

ALIMENTAÇÃO POR MAMADEIRA NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIDA EM CRIANÇAS RESIDENTES EM ANÁPOLIS-GO

BOTTLE-FEEDING IN THE FIRST TWO YEARS OF LIFE OF CHILDREN LIVING IN ANÁPOLIS, GOIÁS

Marcela de Andrade Silvestre¹, Sandra Valéria Martins Pereira²

1- Docente do Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA, Anápolis – Goiás – Brasil.

2- Doutora em Ciências da Saúde. Docente Titular no Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA. Anápolis – Goiás – Brasil. Consultora Internacional de lactação. Membro do grupo condutor da rede Cegonha em Anápolis-GO.

Resumo

Objetivo: descrever a prevalência da alimentação por mamadeira em crianças de 0-2 anos de idade residentes no município de Anápolis-GO e seus fatores relacionados. **Métodos:** Estudo transversal realizado em consultórios pediátricos do município de Anápolis-GO. Participaram 541 díades mães e bebês de 0-2 anos de idade. Foi aplicado um inquérito alimentar recordatório recomendado pela Organização Mundial de Saúde para investigação de práticas alimentares em países em desenvolvimento. Foi adotado nível de significância 5% e intervalo de confiança 95% para todas as análises estatísticas, realizadas no programa EPI-INFO versão 3.5.3 do Centers for Disease Control and Prevention. **Resultados:** 43,8% das crianças estavam em alimentação por mamadeira. Na análise multivariável os fatores associados a esta prática foram: doença do bebê nos primeiros dois meses de vida, chupeta, acompanhamento pediátrico em consultório particular e nascer em maternidade não acreditada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Abstract

Objective: To describe the prevalence of bottle-feeding in children up to 2 years of age, living in the municipality of Anápolis, in the state of Goiás, and related factors. **Methods:** A cross-sectional study was carried out in pediatric clinics in the municipality of Anápolis, Goiás. A total of 541 pairs of mothers and children up to 2 years old took part in the study. A reminder nutritional survey was applied, as recommended by the World Health Organization (WHO), to investigate nutritional practices in developing countries. A level of significance of 5% and a confidence interval of 95% were employed for all the statistical analyses conducted, using the software application EPI-INFO, version 3.5.3, from the Centers for Disease Control and Prevention. **Results:** 43.8% of the children were being bottle-fed. In a multivariate analysis, the factors associated with this practice were as follows: pacifier, baby's illness during the first two months of life, pediatric monitoring in private clinics and born in a hospital not accredited in the Child-Friendly Hospital Initiative (IHAC)

Palavras-chave:

Mamadeira.
Prevalência.
Desmame precoce.

Keyword:

Bottle. Weaning.
Prevalence.

*Correspondência para/ Correspondence to:

profsandravaleria@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O uso da mamadeira antes do sexto mês de vida é considerado um marcador de alimentação não apropriada a essa idade, ocasião em que a introdução de alimentos diferentes do leite materno caracteriza erro alimentar grave.¹

A mamadeira está associada ao desmame precoce devido às alterações provocadas no padrão de sucção do bebê, na auto regulação da ingestão de líquidos e no paladar.²⁻³

É importante considerar que o leite materno é um alimento completo capaz de suprir todas as necessidades nutricionais nos primeiros seis meses de vida, sendo essencial ao crescimento

e desenvolvimento da criança. No entanto, o início do aleitamento materno desde o nascimento e sua manutenção nos dois primeiros anos de vida ainda constituem um desafio para humanidade. Historicamente, mudanças na forma de amamentar têm sido observadas em diferentes conjunturas, levando ao entendimento de que na prática esse comportamento é socioculturalmente determinado.⁴

No decorrer da Revolução Industrial, com a saída da mulher de casa para o trabalho, a alimentação de seus bebês ficou relegada a outras pessoas. Fato que de certa forma justifica o alvorecer das indústrias de substitutos do leite materno e artefatos como mamadeiras e chucas, utilizadas para introdução de chá e água ao bebê, desde os primeiros dias de vida.⁵⁻⁶

Nos países pouco desenvolvidos, bem como naqueles em desenvolvimento, a interrupção precoce do AME antes do sexto mês de vida está associada ao aumento do risco de má nutrição, diarreias infecciosas e das taxas de mortalidade infantil. Quadro agravado por outros fatores, como higiene precária do frasco e bico de borracha da mamadeira, falta de controle da qualidade da água de consumo e de critérios de manipulação, preparo e acondicionamento de alimentos.⁷

Há de se considerar que em países desenvolvidos, a introdução precoce de alimentos em concentração e quantidade superiores à indicada para idade, aumenta o risco de obesidade infantil.⁷

Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida, e a partir dessa idade a manutenção do aleitamento materno complementado por alimentos adequados até dois anos de idade ou mais.⁸

No entanto, até os dias de hoje, o uso de mamadeira para alimentação de lactentes permanece como uma prática arraigada na sociedade. No Brasil, estudos epidemiológicos mais recentes na área da alimentação de

lactentes encontraram alta prevalência de alimentação por mamadeira entre lactentes⁹⁻¹⁰. Em Goiânia, Goiás essa taxa foi de 61,3% no primeiro ano de vida.¹⁰

No município de Anápolis-GO, um estudo transversal de bases populacionais encontrou 49,9% de crianças em alimentação por mamadeira nos primeiros dois anos de vida, proporção que segundo os parâmetros da OMS foi classificada como muito ruim.¹¹

O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência da alimentação por mamadeira em crianças de 0-2 anos de idade residentes no município de Anápolis-GO e seus fatores relacionados.

METODOLOGIA

Estudo transversal tipo inquérito recordatório sobre as práticas alimentares das últimas 24h, realizado no município de Anápolis – GO.

A amostra foi calculada a partir de resultados da PNDS/2006, sobre a prevalência do uso de mamadeira na região Centro Oeste, que foi de 47,6%. Precisão absoluta 5 e nível de significância 5%. A amostra de no mínimo 383 crianças foi acrescentada 25% para possíveis perdas. Optou-se pela técnica de amostragem por conveniência.

Foram incluídas na amostra crianças de 0-2 anos de idade, nascidas e residentes no município da pesquisa, acompanhadas de suas mães. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2010 a maio de 2011, em 10 consultórios pediátricos no município de Anápolis-GO.

Foi realizado um inquérito recordatório das práticas alimentares das últimas 24 horas. Para tal utilizou-se o questionário desenvolvido e aplicado por Pereira¹¹, fundamentado no Consenso da Organização Mundial de Saúde para investigação de práticas alimentares de lactentes em países em desenvolvimento.¹²

A variável de exposição deste estudo é a alimentação por mamadeira, definida como oferta de quaisquer alimentos líquidos ou pastosos, incluindo leite materno a criança

Alimentação por mamadeira nos primeiros dois anos de vida

através de mamadeira ou utensílio similar, desde que contenha bico artificial.¹²

As variáveis preditoras foram escolhidas a partir medidas de associação de risco para introdução precoce de alimentos diferentes do leite materno antes do sexto mês de vida, conhecidas por meio de estudos científicos: chupeta, cesariana, o bebê ficar doente nos primeiros meses de vida, prematuridade, baixo peso ao nascer (>2500 g), mãe não frequentar grupo de gestante, nascimento em hospital não acreditado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criança acompanhada em consultório pediátrico privado, trabalho materno, experiência da mãe com aleitamento materno, primeira mamada na primeira hora de vida.

Adotou-se nível de significância 0,05 e intervalo de confiança (IC) 95% para todas as análises estatísticas. Foram calculadas as frequências das covariáveis e adotado o teste qui-quadrado de Mantel-Haenszel para identificar possíveis associações entre as covariáveis e o desfecho: alimentação por mamadeira. As variáveis independentes cujos níveis de significância no teste qui-quadrado foram < 0,20, por serem considerados fatores de confusão em potencial, foram incorporadas à análise multinível para interpretação com base em suas razões de chance (OR) brutas e ajustadas.

O modelo hierarquizado adotado para análise multinível deste estudo foi adaptado do proposto por Victora, Huttly, Fuchs, Olinto¹³, em que as variáveis preditoras foram alocadas em três blocos. No ajuste do modelo, as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bruta foram inseridas na análise ajustada, que ocorreu em ordem crescente da magnitude de associação com o desfecho. Na análise múltipla, as variáveis que apresentaram $p < 0,10$ na etapa de entrada permaneceram no modelo até o final, mesmo que perdida a sua significância em etapas posteriores. Foram consideradas significativas as variáveis com $p < 0,05$. Para tais análises estatísticas foi utilizado o programa EPI-INFO versão 3.5.3, desenvolvido pelo

Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário de Anápolis-GO, parecer consubstanciado nº 008-/2009.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 541 díades mães-bebê. Houve 5,2% de não respostas. A idade materna variou entre 13 e 49 anos de idade, com média de 25,8 ($\pm 6,08$). A paridade variou de 1-7 filhos, com média de 1,7 ($\pm 0,90$), 52,1% das mães eram primíparas, 52,3% não tinham experiência com amamentação, 18% relataram que não tinham a intenção de amamentar.

Mais de 80% das mães informaram renda familiar inferior a quatro salários mínimos, 85,4% apresentavam menos que 12 anos de escolaridade.

A idade das crianças variou de 1 a 718 dias, com média de 183 dias ($\pm 189,9$), mediana de 111 dias, 63,4% das crianças estavam nos primeiros seis meses de vida. Segundo informações das mães, 57,1% delas nasceram de parto cirúrgico. O peso ao nascer variou de 945g a 5000g ($\pm 526,27g$), 8,5% tinham peso inferior a 2500 g, 12,8% foram prematuros.

Outras características demográficas e socioeconômicas das díades mães-bebê, bem como da história obstétrica estão descritas na Tabela 1.

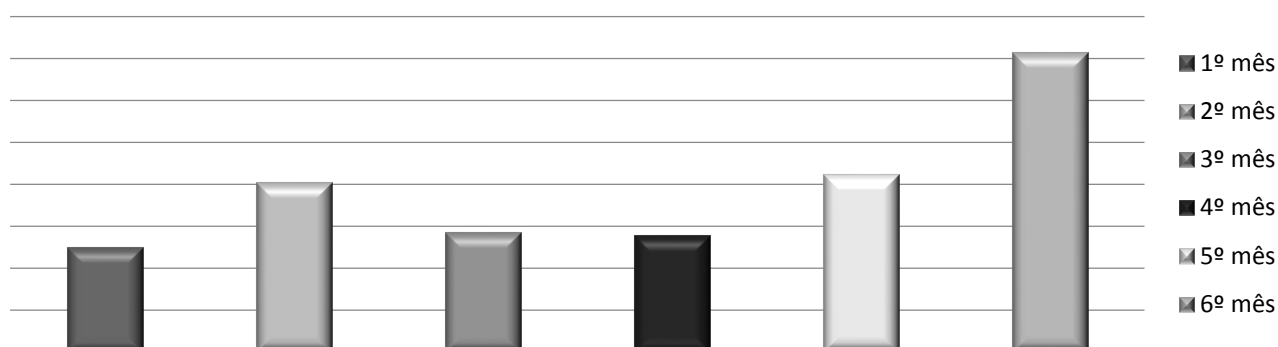
A alimentação por mamadeira informada por 43,8% das mães apresentou as maiores frequências nos primeiro, segundo e sexto meses de vida, respectivamente 25%, 40,40% e 71,4%, indicando a introdução de alimentos diferentes do leite materno antes da idade apropriada. A distribuição de crianças em alimentação por mamadeira nos primeiros seis meses está descrita na Figura 1.

Tabela 1 - Distribuição de frequência das características sociodemográficas e obstétricas de díades mães-bebê atendidas em consultórios pediátricos município de Anápolis-GO.

Variáveis (n=541)	f	%	IC 95%*
Escolaridade ≤ 12 anos	462	85,4	82,5;88,4
Renda familiar ≤ 4 SM [†]	450	83,2	79,7;86,2
Mãe trabalhadora	174	32,2	28,3;36,3
Primípara	286	52,9	48,6;57,1
Sem experiência com AM [‡]	283	52,3	48,0;56,6
Complicações nas mamas	262	48,4	44,2;52,7
Cesariana	309	57,1	52,8;61,3
Tabaco	23	4,3	2,8;6,4
<5 Consultas Pré Natal	72	13,3	10,6;16,5
Não participou em Grupo de Gestantes	302	55,8	51,5-60,0
Prematuridade	68	12,6	10,0;15,7
Peso ao nascer > 2500 g	495	91,5	88,7;93,6
1ª mamada após 1ª hora de nascimento	153	28,5	24,6;32,3
Doença do bebê (primeiros dois meses de vida)	195	36,0	32,0;40,3
Consultório Pediátrico Privado	176	32,5	28,6;36,7
Não nasceu em HAC [§]	131	24,2	20,7-28,1
Uso de Chupeta	179	33,1	29,2;37,3
Alimentação por mamadeira	235	43,4	39,2;47,7

*IC95%: intervalo de 95% de confiança; [†] Salários Mínimos; [‡] Amamentação.

Figura 1 - Distribuição de alimentação por mamadeira nos primeiros seis meses de vida em crianças atendidas em consultórios pediátricos no município de Anápolis-GO.



A Tabela 2 apresenta as razões de chance brutas e ajustadas para cada uma das variáveis com nível de significância previsto no modelo.

As variáveis prematuridade e trabalho materno entraram no modelo hierárquico de regressão

logística por apresentarem o valor de $p < 0,20$.

Alguns desses fatores perderam o nível de significância estatística, após ajuste dos fatores de confusão no modelo de regressão.

Alimentação por mamadeira nos primeiros dois anos de vida

Finalmente as variáveis estatisticamente associadas à alimentação por mamadeira foram: doença do bebê nos primeiros dois meses de

vida (ORa 3,22), uso da chupeta (ORa 3,06) e não nascer em IHAC (ORa 2,60) $p < 0,000$. Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das razões de chances (OR) brutas e ajustadas para alimentação por mamadeira por crianças de 0-2 anos de idade. Município de Anápolis, Goiás, Brasil. (n = 541).

Variáveis	Mamadeira					Valor de p**
	ORb [†]	IC95%	Valor de p*	ORa [‡]	IC 95%	
Cesariana	1,52	1,07;2,15	0,001	1,00	0,67;1,51	0,974
Parto normal	1,00			1,00		
Doença do bebê						
Sim	3,52	2,43;5,08	0,000	3,22	2,19;4,75	0,000*
Não	1,00					
Prematuro						
Sim	1,44	0,87;2,40	0,15	1,46	0,82;2,58	0,190
Não	1,00			1,00		
Consultório Privado	2,94	2,02;4,26	0,000	1,34	0,76;2,38	0,314
Consultório Público	1,00			1,00		
Grupo de Gestantes						
Não	1,81	1,29;2,56	0,000	1,12	0,73;1,73	0,591
Sim	1,00			1,00		
Nasceu em HAC[§]						
Não	2,78	1,82;4,17	0,000	2,60	1,68;4,04	0,000*
Sim	1,00			1,00		
Mãe trabalhadora						
Sim	1,27	0,89;1,83	0,18	0,80	0,53;1,23	0,312
Não	1,00			1,00		
Uso de Chupeta						
Sim	3,02	2,09;4,38	0,000	3,06	2,06;4,56	0,000*
Não	1,00					
Experiência com AM^p						0,078
Não	1,41	1,00;1,95	0,04	1,40	0,96;2,04	
Sim	1,00			1,00		

* Valor de p da comparação das categorias de cada variável calculado pelo teste de qui-quadrado de Mantel-Haenszel; **Valor p obtido a partir de teste da razão de verossimilhanças; [†]Razão de chances bruta; [‡] Razão de chances ajustada; [§] Hospital Amigo da Criança; ^p Experiência com amamentação

DISCUSSÃO

A prevalência de alimentação por mamadeira encontrada para crianças de 0-2 anos de idade atendidas em consultórios pediátricos em

Anápolis-GO (43,8%) é semelhante a encontrada para região Centro Oeste na PNDS 2006⁴ e bem melhor em relação ao encontrado para Goiânia em 2009.¹⁰

Observa-se que a frequência de alimentação por mamadeira quase que triplicou do primeiro para o sexto mês de vida. A prevalência deste tipo de

alimentação no primeiro mês (25%) é bem inferior a encontrada para bebês na mesma idade, acompanhados em maternidade acreditada pela IHAC, em Porto Alegre, onde 46,9% estavam em alimentação por mamadeira.¹

No sexto mês de vida 71,4% dos bebês estavam em alimentação por mamadeira, indicando o aumento acentuado da introdução de alimentos diferentes do leite materno. Estudo realizado em uma região de Goiânia encontrou a mesma tendência, onde no quarto mês mais de 85% dos bebês já haviam recebido água, chás, sucos e outros leites, e no sexto mês, todos os alimentos investigados, inclusive a comida de sal.¹⁴

No presente estudo, a alta prevalência da alimentação por mamadeira nos primeiros seis meses de vida é motivo de preocupação, devido à associação entre uso da mamadeira e a interrupção total do aleitamento materno, já evidenciada na literatura científica.^{1,15}

É importante considerar que mesmo a idade adequada à introdução de alimentação complementar não justifica a alimentação por mamadeira. O correto seria que as crianças recebessem alimentos em copos ou similares a fim de evitar alterações no padrão de sucção, o que pode desencadear o desmame antes do segundo ano de vida. Estudo encontrou diferenças entre crianças em alimentação por mamadeira e por copo, no que diz respeito as estruturas orofaciais: selamento labial, repouso da língua em posição esperada (arco superior), tonicidade da língua e respiração nasal.¹⁶

A alimentação por mamadeira pode acarretar diminuição da intensidade de sucção e consequentemente a redução da produção de leite pela mama. Este processo desencadeia gradativamente o desmame total, associado em longo prazo, aos riscos de: obesidade, hipertensão, arteriosclerose e alergias alimentares.³

No presente estudo, algumas variáveis mostraram associação com alimentação por mamadeira apenas na análise univariável, perdendo o nível de significância estatística no

modelo final de regressão: acompanhamento em das em consultórios pediátricos particulares, não participaram da mãe em grupo de gestante e falta de experiência da mãe com amamentação.

Crianças acompanhadas em consultórios pediátricos particulares apresentaram chance três vezes maior de receberem alimentação por mamadeira em relação às atendidas em consultórios públicos. Não foram encontrados estudos que avaliassem a associação entre o uso de mamadeira e tipos de consultório.

Dessa forma, considerando que a mamadeira é classicamente utilizada para introduzir alimentos diferentes do leite materno antes do sexto mês de vida, os resultados de alguns estudos que analisaram a associação entre a interrupção precoce do AME e o acompanhamento em consultórios públicos ou privados possibilitam certa comparação. Em Londrina, estudo com crianças no primeiro ano de vida encontrou resultados contrários, sendo que as chances para interrupção do AME antes do sexto mês foi duas vezes maior para crianças em seguimento ambulatorial na rede pública em relação às acompanhadas na rede privada.¹⁷

Observa-se a tendência por parte de diferentes profissionais de saúde em considerar instituições públicas e médicos a essas vinculados apresentam maior compromisso com o aleitamento materno e consequentemente seriam contrários ao uso de mamadeiras, chucas, bicos e chupetas. Neste sentido, estudo em maternidades públicas e privadas em São Paulo, encontrou maior frequência de implantação de rotinas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em hospitais públicos em relação aos privados.¹⁸

Na realidade a política de promoção e proteção ao aleitamento materno já se encontra bastante difundida em toda rede de saúde do país, além que o mesmo pediatra pode atender em ambos locais, público e/ou privado. Assim, considerando que o comportamento de amamentar é socioculturalmente determinado, o perfil da clientela parece influenciar mais que o local de atendimento.

Alimentação por mamadeira nos primeiros dois anos de vida

No presente estudo, mais da metade das crianças nasceram através de cesariana. Proporção semelhante à encontrada para o país em 2012, quando essa taxa chegou a 55,7% e a Região Centro-Oeste apresentou a maior probabilidade de cesariana.¹⁹

As chances da alimentação por mamadeira foram aumentadas (ORb 1,52) para crianças nascidas através de cesariana. E mesmo perdendo a significância para outras covariáveis é importante considerar que o crescimento das taxas de cesariana tornou-se uma preocupação internacional para os organismos de saúde, pois além de outros riscos, representa uma importante barreira para o início da amamentação. Isso se justifica pelas rotinas hospitalares pós-operatórias, que retardam ou interrompem o contato mãe-filho no período pós-parto imediato. Em uma revisão sistemática da literatura, a cesariana foi o fator de risco com maior nível de significância estatística para a não amamentação na primeira hora de vida.²⁰ Da mesma forma, no Rio de Janeiro a cesariana aumentou seis vezes a chance de atraso da primeira mamada²¹, expressando seu potencial para atrapalhar o vínculo mãe-bebê, o início e o estabelecimento do aleitamento materno. No interior do estado de São Paulo, crianças nascidas através de cesariana apresentaram maior chance para o desmame menor mediana de duração do aleitamento materno (192,84 vs. 227,38 dias).²²

A prevalência do uso de chupeta pelos participantes deste estudo foi de 33,1%, comportamento associado à introdução de alimentação por mamadeira, pois a chupeta aumentou três vezes a chance desse tipo de alimentação ($p < 0,000$). Outros estudos desenvolvidos com crianças diferentes regiões do país encontraram associação entre o uso de chupeta e a menor duração do AME ou com o desmame precoce, o que indica a introdução de alimentação por mamadeira.^{15,23-26}

Estudos de coorte no Sul do país encontraram associação estatisticamente significativa entre o uso da chupeta e o desmame. Em Porto Alegre, o risco foi 2,2 vezes maior de desmame nos primeiros seis meses de vida entre crianças em

uso de chupeta.²³ Em Pelotas o risco foi 4,25 vezes para desmame no terceiro mês de vida.²⁴

Estudo desenvolvido em alojamento conjunto de 15 hospitais no município do Rio de Janeiro, o uso de chupeta aumentou em 31% o risco de introdução de suplementos do leite materno nos dois primeiros dias de vida ($p < 0,005$).²⁵

O sinergismo entre o uso de chupeta e mamadeira como determinantes da introdução precoce de alimentos diferentes do leite materno foi comprovado em estudos com crianças da na Região Nordeste do país.^{15,26} Crianças que receberam outro leite e chupeta na primeira semana de vida apresentaram chances quatro vezes maior de receber alimentos diferentes do leite materno no primeiro mês de vida.²⁶ No Piauí, crianças em uso de chupeta apresentaram chance 2,8 vezes maior de interromper o aleitamento materno no primeiro ano de vida, a chance de desmame aumentou para 6,4 vezes com uso de mamadeira.¹⁵

Mais da metade das participantes deste estudo eram primíparas, que se declararam sem qualquer experiência com amamentação. As mães que não participaram de grupo de gestantes apresentaram maior chance de introduzir alimentação por mamadeira (ORb 1,81). Chance maior foi encontrada também para mães sem experiência com amamentação (ORb 1,41).

Entende-se que esta situação acarreta insegurança e necessidade de apoio e orientação para iniciar e continuar o AME. A participação em grupo de gestante é um importante meio de obter orientações e apoio ao aleitamento materno. Certamente, em decorrência do despreparo, as mães que não participaram das atividades em grupo durante o pré-natal se tornar mais vulneráveis à introdução precoce de alimento por mamadeira.

Observa-se que a maioria dos fatores associados à alimentação por mamadeira reflete a falta de preparo de profissionais de saúde para assistir e orientar as mães sobre o

aleitamento materno. Assim, torna-se importante considerar que as diretrizes da IHAC incluem dentre outras condutas, a participação da mãe em grupo de gestantes, orientações sobre a importância e manejo clínico do aleitamento materno, orientação para evitar o uso de chupetas, bicos artificiais e mamadeiras, apoio a mãe para superar os problemas com iniciação e manutenção dessa prática, inclusive para mãe trabalhadora.²⁷

No presente estudo, não nascer em IHAC, mesmo após o ajuste do modelo de regressão, aumentou em 2,6 vezes a chance das crianças receberem alimentação por mamadeira em relação às nascidas em maternidades credenciadas a IHAC.

Em um estudo quase experimental, com uma coorte de 973 pares mães-bebê nascidas em todas as maternidades de Pelotas, Rio Grande do Sul, acompanhadas em domicílio nos primeiros seis meses de vida, foram encontradas diferenças entre as práticas alimentares nos hospitais IHAC e não IHAC. O risco relativo do bebê receber chupeta, em hospitais não IHAC, foi 81% maior em relação aos IHACs e 4,64 vezes maior para receber chá. Nos hospitais não IHAC, o risco relativo foi 91% maior de não receber orientações sobre dificuldades na amamentação, 41% maior de não receber a criança para amamentar na primeira hora de vida, 2,04 vezes maior de não receber apoio da equipe para amamentar, 71% maior de não receber orientações sobre retirada manual do leite materno ($p < 0,001$). Os autores concluíram que o risco relativo puérperas que não deram à luz em IHAC não receberem apoio a amamentação é duas vezes maior em relação aquelas cujo parto foi em IHAC.²⁷

Estudo realizado em hospitais não credenciados a IHAC, no estado do Pernambuco, evidenciou que a chance de introdução precoce de outros leites foi 2,59 maiores para crianças que não iniciaram a amamentação na maternidade ($p < 0,001$). Recem nascidos que receberam água via chupinha na primeira semana de vida apresentaram chance três vezes maior de receber outros leites no primeiro mês de vida.²⁶

O adoecimento do bebê nos primeiros dois meses de vida, mesmo após o ajuste do modelo de regressão, manteve o nível de significância estatística, aumentando em mais de três vezes a chance de introdução de alimentação por mamadeira em relação aos que não apresentaram agravos de saúde ($p = 0,000$). Resultado diferente foi encontrado em Pelotas, onde não foi encontrada associação entre doença do bebê e a introdução de chá ou de chupeta.²⁶

Agravos de saúde como doenças diarreicas, respiratórias, otites e verminoses, podem levar a inapetência pelo mal-estar generalizado comum nessas situações. Observa-se, que as mães ansiosas por evitarem sofrimento e perda de peso de seus bebês, tendem a oferecer alimentos por chuquinhas e/ou mamadeiras. Este estudo apresenta limitações relativas ao delineamento transversal, particularmente devido ao risco de viés de memória das participantes. Além disso, a análise estatística não levou em conta a idade da introdução da chupeta. Características que não desmerecem os resultados encontrados, considerados relevantes ao conhecimento sobre as condutas inadequadas de mães e de serviços de saúde, bem como sobre a vulnerabilidade por parte das díades mães-bebê e seus fatores relacionados.

A prevalência de alimentação por mamadeira encontrada em Anápolis – GO se enquadra no parâmetro considerado como muito ruim pela Organização Mundial de Saúde, acarretando risco de erro alimentar e suas consequências aos lactentes.

Entende-se que há necessidade de se intensificar as ações de educação em saúde em prol do aleitamento materno e da alimentação complementar. Estratégias eficazes devem ser adotadas em nível de atenção básica, no município, haja vista que os fatores associados à introdução da alimentação por mamadeira são passíveis de mudanças por meio de ações de educação em saúde e sensibilização de mães, cuidadores e profissionais de saúde sobre o risco dessa prática.

Declaração de conflito de interesses

Sem conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LCE, Köhler CV et al. Bottle feeding during the first month of life: determinants and effect on breastfeeding technique. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2008 Aug [cited 2015 dez 15]; 42(4): 607-614. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000028>.
2. Li R, Fein SB, Grummer-Strawn, LM. Do Infants Fed from Bottles Lack Self-regulation of Milk Intake Compared With Directly Breastfed Infants? *Pediatrics*. Online. [Periódico na Internet] June 2010 [citado 2016 Mar 10] 125, (6): e1386-e1393. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/6/e1386>
3. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf
4. Almeida JAG, NOVAK FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*. (Rio J.) [Periódico na Internet]. 2004 [citado 2016 Abr 10] 80(Suppl 5): S119-S125. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5so/v80n5soa02.pdf>.
5. Saldiva SRDM, Venancio SI, Gouveia AGC, Castro ALS, Escuder MML, Giugliani ERJ. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2011 Nov [citado 2016 Abr 18]; 27(11): 2253-2262. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100018>.
6. Bosí MLM, Machado MT. Amamentação um resgate histórico. *Caderno ESP, Escola de Saúde Pública* [periódico na Internet] 2005 [citado 2016 Abr 10] 1(1). Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/4/2>
7. Pérez-Escamilla R. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success story? *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2003 Jan [citado 2016 Abr 10] 19(Suppl1): S119-S127. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700013>.
8. Kramer MS, Kakuma R. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding – a systematic review. Geneva: World Health Organization, 2002. 47p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS-2006. Relatório Final. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf. Acesso em mar de 2011.
10. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J. Pediatr* (Rio J.) 2010; 86(4): 317-324.
11. Pereira, SVM. Situação de Aleitamento Materno em Área Urbana do Município de Anápolis-GO. [Tese na internet] Goiânia, Goiás (Brasil): Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Medicina Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Online. 2010, 238p. [citado 10 nov. 2015]. Disponível em: http://www.bdttd.ufg.br/tesesimplificado/td_e_busca/arquivo.php?codArquivo=2013
12. World Health Organization. Indicator for assessing infant and young child feeding practices: Conclusions of a consensus meeting held 6-8 november 2007 in Washington D.C (USA) - Part I definitions. Geneva, 2008. 19 p.
13. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997 Feb; 26(1): 224-7.
14. Schincaglia RM, Oliveira AC de, Sousa LM de, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças

menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na internet]. 2015 Set [citado 2016 Abr 10]; 24(3):465-474. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300012&lng=pt.

15. Ramos CV, Almeida JAG de, Alberto NSMC, Teles JBM, Saldiva SRDM. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2008 Aug [cited 2016 Apr 05]; 24(8):1753-1762. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800004>.

16 Carrascoza KC, Possobon R F, Tomita LM, Moraes ABA. Consequências do uso da mamadeira para o desenvolvimento orofacial em crianças inicialmente amamentadas ao peito. *J. Pediatr. (Rio J.)* [periódico na internet]. 2006 out [citado 2016 jan.10]; 82(5): 395-397. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000600015&lng=pt.

17 Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, Tacla MTGM, Vezozzo KMK, Castro LMCP de et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [periódico na internet]. 2005 June [citado 2016 Apr 09]; 5(2): 155-162. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000200003>.

18. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2001 out [citado 2016 Abr 10]; 35(5): 409-414. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000500001>.

19. Rattner D, Moura EC de. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Periódico na Internet]. 2016 Mar [citado 2016 Abr 19]; 16(1): 39-47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>

20 Esteves MB, Daumas RP, Oliveira MICde, Andrade CAFde, Leite IC. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2014 Ago [citado 2016 Abr 19]; 48(4): 697-708. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005278>.

21 Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC de, Andrade CAFde, Leite IC. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2015 Nov [citado 2016 Apr 19]; 31(11): 2390-2400. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00123114>.

22 Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan TAB, Garcia E, Silva LC da, Carvalho FLP de et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2004 Feb [citado 2016 Apr 19]; 20(1): 172-179. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100033>

23 Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP de, Aguiar PR de. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Periódico na internet]. 2003 Aug [citado 2016 Apr 20]; 79(4): 309-316. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000400008>.

24 Mascarenhas M L W, Albernaz EP, Silva MB da, Silveira RB da. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. *J. Pediatr. (Rio J.)* [periódico na internet]. 2006 Aug [citado 2016 Feb 06]; 82(4): 289-294. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572006000500011>

25 Lopes FO, Oliveira MIC de, Brito A S, Fonseca V M. Fatores associados ao uso de suplementos em recém-natos em alojamento conjunto no município do Rio de Janeiro, 2009. *Ciênc. Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2013 Feb [citado 2016 Apr 20]; 18(2):431-439. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500014>.

Alimentação por mamadeira nos primeiros dois anos de vida

26 Marques NM, Lira PIC, Lima, MC, Silva NL da, Batista Filho M, Huttly S RA et al. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study *Pediatrics*[periódico na Internet]. 2001Oct [citado 2014 jun 20];108 (4): e66. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/e66>

27 Silva MB da, Albernaz EP, Mascarenhas MLW, Silveira R B da. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [Periódico na internet]. 2008 Set [citado 2016 Abr 20]; 8(3): 275-284. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000300006>.

Contribuições dos autores

Marcela Andrade Silvestre, contribuiu com a elaboração do projeto, realizou a coleta de dados e participou na discussão dos dados e elaboração do manuscrito.

Sandra Valéria Martins Pereira, autora do projeto de pesquisa, realizou a análise estatística dos dados, contribuiu para discussão dos dados e elaboração do manuscrito.