. Pode também resultar de uma transferência de responsabilidade, segundo Taveras et al. (2004)²³ há diferenças entre os motivos alegados pelas mães e os que os médicos dizem que elas alegaram.

Considerando o papel dos funcionários da saúde, para Favareto e Thomson (1991)³¹ as causas médicas relacionadas a problemas de saúde da mãe ou da criança onde o médico prescreve introdução de outro leite para o bebê, mostrou uma diminuição de percentuais de 1973 para 1988/89, como resultado do programa de estímulo ao AM. O que salienta a importância da educação dos profissionais de saúde, que de acordo com Giugliani (1994)²⁸, deve visar suas atitudes positivas que confrontam com o desconhecimento, podendo representar um obstáculo à amamentação devido às informações incorretas transmitidas às mães, à insegurança e falta de consistência.

Programas que visem à promoção e melhora na saúde da população infantil não podem abrir mão do incentivo e promoção do AM, em especial, do AME nos primeiros 6 meses. No sentido de fortalecer o suporte à amamentação, mães, familiares, profissionais e sociedade

devem ter conhecimento dos obstáculos ao AME, representados neste estudo pelas causas da introdução precoce de suplementos dando início precoce ao desmame.

O profissional de saúde e os serviços de saúde têm papel relevante nos primeiros meses de vida da criança, informando e aumentando a autoconfiança da mãe a fim de favorecer o AME. E que podem se aperfeiçoar embasados neste tipo de estudo, que permite um novo pensar para a amamentação, motiva uma educação pensada de forma dinâmica contínua e que está sempre sendo revista e modificada²¹.

Deve-se continuar trabalhando para construir, como referiu Arantes (1995)²¹, um novo pensar, um novo conviver e um novo educar para a amamentação. Acrescentando a isto, a visão empática para o sujeito e sua realidade, tentando praticar a regionalização, a individualização nas ações de promoção ao AM. Trabalhar para desfazer crenças arraigadas nas famílias e perpetuadas pela sociedade, especialmente, sobre a percepção materna acerca do AM.

Deve ser considerado o importante papel da Odontologia como parceira nesta busca por melhorar a qualidade de vida de mãe e bebê.

CONCLUSÕES

De posse dos resultados, pode-se concluir que:

- o trabalho materno foi o maior responsável pela introdução de complementos ao AM antes dos 6 meses;
- as alegações maternas acerca do seu leite e sobre cólicas do bebê foram muito referidas como motivo para iniciar o desmame precocemente;
- em relação à orientação de alguém para o início do desmame precoce, os médicos foram os mais citados;

- a influência cultural e familiar, o trabalho materno e a orientação dos médicos foram determinantes tanto para o planejamento do AM quanto para o início precoce do desmame.

REFERÊNCIAS

1. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79(5):385-90.
2. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Venancio CMM, Venancio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em áreas urbanas do Sudoeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(5): 430-6.
3. Kitoko PM, Réa MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA.. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saúde Pública*. Oct/Dec 2000; 16(4):1-14.
4. Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas SN, Baudson MFR. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(6):617-22.
5. World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding report of an expert consultation. Geneva, Switzerland 28–30 March 2001. *WHO*. p.1-6, 2002. (Document WHO/NHD/01.09).
6. Carvalhaes MABL, Benício MHD'A. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(2):188-97.
7. González-Cossio T, Loreno-Macias H, Riveira JA, Villapando S, Shamah-Levy T, Monterrubio EA, Hernández-Garduño A., et al.. Breast-feeding practices in México: results from the Second National Nutrition Survey 1999. *Salud Pública de México*. 2003; 45(Supl 4):S477-89.
8. Vieira MLF, Silva JLCP, Filho AAB. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79(4):317-24.
9. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, salgado CAN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79(4):309-16.
10. World Health Organization (WHO). Butte NF, Lopes-Alardon MG, Garz C. Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for the Term Infant During The First Six Months of Life. *World Health Organization - Department of Nutrition for Health and Development (NHD)*, 2002. p.1-57.
11. Ministério da Saúde (MS), Organização Panamericana da Saúde (OPAS) - Representação do Brasil. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.107, Brasília – DF, 2002.
12. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF. Queiroz ML, Higasa DN. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infan*. Jan/Mar 2005; 5(1):87-92.
13. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Riveira LL. Age of introduction of complementary foods and growth of term, low-birth-weight, breast-fed infants: a randomized intervention study in Honduras. *Am J Clin Nutr*. 1999; 69:679-86.
14. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ*. 1999; 318:1316-20.

15. WHO/UNICEF. *Joint statement management of pneumonia in community settings. Reprinted August 2004*, The United Nations Children's Fund/World Health Organization, 2004. (Ordering code: WHO/FCH/CAH/04.06 or UNICEF/PD/Pneumonia/01).
16. WHO/UNICEF. *Joint statement clinical management of acute diarrhoea. Reprinted August 2004*, The United Nations Children's Fund/World Health Organization, 2004. (Ordering code: WHO/FCH/CAH/04.7 or UNICEF/PD/Diarrhoea/01).
17. Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: Carvalho MR, Tarnez RN. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.11-24.
18. Santos EKA. *A expressividade corporal do ser-mulher/mãe HIV positiva a frente à privação do ato de amamentar: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria de expressão de Merleau-Ponty* [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
19. Carrazza FR. A prática da alimentação infantil: parte II. In: _____, MARCONDES E. *Nutrição clínica em pediatria*. São Paulo: Sarvier; 1991. p.147-153.
20. World Health Organization (WHO). *Indicators for assessing breastfeeding practices. Reprinted report of an informal meeting 11-12 June 1991*. Geneva, 1991. (WHO/ CDD/ SER/ 91.14).
21. Arantes CIS. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. *J Pediatr*. 1995; 71(4):195-202.
22. Hentschel H, Brietzke E. Puerpério normal e amamentação. In: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em Obstetrícia*. 4th ed. São Paulo: Artmed; 2001. p.303-312.
23. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al.. Mothers' and Clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics*. 2004; 113:405-411. (DOI:10.1542/peds.113.5.e405).
24. World Health Organization (WHO). HIV and infant feeding - *Framework for priority action*. Geneva, 2003. (NLM classification: WC 503.3).
25. Navarro-Estrela M, Duque-López MX, Trejo JA, Péres JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Pública de México*. Jul/Ago 2003; 45(4):276-284.
26. Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *J Pediatr (Rio)*. 1999; 75(6):449-455.
27. Guedert JM. *Fatores associados ao aleitamento materno em mulheres trabalhadoras da Universidade Federal de Santa Catarina* [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
28. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. *J Pediatr*. 1994; 70(3):138-151.
29. Rea MF, Cukier R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. *Cad Saúde Pública*. 1988; 22(3):184-91.
30. Issler H. O aleitamento materno e a nutrição da criança. In: Carrazza FR, Marcondes E. *Nutrição clínica em pediatria*. São Paulo: Sarvier; 1991. p.125-130.
31. Favareto J, Thomson Z. Avaliação do programa de estímulo ao aleitamento materno do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Londrina. *J Pediatr*. 1991; 67(11/12): 388-392.
32. Batalha LMC. Suplementação vitamínica e mineral no primeiro quadrimestre de vida. *Rev Portuguesa de Saúde Pública*. Jul/Dec 2002; 20(2):63-70.
33. Osis MJD, Duarte GA, Padua KS, Hardy E, Sandoval LEM, Bento SF. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(2):172-9.

34. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al.. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*. 2004; 113:283-290. (DOI:10.1542/peds.113.4.e283).

4.1 TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos motivos maternos para não iniciar o AM, Florianópolis, 2005.

N	Motivos maternos para não iniciar o AM	
	Tema	Alegação materna
2	Doença materna que contra-indica o AM	Ser HIV positivo
1	Desconhecimento	Por achar esquisito e nunca ter feito
1	Posição pessoal e quadro sugestivo de depressão	Não podia nem vê-los (eram gêmeos), viu uma vez nos dois primeiros dias porque uma mulher levou-a no berçário, doía muito depois da cesariana e ela estava sozinha no hospital (o marido estava viajando), e também já não tinha amamentado os outros dois filhos e achava que dois juntos era muito ruim.

Tabela 2: Extração do tema principal percebido nas respostas maternas para não ter planejado aleitamento materno (amamentação), Florianópolis, 2005.

Extração do tema	Resposta materna
Desconhecimento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Porque achava esquisito e nunca tinha feito; ➤ Porque não sabia;
Experiência ruim	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Porque tinha tido “calor de figo” da primeira filha; ➤ Porque estava estressada com o outro que não parava mais de mamar, parou de mamar com 4 anos, mamou até os 10 meses deste que está com 12 meses agora;
Por não gostar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Porque não gosta; ➤ Porque tinha visto a irmã amamentando, e ficava com o peito muito grande. É meio feio amamentar na rua.
Descrédito na conciliação entre trabalho e AM	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Porque sabia que amamentar e trabalhar não ia dar certo;
Rejeição ao bebê	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Porque nem queria ficar com o bebê;
Problemas familiares	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Porque não sabia se ia ficar com o bebê;
Preocupação com manter a gestação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não tinha pensado nisto. Só queria ter o bebê, já tinha perdido 2 antes e quase perdeu ele quando começou a ganhar peso, aos 3 meses, e nasceu de 34 semanas (7 meses e meio).

Tabela 3: Distribuição de frequência dos 234 motivos relatados pelas 160 mães entrevistadas no estudo que realizaram o início do desmame precoce, Florianópolis, 2005.

Motivo para o início do desmame precoce	n (%)
Conceitos da mãe	74 (46,2)
Problema relacionado ao bebê	57 (35,6)
Múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe	44 (27,5)
Problema orgânico pessoal	31 (19,4)
Orientação de outros	30 (18,7)

Tabela 4: Distribuição de frequência das alegações maternas para o início do desmame precoce por problema relacionado ao bebê, Florianópolis, 2005.

Motivo para o início do desmame precoce	n (%)
Problema relacionado ao bebê	57 (35,6)
cólica, dor de barriga ou prisão de ventre	29 (18,1)
baixo peso	11 (6,9)
internação na UTI	9 (5,6)
por icterícia, intolerância à lactose	4 (2,5)
por gripe	3 (1,9)
refluxo	1 (0,6)

Tabela 5: Distribuição de frequência das alegações maternas para o início do desmame precoce por problema orgânico pessoal, Florianópolis, 2005.

Motivo para o início do desmame precoce	n (%)
Problema orgânico pessoal	31 (19,4)
o leite secou	10 (6,2)
depressão	7 (4,4)
problema no peito como fissura no peito, mastite, não formou bico no peito, amamenta num peito só	7 (4,4)
tratamento materno por cirurgia, síndrome do pânico, pré-eclampsia, cardiopatia ou infecção nos rins	6 (3,7)
gravidez	1 (0,6)

Tabela 6: Distribuição de frequência das alegações maternas para o início do desmame precoce relacionado a conceitos da mãe, Florianópolis, 2005.

Motivo para o início do desmame precoce	n (%)
Conceitos da mãe	74 (46,2)
tinha pouco leite, não sustentava	19 (11,9)
porque o bebê tinha sede ou para limpar a boca	13 (8,1)
para acalmar o choro	9 (5,6)
choro do bebê associado à fome	8 (5,0)
para experimentar, ver se o bebê ia gostar	7 (4,4)
por instinto porque achava que era bom dar	5 (3,1)
o bebê queria experimentar porque via os outros	5 (3,1)
o bebê não sugava suficiente	4 (2,5)
não sabia se ia ficar com o bebê	2 (1,2)
para ensinar a tomar no conta-gotas ou mamadeira	2 (1,2)

Tabela 7: Distribuição de frequência das alegações maternas para o início do desmame precoce por múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe, Florianópolis, 2005.

Motivo para o início do desmame precoce	n (%)
Múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe	44 (27,5)
volta ao trabalho	32 (20,0)
cansaço porque o bebê mamava muito, não dormia ou por querer dar	10 (6,2)
volta ao estudo	2 (1,2)

Tabela 8: Distribuição de frequência das alegações maternas para o início do desmame precoce por orientações de outros, Florianópolis, 2005.

Motivo para o início do desmame precoce	n (%)
Orientação de outros	30 (18,7)
médico	20 (12,5)
avó do bebê	4 (2,5)
funcionários no hospital / posto	3 (1,9)
pai do bebê	2 (1,2)
outros familiares	1 (0,6)

REFERÊNCIAS

- CARRAZZA FR. A prática da alimentação infantil: parte II. In: _____, MARCONDES E. **Nutrição clínica em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 1991. p.147-153.
- CARRAZZA, F.R.; MARCONDES, E. **Nutrição clínica em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 1991.
- CARVALHO, G.D de. Amamentação e o sistema estomatognático. In: CARVALHO, M,R.; TARNEZ, .RN. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.4, p.37-49.
- CORRÊA, M.S.N.P.; NASSIF, A.C.S.; LEBER, P.M. Aspectos psicológicos dos hábitos de sucção não-nutritiva. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos**. São Paulo: Santos, 2002. cap. 44, p.495-504.
- CZARNAY APC, BOSCO VL. A introdução precoce e o uso prolongado da mamadeira: ainda uma realidade. **JBP**, Curitiba, v.6, n.30, p.138-144, 2003.
- ENLOW, D.H. **Crescimento facial**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas. 1993. 553p.
- GUEDERT, J.M. **Fatores associados ao aleitamento materno em mulheres trabalhadoras da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2003. 117 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- HERBIG, A.K.; STOVER, P.J. **Nutrição e a biologia do desenvolvimento**. Anais Nestlé, n.63, p.1-12, 2004.
- HENTSCHEL, H.; BRIETZKE, E. Puerpério normal e amamentação. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S.H.; RAMOS, J.G.L.; MAGALHÃES, J.A. **Rotinas em Obstetrícia**. 4 ed. São Paulo: Artmed, 2001, p.303-312.
- HUFFMAN, S.L.; et al. breastfeeding saves lives: an estimate of the impact of breastfeeding on infant mortality in developing countries. **Bethesda**: center to Prevent Childhood Malnutrition Publication, 1991.
- MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994, p.9-29.
- MS; OPAS. Ministério da Saúde e Organização Pan Americana da Saúde - Representação do Brasil. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.107, Brasília – DF, 2002.
- PEREIRA, C.S. **Amamentação: desejo ou sina? Ensinando e aprendendo com as mulheres**. 1999. 112 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

REA, M.F.; CUKIER, R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.184-91, 1988.

REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p.S37-45, 2003, (Sup. 1).

SANTOS, E.K.A. **A expressividade corporal do ser-mulher/mãe HIV positiva a frente à privação do ato de amamentar: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria de expressão de Merleau-Ponty**. 2004. 346 f. Tese (Doutorado Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

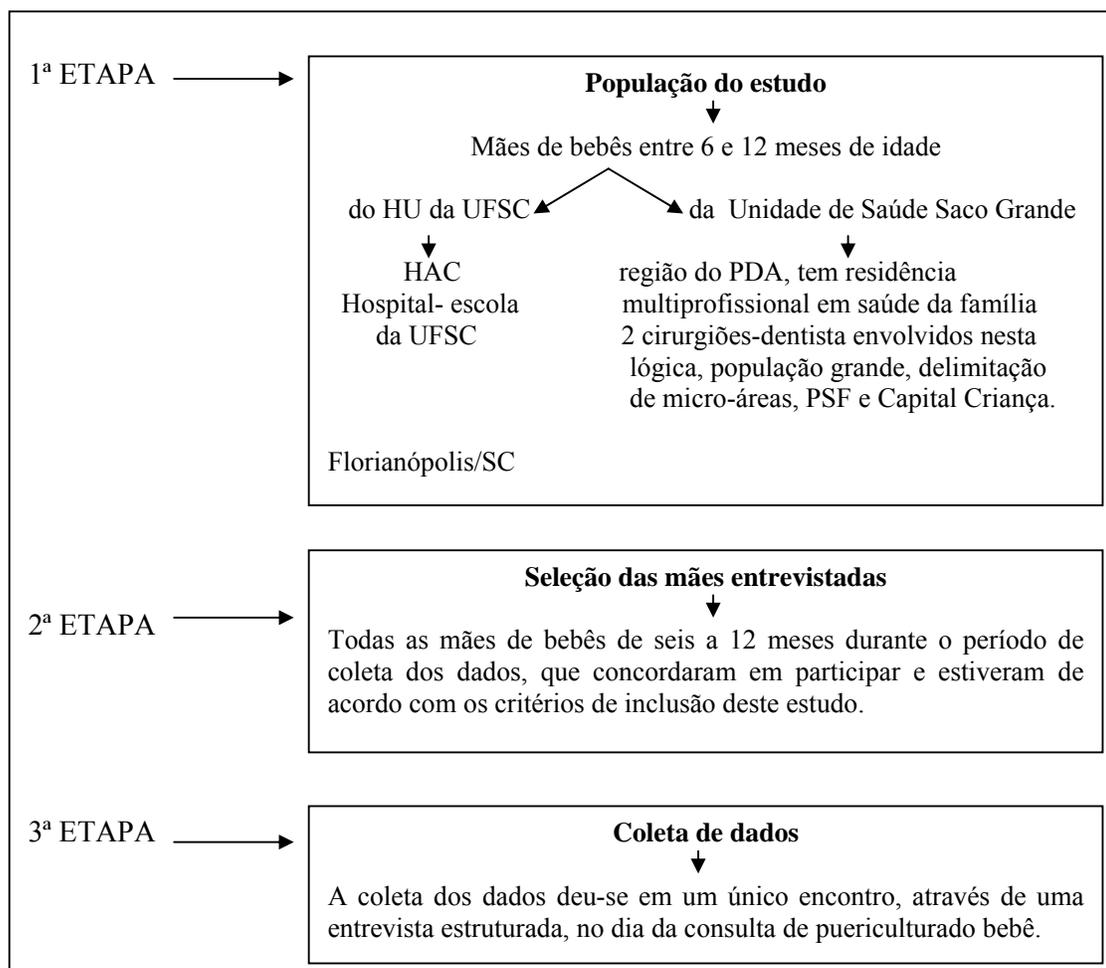
WHO. **The optimal duration of exclusive breastfeeding report of an expert consultation**. Geneva, Switzerland 28–30 March 2001, WORLD HEALTH ORGANIZATION p. 1-6, 2002. (Document WHO/NHD/01.09). **a**

WHO – KRAMER, Michael S.; KAKUMA, Ritsuko. **The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review**. World Health Organization - Department of Nutrition for Health and Development (NHD). Disponível em: <<http://www.who.int/child-adolescent-health>> (acesso em 22/05/04), p.1-36, 2002. (Document WHO/NHD/01.08). **b**

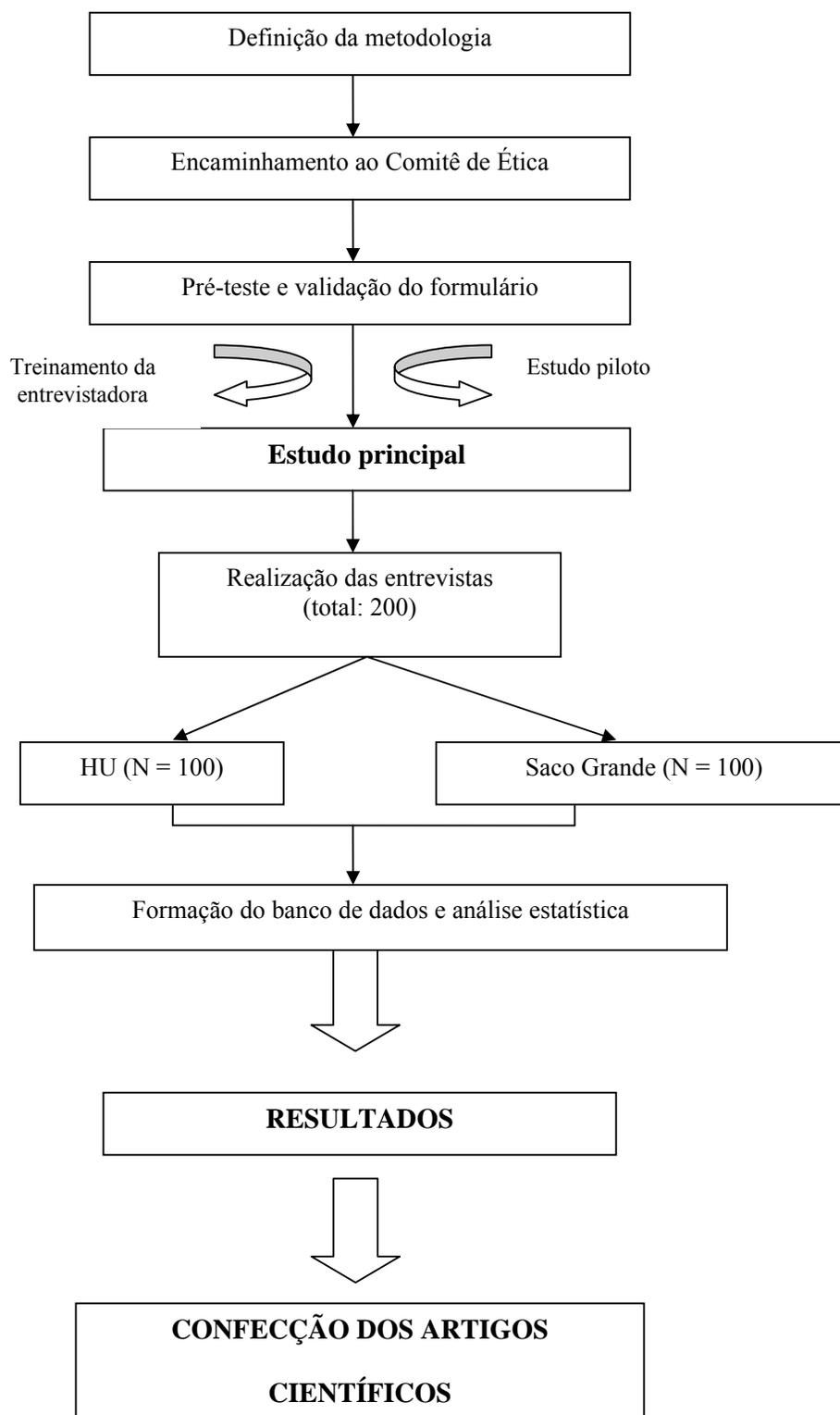
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001**. WHO e UNICEF, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A Figura 1– Diagrama do desenho do estudo



APÊNDICE B Figura 2 – Diagrama das etapas do estudo



APÊNDICE C Carta de Apresentação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE C Carta de Apresentação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu sou Núbia de Rosso Giuliani e estou desenvolvendo a pesquisa **“Prevalência e fatores associados ao início de desmame precoce: abordagem da odontologia”**, sob a orientação da Prof^a Dr^a Joecí de Oliveira e co-orientação da Prof^a Dr^a Vera Lúcia Bosco, com objetivo de saber quando e porque as mulheres começaram a oferecer outros alimentos, além do leite materno, aos seus filhos. Este estudo vai contribuir para melhorar a saúde e qualidade de vida do bebê e de sua mãe. As mães que participarem deste estudo responderão uma entrevista que não traz nenhum risco ou desconforto. Esperamos que você participe, e se você tiver alguma dúvida sobre o estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, entre em contato comigo pelo telefone 334.2683. Você poderá desistir de participar em qualquer etapa da pesquisa, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Se você estiver de acordo em participar, podemos garantir que os dados ou informações serão confidenciais e utilizados somente neste trabalho e para publicação em revistas científicas da área, sem que seu nome apareça.

Eu,, fui esclarecida sobre a pesquisa **“Prevalência e fatores associados ao início de desmame precoce: abordagem da odontologia”** e concordo em participar.

Florianópolis, de de 2005.

Assinatura: RG:

.....
Núbia de Rosso Giuliani

APÊNDICE D Formulário de Coleta de Dados - Entrevista

Qual sua idade: anos Até que série a senhora terminou na escola: (em anos de estudo)
 Qual seu estado civil: 1.solteira 2.casada 3.unida consensualmente 4.separada, desquitada, divorciada 5.viúva
 Qual sua ocupação/trabalho: 1.desempr 2. área da saúde 3. ser ger 4.do lar 5.doméstica 7.estudante 8.diarista 9.outro
 E a ocupação do companheiro: 1. desempregado 2. da área da saúde 3. serviços gerais 4. outro 99

As questões sobre seu filho se referem a este que veio consultar hoje (sempre o último filho, o mais novo)

Trabalhou durante a gestação dele: 1. não 2. sim
 Trabalhou durante os primeiros meses (ano) de vida deste filho: 1. não 2. sim →

Em qual mês de vida do bebê começou a trabalhar: mês / 99 (não se aplica)

Quando saiu de licença,(1. licença maternidade 2. licença médica)..... mês de gestação/ 10 = para o parto 99 1. não teve

Quanto tempo ficou afastada do trabalho? mês / 99 (não se aplica) 98 (ainda não trabalha)

Tirou férias junto? 1. não 2. sim 99 (não se aplica) → Quantos dias? dias / 99 (não se aplica)

Agora gostaria de saber qual é a renda salarial (em reais) da família, considerando a soma do salário de todas as pessoas que vivem sob o mesmo teto, lembrando que é sigiloso e os dados serão usados de forma anônima:

E quantas pessoas vivem desta renda: Quantos filhos a senhora têm:

Sexo do filho mais novo: 1. M 2. F

Você tinha planejado engravidar? 1. não 2. sim

Fez pré-natal: 1. não , por quê? 2. sim , onde? →

1. HU 2. Saco Grande 3. particular 4. outro..... 99 (não se aplica). E quantas consultas foram no total? 99

O que você lembra sobre as orientações dadas no pré-natal?

- 1 aleitamento: 11.importância 12.preparo das mamas 13.como AM (amamentar) 14.quando AM 15.até quando AM
- 2. cuidados para a mãe: 21. não fazer esforço 22. cuidar da alimentação 23. cuidar do peso 24. apoio emocional
- 25. DST 26. anticoncepção 27. fazer caminhada 28. tomar vitaminas 29. higiene
- 3. cuidados com o bebê: 31. vacinas 32. consulta para acompanhar desenvolvimento 33. alimentação 34. higiene
- 4. outros..... 88. não sabe responder

Onde você (recebeu as informações sobre) aprendeu os cuidados com o bebê, especialmente sobre a amamentação?

- 1. no posto de saúde 2. no Hospital 3. em casa (com os outros filhos / com a mãe) 4. na maternidade

- 5. Grupo de Gestante 6. livros/revistas 7. CIAM 8. outro 88. não sabe responder

Quem deu as orientações sobre a amamentação? (que especialidade) (Quem ensinou a amamentar?)

- 1. dentista 2. médico 3. enfermeira 4. mãe / sogra 5. experiência passada 6. outro..... 7. CIAM 88

Antes de o bebê nascer você tinha planejado amamentar?

- 1. não 2. sim | 3. não sabe responder

Por quanto tempo imaginava amamentar no peito?..... mês/ 96. até quando desse 97.até quando o bebê quiser 99

Você fez alguma coisa para se preparar para a amamentação? 1. não 2. sim → O que? 21. suspendeu AC 22. massagem no bico do seio 23. tomou líquidos e chá 24.tomou cerveja preta 25. banho de sol peito 26. outro 99

Onde o seu bebê nasceu: 1. HU 2. Maternidade Carmela Dutra 3. outro

Qual foi o tipo de parto: 1. normal 2. cesário 3. à fórceps

Seu bebê nasceu no tempo certo – 9 m? 1. não 2. sim → De quantos meses?

Quantos meses ele tem hoje:.....

Qual o tamanho do bebê ao nascer? cm E hoje? cm.

Qual o perímetro cefálico do bebê ao nascer? cm E hoje? cm.

Qual o peso do bebê ao nascer? g E hoje? kg

IDAEMAE ____
ANOSESTU ____
ESTCIVIL ____
TRABAMAE ____
TRABAPAI ____
TRABGEST ____
TRABIMES ____
QMESTRAB ____
SAILICEN ____
MAFASTRB ____
TVFÉRIAS ____
QTODIFER ____
RENDAFAM ____
PESRENDA NoFILHOS ____
SEXOFILH ____
PLANENGR ____
PRENATAL ____
ONDEPRNT ____
NoCONPRN ____
ORIENPRN ____
ONDCUIBB ____
QEMCUIBB ____
PLANEJAM ____
TEMPLAM ____
PREPARAM ____
OQFEZPAM ____
ONDBBNSC ____
TIOPART ____
TEMONSC ____
QTOSMSHJ ____
cmBBNASC ____
cmBBHJ ____
CABÇANSC CABEÇA HJ ____
kgBBNASC ____
kgBBHJ ____
DIFkg1Ms ____

Teve dificuldade para ganhar peso nos seis 1^{os} meses? 1. não 2. sim

Você e o bebê ficaram juntos após o parto (em alojamento conjunto): 1. não 2. sim

Você amamentou no peito? 1. não 2. sim → Seu bebê mamou no peito na 1^a hora de vida? 1. não 2. sim / 99. não se aplica

Quanto tempo após o nascimento seu bebê mamou no peito pela primeira vez? horas / 99

Por quanto tempo conseguiu aleitar somente no peito, sem oferecer mais nada para o seu filho?meses / 99. nunca

Qual motivo?

Com qual idade começou a dar para seu filho (a) água - chás - outros leites - sucos - refrigerante - frutas - sopas/papas

Qual motivo para oferecer "item citado acima" se for antes do 6º mês?
.....
.....
.....

Teve problemas ou dificuldades durante a amamentação? 1. não 2. sim → Quais foram?

- 1. maternos: 11. muito leite 12. fissura no mamilo 13. problema sistêmico (medicação) 14. cândida no seio
- 2. com relação ao bebê: 21. problema sistêmico 22. não queria mamar 23. cândida bucal 15. mastite
- 3. por conta do trabalho materno: 31. teve que trabalhar 16. empedrou o leite
- 4. por conta do estudo materno: 41. retornou aos estudos 42. iniciou curso profissionalizante
- 5. de ordem emocional: 51. problemas domésticos 52. depressão 53. estresse financeiro
- 6. outro 88. não sabe responder 99. não se aplica

Quando deixou definitivamente de dar mama no peito para o seu filho?meses/ 98 (ainda usa) 99 (não se aplica)

Seu bebê usa ou usou mamadeira?

1.não 2.sim → Quando começou ? m / dias 99
até quando usou? m / 98. ainda usa 99

Quando tempo utilizou peito e mamadeira associados/juntos? m / 98. ainda usa 99
95 não usou juntos

Seu bebê usa ou usou chupeta? 1. não 2. sim →

Quando começou ? m / dias 99. não se aplica
até quando usou? m / 98. ainda usa 99. não se aplica

Quando seu filho(a) tinha cólica ou chorava você fazia ou oferecia alguma coisa a ele para confortá-lo/acalmá-lo?

1. não 2. sim →

O que? 1. chupeta 2. peito
3. chá
4. mamadeira
5. massagem / carinho
6. medicação (Luftal / Tilenol ...)
7. outro 88 99

Adiciona alguma coisa? 1. não
2. açúcar 3. mel
4. chocolate
5. funchicória
6. medicação (Luftal / Tilenol ...)
7. outro 88 99

Quando retornou ao trabalho(10) / estudo(20) ainda amamentava (aleitava no peito)? 1. não 2. sim 99. não se aplica

Você fez horário especial no trabalho durante a amamentação? 1. não 2. sim 99. não se aplica

Como era? 1. fazia intervalo no meio do turno 2. saia mais cedo 3. levava o bebê 4. trab.um turno 5. outro 99

Como ficou a alimentação da criança quando você teve que retornar as suas atividades profissionais ou estudos?

O que foi (era) dado para alimentar o bebê? (CONTEÚDO)	Onde foi era dado / oferecido? (INSTRUMENTO)	Quem alimentava enquanto a mãe trabalhava / estudava? (QUEM DAVA)
1. Ainda dava mama no peito 2. Deixava leite materno 3. Leite de vaca 4. Leite em pó 5. Nan 6. Mucilon 7. outro 99	1. mamadeira 2. caneco / xícara / copo 3. colher 4. outro 99	1. mãe 2. pai 3. empregada / babá 4. na creche 5. avó 6. outro 99

Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre a amamentação deste filho?

ALOJACON ____
AMPEITO ____ BBMAMO1h ____ QTAhSPAM ____
MESESAME ____
MINTRAGU ____ MINTRCHA ____ MINTRLEI ____ MINTRSUC ____ MINTRREF ____ MINTRFRU ____ MINTRSOPP ____
PROBLEAM ____
QALPROBL ____ ____ ____
DESMACPT ____
BBMAMADE ____ QDOBBMM ____ ATÉQBMM ____ MsAMeMM ____
BBCHUPET ____ QDOBBCHU ____ ATÉQBCH ____
RECOLCHO ____ OOPCOCHO ____ ADICOCHO ____
RETRABAM ____
HORESPTR ____
COMOHOTR ____
CONTEUDO ____
INSTRUMT ____
QUEMDAVA ____

ANEXOS

ANEXO E Normas usadas no Artigo 1: Revista de Saúde Pública – USP

Preparo dos manuscritos

- [Página de identificação](#)
- [Resumos e Descritores](#)
- [Agradecimentos](#)
- [Referências](#)
- [Tabelas](#)
- [Figuras](#)
- [Abreviaturas e Siglas](#)

- [Apresentação](#)
- [Categorias de artigos](#)
- [Autoria](#)
- [Processo de julgamento dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Envio dos manuscritos](#)
- [Verificação de itens](#)
- [Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais](#)

- Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.
- Os manuscritos devem ser digitados em uma só face, com **letras arial, corpo 12**, em folha de papel branco, tamanho ofício, mantendo margens laterais de 3 cm, espaço duplo em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.
- Cada manuscrito deve ser enviado em 4 vias. Quando aceito para publicação, deve ser encaminhada uma cópia do manuscrito em disquete 3/2, programa Word 95/97.
- Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de identificação ▲ - Deve conter: **a)** Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**. **b)** Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas. **c)** Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura. **d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço. **e)** Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado. **f)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência. **g)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo. **h)** Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada. **i)** Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização. ([Verificação de itens](#))

Resumos e Descritores ▲ - Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Atualização e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os **artigos originais** os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais quando for o caso. Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o **narrativo**, com até 250 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos. **Descritores** devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(Mesh\)](#), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos ▲ - Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

Referências ▲ - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver ([RSP, vol. 33\(1\) 1999](#)). Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Exemplos:

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1988. *Rev. Saúde Pública* 1988; 32: 79-83.

Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo; EDUSP; 1992.

Laurenti R. A medida das doenças. In: Forattini, OP. Epidemiologia geral. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p. 64-85.

Martins IS. *A dimensão biológica e social da doença*. [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1985.

Rocha JSY, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev Saúde Pública* [periódico on line] 1997; 31(5). Disponível em URL: <http://www.fsp.usp.br/~rsp> [1998 mar 23].

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos", [RSP 1999 ;33\(1\)](#).

Referências a comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos a publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas.

Referências a documento de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição, a um evento e a outros similares, não devem ser citados; quando imprescindível, pode figurar no rodapé da página que o cita. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de monografias ou de artigos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão "et al".

Exemplo:

Terris et al.⁸ (1992) atualiza a clássica definição de saúde pública elaborada por Winslow.

O fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante parece evidente^{9,12,15}.

Categoria dos artigos

Artigos originais - São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter a objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder

- Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências.
- *As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto*, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de *valor não representativo*. Quanto às *figuras, não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas*.
- *As referências bibliográficas estão limitadas a um número máximo de 25*, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

A estrutura dos artigos é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A **Introdução** deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo. Os **Métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de **Resultados** deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. *Devem ser separados da Discussão*. A **Discussão** deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraindo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

Abreviaturas e Siglas ▲ - Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem nas tabelas e nas figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas ▲ - Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras ▲ - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas em folha à parte; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Figuras coloridas não são publicadas, a não ser que sejam custeadas pelo autor do manuscrito. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Envio dos artigos

Os manuscritos devem ser endereçados ao Editor Científico da Revista, em quatro vias em papel (uma original e três cópias) para o seguinte endereço:

Prof. Dr. Oswaldo Paulo Forattini
Editor Científico da Revista de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Fone/Fax 3068-0539
e-mail: revsp@edu.usp.br

ANEXO F Normas usadas no Artigo 2: Jornal de Pediatria

[Clique para imprimir esta página](#)

Normas de Publicação

Informações Gerais

Março de 2006

O Jornal de Pediatria é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com circulação regular desde 1934. Atualmente, sua versão impressa atinge quase 20.000 leitores e instituições no Brasil e na América Latina. Todo o conteúdo do Jornal de Pediatria está disponível em português e inglês no site <http://www.jpmed.com.br>, que é de livre acesso. O Jornal de Pediatria é indexado pelo Index Medicus/MEDLINE (<http://www.pubmed.gov>), SciELO (<http://www.scielo.org>), LILACS (<http://www.bireme.br/abd/P/lilacs.htm>), EMBASE/Excerpta Medica (<http://www.embase.com>), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases (<http://www.siicsalud.com>), Medical Research Index (<http://www.purplehealth.com/medical-research-index.htm>) e University Microfilms International.

O Jornal de Pediatria publica resultados de investigação clínica em pediatria e, excepcionalmente, de investigação científica básica. O Jornal de Pediatria aceita a submissão de artigos em português e inglês. Na versão impressa da revista, os artigos são publicados exclusivamente em inglês. A grafia adotada é a do inglês americano. No site, todos os artigos são publicados em português e inglês, tanto em HTML quanto em PDF. Os sócios da SBP também recebem uma cópia impressa da revista em português.

Processo de revisão (Peer review)

Todo o conteúdo publicado pelo Jornal de Pediatria passa por processo de revisão por especialistas (peer review). Cada artigo submetido para apreciação é encaminhado aos editores, que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência do Jornal de Pediatria e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais. A seguir, remetem o artigo a dois revisores especialistas na área pertinente, selecionados de um cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, o Conselho Editorial os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Conforme a necessidade, um determinado artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos e, a qualquer momento, pode ter sua recusa determinada, mas cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final.

Tipos de artigos publicados

O Jornal de Pediatria aceita a submissão espontânea de artigos originais, comunicações breves, artigos especiais e cartas ao editor.

Editoriais e comentários, que geralmente referem-se a artigos selecionados, são encomendados a autoridades em áreas específicas. O Conselho Editorial também analisa propostas de comentários submetidas espontaneamente.

Artigos originais incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que quatro.

Comunicações breves são artigos curtos, com um limite de 1.500 palavras, excluindo referências e tabelas, que descrevem observações experimentais que não justificam a publicação como artigo original. Excepcionalmente, serão considerados nessa categoria relatos de casos de pacientes ou situações singulares, doenças raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. Dependendo do tópico, o texto pode ser organizado como um artigo original (ver acima) ou seguir o formato de relato de caso, ou seja: iniciar por uma introdução breve que situa o leitor quanto à importância do assunto e apresenta os objetivos da apresentação do(s) caso(s); por um relato resumido do caso; e por comentários que discutem aspectos relevantes e comparam o relato com outros casos descritos na literatura. O número máximo de referências é 15. Não incluir mais de duas figuras ou tabelas. O resumo

deve ser estruturado conforme o tipo de artigo (ver Diretrizes para a Preparação do Original).

Cartas ao editor devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados no Jornal de Pediatria. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, incluindo no máximo seis referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

Artigos de revisão – avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância clínica, com ênfase em fatores como causas e prevenção de doenças, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico – são em geral escritos, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência. Metanálises se incluem nesta categoria. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta de artigo de revisão, com um roteiro. Se aprovado, o autor pode desenvolver o roteiro e submetê-lo para publicação. Artigos de revisão devem limitar-se a 6.000 palavras, excluindo referências e tabelas. As referências bibliográficas deverão ser atuais e em número mínimo de 30.

Artigos especiais são textos não classificáveis nas categorias acima, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

Instruções para envio de material para publicação

Os manuscritos devem ser enviados por correio eletrônico (e-mail). Caso sejam submetidas figuras ou fotografias cuja resolução não permita uma impressão adequada, a secretaria editorial poderá solicitar o envio dos originais ou cópias com alta qualidade de impressão.

Recomenda-se que os autores guardem uma versão do material enviado, que não será devolvido.

Instruções para envio de material por e-mail

1. Enviar para: jped@sbp.com.br
2. Assunto: escrever o título abreviado do artigo
3. Corpo da mensagem: deve conter o título do artigo e o nome do autor responsável pelos contatos pré-publicação, seguidos de uma declaração em que os autores asseguram que:
 - a) o artigo é original;
 - b) nunca foi publicado e, caso venha a ser aceito pelo Jornal de Pediatria, não será publicado em outra revista;
 - c) não foi enviado a outra revista e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pelo Jornal de Pediatria;
 - d) todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e de sua redação ou revisão crítica;
 - e) todos os autores leram e aprovaram a versão final;
 - f) não foram omitidas informações sobre quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias ou pessoas que possam ter interesse no material abordado no artigo;
 - g) todas as pessoas que fizeram contribuições substanciais para o artigo, mas não preencheram os critérios de autoria, são citados nos agradecimentos, para o que forneceram autorização por escrito;
 - h) reconhecem que a Sociedade Brasileira de Pediatria passa a ter os direitos autorais, caso o artigo venha a ser publicado. (Obs.: caso o artigo seja aceito para publicação, será solicitado o envio desta declaração com a assinatura de todos os autores.)
4. Arquivos anexados: anexar dois arquivos separados, contendo respectivamente: (a) página de rosto, resumo em português (ou inglês, se o artigo for submetido em inglês), palavras-chave, texto e referências bibliográficas, (b) tabelas e figuras. Esses arquivos devem permitir a leitura pelos programas do Microsoft Office® (Word, Excel e Access).

Diretrizes para a Preparação do Original

Orientações gerais

O original – incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas – deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas^{1,2} (ver a última atualização, de fevereiro de 2006, disponível em http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp).

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

Página de rosto

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

- a)** título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado, exceto quando isso for essencial para a compreensão das conclusões;
- b)** título abreviado (para constar na capa e topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
- c)** nome de cada um dos autores (o primeiro nome e o último sobrenome devem obrigatoriamente ser informados por extenso; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
- d)** titulação mais importante de cada autor;
- e)** endereço eletrônico de cada autor;
- f)** informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
- g)** a contribuição específica de cada autor para o estudo;
- h)** declaração de conflito de interesse (escrever “nada a declarar” ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
- i)** definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
- j)** nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
- k)** nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
- l)** fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
- m)** contagem total das palavras do texto, excluindo o resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;
- n)** contagem total das palavras do resumo;
- o)** número de tabelas e figuras.

Resumo

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. O resumo das comunicações breves deve ter no máximo 150 palavras. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado³, conforme descrito a seguir:

Resumo de artigo original

Objetivo: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Resumo de artigo de revisão

Objetivo: informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se ela enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados.

Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

Síntese dos dados: informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Resumo de comunicação breve

Para observações experimentais, utilizar o modelo descrito para resumo de artigo original.

Para relatos de caso, utilizar o seguinte formato:

Objetivo: informar por que o caso merece ser publicado, com ênfase nas questões de raridade, ineditismo ou novas formas de diagnóstico e tratamento.

Descrição: apresentar sinteticamente as informações básicas do caso, com ênfase nas mesmas questões de ineditismo e inovação.

Comentários: conclusões sobre a importância do relato para a comunidade pediátrica e as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

Abaixo do resumo, fornecer de três a seis **descritores**, que são palavras-chave ou expressões-chave que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar descritores integrantes da lista de "Descritores em Ciências da Saúde"⁴, elaborada pela BIREME e disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet (<http://decs.bvs.br>). Se não houver descritores adequados na referida lista, usar termos novos.

Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

Texto

O texto dos **artigos originais** deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) Introdução: sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

b) Métodos: descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde⁵.

c) Resultados: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em seqüência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.

d) Discussão: deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

O texto de **artigos de revisão** não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as idéias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

O texto de **relatos de caso** deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) Introdução: apresenta de modo sucinto o que se sabe a respeito da doença em questão e quais são as práticas de abordagem diagnóstica e terapêutica, por meio de uma breve, porém atual, revisão da literatura.

b) Descrição do(s) caso(s): o caso é apresentado com detalhes suficientes para o leitor compreender toda a evolução e seus fatores condicionantes. Quando o artigo tratar do relato de mais de um caso, sugere-se agrupar as informações em uma tabela, por uma questão de clareza e aproveitamento do espaço. Evitar incluir mais de duas figuras.

c) Discussão: apresenta correlações do(s) caso(s) com outros descritos e a importância do relato para a comunidade pediátrica, bem como as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Referências bibliográficas

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word. As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, de acordo com os exemplos listados a seguir:

1. Artigo padrão

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.

Se houver mais de 6 autores, cite os seis primeiros nomes seguidos de "et al".

2. Livro

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

3. Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

4. Teses e dissertações

Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]*. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

5. Trabalho apresentado em congresso ou similar (publicado)

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. *Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

6. Artigo de revista eletrônica

Zimmerman RK, Wolfe RM, Fox DE, Fox JR, Nowalk MP, Troy JA et al. Vaccine criticism on the World Wide Web. *J Med Internet Res*. 2005;7(2):e17. <http://www.jmir.org/2005/2/e17/>. Acesso: 17/12/2005.

7. Materiais da Internet

7.1 Artigo publicado na Internet

Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Med Internet Res*. 2004;6(4):e40. <http://www.jmir.org/2004/4/e40>. Acesso: 29/11/2004.

7.2 Site

Cancer-Pain.org [site na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01. <http://www.cancer-pain.org/>. Acesso: 9/07/2002.

7.3 Banco de dados na Internet

Who's certified [banco de dados na Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000. <http://www.abms.org/newsearch.asp>. Acesso: 8/03/2001.

Obs.: uma lista completa de exemplos de citações bibliográficas pode ser encontrada na Internet, em <http://www.icmje.org/> ou http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp. Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão "no prelo". Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação "observação não publicada" ou "comunicação pessoal" entre parênteses no corpo do artigo. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista

com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM "List of Serials Indexed for Online Users", disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas". Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/> ou http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp.

Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo±.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas na tabela. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo. As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto-e-branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

Referências:

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated February 2006. <http://www.icmje.org/>. Acesso: 28/03/2006.
2. Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. Atualização de fevereiro de 2005. http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp. Acesso: 28/03/2006.
3. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DJ, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. *Ann Intern Med.* 1990;113:69-76.
4. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde. <http://decs.bvs.br>. Acesso: 28/03/2006.
5. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 196 de 10/10/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *DOU* 1996 Out 16; no. 201, seção 1:21082-21085.

Lista de verificação

Recomenda-se que os autores utilizem a lista abaixo para certificarem-se de que todo o material requerido está sendo enviado. Não é necessário anexar a lista.

Declaração de que todos os autores viram e aprovaram a versão submetida, no corpo da mensagem do e-mail.

Página de rosto com todas as informações solicitadas (integrante do primeiro arquivo anexado).

Resumo na língua de submissão, com descritores (integrante do primeiro arquivo anexado).

Texto contendo introdução, métodos, resultados e discussão (integrante do primeiro arquivo anexado).

Texto contendo a informação sobre aprovação do trabalho por comitê de ética (no corpo do texto, na seção de Métodos).

Referências bibliográficas no estilo Vancouver, numeradas por ordem de aparecimento (integrante do primeiro arquivo anexado).

Tabelas numeradas por ordem de aparecimento (integrante do segundo arquivo anexado).

Figuras numeradas por ordem de aparecimento (integrante do segundo arquivo anexado).

Legendas das figuras (integrante do segundo arquivo anexado)

ANEXO G Normas usadas no Artigo 3: Pediatrics

Instructions for Authors

Manuscript Submission

Pediatrics prefers to receive all manuscript submissions electronically.¹ To submit a manuscript, please follow the instructions below:

Getting Started

1. Launch your Web browser (Internet Explorer 5 or higher or Netscape 6 or higher) and go to the Pediatrics homepage (<http://www.pediatrics.org>).
2. Click on "Submit a Manuscript."
3. Log-in or click the "Create Account" option if you are a first-time user of Manuscript Central.
 4. **If you are creating a new account:**
 - After clicking on "Create Account" enter your name and e-mail information and click "Next." **Your e-mail information is very important.**
- Enter your institution and address information as prompted and then click "Next."
- Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID) and then select your area of expertise.
- Click "Finish" when done.
5. Log-in and select "Author Center."

Submitting Your Manuscript

6. After you have logged in, click the "Submit a Manuscript" link in the menu bar.
7. Enter data and answer questions as prompted
8. Click on the "Next" button on each screen to save your work and advance to the screen.
9. You will be prompted to upload your files:
 - Click on the "Browse" button and locate the file on your computer.
 - Select the description of the file in the drop down next to the Browse button.
 - When you have selected all files you wish to upload, click the "Upload" button.
10. Review your submission (in both PDF and HTML formats) before sending it to the Editors. Click the "Submit" button when you are done reviewing.

You may stop a submission at any phase and save it to submit later. After submission, you will receive a confirmation via e-mail. You can also log-on to Manuscript Central any time to check the status of your manuscript. The Editors will inform you via e-mail once a decision has been made.

Conditions of Publication

All authors are required to affirm the following statements prior to their manuscript being considered:

- That the manuscript is being submitted only to Pediatrics, that it will not be submitted elsewhere while under consideration, that it has not been published elsewhere, and, should it be published in Pediatrics, that it will not be published elsewhere—either in similar form or verbatim—without permission of the editors. These restrictions do not apply to abstracts or to press reports of presentations at scientific meetings.
- That all authors are responsible for reported research.
- That all authors have participated in the concept and design; analysis and interpretation of data; drafting or revising of the manuscript, and that they have approved the manuscript as submitted.

Additionally, all authors are required to disclose any affiliation, financial agreement, or other involvement with any company whose product figures prominently in the submitted manuscript so that the editors can discuss with the affected authors whether to print this information and in what manner.

Manuscript Preparation

Manuscripts—including tables, illustrations, and references—should be prepared according to "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals."^{2,3} Only information not included in the uniform requirements will be included in the instructions that follow.

Abstracts should be prepared with a structured format. Four elements should be addressed: why did you start, what did you do, what did you find, and what does it mean. Why did you start is the objective. What did you do constitutes the methodology and could include design, setting, patients or other participants, interventions, and outcome measures. What did you find is the results, and what does it mean would constitute your conclusions.⁴ Please label each section clearly with the appropriate subheading. Experience and Reason papers require a short, unstructured abstract. Commentaries do not require an abstract.

Grammar, punctuation, and scientific writing style should follow the American Medical Association Manual of Style, 9th edition.⁵ Please use Système International (SI)^{6,7} values.

Generally, abbreviations should be limited to those listed in Chapter 11 of the AMA Manual of Style, 9th edition.⁵ Any uncommon abbreviations should be listed at the beginning of the article.

Research or project support should be acknowledged as a footnote to the title page; technical and other assistance may also be identified the acknowledgements.

It is expected that all cited references will have been read by the authors. Citing of review articles should be appropriately noted. Otherwise, secondary sources should not be cited.

Authors submitting manuscripts or letters to the editor involving adverse drug or medical device events or product problems should also report these to the appropriate governmental agency.

Artwork

Black and white illustrations will be printed without charge. Authors will be charged for all color illustrations and other special processing. It is the responsibility of the authors to make arrangements before manuscripts are processed.

Low-resolution files may be adequate for review; however, in all cases we will require high-resolution files prior to publication. Please see the instructions for preparing electronic art at the following location: <http://cjs.cadmus.com/da>

Acceptance Criteria

Relevance to readers is of major importance in manuscript selection. Pediatrics generally accepts manuscripts in the following categories: reports of original research, particularly clinical research; review articles; special articles; and experience and reason (e.g. case reports).

Generally, all papers will be reviewed by at least two outside consultants, who are selected by the Editors based on their expertise relevant to the topic of the manuscript.

A report of original research will be judged on the importance and originality of the research, its scientific strength, its clinical relevance, the clarity with which it is presented, and the number of submissions on the same topic. The decision to publish is not based on the direction of results.

Unsolicited commentaries or editorials will be considered, although most are solicited by the Editors. Case reports are of interest only when they present a new entity or illustrate a major new aspect of a previously reported entity.

If your manuscript is accepted, the Editors reserve the right to determine whether it will be published in the print edition or the Internet edition of Pediatrics.

Copyright

Upon acceptance of a manuscript, the authors will receive a standard Copyright Agreement which must be signed by all authors and returned to the Editor. All accepted manuscripts become the permanent property of the American Academy of Pediatrics and may not be published elsewhere, in whole or in part, without written permission from the Academy (with certain exceptions: authors retain certain rights including the right to republish their work in books and other scholarly collections). Authors who were employees of the United States Government at the time the work was done should so state on the Copyright Agreement. Articles authored by federal employees will remain in the public domain.

Videos

Pediatrics encourages the submission of videos to accompany the electronic editions of articles. Videos should be submitted in QuickTime 4.0 or higher format, and may be prepared on either a PC or Macintosh computer.

All videos should be submitted at the desired reproduction size and length. To avoid excessive delays in downloading the files, videos should be no more than 6MB in size, and run between 30–60 seconds in length. Authors are encouraged to use QuickTime's "compress" option when preparing files to help control file size. Additionally, cropping frames and image sizes can significantly reduce file sizes. Files submitted can be looped to play more than once, provided file size does not become excessive.

Authors will be notified if problems exist with videos as submitted, and will be asked to modify them. No editing will be done to the videos at the editorial office—all changes are the responsibility of the author.

Video files should be named clearly to correspond with the figure they represent (ie, figure1.mov, etc.). Be sure all video files have filenames that are no more than eight characters long, and include the suffix

“mov.” A caption for each video should be provided (preferably in a similarly named Word file submitted with the videos), stating clearly the content of the video presentation and its relevance to the materials submitted.

IMPORTANT: One to four traditional still images from the video **must** be provided, along with mm:ss time indexes for each. These still images will be published in the print edition of the article and will act as thumbnail images in the electronic edition that will link to the full video file. Please indicate clearly in your text whether a figure has a video associated with it, and be sure to indicate the name of the corresponding video file. A brief figure legend should also be provided.

Letters to the Editor

Comments on any topic, including the contents of Pediatrics, are invited from all members of the profession. Letters about specific articles must be submitted within 6 months of the article's publication. Letters not about specific articles in Pediatrics will be accepted at the discretion of the Editor.

Letters accepted for publication will not be subject to major editorial revision, but generally must be not more than 400 words in length. The editors reserve the right to publish replies and may solicit response from authors of articles commented on as well as others.

All letters should be submitted electronically. Please follow the applicable steps for manuscript submission printed above. Published letters do not require a Copyright Agreement. The editors will inform you via e-mail once a decision has been made.

P3Rs: In addition to Letters to the Editor, Pediatrics accepts Post-Publication Peer Review (P3R) submissions. P3R submissions are electronic-only letter-like comments that are published on the journal's Web site. P3Rs must pertain to specific published articles—however, they may be submitted any time after publication. To submit a P3R please go to the electronic edition of the article you are interested in commenting on, and click on the link that reads “P3R: Submit a response to this article.” P3Rs are reviewed in the same manner as Letters to the Editor and are published at the editor's discretion.

Ordering Reprints

Reprint order forms will be sent to the corresponding author. If you are not the corresponding author and wish to order reprints, you may either contact the corresponding author or download an order form from the journal's Web site (click on “Reprints” and then “Author Reprints”). Reprints are available at any time after publication. However, reprints ordered after publication may be subject to increases in price. Delivery of reprints is usually 4 to 6 weeks after publication.

To order author reprints, please contact:

Anna Sobotor
 Cadmus Journal Services
 500 Cadmus Lane
 Easton, MD 21601-0969
 Phone: 800/257-7792
 E-mail: sobotor@cadmus.com

References

1. Clarke M and Lucey J. From Paper to Web-Based Submission: The Evolution of Pediatrics' Manuscript Submission and Review. *Pediatrics* 2003;112:1413-1414.
2. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *JAMA*. 1997;277:927-934
3. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *N Engl J Med*. 1997;336:309-315
4. Ad Hoc Working Group for Critical Appraisal of the Medical Literature. A proposal for more informative abstracts of clinical articles. *Ann Intern Med*. 1987;106:598-604
5. Iverson C, Flanagan A, Fontanarose PB, et al. *American Medical Association Manual of Style*. 9th ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1998
6. Lundberg GD. SI unit implementation: the next step. *JAMA*. 1988;260:73-76
7. Système International conversion factors for frequently used laboratory components. *JAMA*. 1991;266:45-47

ANEXO H Normas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
FONE/FAX (48) 3319531
e-mail:cpgo@ccs.ufsc.br

Normalização do Programa de Pós-Graduação em Odontologia para apresentação do trabalho de conclusão do Curso no Mestrado e Doutorado

O Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, resolve aprovar medidas para sistematizar a apresentação dos trabalhos de conclusão de curso para a obtenção do título de Mestre e Doutor em Odontologia, na área que esteja cursando.

Os trabalhos poderão ser apresentados respectivamente na forma de Tese, Dissertação e Artigo para Publicação.

- 1) As formas de Dissertação e Tese seguirão as normas estabelecidas pela ABNT, já utilizadas por este programa.
- 2) No formato de artigo para publicação o trabalho deverá ser apresentado na forma que segue:

CAPITULO I

- 1) Resumo, 2) Abstract : Este itens deverão estar na forma como é apresentado nas Teses e Dissertações, ou seja, deve conter o conteúdo total do ou dos artigos apresentados.

CAPITULO II

- 1) Introdução: A introdução deve ser geral, contendo uma revisão da literatura objetiva e concentrada dos trabalhos principais e mais relevantes. Deve incluir a proposta do trabalho e seus objetivos.

CAPITULO III

- 1) Artigo para Publicação: Poderão ser incluídos um ou mais artigos que estejam relacionados com a proposta e objetivos do trabalho.

Inc. 1) O(s) artigo(s) deverá(ao) apresentar a formatação (resumo, introdução, material e métodos, discussão, conclusão, referências, gráficos, figuras, tabelas etc.) de acordo com a revista a que será submetido.

Inc. 2) O(s) artigo(s) produzido(s) para a obtenção do título de Mestre e Doutor, deverá(ao) ser de preferência para publicação em Revistas Qualis A ou B Internacional secundariamente em Qualis C Internacional ou A Nacional.

Inc. 3) O(s) artigo(s) produzido(s) deverá(ao) ser apresentados em Português e no idioma da revista de destino.

CAPITULO IV

- 1) Bibliografia Consultada: Este tópicos servirá para a colocação das referências que entraram na introdução geral e metodologia, mas que não fazem parte do(s) artigo(s), conforme ABNT ou Vancouver.

CAPITULO V

1) Anexos e Apêndices: Farão parte deste tópico:

1. Partes da Metodologia que não entraram no artigo como: Metodologia expandida, ou seja, textos preliminares ou textos coadjuvantes ou outras explicações necessárias, banco de dados originais, tratamento estatístico etc.
2. Forma de consentimento livre e esclarecido, se necessário
3. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (humanos e animais), se necessário
4. Relação de outros trabalhos publicados ou enviados para publicação durante o Mestrado e ou Doutorado

Esta norma estabelece modificação do Artigo 56 do Regimento do Programa de Pós-Graduação em Odontologia que passa ter a seguinte redação:

Art. 56 – Após a defesa da dissertação, tese ou artigo científico para publicação, deverá ser entregue à Coordenação do Programa, em até 90 (noventa) dias, 2(dois) exemplares do trabalho de conclusão de curso na forma apresentada e 2(duas) cópias eletrônicas, onde constem as correções e sugestões feitas pela Banca Examinadora, resumo de 10(dez) linhas para Biblioteca Central, bem como comprovante de envio do artigo para a revista a qual será submetido à publicação.