

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG

Centro de Educação em Saúde
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Maria Dayana da Silva Macedo

**ALEITAMENTO MATERNO: identificando a prática e os fatores determinantes para o
desmame precoce**

Cuité
2013

Maria Dayana da Silva Macedo

ALEITAMENTO MATERNO: identificando a prática e os fatores determinantes para o desmame precoce

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Msc Isolda Maria Barros Torquato

Cuité
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M141a Macedo, Maria Dayana da Silva.

Aleitamento materno: identificando a prática e os fatores determinantes para o desmame precoce. / Maria Dayana da Silva Macedo. – Cuité: CES, 2013.

73 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Isolda Maria Barros Toquarto.

1. Aleitamento materno. 2. Desmame. 3. Fatores de risco.
I. Título.

CDU 618.1/.2

Maria Dayana da Silva Macedo

ALEITAMENTO MATERNO: identificando a prática e os fatores determinantes para o desmame precoce

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Isolda Maria Barros Torquato - UFCG
Orientadora

Prof^a. Msc. Janaína von Söhsten Trigueiro - UFCG
Membro Examinador

Prof^a. Msc. Maria Benegelania Pinto - UFCG
Membro Examinador

Cuité
2013

*Dedico esse trabalho a **Minha Família**, por toda a força que me deram, mesmo no silêncio. Ofereço a vocês esta conquista, pois se hoje consigo alcançá-la é porque vocês acreditaram na minha capacidade.*

AGRADECIMENTOS

*Ao **meu Deus fiel**, meu rochedo, refúgio e fortaleza por ter me concedido o sobro da vida, pela escuta silenciosa e o olhar bondoso. Sempre apontando os meus caminhos, com ele posso vencer exércitos e saltar muralhas. Sem Ele, nada seria possível.*

*A **Minha amada Mãe**, aquela que me concedeu seu corpo para que eu me tornasse corpo. Ela que se doou e se anulou em alguns momentos para priorizar nossa família. Nenhuma palavra de agradecimento comporta o tamanho da minha gratidão. O seu exemplo, o tempo jamais apagará.*

*Ao **Meu amado pai**, pelo carinho em sua forma distinta e peculiar de ser. Obrigada por todo o amor a mim dedicado.*

*As **Minhas irmãs**, Ana Cléia e Polyana, pelo apoio, pela companhia, pelos bons momentos, simples e rotineiro, mas que, com certeza, coloriram a minha vida. Muito obrigada por todo amor e por acreditarem em mim.*

*Aos **Meus avós** pelo carinho, incentivo, motivação, por terem sido tão presentes e contribuírem tanto para o que hoje sou e por acreditarem que eu posso chegar aonde eu quiser, vocês são anjos em minha vida.*

*A toda **Minha família** o meu agradecimento pelo carinho e por fazerem parte da minha vida.*

*Agradeço e externo a lisonja que foi ter sido orientada pela **Professora Isolda Torquato**, obrigada pelo imenso auxílio, pela exemplar competência e pela compreensão. Esse trabalho com muito mais dificuldades teria sido concluído sem essa generosa ajuda.*

*A **Todas as mães** que tão bem me acolheram por alguns minutos em suas casas contribuindo com essa pesquisa, vocês são o cerne desse estudo.*

*A Secretaria Municipal de Saúde, representada pela pessoa do Sr. **Gentil filho**, por viabilizar a realização da pesquisa.*

*Aos **Meus amigos queridos** pela irmandade, apoio e carinho, a amizade de vocês é muito importante para mim, que ela perdure por toda nossa vida. Quero leva-los juntos do meu coração para sempre.*

*A **Todos meus novos amigos conquistados na graduação**, pela contribuição que perpassa por vários sentidos. Pelos bons e divertidos momentos, e por aliviarem através do companheirismo os desagradáveis. Pela alegre companhia nos períodos de estágio quando entre os passeios pelas cidades onde estivermos, alegrávamos os nossos sonhos e celebrávamos a arte de viver e conviver. Será com carinho, saudade e torcida que me lembrarei de cada um de vocês.*

*A **Todos os professores**, pela contribuição na minha formação com todos os conhecimentos compartilhados.*

*Enfim, **A todos** que contribuíram de alguma forma direta ou indiretamente na realização deste trabalho.*



*“O Amor é sem dúvida, a experiência mais importante na vida de um ser humano”
(Ashley Montagu)*

RESUMO

É incontestável que a aquisição de hábitos alimentares saudáveis contribui decisivamente para um bom estado de saúde da criança. O leite materno é considerado o alimento ideal para crianças no primeiro semestre de vida, estando ele respaldado pelas propriedades nutricionais que possui, justificando a amamentação exclusiva até os seis meses de idade. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi determinar o tipo de aleitamento materno e os fatores de risco para o desmame em crianças até o primeiro semestre de vida usuárias da Estratégia Saúde da Família no município de Cuité-PB. Trata-se de um estudo transversal de caráter quanti-qualitativo, realizado no Município de Cuité – Paraíba com 50 mães de crianças no primeiro semestre de vida, cadastradas na Estratégia Saúde da Família. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário com questões objetivas e subjetivas, as quais abordaram os aspectos sócio-demográficos, pré-natais e obstétricos e aspectos relacionados à amamentação (benefícios da amamentação para a saúde materno-infantil, motivações relacionadas ao desmame precoce e o padrão alimentar). Para classificar o tipo de aleitamento materno utilizou-se o Recordatório de Consumo Alimentar de 24h. Para a análise quantitativa utilizou-se o programa EpiInfo versão 5.4.3, sendo realizado o teste qui-quadrado com intervalo de confiança de 95%. Na análise qualitativa dos dados utilizou-se a técnica Minayo sob a modalidade temática. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) CAAE: 09960113.7.0000.5182. Os resultados evidenciaram padrão alimentar inadequado para a faixa de idade estudada, onde 38,0% encontravam-se em amamentação exclusiva, 10,0% estavam em aleitamento predominante, 8,0% e 4,0% em complementado e misto, respectivamente. Identificou-se também que os fatores de riscos relacionados ao desmame precoce estiveram relacionados a aspectos sócio-demográficos, culturais (influência familiar, mitos e crenças) e biológicos (fissuras mamilares e ingurgitamento mamário). Apesar do reconhecimento materno sobre os benefícios da amamentação para a saúde do binômio, estes aspectos estiveram mais contundentes sobre a ótica da criança, sendo restritos aos benefícios maternos. As participantes também externaram a insatisfação quanto ao apoio ofertado pelos profissionais de saúde quanto à amamentação. Os resultados evidenciam a importância em melhorar o padrão alimentar da criança com idade até os seis meses no município pesquisado. Além disso, é importante que estratégias de educação em saúde possam ser melhor estruturadas a fim de priorizar as necessidades materna de maneira individual para que a amamentação se torne uma prática valorizada e respeitada.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Desmame. Fatores de risco.

ABSTRACT

It is undeniable that acquiring healthy eating habits contribute decisively to a good state of health of the child. Breast milk is considered the ideal food for children in the first six months of life, when he was backed by the nutritional properties he owns, justifying exclusive breastfeeding until six months of age. In this perspective, the objective of this study was to determine the type of breastfeeding and risk factors for weaning children up to the first half of life users of the Family Health Strategy in the municipality of cuite-PB. This is a cross-sectional study quantitative and qualitative, in the municipality of cuite - Paraíba with 50 mothers of children in the first half of life, enrolled in Family Health Strategy. To collect data, we used a questionnaire with objective and subjective questions, which addressed aspects sociodemographic, antenatal and obstetric and aspects related to breastfeeding (breastfeeding benefits for mother and child health, motivations related to early weaning and dietary pattern). To classify the type of breastfeeding used the Recall Food Consumption 24h. For quantitative analysis was used EpiInfo version 5.4.3, being performed chi-square test with a confidence interval of 95%. In qualitative data analysis used the technique Minayo under the thematic. The study was approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC) CAAE: 09960113.7.0000.5182. The results showed eating patterns inappropriate for the age group studied, where 38.0% were exclusively breastfed, 10.0% were predominantly breastfed, 8.0% and 4.0% in mixed and supplemented, respectively. It was also found that the risk factors related to early weaning were related to socio demographic, cultural (family influence, myths and beliefs) and biological (cracked nipple and breast engorgement). Despite the maternal recognition of the benefits of breastfeeding for the health of mother and child, these aspects were more blunt about the perspective of the child, being restricted to the maternal benefits. Participants also voiced dissatisfaction about the support offered by health professionals regarding breastfeeding. The results emphasize the importance of improving the dietary patterns of children aged up to six months in the county searched. Furthermore, it is important that health education strategies can be better structured to prioritize the needs of an individual to maternal breastfeeding becomes a valued and respected practice

Keywords: Breastfeeding. Weaning. Risk factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Caracterização do aleitamento materno.....	22
Figura 1: Sistema lobular.....	23
Quadro 2: Composição do leite materno a cada 100ml.....	26
Quadro 3: Os benefícios e as vantagens do aleitamento materno.....	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das mães, segundo as características sócio-demográficas, gestacionais e obstétricas e sua relação com a prática da amamentação.....	38
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
<i>1.1 Contextualização do problema e justificativa.....</i>	<i>14</i>
2 OBJETIVOS.....	17
<i>2.1 Objetivo geral.....</i>	<i>18</i>
<i>2.2 Objetivos específicos.....</i>	<i>18</i>
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
<i>3.1 Aleitamento materno.....</i>	<i>20</i>
<i>3.1.1 Classificação e Aspectos epidemiológicos do aleitamento materno.....</i>	<i>20</i>
<i>3.1.2 Anatomia mamária, produção, composição e funções do leite materno.....</i>	<i>23</i>
<i>3.1.3 Benefícios do aleitamento para a saúde materno-infantil.....</i>	<i>27</i>
<i>3.1.4 Principais fatores relacionados ao desmame precoce.....</i>	<i>29</i>
4 METODOLOGIA.....	31
<i>4.1 Tipo de pesquisa.....</i>	<i>32</i>
<i>4.2 Participantes, Local e Duração da pesquisa.....</i>	<i>32</i>
<i>4.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa.....</i>	<i>33</i>
<i>4.4 Análise dos dados.....</i>	<i>35</i>
<i>4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa.....</i>	<i>35</i>
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICES.....	65
ANEXOS.....	71

1 Introdução

1.1 Contextualização do problema e justificativa da pesquisa

O aleitamento materno é considerado uma das intervenções mais eficazes para a redução da morbimortalidade infantil, estando ele respaldado pelos benefícios nutricionais, imunológicos, econômicos e psicossociais já comprovados em diversos estudos científicos (CARRASCOZA, *et al.*, 2011).

Além dos efeitos positivos ocasionados a saúde da criança, a prática da amamentação também propicia relevantes vantagens à saúde materna, dentre as quais elencam-se principalmente uma recuperação mais rápida no pós-parto e menor incidência de câncer de mama e de ovário (SETSUKO; FERREIRA, 2008). Sobre estes dois últimos aspectos Stuebe *et al.*, (2005) e Danforth *et al.*, (2007) estimam, respectivamente, uma redução de 4,3 % e 2,0% de risco para desenvolvimento de neoplasias mamárias e ovarianas para cada ano de amamentação realizado.

Em contrapartida, apesar da melhora do padrão alimentar evidenciado nos últimos anos e das diversas vantagens oferecidas pelo leite materno à díade mãe-filho, tem-se observado que as taxas de amamentação ainda encontram-se muito aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza aleitamento exclusivo até o primeiro semestre e complementado até os 24 meses de vida (PINTO, 2008). Segundo Saliba *et al.*, (2008) e Ferreira, Parada e Carvalhaes (2007), a literatura apresenta vários estudos mundiais relacionados à baixa prevalência do aleitamento materno, especialmente o exclusivo nos seis primeiros meses de vida.

Dados recentes, provenientes da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (DF), evidenciaram que em 12 delas a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em menores de seis meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras, sendo que as medianas de aleitamento materno exclusivo e de aleitamento materno total no conjunto das capitais brasileiras e DF foram de 54,1 dias (1,8 meses) e 341,6 dias (11,2 meses), respectivamente. Segundo a referida pesquisa, as capitais de estados da região Norte foram as que apresentaram maior prevalência de AME em menores de seis meses (45,9%), e as da região Nordeste, como as de pior situação para este tipo de prática (37,0%) (BRASIL, 2009).

Fatores considerados de risco têm sido apontados como determinantes da interrupção precoce da amamentação. Whalen e Cramton (2010) evidenciam os fatores socioeconômicos,

culturais, demográficos, biológicos e assistenciais como responsáveis pelo comprometimento desta prática.

A realização de intervenções alimentares inadequadas que ocorrem no primeiro ano de vida, especialmente a introdução precoce de alimentos no primeiro semestre, tem sido associada à elevação das morbidades e óbitos infantis (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Este fato tem despertado a preocupação por parte dos órgãos mundiais de saúde envolvidos na promoção e incentivo ao aleitamento materno em elaborar programas e estratégias que maximizem esta prática e consequentemente os índices da amamentação.

No Brasil, diversas ações em saúde têm sido elaboradas visando à proteção do aleitamento materno. Dentre as mais conhecidas encontram-se o *Alojamento conjunto*, *Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes*, *Carteiro amigo*, *Rede amamenta Brasil*, *Bancos de leite* e a *Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM)*. Esta última foi criada em 1999, no Rio de Janeiro, objetivando promover o apoio ao aleitamento materno através da mobilização das Unidades Básicas de Saúde para a adoção “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” (HERNANDEZ; KÖHLER; FALCÃO, 2008).

Para Cruz *et al.*, (2010), a Estratégia Saúde da Família tem sido considerada, nos últimos anos, uma alternativa ideal para a conversão do modelo assistencial para a atenção primária, anteriormente centrada em atividades de assistência à demanda, sem ênfase em ações pragmáticas.

Este tipo de Estratégia, segundo os mesmos autores, assumiu um papel fundamental de suporte as famílias viabilizando integrar os princípios do Sistema Único de Saúde com a comunidade, onde dentre as ações desenvolvidas se destaca a assistência materno-infantil, que envolve a promoção e o manejo do aleitamento materno. Entretanto, mesmo em áreas de atuação de equipes de saúde da família, tem sido um desafio ampliar a adesão à prática do aleitamento materno, especialmente na forma exclusiva.

Contudo, apesar das diversas estratégias mencionadas às quais foram desenvolvidas pelos gestores e serviços de saúde a fim de prover a amamentação, é necessário que os profissionais de saúde estejam realmente inseridos neste processo, pois eles exercem um papel fundamental na aprendizagem da nutriz quanto ao aleitamento materno e podem contribuir substancialmente para redução do desmame precoce.

Especificamente sobre a participação do profissional de saúde neste tipo de incentivo, é possível desenvolver atividades educativas desde o período pré-natal, buscando interagir mais efetivamente com as mulheres, possibilitando conhecer aspectos subjetivos que possam comprometer o aleitamento materno. Também é possível atuar efetivamente nas

intercorrências comuns no início da amamentação responsáveis, muitas vezes, pelo desmame precoce assim como perpetuar as estratégias no período pós-natal onde fatores externos sejam eles biológicos, sociais ou culturais contribuem para a interrupção desta prática (PARADA *et al.*, 2005).

Considerando, diante do exposto, a importância da amamentação para a saúde materno-infantil, torna-se necessário a obtenção de subsídios que auxiliem os serviços de saúde na definição de metas, planejamento e avaliação de programas de apoio ao aleitamento materno, principalmente o exclusivo. Assim, diante da variação da prevalência da amamentação nas diferentes localidades, é relevante e necessário à obtenção de dados ou diagnósticos confiáveis para que se possam consolidar políticas públicas de promoção, proteção e apoio à amamentação, específicas para as situações encontradas.

Até a proposição do presente estudo, o município de Cuité não possuía estudos divulgados sobre a prevalência da amamentação no âmbito municipal, o que torna a pesquisa relevante para a determinação das condições de saúde local. Considerando a relevância que índices confiáveis de aleitamento materno possuem para a melhoria da programação de ações efetivas voltadas a sua promoção como mencionado anteriormente, procurou-se responder os seguintes questionamentos: Qual o padrão de aleitamento materno das crianças no primeiro semestre de vida? O tipo do aleitamento materno de crianças até o primeiro semestre de vida encontra-se adequado para a sua faixa etária? Quais os fatores de risco responsáveis pelo desmame precoce entre as crianças? Quais as estratégias utilizadas pelos profissionais da atenção básica para promover a prática da amamentação?

Neste contexto, busca-se com este estudo contribuir para a aquisição de respostas a partir das problemáticas apresentadas e construir novos conhecimentos a respeito dos possíveis fatores que estejam relacionados com o desmame precoce. Certamente, os resultados se tornarão relevantes, de maneira a contribuir com os gestores locais de atenção a saúde, para a realização de um planejamento de ações que promovam o aleitamento materno principalmente o exclusivo. Arelado a isso, almeja-se subsidiar futuras pesquisas que abordem o aleitamento materno como foco centralizador.

2 Objetivos

2.1 Geral:

-Determinar o tipo de aleitamento materno e os fatores de risco para o desmame em crianças até o primeiro semestre de vida das usuárias da Estratégia Saúde da Família no município de Cuité-PB.

2.2 Específicos:

- Caracterizar as mães e crianças quanto aos aspectos sociodemográficos e biológicos;
- Analisar a percepção da mãe quanto aos benefícios da amamentação para a saúde materno-intantil;
- Identificar os profissionais de saúde envolvidos na promoção do aleitamento materno;
- Apontar a metodologia utilizada pelos profissionais de saúde na oferta de orientações maternas sobre a amamentação e compreender a percepção materna acerca do apoio por eles ofertado.

3 Revisão da Literatura

3.1 ALEITAMENTO MATERNO

3.1.1 Classificação e aspectos epidemiológicos do aleitamento materno

É consenso que uma nutrição adequada, especialmente nos primeiros anos de vida, contribui de maneira satisfatória para a prevenção de doenças na infância assim como na vida adulta. Neste sentido, o intuito de incentivar a prática da amamentação, incluindo-a como elemento fundamental neste processo, é algo que vêm sendo instituído como uma das principais estratégias das políticas públicas em todo o mundo (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007).

Embora seja de bastante discutido que a amamentação deve ocorrer de maneira exclusiva até os seis meses e complementada a partir desta faixa etária até os 24 meses de vida, tem-se observado a introdução cada vez mais precoce e inadequada de alimentos complementares à dieta infantil (NOBRE *et al.*, 2010). Esse tipo de conduta tem ocasionado malefícios significativos à saúde da criança e, em muitos casos, tem sido responsável pelo aumento da mortalidade nessa população. A precocidade da alimentação complementar, além de interferir de maneira negativa na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, pode também resultar no comprometimento do seu ganho ponderal e importante déficit imunológico (CARRASCOZA *et al.*, 2011).

No Brasil, especificamente, a prática da amamentação tem sofrido variações ao longo dos anos. Na década de 1970, por exemplo, os índices de desmame atingiram níveis muito elevados, contribuindo para o aumento da mortalidade infantil (BRASIL, 2009).

Atualmente, segundo os mesmos autores, estudos de origem epidemiológica, realizados em diferentes cidades do Brasil revelam que, embora exista uma situação de amamentação cada vez melhor no país, a prevalência do aleitamento materno exclusivo, em menores de quatro meses permanece aquém das recomendações da Organização Mundial de Saúde, que preconiza a amamentação exclusiva para todas as crianças até os seis meses de idade e a introdução de alimentos complementares a partir desta faixa etária.

Sena *et al.*, (2007) consideram as taxas do aleitamento exclusivo no Brasil como uma das mais baixas da América Latina. Segundo pesquisa realizada pelos autores evidenciou-se uma prevalência de 47,5% para crianças com 30 dias de vida, 17,7% para as crianças com 120 dias e 7,7% para as crianças com 180 dias. Dentre as regiões brasileiras estudadas observou-se que a Região Sul do país apresentou as maiores taxas de prevalência em todas as idades, 58,5% para crianças com 30 dias, 23,8% para 120 dias e 10,2% para 180 dias com destaque

para Florianópolis onde 66,7% das crianças com 30 dias encontravam-se em amamentação ao seio. Já a região Sudeste destacou-se com as menores taxas de prevalência do aleitamento materno exclusivo (38,2% para 30 dias, 14,5% para 120 dias e 6,7% para 180 dias).

Ribeiro *et al* (2004) evidenciam que no Nordeste a prevalência do aleitamento materno exclusivo regride ao longo dos primeiros meses, sendo 55,4% no 1º mês caindo para 10,7% no sexto.

Na Paraíba, apenas 22,4% das crianças menores de quatro meses encontra-se em amamentação exclusiva. Este percentual demonstrou-se ainda reduzido nas crianças com faixas etárias próximas dos seis meses, onde apenas 16,6% delas utilizavam o leite materno como única fonte de alimento (VIANNA *et al.*, 2007).

Em João Pessoa, segundo a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno realizada nas capitais e Distrito Federal em 2008, constatou-se que o índice de amamentação exclusiva contempla 39,1%, determinando, desta forma, a inadequação do padrão alimentar destas crianças assim como ficou demonstrado nas outras localidades brasileiras (BRASIL, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) os padrões de aleitamento materno são definidos de acordo com o tipo de alimento ofertado a criança durante o seu processo de crescimento. É considerada amamentação exclusiva, como o próprio termo sugere quando existe a exclusiva introdução de leite materno na dieta infantil. No caso do aleitamento materno predominante além da inserção do leite humano existe a introdução associada de água, chá, medicamentos ou soro de reidratação oral. A amamentação complementada ou parcial ocorre quando a criança além da amamentação ao peito recebe, antes da época adequada, outros alimentos (leite, cereais, frutas e legumes) em alguma refeição (BRASIL, 2009).

Com base nos resultados apresentados anteriormente assim como em outros estudos encontrados na literatura, fica evidente a importância da realização de intervenções imediatas na assistência materno-infantil, já que as recomendações oficiais de aleitamento materno estão ainda distantes de serem alcançadas. Neste sentido, metas devem ser traçadas para a obtenção não apenas da extensão da amamentação exclusiva até os seis meses, mas também do aleitamento materno total para a melhora da saúde infantil (CATTANEO; ROMERO, 2006; TORQUATO; LIMA, 2008).

É muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno reconhecidas mundialmente. Segundo o Ministério da Saúde (2009), a classificação adotada

pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o aleitamento materno encontra-se descrita no quadro a seguir:

Quadro 1: Caracterização do aleitamento materno.

TIPO DE ALEITAMENTO MATERNO	CARACTERÍSTICAS
Aleitamento materno exclusivo	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
Aleitamento materno predominante	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
Aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
Aleitamento materno complementado	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
Aleitamento materno misto ou parcial	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Fonte: BRASIL, 2009.

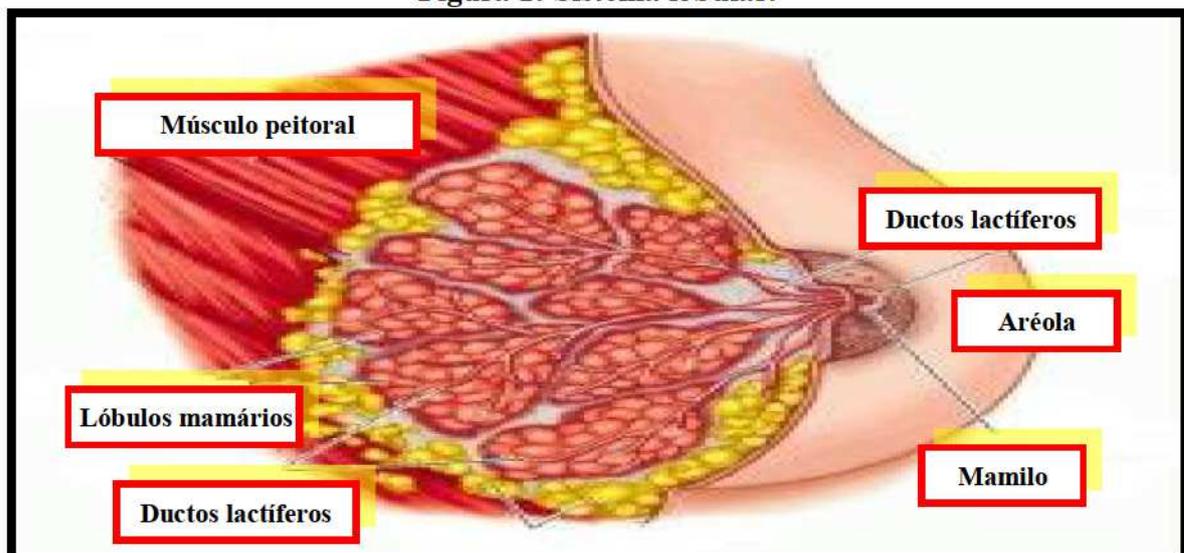
3.1.2 Anatomia mamária, produção, composição e funções do leite materno

As mamas ou glândulas mamárias são consideradas anexos da pele derivados do tecido epidérmico e que se encontram envolvidas internamente por tecido fibro-adiposo, cuja função é prover a consistência e a sustentação adequada dos seios femininos (DANGELO; FATTINI, 2005).

Segundo Mariani Neto (2006), as mamas constituem estruturas complexas geralmente cônicas, posicionadas entre a segunda e a sétima costela e que se apresentam situadas ventralmente aos músculos da região peitoral. Observa-se uma variabilidade de 150 a 200 gramas em relação ao seu peso, podendo atingir proporções ainda maiores durante o período gravídico-puerperal. Contudo, é importante ressaltar que diferentemente do que se acredita o tamanho avantajado da mama não indica uma maior capacidade funcional, já que o volume mamário é determinado pelos tecidos conectivo e adiposo e não pela quantidade de tecido glandular que possui.

O parênquima mamário, formado por glândulas modificadas que se especializam na produção de leite materno, é constituído por 15 a 20 lobos mamários aproximadamente, os quais irão caracterizar juntamente com os ductos lactíferos o sistema lobular (**Figura 1**). Estes ductos também conhecidos como ductos excretórios se direcionam a papila mamária por meio de orifícios ou poros mamilares, mais comumente conhecidos como óstios e cuja função é propiciar a exteriorização do leite materno (SOUZA, 2011).

Figura 1: Sistema lobular.



Fonte: Adaptado MELDAU, 2012.

A produção de leite materno inicia-se no período gravídico e perpassa por três etapas diferentes: a *Lactogênese I*, caracterizada como a fase em que a glândula mamária é preparada para a amamentação por meio da ação hormonal intensa. O estrogênio e o progestogênio atuam na ramificação dos ductos e formação dos lóbulos, respectivamente. Outros hormônios, a exemplo do lactogênio placentário, prolactina e a gonadotrofina coriônica também estão relacionados com a aceleração do crescimento mamário nesta primeira fase (CAPUCO; AKERS, 2009).

A segunda fase, a *Lactogênese II*, se processa mediante o nascimento da criança. Devido à expulsão placentária observa-se uma redução significativa dos níveis sanguíneos de progestogênio, resultando em liberação de prolactina pela hipófise anterior e conseqüentemente a secreção do leite materno. Neste momento também se constata a liberação de ocitocina, pela hipófise posterior, durante a sucção. Este hormônio viabiliza a contração das células mioepiteliais e por conseqüência a expulsão do leite contido nos alvéolos (SILVA, 2011).

A terceira e última fase da *Lactogênese*, também conhecida como *Galactopoiese*, inicia-se após a ejeção de leite materno comumente até o terceiro ou quarto dia do pós-parto. Esta etapa depende primordialmente da sucção da criança no seio materno e do esvaziamento mamário, ou seja, quando há comprometimento desses dois fatores certamente haverá uma redução ou prejuízo na produção láctea devido a inibição mecânica e química (JALDIN; SANTANA, 2001).

Comumente a produção de leite materno envolve após o quarto dia uma média de 600 ml. Contudo, a variabilidade do volume de leite produzido depende principalmente da frequência com que a criança se alimenta ao seio materno, ou seja, a produção de leite depende da frequência da sucção da criança (LEVY; BÉRTOLO, 2008).

Ainda sobre o processo de lactação Pritsivelis e Machado referem que:

A sucção do complexoaréolo-papilar pelo recém nascido é complementada por uma ejeção ativa. O estímulo tátil local ativa os nervos sensoriais locais, sendo conduzido pelas raízes dorsais da medula espinhal e posteriormente pelos tratos espinotalâmicos para o mesencéfalo e hipotálamo. Há também estímulo do núcleo paraventricular no hipotálamo, acarretando a liberação de ocitocina. Esta, por sua vez, atua nas células mioepiteliais, que se contraem e ejetam o leite dos alvéolos (PRITSIVELIS; MACHADO, 2012, p. 35).

De acordo com os mesmos autores, estímulos condicionais a exemplo da visão, sentimentos de caráter emocional como a motivação e autoconfiança assim como presença de ambiente tranquilo podem influenciar positivamente a liberação de ocitocina favorecendo a saída do leite materno. Da mesma forma, a presença de sentimentos negativos como ansiedade, medo, estresse e o desconforto podem dificultar a liberação do alimento para a criança.

O leite materno é constituído de todos nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança. A sua composição envolve mais de 150 diferentes substâncias com funções biológicas definidas, os quais envolvem proteínas, carboidratos, lipídios, vitaminas, minerais além de água. Esta última corresponde aproximadamente 87% da sua composição total (MORGANO *et al.*, 2005).

Outros constituintes fundamentais que o compõe envolvem o IgA, IgM, IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos T e B, lactoferrina, lisosina e o fator bífido. Este último, favorece ao crescimento do *Lactobacilos bifidus* os quais desempenham um importante efeito protetor, através da inibição da colonização intestinal por outros microorganismos patogênicos como a *Escherichia coli*, *Salmonella* e *Shigella*. Esta condição protetora é essencial para a saúde infantil e torna-se inviável mediante a suplementação por outras fórmulas lácteas que geralmente são oferecidas a criança que ainda encontram-se em idade de amamentar (LAMOUNIER; VIEIRA; GOUVEIA, 2006).

Segundo Costa (2006), a composição do leite materno apresenta uma variabilidade nutricional significativa entre as mulheres, dependendo a mesma de alguns fatores como a individualidade genética, hábitos alimentares da lactante, a idade gestacional e o período de amamentação. Sobre este último aspecto, percebe-se certa diferença na composição nutricional do leite humano em relação ao colostro e o leite maduro assim como nos nutrientes que podem variar no decorrer da lactação seja durante uma única mamada.

No **Quadro 2** encontram-se explicitados, para uma melhor familiarização, os constituintes do leite materno humano com suas respectivas quantidades.

Quadro 2: Composição do leite materno a cada 100ml.

A) MACRONUTRIENTES	QUANTIDADE
Proteína	1,1g
Caseína: albumina	40:60
Lipídeos	4,2g
Carboidrato	7g
B) MICRONUTRIENTES	
Vitamina A	190mcg
Vitamina D	2,2mcg
Vitamina E	0,18mg
Vitamina K	1,5mcg
Vitamina C	4,3mcg
Vitamina B12	0,03mcg
Tiamina	16mcg
Riboflavina	36mcg
Niacina	147mcg
Piridoxina	10mcg
Folato	5,2mcg
C) MINERAIS	
Cálcio	34mg
Fósforo	14mg
Ferro	0,05mg
Zinco	0,3mg
Água	87,1ml
Sódio	0,7mEq
Cloro	1,1mEq
Potássio	1,3mEq
D) VALOR ENERGÉTICO	70kcal

Fonte: ZANIN, 2012.

Embora o valor nutricional do leite materno assim como benefícios sejam reconhecidos cientificamente, a prática da amamentação ainda não ocorre de forma adequada. O desmame precoce e a introdução de alimentos de forma cada vez mais prematura e não

orientada têm ocasionado importantes comprometimentos a saúde da criança, demonstrado pelos altos índices de morbi-mortalidade nesta população (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

3.1.3 Benefícios do aleitamento para a saúde materno-infantil

As vantagens do aleitamento materno para a saúde materno-infantil são múltiplas e bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida (NOBRE *et al.*, 2010).

No que concerne às vantagens da amamentação para a mãe percebe-se que este tipo de informação ainda precisa ser melhor divulgada e estudada. Entretanto, estudos evidenciaram benefícios importantes como a facilitação da involução uterina mais precoce, associação a uma menor probabilidade de desenvolver câncer de mama, ovário entre outros. Sobretudo, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar, propiciando vantagens emocionais e psicológicas. Além de todas estas vantagens, o leite materno constitui o método mais barato e seguro de alimentar os bebês e pode constituir-se como um meio de prevenção para uma nova gestação, caso haja cumprimento das seguintes condições: aleitamento materno praticado em regime livre, sem intervalos noturnos, sem suplementos de outro leite, nem complementado com qualquer outro tipo de comida. Esta proteção pode prolongar-se até aos 6 meses do bebê e enquanto a menstruação não voltar (TOMA; REA, 2008).

Quanto aos benefícios do aleitamento para a saúde infantil, estes se respaldam na biodisponibilidade e a apropriada concentração e qualidades de todos os seus constituintes, tornando-o como o alimento mais adequado para o ser humano nos primeiros meses de vida. A prática da amamentação reduz, nas crianças, o número de doenças respiratórias, gastrointestinais, alérgicas e crônicas, previne problemas de oclusão dentária, reduz o número de infecções e, além disso, melhora o desenvolvimento neuropsicomotor e fortalece o vínculo afetivo entre a díade mãe-filho (CIMINI, 2010).

Portanto, diante do que foi mencionado anteriormente o leite humano é, indiscutivelmente considerado o alimento ideal para a saúde materno-infantil. Neste sentido, sua prática precisa ser melhor estimulada e orientada pelos profissionais de saúde. A fim de melhor consolidar os benefícios do leite humano, o **Quadro 3** elenca todas as vantagens obtidas pela nutriz e a criança que praticam o aleitamento materno.

Quadro 3: Os benefícios e as vantagens do aleitamento materno.

TIPO DE BENEFÍCIO	VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO
Nutricionais	<ul style="list-style-type: none"> • Composição adequada • Balanço apropriado de nutrientes • Fácil digestão e aproveitamento
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança emocional • Aumento do vínculo mãe-filho
Econômicos	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de custos em relação á aquisição de outros alimentos • Maior higiene sem a necessidade da compra de material de limpeza • Não há necessidade da compra de mamadeiras, copos etc. • Menor probabilidade de ficar doente e menor custo em relação à aquisição de remédios, idas ao médico e hospital
Imunológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de linfócitos, macrófagos e monócitos ativos por meses • Proteção do aparelho digestivo através de imunoglobulinas presentes no leite • A flora intestinal da criança amamentada, em resposta à composição do leite materno dificulta o desenvolvimento de patógenos.
Maternos	<ul style="list-style-type: none"> • Conserva a reserva do ferro materno através da amenorréia de lactação • Mais rápida perda de peso através da perda da gordura corporal • Rápida involução do útero • Proteção ao câncer de mama e ovários • Prevenção de osteoporose • Redução mais rápida da glicemia nos casos de diabetes gestacional
Redução da mortalidade e prevenção de doenças para a criança	<ul style="list-style-type: none"> • Doença coronariana • Alergia alimentar • Infecções • Diabetes mellitus tipo II • D. Crohn • Dermatites • Linfoma

Fonte: Ribeiro *et al.*, 2004.

3.1.4 Principais fatores de risco determinantes para o desmame precoce

O comprometimento da prática da amamentação permeia uma origem multifatorial bastante complexa que envolve fatores de ordem cultural, socioeconômica, biológica e assistencial (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Em relação aos aspectos Culturais Vaucher e Durman (2005) mencionam que os mitos e crenças apresentam uma função significativa no comportamento emocional do ser humano. O sistema de crenças de uma determinada pessoa ou coletividade pode resultar em efeitos benéficos ou não para a sua saúde, estando também relacionadas às questões da amamentação.

O mito do “leite fraco”, por mães e familiares, ainda é considerado como um dos fatores bastante frequentes entre os motivos responsáveis pela descontinuidade da amamentação, especialmente a exclusiva. Muitos acreditam que o leite é insuficiente para suprir as necessidades nutricionais da criança e acabam por inserir precocemente alimentos considerados inadequados para a faixa etária da criança (NETO; OLIVEIRA; ZANDONADE, 2007).

Além disso, a participação ativa de familiares, especificamente as avós, pode contribuir para esse processo, pois muitas delas aconselham e estimulam uma alimentação precoce ao recém-nascido por desacreditarem na eficácia do leite materno (SALES; SEIXAS, 2008).

Constatou-se, a partir de estudos científicos, que a participação da família é essencial para a continuidade ou não da amamentação (MARINHO, 2008). Muitas vezes, a insegurança ou a falta de conhecimento a cerca das questões específicas da amamentação podem facilitar a aceitação de informações, as quais podem ocorrer de maneira errônea, por parte de pessoas mais próximas fazendo com que essa prática fique prejudicada (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

De acordo com Barreira e Machado (2004), muitas vezes, o conhecimento empírico e a influência familiar se sobrepõe ao conhecimento científico. Neste ínterim, é necessário que as informações e a assistência sobre as questões da amamentação não se restrinja apenas a mulher, mas que ela possa se estender a toda à família devido à importância da sua influência neste processo.

As questões biológicas exemplificadas pelo ingurgitamento mamário, as fissuras mamilares e as mastites apresentam-se como uma das condições mais importantes e comprometedoras da prática da amamentação nesta categoria. A falta de orientação durante o

período gravídico-puerperal contribui para o surgimento de algumas dessas intercorrências, as quais podem facilitar a interrupção da amamentação (AMARANTE, 2008).

A mastite, segundo Pereira, Palmira e Salgado (2011, p. 1):

é um problema relativamente frequente na mulher que amamenta. Manifesta-se por sinais inflamatórios na mama, por vezes associados a mal-estar, febre e calafrios. O diagnóstico é clínico e o tratamento inclui terapêutica sintomática e antimicrobiano com cobertura anti-estafilocócica. A amamentação pode e deve ser mantida. Sendo uma patologia que interfere grandemente com o sucesso da amamentação, quando um pediatra se depara com este problema deve assumi-lo e tratá-lo para benefício da díade mãe-filho.

Da mesma forma que a mastite as fissuras mamilares e o ingurgitamento mamário também são mencionados como um dos fatores de risco responsáveis pela interrupção do aleitamento materno devido ao desconforto experienciado pelas mães durante a amamentação. As causas mais comuns destas complicações estão relacionadas ao posicionamento e pega inadequada realizada pela criança. Outras causas incluem mamilos planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não-nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não-interrupção da sucção da criança antes de retirá-la do peito e o uso de protetores de mamilo (MARQUES; MELO, 2008).

Demais aspectos, considerados relevantes associados ao desmame têm sido apresentados na literatura a exemplo dos sociais e econômicos. Variáveis como a faixa etária, escolaridade e estado civil demonstraram ser influenciáveis para a manutenção da amamentação. Pressupõe-se que a falta de maturidade e a falta de orientação educativa favorece ao abandono da amamentação conduzindo-as a interrupção desta prática. Além disso, a necessidade econômica também pode influenciar no desmame devido ao retorno precoce da mulher ao trabalho por medo de perder o emprego e desconhecimento dos seus direitos relacionados à licença maternidade (DAMIÃO, 2008).

Finalmente, a assistência ofertada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal também retrata um importante e considerável fator que pode influenciar de maneira positiva ou não no bom andamento da amamentação. Logicamente isso dependerá do suporte oferecido pelos profissionais de saúde à mulher durante todo este processo (ARAÚJO *et al.*, 2008).

4 Metodologia

4.1 Tipo de pesquisa

O estudo é do tipo transversal, exploratório-descritivo com abordagem quanti-qualitativa. Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva é aquela que tem por objetivo estudar as características de um grupo ou fenômenos entre as variáveis.

Sobre a abordagem quantitativa Marconi e Lakatos (2007), mencionam que a mesma busca critérios numéricos que possibilite gerar e generalizar conceitos teóricos que se pretende testar. Ela transforma em números, opiniões e informações, por meio de recursos e técnicas estatísticas para classificá-las e analisá-las, associado ao estudo descritivo. Esta abordagem é utilizada quando se conhece o perfil do universo e os objetivos específicos do problema.

Segundo os mesmos autores o instrumento para a coleta de informações é estruturado e os resultados são extrapolados para o universo, onde todos os componentes devem ter a chance de participar da amostra.

No que concerne à pesquisa qualitativa Minayo (2006) enfoca que o importante não é quantificar, mas sim compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositários de crenças, valores, atitudes e hábitos. Este tipo de pesquisa trabalha com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada. A realidade recortada, por sua constante transformação é mais rica do que o olhar do pesquisador possa apreender.

4.2 Participantes, Local e Duração da pesquisa

A rede de Atenção Primária do referido município conta com nove Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), quatro na zona rural e cinco na zona urbana, sendo nesta última onde se procedeu a pesquisa. As Unidades envolvidas foram: a Equipe Saúde da Família Abílio Chacon, a Equipe Saúde da Família Ezequias Venâncio, a Equipe Saúde da Família Luiza Dantas de Medeiros, a Equipe Saúde da Família Diomedes Lucas de Carvalho e a Equipe Saúde da Família do Tambor.

Atualmente 57 mães de crianças até seis meses de idade compõem a população cadastrada nas referidas unidades. A amostra envolveu 50 mães da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Cuité, sendo 10 provenientes de cada Unidade Básica de Saúde que contempla a zona urbana. O cálculo amostral respaldou-se na fórmula estatística

(SANTOS, 2012) utilizada para pesquisas com amostragem aleatória simples, explicitada a seguir:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

A escolha do cenário da pesquisa justificou-se devido à viabilidade de acesso ao local e a ausência de estudos na região que abordem a referida temática (**ANEXO A**). Além disso, pode-se considerar a ESF como um importante Programa com o objetivo de reorganizar e manter a qualidade da atenção à saúde materno-infantil, estando incluída o apoio a amamentação.

A seleção das participantes ocorreu de maneira aleatória, já que se tratou de uma pesquisa não probabilística, sendo escolhidas enquanto aguardavam atendimento na sala de espera das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a realização de consulta pediátrica.

A coleta de dados teve duração de três meses (Dezembro de 2012 a Fevereiro de 2013) cujas entrevistas foram realizadas nas referidas UBS nos turnos matutino (08:00 às 12:00h) e vespertino (13:00 às 17:00h) conforme os dias de atendimento ao público infantil.

De modo a garantir uma uniformidade do grupo amostral, foram estabelecidos os critérios de inclusão e de exclusão os quais seguem:

4.2.1 Critérios de Inclusão:

- Mães de crianças com faixa etária até o primeiro semestre de vida;
- Mães devidamente cadastradas nas UBS da zona urbana.

4.2.2 Critérios de Exclusão:

- Mães de crianças com distúrbios mentais;
- Mães adotivas;
- Mães que se recusaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE A**);
- Mães que se recusaram participar da pesquisa.

4.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa

Os dados foram coletados mediante a realização de uma entrevista individual, a qual foi gravada, cujo instrumento roteiro de coleta (**APÊNDICE B**) foi composto por questões abertas e fechadas relacionadas aos aspectos sócio demográficos e assistenciais maternos (Idade, Estado civil, Escolaridade, Profissão/Ocupação, Renda familiar, Realizou pré-natal, Número de consultas e Tipo de parto) características da criança (Sexo, Peso ao nascer, Idade gestacional, APGAR e Idade da criança) e aqueles relacionados à amamentação. Sobre a variável amamentação foram questionados aspectos sobre os benefícios do aleitamento materno para a saúde materno-infantil, profissionais envolvidos nas orientações, frequência, período e estratégias utilizadas pelos mesmos para promover informações sobre a amamentação e classificação do tipo de aleitamento materno.

Para a classificação do tipo de aleitamento materno e obtenção de indicadores sobre práticas de alimentação infantil, foi utilizada a técnica do Recordatório do Consumo Alimentar de 24 horas proposto por Mahan e Stump (2005), o qual visa registrar a partir do relato materno os alimentos e bebidas ingeridos, pela criança, nas últimas 24 horas.

A classificação do tipo de aleitamento materno foi estabelecida a partir de uma adaptação da terminologia dos indicadores propostos pela Organização Mundial da Saúde (2007) os quais seguem:

- **Aleitamento materno exclusivo** – Quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

- **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

- **Sem Aleitamento materno** - quando a criança não recebe o leite materno sob qualquer aspecto, ou seja, direto da mama, ordenhado ou leite humano de outra fonte.

Para registro da entrevista foi utilizado um aparelho de MP3 player, o qual garantiu maior fidelidade e veracidade das informações coletadas. Após essa etapa, o material foi transcrito na íntegra, sendo posteriormente analisada a luz da literatura pertinente.

4.4 Análise dos dados

Para a elaboração do banco de dados e análise quantitativa foi utilizado o programa *Excel 2007* cujos resultados serão apresentados descritivamente sob a forma de tabela onde utilizou-se o programa *EpiInfo* versão 3.5.3 cujo teste utilizado foi *Qui-Square* (χ^2) com nível de significância de 5%. Calculou-se, ainda, a *Odds ratio*.

Em relação à análise qualitativa dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, na modalidade temática, sob a ótica de Minayo, o qual explicita etapas distintas: a) *Entrevista transcrita na íntegra e realização de leitura flutuante do material, com vistas à apreensão do todo*; b) *Determinação das unidades de análise, registro ou unidades de significados ou temas*. Segundo Oliveira (2008, p. 572), “as unidades de registro podem ser: palavras, frases, parágrafos, temas objeto, personagem, acontecimento e documento”. Nesta etapa busca-se identificar pontos convergentes nos questionamentos e agrupamentos de ideias semelhantes; c) *Processo de categorização e sub-categorização*, caracterizada como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de proximidade, e que podem exprimir significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo; e d) *Análise propriamente dita do material empírico produzido*. Nesta etapa após a análise, possibilita-se a titulação da Unidade temática central ou núcleo de sentido, permitindo ao pesquisador propor inferências e interpretações relativas aos objetivos do estudo e descobertas advindas desta análise.

4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

A coleta de dados foi formalizada e iniciada após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) (ANEXO B), a qual só foi iniciada após autorização do mesmo, conforme exigências estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a prática de pesquisa com seres humanos.

O procedimento fez-se em dois momentos: o primeiro consistiu de um contato prévio e individualizado com cada mãe, onde foram explanados os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação e a apresentação de todos os itens contemplados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual foi assinado pela mãe e pesquisadores responsáveis, sendo inclusive referida a livre opção em aceitar ou não participar da pesquisa sem qualquer prejuízo pessoal, podendo inclusive a participante retirar-se antes, durante ou depois da finalização da coleta de dados. Salientamos ainda que a participante foi entregue uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinada pelos pesquisadores envolvidos na referida pesquisa.

Nós, pesquisadores, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares (**APÊNDICE C**), assinando também um termo de compromisso, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (**APÊNDICE D**).

Ademais foram levados em consideração os deveres e responsabilidades existentes no capítulo III da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa, contemplados nos artigos 89, 90, 91, 92 e 93 (COFEN, 2007).

5 Resultados e Discussão

Participaram deste estudo 50 mães com idade variando entre 17 e 37 anos (Média de \pm 25,4). A maioria era casada, renda inferior a um salário mínimo, com formação escolar no ensino médio e não desempenhavam atividade laboral fora do domicílio. Sobre as variáveis gestacionais e obstétricas constatou-se que a maioria era multípara, frequentaram regularmente o pré-natal e cujos filhos nasceram com idade gestacional de 39 semanas por parto cesariano (**Tabela 1**).

Sobre o padrão alimentar das crianças pesquisadas constatou-se que 38,0% (19) encontravam-se em amamentação exclusiva, 10,0% (5) estavam em aleitamento predominante, 8,0% (4) e 4,0% (2) em complementado e misto, respectivamente. Cerca de 40,0% (20) delas encontravam-se totalmente desmamadas. A seguir encontram explicitados os resultados obtidos a partir da análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e amamentação exclusiva, objeto de estudo da presente pesquisa.

Tabela 1: Distribuição das mães, segundo as características sócio-demográficas, gestacionais e obstétricas e sua relação com a prática da amamentação.

Variáveis	N 19	Amamentação Exclusiva				Odds ratio (Intervalo de Confiança de 95%)	χ^2 p
		Sim		Não			
		n	%	n	%		
Idade materna							
≤ 20 anos	4	1	5,3	3	15,8	0,05 (0,00 – 1,11)	6,19
>20 anos	15	13	68,4	2	10,5		0,01*
Estado civil							
Solteira	3	1	5,3	2	10,5	0,07 (0,00 - 1,85)	4,46
Casada	16	14	73,7	2	10,5		0,03*
Escolaridade							
Ensino básico	15	9	47,4	6	31,6	1,50 (0,10 - 22,10)	0,13
Ensino superior	4	2	10,5	2	10,5		0,71
Exerce Atividade laboral							
Sim	4	2	10,5	2	10,5	1,14 (0,08 - 16,44)	0,01
Não	15	7	36,8	8	42,2		0,90
Renda familiar							
Até três salários mínimos	3	2	10,5	1	5,3	14,00 (0,54 – 753, 40)	4,46
Inferior a um salário mínimo	16	2	10,5	14	73,7		0,03*
Paridade							
Primípara	10	3	15,8	7	36,8	0,11 (0,01 – 1,16)	5,05
Multípara	9	8	42,2	2	10,5		0,02*
Realizou pré-natal regular							
Sim	15	13	68,4	2	10,5	19,50 (0,90 – 945,30)	6,19
Não	4	1	5,3	3	15,8		0,01*
Tipo de parto							
Vaginal	7	5	26,4	2	10,5	7,50 (0,66 – 115,48)	3,91
Cesariano	12	3	15,8	9	47,3		0,04*

Nota: p<0,05.

Fonte: Cuité, 2013.

Sobre os possíveis determinantes para a interrupção do aleitamento materno exclusivo, percebe-se na literatura um caráter multifatorial, estando os aspectos sociodemográficos envolvidos como um dos principais influenciadores para a ocorrência do desmame precoce entre as mães. A exemplo do estudo de Martins e Giugliani (2012), os resultados constataram relação significativa entre as variáveis idade materna e estado civil ($p \leq 0,05$).

No que concerne à variável idade, ser mãe jovem, especialmente na adolescência, tem sido apontado como um dos fatores de risco para a interrupção do aleitamento materno exclusivo, como pôde ser constatado no presente estudo. De acordo com Sanches *et al.*, (2011) as mulheres mais novas apresentam uma tendência maior de amamentarem seus filhos por um período menor de tempo quando comparado as adultas. Isso é justificável, possivelmente, devido à imaturidade frente à vivência materna. Quando remete-se à mães adolescentes, esse comportamento, por ser ainda mais evidente, visto que trata-se de um período de muitos conflitos emocionais, no qual muitas delas encontram-se inseguras, não conseguindo desempenhar na íntegra o papel de mãe, inclusive o da amamentação.

Sobre o estado civil, verificou-se que as mulheres com relação conjugal estável, como explicita o estudo de Oliveira *et al.*, (2010), apresentam uma tendência de amamentarem exclusivamente por um período mais prolongado. De acordo com Martins e Giugliani (2012), a figura do companheiro é uma das mais influenciáveis para o aleitamento materno, seja de maneira positiva ou não. É possível que, a partir da coabitação marital haja estímulo para a prática da amamentação. Entretanto, também é possível que haja uma maior demanda para a mulher se o mesmo não colabora nas atividades domésticas, o que possivelmente compromete a manutenção da amamentação exclusiva, visto que a mulher se vê dividida entre as demandas do lar, do companheiro e da criança.

No presente estudo, a estabilidade conjugal constitui um fator protetor para a duração do aleitamento materno exclusivo. Possivelmente a presença do pai foi positiva para a mulher no sentido de estimulá-la para a amamentação. Neste ínterim, é importante investir em estratégias que viabilizem maior conhecimento paterno sobre os benefícios da amamentação exclusiva para a saúde materno-infantil a fim de que o mesmo possa ser colaborador para o seguimento desta prática.

Em relação às variáveis escolaridade e o exercício de atividade laboral, apesar dos resultados obtidos não confirmarem a hipótese de que o nível de instrução e o trabalho remunerado contribuem para o desmame ($p > 0,05$), França, Brunken e Silva (2007) e Damião (2008) confirmaram essa relação, enfatizando que a prevalência da amamentação exclusiva é

maior entre as mães que apresentavam maior escolaridade e que exercem trabalho remunerado com direito a licença maternidade.

A valorização do aleitamento pelas mulheres mais instruídas é possivelmente justificável devido a um maior acesso as informações, deixando-as mais conhecedoras das vantagens da amamentação para a saúde materna e infantil e, portanto estimulando-as a prosseguir nesta prática. A permanência materna no domicílio do mesmo modo pode viabilizar a amamentação exclusiva por um período maior de tempo possivelmente devido à nutriz dedicar-se ao filho, podendo permanecer próximo a ele e com isso suprir suas necessidades nutricionais e afetivas. Considerando esta hipótese, sugere-se a ampliação da licença-maternidade de 120 para 180 dias para as mulheres que exercem qualquer tipo de trabalho remunerado.

Em relação às condições socioeconômicas da família corroborando o estudo de Mascarenhas, Albernaz e Silva, (2006) também percebeu-se uma relação positiva entre a referida variável e a amamentação exclusiva, ou seja, mães de crianças que apresentaram a renda familiar entre um e três salários mínimos apresentam risco aumentado de desmame.

Quanto à paridade, tipo de parto e realização de consultas pré-natais, constatou-se assim como no estudo realizado por Oliveira *et al.*, (2010), uma relação estatística positiva ($p \leq 0,05$) entre a amamentação e as referidas variáveis. De acordo com Almeida *et al.*, (2010) as primíparas são mais propensas a iniciarem o aleitamento materno, todavia, tendem a desmamarem seus filhos precocemente realizando condutas alimentares inadequadas frente ao lactente devido a inexperiência, insegurança e por estarem suscetíveis a influências familiares negativas.

Quanto as consultas de Pré-Natal, Sanches *et al.*, (2011), corroboram os resultados obtido no presente estudo, enfocando que as mulheres submetidas as consultas pré-natais regulares e com o quantitativo preconizado pelo Ministério da Saúde apresentam uma probabilidade maior de prolongarem o aleitamento materno exclusivo.

Pressupõe-se que o acompanhamento Pré-Natal enaltece a aproximação com a gestante, viabilizando a realização de estratégias educativas em saúde estando à promoção e o apoio à amamentação incluídas nas temáticas propostas. Entretanto, ressaltamos ser necessário que o profissional de saúde, sobretudo o enfermeiro esteja realmente inserido no cotidiano assistencial da gestante e cujas ações estejam planejadas e executadas no sentido de viabilizar a amamentação considerando as limitações de cada uma delas.

Sobre a variável tipo de parto estudo Oliveira *et al.*, (2010) evidenciam o parto vaginal como um facilitador da amamentação exclusiva, devido à precocidade do contato estabelecido

entre o binômio mãe e filho, em relação ao parto cirúrgico, pois, neste último caso, o primeiro contato geralmente não ocorre nas primeiras seis horas do pós-parto. Entretanto, ressaltamos a importância da realização de novos estudos sobre a influência do tipo de parto na interrupção da amamentação para que haja uma melhor discussão a respeito da temática.

A partir da análise subjetiva dos dados com vistas a verificar, sob a ótica materna, os benefícios da amamentação para a saúde do binômio mãe/filho e os fatores de risco que influenciaram para interrupção da amamentação exclusiva foi possível delinear dois núcleos de sentido, intitulados: **“Benefícios do aleitamento materno para a saúde materno-infantil”** e **“Desvelando os fatores de risco para o desmame precoce”**, os quais encontram-se em discussão a seguir:

NÚCLEO DE SENTIDO I: BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Os discursos maternos permitiram o reconhecimento dos benefícios da amamentação para a saúde da díade mãe e filho, os quais foram agrupados em significados comuns e ordenados por similaridade semântica a fim de possibilitar a elaboração de três categorias temáticas intituladas: **“O fortalecimento do vínculo afetivo através da amamentação: um benefício para a criança”**; **Conjecturas maternas sobre os benefícios somáticos da amamentação: uma ênfase para a imunização, o crescimento e o desenvolvimento motor da criança** e **“Percepção materna a cerca dos benefícios da amamentação para a saúde da mulher”**.

Categoria I: O fortalecimento do vínculo afetivo através da amamentação: um benefício para a criança

O aleitamento materno constitui-se como uma importante etapa do processo reprodutivo feminino e cuja prática propicia importantes benefícios para a saúde materno-infantil (TAKUSHI *et al.*, 2008). Um dos elementos bem pontuados pelas mulheres quanto às vantagens da amamentação remete-se ao aspecto emocional instituído entre o binômio mãe-filho, visto que, durante este ato, é possível o estabelecimento de cumplicidade, aconchego e envolvimento entre ambos.

Segundo os discursos maternos é através da troca de olhares e da interação sensorial tátil estabelecida na amamentação que é possível a consolidação de sentimentos e vínculos afetivos entre a mãe e a criança.

[...] Quando estou amamentando eu sinto que ela gosta. É um aconchego bom. Eu sinto que ela gosta e se sente segura comigo (Mãe 10).

O benefício é um vínculo, né?! O vínculo que se forma entre mãe e filho. Isso é muito bom para a criança. Ela sente que tem alguém por ela (Mãe 35).

É tão bom sentir a pele dela enquanto amamento. É como se fossemos uma só. É um amor sem tamanho. Eu me sinto cada vez mais esse amor aumentar. Se pudesse não deixava nunca de amamentar. É como se ele sentisse que está segura nos meus braços (Mãe 04).

Amamentar é bom. É um momento nosso. Eu gosto porque sinto que ele se sente bem. Ele fica muito calmo. Ele olha muito para mim quando está mamando e isso também me faz muito bem. O olharzinho dele é tudo. Eu sinto que ele gosta de ficar pertinho de mim (Mãe 13).

[...] Eu não tenho nem como explicar como é bom esse momento (Amamentar) com ele (Filho). É um momento que procuro esquecer o cansaço e procuro apenas passar o meu amor por ele e sentir o amor dele por mim [...] a cada mamada eu sinto que estamos mais próximos, assim mais unidos. Eu sei que esse contato é muito bom para ele (Mãe 30).

Segundo Locatelli e Costa (2008), o aleitamento materno ao seio consiste numa das mais importantes expressões de cuidado materno e é através dele que a mulher busca, por meio de atos como o tocar, o olhar, o beijar e o acariciar, demonstrar o afeto para com a criança, estabelecendo desta forma um importante marco para a formação de vínculos afetivos entre ambos.

É através da amamentação que a criança vivencia estímulos diversos e a interação estabelecida a cada mamada propicia-lhe a consolidação de sentimentos de segurança, proteção e bem estar, os quais são fundamentais para um desenvolvimento infantil saudável (CUNHA; SANTOS; GOLÇALVES, 2012).

A proximidade entre os corpos permite a criança perceber os batimentos cardíacos, a temperatura e a respiração materna. Estabelece-se um bem estar físico, quando o lactente sente-se seguro e aconchegado no seio materno. Além da sensação de proteção, o contato com a pele exerce também um impacto positivo no desenvolvimento emocional da criança, tornando-a mais calma e tranquila. Forma-se um verdadeiro elo de afetividade, o qual é imprescindível para o desenvolvimento mental e psíquico do lactente.

Sem dúvidas, quando bem estabelecida, a amamentação constitui-se como um importante meio facilitador para a criança se relacionar com outros objetos de afeto. Possibilita o desenvolvimento psicológico a partir de interações estabelecidas entre a díade, favorecendo uma relação recíproca e harmoniosa.

A amamentação é uma forma importante de consolidação do vínculo afetivo, visto que, este deve ser considerado um processo que se estabelece de maneira gradativa iniciando-se desde a concepção e passando pelo parto. Para Azevedo *et al.*, (2010), as vantagens do aleitamento materno vão além do aspecto biológico e abrangem também a esfera psicológica-afetivo, benefício esse proporcionado pelo fortalecimento do vínculo entre a mãe e o filho.

Categoria II: Conjecturas maternas sobre os benefícios somáticos da amamentação: uma ênfase para a imunização, o crescimento e o desenvolvimento motor da criança.

O leite materno é considerado, a partir de respaldo científico, o melhor e mais completo alimento para a criança, especialmente nos primeiros meses de vida. Diversas são as vantagens da amamentação para a saúde do lactente dentre as quais estão envolvidos a proteção contra infecções, alergias, além do provimento da maturação do sistema digestório e neurológico (MACIEL; VERÍSSIMO, 2010).

De acordo com os discursos maternos puderam-se constatar conhecimentos genéricos sobre a importância do leite humano para a saúde da criança. Entretanto, obtiveram destaque os efeitos benéficos relacionados à proteção imune e estimulação do crescimento e desenvolvimento do lactente. Segundo as entrevistadas, as crianças em aleitamento materno exclusivo apresentam chances menores de adoecimento e tornam-se mais ativas, espertas e astutas.

O leite do peito protege ele contra doenças. Ele é muito saudável graças ao meu leite. Ele ainda não adoeceu. Eu ouvi falar que o leite é como uma vacina para a criança (Mãe 10).

O aleitamento materno é bom porque a criança se desenvolve mais rápido, previne infecções, né?! As crianças que amamentam são mais saudáveis e não adoecem com facilidade. (Mãe 12).

[...] Amamentar evita doenças. Deixa a criança imunizada de muitas outras doenças. (Mãe 03).

Eu acho que o leite materno é bom para a criança na seguinte forma: protege contra doenças, principalmente as do pulmão e do intestino. E tem mais, a criança que mama ela é mais esperta, mais ativa. Tiro por esse meu filho. Ele é muito esperto (Mãe 09).

Eu sei que o leite é muito bom para o crescimento da criança. Ela se desenvolve melhor. Melhora a coordenação da criança também (Mãe 22).

Dar de mamar é bom porque deixa a criança mais protegida contra doenças. Ela adocece menos. A minha mesmo não teve nenhuma doença ainda e está crescendo bem (Mãe 27).

De acordo com Oliveira filho *et al.*, (2008), o primeiro ano de vida constitui-se como uma fase de extrema vulnerabilidade infantil devido a imaturidade do organismo, especialmente no que concerne aos sistemas imune e neurológico. A suscetibilidade a doenças pode tornar-se frequente caso a criança não tenha suas exigências biológicas atendidas, a exemplo de uma nutrição adequada.

Neste ínterim, compreende-se que o leite materno é considerado o alimento ideal, especialmente nos primeiros seis meses de vida, visto que os componentes bioativos, enzimáticos, hormonais, imunológicos e os fatores de crescimento propiciam importante proteção contra doenças e infecções de origem diversas, sejam elas agudas e crônicas (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008).

Quanto ao desenvolvimento motor, Nobre *et al.*, (2010) mencionam que este depende de uma boa maturação neurológica, sendo o leite materno o alimento “padrão ouro” para o desenvolvimento cerebral devido aos seus constituintes diretos. Sobre estes últimos, percebe-se um destaque para os ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa, os quais são fundamentais para o desenvolvimento cortical e formação de sinapses. É sabido que crianças que fazem uso da amamentação exclusiva desenvolvem a motricidade de maneira mais rápida e eficaz quando comparadas aquelas que são alimentadas apenas por fórmulas infantis.

Além destes aspectos, a prática da amamentação também propicia outras vantagens que remetem-se ao padrão adequado de respiração nasal, postura correta da língua, desenvolvimento motor adequado da musculatura oral, proteção contra mordedura cruzada na dentição decídua e prevenção de disfunções futuras na articulação temporomandibular (OLIVEIRA FILHO *et al.*, 2008).

Entretanto, apesar das vantagens apresentadas sobre o aleitamento materno exclusivo, muitas mulheres não amamentam seus filhos cuja decisão é motivada por fatores diversos, a exemplo de questões sociais, culturais e pessoais. Muitas delas desmamam precocemente por desconhecer as vantagens que este alimento propicia para a saúde da criança, suprimindo-a dos benefícios já mencionados anteriormente.

Assim como no estudo de Torquato e Lima (2008) esse fato pôde ser constatado na presente pesquisa, onde um percentual considerável (20,0%) das participantes não demonstraram conhecimento a cerca de questões importantes referentes aos benefícios desta prática para a saúde da criança, externando que, muitas vezes, o aleitamento é realizado apenas por conveniência e por fatores familiares condicionantes como percebido nas falas a seguir:

Ah!, sei lá [risos]. Conheço não. Nunca me explicaram essas coisas (Mãe 34).

Não sei explicar não. Não conheço. São muitos?(Mãe 01).

Eu não vejo vantagens porque ele adoeceu do mesmo jeito [...] eu dava porque minha mãe disse que eu amamentei quando era pequena e que eu adoecia pouco. Mas tanto faz (Mãe 44).

A coisa boa de amamentar é porque é prático. Mas eu mesmo prefiro o leite comum. Ele sacia mais rápido (Mãe 48).

É prático né? Basta tirar do sutiã e pronto [risos]. Eu dou por isso mesmo. Só por isso (Mãe 30).

Categoria III: Percepção materna a cerca dos benefícios da amamentação para a saúde da mulher

As vantagens da amamentação para a saúde materna apesar de reconhecidas, ainda precisam ser melhor divulgadas, especialmente entre as mulheres. A partir dos relatos das entrevistadas constatou-se que o conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno predominou sob a ótica da criança, sendo negados e desconhecidos os benefícios maternos pela maioria delas. Além disso, quando mencionados estiveram restritos apenas a rápida involução uterina, prevenção do câncer de colo e de mama como mostram os discursos a seguir:

Eu acho que amamentar não beneficia a mulher em nada, só pra ele mesmo [filho] (Mãe 43).

Pra mim não vejo nenhum benefício, sei lá!. Eu acho que não, nunca ouvi falar que amamentar faz bem a mulher. (Mãe 16).

Para mim só faz bem a criança. Para a mulher não vejo benefício não (Mãe 11).

O benefício para a mulher que eu sei é que diminui a chance de você ter câncer de mama. (Mãe 06).

Eu já ouvi dizer que a mulher que amamenta o útero volta para o que era antes mais rápido e que previne também o câncer de mama, né?” (Mãe 24).

Acho que perde peso mais rápido. O útero se recupera melhor e mais rápido (Mãe 09).

Ajuda a evitar o câncer de mama e do colo do útero (Mãe 31).

Eu ouvi dizer que quem amamenta previne o câncer de colo de útero. O de mama também. É isso. Que eu saiba é só isso mesmo. Essas coisas” (Mãe 30).

Os benefícios da amamentação para a saúde da criança são amplamente divulgados na literatura e nos programas de incentivo ao aleitamento materno. Entretanto, em relação às vantagens materna como mencionado ainda há uma necessidade desta temática ser melhor contemplada. Certamente, o conhecimento materno a cerca dos benefícios da amamentação para a saúde da criança agora atrelados aos da mulher constituir-se-á uma motivação a mais para que ela possa dar continuidade a esta prática, principalmente no que concerne ao aleitamento exclusivo.

Sobre a relação da amamentação prolongada e a proteção do câncer de mama Toma e Rea (2008) evidenciam uma série de estudos que retratam um risco menor de ocorrência deste tipo de câncer comparado àquelas mulheres que amamentam ao seio de maneira prolongada.

Outra vantagem da amamentação para a mulher, devidamente comprovado no estudo de Kac *et al.*, (2004), a qual foi também pontuada pelas entrevistadas, remete-se ao retorno mais rápido ao peso pré-gestacional. A justificativa para essa hipótese baseia-se na liberação de ocitocina durante a sucção da criança ao amamentar, estimulando a contração e a involução uterina. Esses efeitos também repercutem de maneira positiva para a prevenção contra as hemorragias no pós-parto.

De acordo com a literatura, a lactação, além de apresentar efeitos positivos para a saúde da mulher sob os aspectos referenciados anteriormente, também desempenha um papel importante no processo de contracepção, aumentando o espaçamento entre as gestações. Para Vieira, Brito e Yazlle (2008), a duração da amenorréia e do período ovulatório no pós-parto está diretamente relacionada com a frequência e a duração da amamentação exclusiva. Esta hipótese pôde se comprovado no estudo por Dada *et al.*, (2002), os quais constataram que a suplementação infantil no primeiro semestre de vida, sejam alimentos por sólidos ou não,

reduziu o período de amenorréia lactacional e, conseqüentemente, o seu poder de contracepção no puerpério.

Demais estudos, a exemplo de Okamura *et al.*, (2006) e Rea, (2004), também evidenciaram a amamentação como importante prática para a proteção contra o câncer de endométrio e a ocorrência de osteoporose, respectivamente, o que não foi pontuado pelas entrevistadas.

Nesta perspectiva, percebe-se a necessidade de uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde e os serviços envolvidos nas orientações quanto aos benefícios do aleitamento materno na ótica da saúde materna e não apenas da criança, visto que, percebeu-se um desconhecimento entre as mulheres sobre as vantagens pessoais em amamentar seus filhos.

NÚCLEO DE SENTIDO II: DESVELANDO OS FATORES DE RISCO PARA O DESMAME PRECOCE

As falas maternas possibilitaram a compreensão dos conflitos vivenciados pelas mulheres durante o período de amamentação, evidenciando os fatores que determinaram o desmame precoce. Os discursos foram agrupados em significados comuns e ordenados por similaridade semântica a fim de possibilitar a elaboração de três categorias temáticas intituladas: **“A vivência materna do desmame precoce: mitos e crenças no contexto do aleitamento materno”**; **As intercorrências mamárias e o desmame precoce: desvelando vivências maternas** e **O profissional de saúde: um amigo ou inimigo da amamentação?**

Categoria I: A vivência materna do desmame precoce: mitos e crenças no contexto do aleitamento materno.

A amamentação exclusiva é considerada uma prática fundamental para promoção, proteção e apoio à saúde da criança, sendo recomendada, pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde, durante os primeiros seis meses de vida. Segundo Martins e Giugliani (2012), os benefícios estão relacionados a aspectos diversos, especialmente no que concerne as propriedades nutricionais e imunológicas protegendo o lactente contra doenças, fortalecendo vínculos afetivos e viabilizando o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança.

Entretanto, apesar das vantagens já estabelecidas pôde-se perceber, segundo os discursos maternos, que a ideologia do leite fraco ainda é uma concepção bastante comum entre elas, influenciando de maneira negativa a manutenção do aleitamento materno exclusivo. A aparência do leite é para as mães, especialmente do colostro, um fator importante para que o considere inferior aos demais.

A conjectura de que o leite materno não atende as demandas das crianças foi bastante exposto nos discursos, sendo considerada uma das justificativas que levaram as mulheres a interromper a prática do aleitamento materno exclusivo.

Meu leite não sustentava ela [...]era muito fraco[...]eu não conseguia amamentar[...]não sustentava ela de jeito nenhum (Mãe 03).

Meu leite era mesmo que água...era muito ralo...tinha uma cor estranha [...] parecia que não era forte...eu não achava ele forte (Mãe 34).

Para mim não tinha sustância para ele [...] eu até queria continuar [...] mas ele chorava muito. Não saciava ele [...] era um leite fraco (Mãe 39).

O leite era muito ralo...fraco demais. Eu não via um leite forte e grosso [...] era muito ralinho (Mãe 48).

De acordo com Polido *et al.*, (2011), o aleitamento materno é uma prática fortemente influenciada pelo contexto histórico, social e cultural. A concepção de “leite insuficiente” e “fraco” constitui-se como uma das construções socioculturais mais utilizadas entre as mulheres para justificar o abandono da amamentação, mesmo não apresentando fundamentação biológica.

Outros aspectos que levaram as mães a introduzir alimentos sólidos e líquidos, como água e chás, deu-se devido ao receio de desidratação da criança e pelo sentimento de insegurança quanto à capacidade de produção de leite materno no volume adequado para a criança. Sobre este último aspecto, percebeu-se que, uma das justificativas apontadas, nos discursos maternos, para a produção insuficiente de leite remeteu-se a condição do estado emocional das mesmas durante a lactação. De acordo com mães, sentimentos de ansiedade e o estresse foram condições decisivas para reduzir a produção do leite e conseqüentemente interromper a amamentação exclusiva.

O leite não saia de jeito nenhum [...] era muito pouco. Eu não produzia muito leite. Não conseguia saciar ele (Mãe 15).

Quando eu me estressava parecia que secava tudo [...] saia bem pouquinho. Ai! me aperreava demais [...] quando não, me vi com uma mamadeira na mão para dar para ela (Mãe 19).

O leite era pouco para a fome dele. Eu bem que tentava, mas saia muito pouco. Ficava nervosa, ansiosa e estressada demais quando amamentava. Resolvi dar leite do outro mesmo (Mãe 21).

Eu resolvi dar água, pois ela sentia sede. Todo mundo sente sede e eu ficava meio insegura de dar só o leite. Para mim ele não matava a sede dela (Mãe 32).

Só o leite não matava a sede [...]ela gostava de água. Às vezes eu também dava um chazinho gelado para refrescar e matar a sede dela (Mãe 37).

Revela-se, a partir dos discursos maternos, o desconhecimento sobre o processo fisiológico da lactação, o qual é dependente da sucção da criança. Somado a esta questão também configurou-se a desinformação relacionada a necessidade de introdução de outros líquidos a fim de saciar a sede da criança, visto que o leite materno contém todos os constituintes que a criança necessita. Sabe-se que o processo da lactação é complexo e depende de fatores neuroendócrinos. Entretanto é necessário ressaltar que estudos, a exemplo de Araújo *et al.*, (2008) evidenciam a influência de estímulos condicionantes que podem interferir na apojadura do leite materno. Sentimentos negativos como o medo, a ansiedade e o estresse podem interferir negativamente na liberação de ocitocina.

Contrariamente, a presença de um ambiente tranquilo associado a sentimentos maternos positivos como os de segurança e motivação podem contribuir de maneira satisfatória para o sucesso do aleitamento materno.

Entretanto a influência familiar pode dificultar a amamentação, especialmente entre as primíparas, pois as inseguranças maternas nos primeiros momentos desta prática tornam-as suscetíveis à aceitabilidade de opiniões errôneas e prejudiciais. Assim como no estudo realizado por Susin, Giugliani e Kummer (2005) constatou-se que a interferência dos familiares ocorreu de maneira desfavorável à prática do aleitamento materno, visto que as nutrizes foram estimuladas a introduzirem outros alimentos na dieta do recém-nascido, reduzindo o tempo de amamentação exclusiva.

Eu até queria só dá o leite do peito, mas minha mãe achou o meu muito fraco. Ela achou melhor eu introduzir outro leite (Mãe 24).

[...] Minha mãe disse que criou os filhos tudo com leite de vaca e que eu deveria dar para ele também. Por isso eu concordei (Mãe 33).

Minha sogra achou que o leite não sustentava ela. Toda vez ela dizia que o meu leite era ralo e que ela não ia se acalmar. Ela chorava muito (Mãe 41).

Araújo et al., (2008) e Teixeira, Nitschke e Silva (2011) destacam a figura das avós materna e paterna como influenciadoras diretas tanto na duração quanto na exclusividade da amamentação. Para Teixeira *et al.*, (2006), a participação das mesmas é fundamental, pois opostamente a orientações negativas, elas também podem colaborar com as filhas e noras fazendo com que se sintam mais seguras e confiantes ao aleitarem, uma vez que receberão cuidados, apoio e incentivo, adquirindo deste modo, experiências mais positivas que serão transmitidas futuramente pelas lactentes.

Segundo Hernandez e Köhler (2011), o aleitamento materno é um processo altamente influenciado pela cultura, justificando a importância da inclusão das avós em programas de incentivo ao aleitamento materno a fim de que possam expor suas crenças e também receber informações e consolidar novos aprendizados.

Neste ínterim, propomos o compartilhamento entre a cultura dos cuidados popular e profissional em favor da prática da amamentação. Compreender o comportamento da família frente à prática do aleitamento materno é essencial para que estratégias em saúde possam ser implementadas no contexto familiar a fim de viabilizar condutas positivas relacionadas à amamentação

Categoria II: As intercorrências mamárias e o desmame precoce: desvelando vivências maternas

Nesta categoria vislumbrou-se a influência dos fatores biológicos da mama, exemplificados pelas fissuras mamilares e o ingurgitamento mamário como importantes condicionantes para a interrupção do aleitamento materno entre as participantes.

As mães apontaram dificuldades no manejo da amamentação e relataram que o ingurgitamento e os traumas mamilares consistem em lesões dolorosas, responsáveis por sentimentos de ansiedade, frustração e sensação de fracasso no exercício da maternidade, visto que muitas delas não obtiveram sucesso nas medidas de enfrentamento sendo obrigadas a introduzir outros alimentos mesmo sendo a favor da amamentação exclusiva.

Referências à dor ao ato de amamentar foi frequente nos depoimentos maternos, levando a acreditar que problemas na pega e posição do binômio mãe-filho poderiam justificar a ocorrência do desconforto. As falas a seguir expressam ainda os sentimentos de frustração relatados pelas mães quando remetem-se ao ato de amamentar:

Eu tive que dar outras coisas porque meu bico do peito feriu [...] doía muito, mas muito mesmo. Eu tentei mesmo ferido, mas era impossível [...] a dor era tanta que cada vez que eu dava o peito eu gritava de dor [...] eu não aguentei [...] dei outras coisas (Mãe 18).

Eu fiquei muito triste [...] não pensei que amamentar doía tanto. No início rachou todo o bico do peito. Eu gritava de dor. Ao mesmo tempo que eu queria amamentar eu queria dar outras coisas, porque não aguentava sabe. Teve uma vez que chorei porque queria amamentar e não conseguia. Por mim, dava só o peito, mas não teve jeito. Fiquei meio triste, mas fazer o quê? (Mãe 29).

Eu já chorei muito porque via ela chorar e porque não conseguia dar o peito. Tava muito doído. Tentava, tentava e nada. Não deu outra, tive que dar leite de lata para ela. Eu não queria. Foi triste para mim (Mãe 35).

Meus seios pedraram [...] não saía nada [...] quanto mais ele sugava mais ele chorava porque nada saía [...] feriu o bico [...] foi muito difícil [...] não pensava que fosse tão difícil assim (Mãe 37).

A associação positiva entre a ocorrência de ingurgitamento mamário, a fissura mamilar e a interrupção da amamentação exclusiva tem sido pontuadas em outras pesquisas, especialmente nos primeiros meses de amamentação, período em que a lactação está se estabelecendo (VIEIRA *et al.*, 2010). Para Takushi *et al.*, (2008), condições maternas relacionadas à anatomia mamária também podem predispor a ocorrências destas lesões e dificultar ainda mais o estabelecimento da amamentação.

Coca *et al.*, (2009) ressaltam ainda que a proporção de lesões mamilares é maior em primigestas e mulheres submetidas a partos cirúrgicos. Isso é justificável, respectivamente, devido à inexperiência das mulheres na técnica de amamentar e em virtude da ação de anestésicos e a dor intensa no pós-parto, os quais podem interferir no posicionamento adequado da criança ao ser amamentada.

Entretanto, percebeu-se nas falas que, apesar do desconforto causado pelo trauma mamilar às mães expressaram desejo em enfrentar este processo para continuar a amamentar seus bebês exclusivamente. Algumas consideraram a experiência dolorosa, tornando a amamentação um momento de ansiedade.

Da mesma forma dos traumas mamilares, o ingurgitamento mamário pode ser considerado um importante fator de risco para a interrupção da amamentação exclusiva. Segundo o estudo dos autores 47,5% das puérperas que desmamaram seus filhos haviam evoluído para ao ingurgitamento mamário entre o 13 e 15º dia do parto (COCA *et al.*, 2009).

A realização de orientações preventivas e de manejo prático no período gravídico-puerperal é de fundamental importância para a proteção da amamentação, visto que viabilizam a troca de saberes entre as mulheres e os profissionais de saúde envolvidos. Entretanto, muitas vezes, as estratégias de saúde são apenas realizadas quando as dificuldades dessa prática já se instalaram o que torna mais iminente o desmame precoce. Da mesma forma, a falta de informação durante a gestação predispõe as puérperas a realizem cuidados contraindicados e sem embasamento científico.

Categoria III: O profissional de saúde: um amigo ou inimigo da amamentação?

Considerando que a interrupção do aleitamento materno exclusivo é atualmente um problema de saúde pública, torna-se indispensável que estratégias de educação em saúde direcionadas a amamentação, nos diferentes níveis de atendimento, sejam mais bem planejadas a fim de prover a minimização dos índices elevados de desmame precoce e morbimortalidade infantil.

Apesar de evidenciarmos que a maioria das mulheres (80,0%) referiu ter recebido informações acerca da amamentação pelos profissionais de enfermagem (45,0%), médicos (33,0%), nutricionistas (11,0%), assistente social (6,0%) e fisioterapeuta (5,0%) constatou-se uma lacuna em relação ao apoio dos profissionais de saúde em relação à amamentação frente às dificuldades por elas experienciadas. A falta de orientação quanto às formas de realização de ordenha e armazenamento do leite materno, informações relacionadas às complicações mamárias e condutas a serem desenvolvidas frente a este tipo de intercorrências, posicionamento correto da criança para amamentar além de outras questões relacionadas ao manejo prático da amamentação foram bastante pontuadas nos discursos maternos como dificuldades experienciadas.

Além disso, outra alegação relacionou-se a grande demanda de consultas pré e pós-natais em serviços de Atenção Básica, as quais resultam em menor possibilidade de troca de informações entre o profissional e a mulher, impedindo-a que exponha seus sentimentos, inseguranças e dúvidas sobre a amamentação.

[...] Eu recebi umas informações sobre a amamentação sim, mas achei que foi pouco e teve coisas que precisava ser melhor falado, por exemplo, uma coisa que senti muita falta foi de como guardar o leite, o local certo, a temperatura certa sabe. São essas coisas (Mãe 33).

Uma vez me orientaram no pré-natal, mas foi uma vez só. Quando ela nasceu fiquei insegura para amamentar ela. Tive medo e queria alguém perto de mim naquele primeiro momento [...] um apoio de uma enfermeira, de um médico, sei lá de alguém. Eu queria era uma orientação melhor. A primeira vez não foi legal não, me senti insegura se tava fazendo certo (Mãe 37).

Nas consultas quase não dá tempo para agente conversar. É muita gente lá fora. Eles atendem rápido e só perguntam se to amamentando. As vezes queria perguntar umas coisas sobre isso, mas não acho espaço para isso. Ai pronto! Acabei dando outra coisa além do leite materno (Mãe 39).

Meu peito feriu logo na primeira semana que comecei a amamentar. Não tive apoio da médica e de ninguém do posto. Eles vieram aqui, mas foi só uma vez. Disseram para eu continuar amamentando, mas foi só isso. Não me deram outra opção. Eu me virei com minha mãe mesmo. Eu não aguentei a dor e por isso que dei outro leite (Mãe 48).

Olha! Eu até recebi umas orientações sobre como amamentar, mas achei que isso poderia ter sido feito mais vezes. Achei que eles (Profissionais de saúde) poderiam ter sido feito isso mais vezes. Acho muito importante, principalmente para as mães de primeira vez como eu. Agente tem muita dívida no início (Mãe 50).

De acordo com Santos, Ferrari e Tonete (2009), os profissionais e serviços de saúde ainda desempenham de maneira insatisfatória o apoio à mãe nutriz no que concerne a amamentação. Muitas vezes, a falta de orientação, interesse e habilidades práticas para ofertar a lactante o manejo adequado constituem-se como empecilhos para a adesão ao aleitamento materno, principalmente o exclusivo.

Amamentar é muito mais complexo do que se imagina, pois estão envolvidos nesta prática aspectos sociais, econômicos e biológicos que precisam ser compreendidos pelos profissionais de saúde. Neste ínterim, cabe-lhes estabelecer uma rede de apoio técnico e emocional a partir do reconhecimento das reais necessidades da mãe e porque não da família, visto que esta reflete importante influência sobre mulher que amamenta.

A participação ativa e o interesse do profissional de saúde em implementar estratégias de promoção e proteção ao aleitamento materno junto a comunidade são aspectos primordiais para prolongar esta prática. O acompanhamento e a realização de atividades de educação em saúde desde o pré-natal perpassando pelos demais serviços de saúde possibilitarão a nutriz um

melhor enfrentamento das dificuldades vivenciadas diariamente. Por isso, é muito importante que o profissional de saúde esteja em contínua capacitação a fim de ajudarem na superação dos fatores que comprometem a amamentação entre as mulheres, justificando com isso a importância das trocas de saberes entre elas e a equipe de saúde (TAKEMOTO *et al.*, 2011).

É necessário que o profissional considere a individualidade materna no processo ensino-aprendizagem e utilize tecnologias singulares que viabilizem uma melhor compreensão sobre os aspectos da amamentação (JOVENTINO *et al.*, 2011). Neste estudo, a tecnologia utilizada pelos profissionais foi a de cunho leve, a exemplo de folhetos e livretos. Entretanto, segundo os autores, ressalta-se que tanto estas quanto as tecnologias duras e leve-duras apenas se tornarão eficazes mediante a presença do profissional facilitando a discussão e fazendo as mães refletirem sobre a adoção de hábitos e condutas saudáveis relacionadas à prática da amamentação.

6 Considerações Finais

O presente estudo possibilitou a oportunidade de identificar o padrão alimentar e os fatores de risco relacionados com o desmame precoce em crianças no primeiro semestre de vida, objetos principais desta pesquisa.

Após a análise dos dados constatamos que o padrão do aleitamento materno das crianças de zero a seis meses de vida atendidas pela Estratégia Saúde da Família da cidade Cuité, PB, encontra inadequada já que a maioria delas estavam totalmente desmamadas ao passo que apenas 38% ainda permaneciam em aleitamento exclusivo, ou seja, preconizado para a faixa etária pesquisada.

Além deste importante achado pôde-se constatar ainda que a prática da amamentação no grupo pesquisado sofre influências de fatores socioeconômicos, a exemplo da idade e estado civil. Desta forma, as mulheres mais jovens e que não apresentam estabilidade marital apresentam uma tendência maior a desmamarem precocemente. Outras variáveis que demonstraram influência sobre a amamentação de maneira negativa envolvem a paridade, ou seja, mulheres primíparas desmamam mais rápido, a submissão a partos cesarianos e um acompanhamento irregular do pré-natal.

Esta pesquisa possibilitou, além da informação a cerca dos fatores protetores e de risco da amamentação, conhecer a percepção materna sobre os benefícios provenientes da amamentação para a saúde do binômio mãe-filho. Foi possível identificar a existência de lacunas de informações em relação às vantagens do leite materno sobre os demais tipos de alimentos para a criança na faixa etária pesquisada. Apesar de muitas mulheres demonstrarem conhecer efeitos positivos como proteção imune a criança e favorecimento do crescimento e desenvolvimento muitas não referiram benefícios importantes a exemplo da melhora do desenvolvimento cognitivo, formação dentária, fortalecimento da musculatura oral, dentre outros. Além disso, a maioria delas remeteu aos benefícios sob a ótica da criança, sendo pontuais os benefícios ocasionados pela amamentação a saúde da mulher. Quando mencionados, estes estiveram mais relacionados à proteção materna contra o câncer de mama, de colo e involução uterina precoce, interpretadas por elas como perda de peso.

Além dos aspectos sociodemográficos identificados como fatores de risco para o desmame também pôde-se observar como fatores determinantes para a interrupção da amamentação a presença de distúrbios mamilares, a exemplo das fissuras mamilares e o ingurgitamento mamário. De acordo com as mulheres o desconforto e a dor ocasionada por este tipo de disfunção se sobrepôs a vontade de amamentar. Outros aspectos que puderam ser evidenciados nas falas maternas e que tiveram influência sobre a interrupção da amamentação remetem-se a influência da família no processo da amamentação. As avós tiveram uma

influência negativa quanto ao aleitamento materno, visto que estimularam a introdução de alimentos outros na dieta da criança, mesmo sendo o leite materno o alimento ideal para a criança no primeiro semestre de vida.

Somada a estas questões a ideologia de leite fraco ou insuficiente e o apoio inconsistente dos profissionais de saúde quanto ao manejo da amamentação, foram importantes para intensificar ainda mais o desmame precocemente, segundo as mães.

Neste ínterim, ressaltamos a relevância em analisar a qualidade e modo como as informações sobre o aleitamento materno estão sendo repassadas para essas mulheres e a assimilação dessas quanto ao assunto, pois acredita-se que mulheres bem instruídas levem a prática mais adiante, pois conhecem os reais benefícios a forma correta de amamentar, diminuindo os eventuais riscos para o desmame.

Percebe-se, portanto, que a prática do aleitamento materno no peito está diretamente ligada ao apoio dado às mães, seja familiar ou profissional, e que essas mulheres precisam de uma melhor assistência nesse período tão importante para sua vida e a do seu filho.

Referências

ALMEIDA, I. S.; RIBEIRO, I. B.; RODRIGUES, B. M. R. D.; COSTA, C. C. P.; FREITAS, N. S.; VARGAS, E. B. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2010.

AMARANTE, A. Dificuldades e problemas da amamentação. 2008. Disponível em: <http://www.e-familynet.com/artigos/articles.php?article=326>. Acesso em: 17.10.2012.

ARAÚJO, O. D. de.; CUNHA, A. L. da.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. de C. M.; CAMPELO, S. M. de A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Enferm, Brasília**, v. 61, n. 4, p. 488-492, 2008.

AZEVEDO, D. S.; FREITAS, L. V.; COSTA, P. B.; PINHEIRO, P. N. C.; DAMASCENO, A. K. C. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Rev RENE**, v. 11, n. 2, p. 53-62, 2010.

BARREIRA, S. M. C.; MACHADO, M. de F. A. S. **Amamentação: compreendendo a influência do familiar.** **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 11-20, Jan.-Fev. 2004.

BRAGA, D. F.; MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Rev. Nutr**, v. 21, n. 3, p. 293-302, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

CATTANEO, A.; ROMERO, S. Q. **Protection, promotion and support of breastfeeding in low-income countries.** *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, v. 11, p. 48-53. 2006.

CAPUCO, A. V.; AKERS, R. M. The origin and evolution of lactation. *J. Biol.*, v. 8, n. 4, p. 37, 2009.

CARRASCOZA, K. C.; POSSOBON, R. de F.; AMBROSANO, G. M. B.; COSTA JÚNIOR, A. L.; MORAES, A. B. A. de. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4139-46, 2011.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A.; CÉSAR, C. C. **Fatores relacionados com a duração do aleitamento materno.** *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 3, p. 241-246, 2007.

CIMINI, L. T. do C. Benefícios do aleitamento materno até o sexto mês de vida. 2010. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2584.pdf ->. Acesso em: 21.08.2012.

COCA, K. P.; GAMBA, M. A.; SILVA, R. S.; ABRÃO, A. C. Fatores associados ao trauma mamilar na maternidade. **J Pediatr (Rio J)**, v. 85, n. 4, p. 341-45, 2009.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Resolução 311 em 13 de fevereiro de 2007.

- COSTA, A. G. V. **Composição nutricional do leite humano e sua correlação com variáveis maternas**: estudo prospectivo. 2006. Dissertação de mestrado em Nutrição – Universidade Federal de Viçosa.
- CUNHA, A. C. B. da; SANTOS, C.; GONÇALVES, R. M. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 139-55, 2012.
- CRUZI, S. H. da; GERMANO, J. de A.; TOMAS, E.; FACCHIN, L. A.; PICCIN, R. X.; THUMÉ, E. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF, **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 2, p. 259-67, 2010.
- DADA, O. A.; AKESODE, F. A.; OLANREWAJU, D. M.; OLOWU, O. A.; ODU-SULE, O. FAKOYA, T. A.; OLUWOLW, F. A. ODUNLAMI, B. V. Infant Feeding and Lactational Amenorrhea in Sagamu, Nigeria. **African Journal of Reproductive Health**. vol. 6, n. 2, p. 39-50, Ago. 2002.
- DAMIÃO, J. de J. Influência da escolaridade e do trabalho materno no aleitamento materno exclusivo. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 11, n. 3, p. 442-52, 2008.
- DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar - para o estudante de medicina**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- DANFORTH, K. N.; TWOROGER, S. S.; HECHT, J. L.; ROSNER, B. A.; COLDITZ, G. A.; HANKINSON, S. E. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. **Cancer Causes Control**, v. 18, n. 1, p. 517-23, 2007.
- FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.
- FERREIRA L.; PARADA, C. M. G. L., CARVALHAES, M. A. B. L. Tendência do aleitamento materno em município da região centro-sul do estado de São Paulo: 1995-1999. **Rev. Nutr**, n. 20, v. 3, p. 265-73, 2007.
- FRANÇA, G. V. A. de; BRUNKEN, G. S.; SILVA, S. M. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Rev Saude Publica**, v. 41, n. 5, p. 711-718, 2007.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- HERNANDEZ, A. R.; KÖHLER, C. V. F. Determinantes sociais do desmame: contribuições das diferentes abordagens metodológicas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 937-53, 2011.
- HERNANDEZ, A. R.; KÖHLER, C. V. F.; FALCÃO, T. A. Iniciativa unidade básica amiga da amamentação: avaliando as práticas de uma unidade de saúde de porto alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/iniciativaunidbasamig.pdf>>. Acesso: 03.04.2012.

- JALDIN, M. da G. M.; SANTANA, R. de B. Anatomia da mama e fisiologia da lactação. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 35-46.
- JOVENTINO, E. S.; DODT, R. C. M.; ARAUJO, T. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; SILVA, V. M. DA.; XIMENES, L. B. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 1, p. 176-84, 2011.
- KAC, G.; BENICIO, M. H. D.; MELENDEZ, G. V.; VALENTE, J. G.; STRUCHINER, C. J. Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. **Am J Clin Nutr**, v. 79. N. 1, p.487-93, 2004.
- LAMOUNIER, J.A.; VIEIRA, G.O.; GOUVÊA, L.C. Composição do leite humano, fatores nutricionais. In: REGO, J.D. (Ed) **Aleitamento Materno**. São Paulo: Atheneu, 2006. 73, p.55-71.
- LÉVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual do aleitamento materno**. 2008. Disponível em: <http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf>. Acesso em: 22.09.2012.
- LOCATELLI, B. M. E. S.; COSTA, P. J. O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e seu bebê. **Mental**, v. 10, n. 6, p. 85-102, 2008.
- MACIEL, A. F.; VERÍSSIMO, M. D. R. Conhecimentos e práticas de trabalhadores de uma creche acerca do aleitamento materno. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v. 20, n. 3, p. 688-98, 2010.
- MARIANI NETO, C. **Aleitamento materno: manual de orientação**. São Paulo: Ponto, 2006.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- MARQUES, M .C. dos S.; MELO, A. de M. Amamentação no alojamento conjunto. **Rev CEFAC**, v. 10, n. 2, p. 261-271, 2008.
- MARTINS, E. J.; GIUGLIANI, E. R. J. Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais?. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 88, n. 1, p. 67-73, 2012.
- MASCARENHAS, M. L. W.; ALBERNAZ, E. P.; SILVA, M. B. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 289-94, 2006.
- MELDAU, D. C. Glândulas mamárias. 2012. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/anatomia-humana/glandulas-mamarias/>>. Acesso em: 21.09.12.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- MORGANO, M. A.; SOUZA, L. A.; NETO, J. M.; RONDÓ, P. H. C. Composição mineral do leite materno de bancos de leite. **Ciênc. Tecnol. Aliment**. Campinas, v. 25. n. 4, p. 819-824, out.-dez. 2005.

- NOBRE, E. B.; ISSLER, H.; RAMOS, J. L. A.; GRISI, S. J. F. E. Aleitamento materno e desenvolvimento neuropsicomotor: uma revisão da literatura. **Pediatria** (São Paulo), v. 32, n. 3, p. 204-210, 2010.
- OLIVEIRA, D. R.; GOMES, P. R.; BANDO, A. M. N.; GONÇALVES, S. R. Crenças alimentares no aleitamento materno. Um estudo entre gestantes e nutrizes atendidas em uma maternidade pública no município de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 2, p. 67-71, Mai./Ago. 2011.
- OLIVEIRA, J. de S.; JOVENTINO, E. S.; DODT, R. C. M.; VERAS, J. E. G. L. F.; XIMENES, L. B. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. **Rev. Rene**, v. 11, n. 4, p. 95-102, 2010.
- OLIVEIRA, D. C. de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out. 2008. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>>.
- OKAMURA C.; TSUBONO, Y.; ITO, K.; NIIKURA, H.; TAKANO, T.; NAGASE, S. Lactation and risk of endometrial cancer in Japan: a case-control study. **J Exp Med**. Tohoku, v.208, n. 1, p.109-15, 2006.
- PAULO MESSIAS DE OLIVEIRA FILHO, P. M; JARDIM, P. T. C.; ROCHA, M. C. L.; SOVIEIRO, V.; CRUZ, R. A. Importância da amamentação no desenvolvimento da criança saudável. Conhecimento básico para o cirurgião-dentista. **Arq bras odontol.** v. 4, n. 2, p. 76-80, 2008.
- PARADA, C. M. G. de L.; CARVALHAES, M. A. de B. L.; WINCKLER, C. C.; WINCKLER, L. A.; WINCKLER, V. C. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-psf. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 407-414, 2005.
- PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 32, n., p. 466-474, 2008.
- PEREIRA C; PALMIRA J; SALGADO, M. Mastite puerperal. 2011. Disponível em: http://saudeinfantil.asic.pt/download.php?article_id=172 ->. Acesso em: 08.01.2013.
- PINTO, T. V. Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade. **Arquivos de medicina**, v. 22, n. 2, p. 57-68, 2008.
- POLIDO, C. G.; MELLO, D. F. de.; PARADA, C. M. G. de L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; TONETE, V. L. P. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 5, p. 624-30, 2011.
- PRITSIVELIS, C.; MACHADO, R; H; S. **Embriologia, Anatomia e Fisiologia da mama**. 2012. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/44561816/04-Embriologia-Anatomia-e-Fisiologia-Da-Mama>>. Acesso em: 17.10.2012.
- REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 142-146, 2004.

- RIBEIRO, E. M.; SAID, R. A.; VIEIRA, M.P.G; ROCHA, I. L.F; GOMES, D. M. Conhecimento de mães sobre aleitamento materno no hospital são Lucas- Juazeiro do Norte (CE). **RBPS**, v. 14, n. 4, p. 170-176, 2004.
- SALES, C.; SEIXAS, S. **Causas de desmame precoce no Brasil**. Revista Cogitare Enfermagem, v. 13, p. 443-447, 2008.
- SALIBA N. A.; ZINA, L. G.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, O. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brazil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 8, n. 4, p. 481-90, 2008.
- SANCHES, M. T. C.; BUCCINI, G. dos S.; GIMENO, S. G. A.; ROSA, T. E. da C.; BONAMIGO, A. W. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 953-965, 2011.
- SANTOS NETO, E. T. dos; OLIVEIRA, A. E.; ZANDONADE, E. O aleitamento materno exclusivo nos primeiros três meses de vida. **Pediatria**, v. 29, n. 1, p. 89-98, 2007.
- SANTOS, L. C.; FERRARI, A. P.; TONETE, V. L. P. Contribuições da enfermagem para o sucesso do aleitamento materno na adolescência: revisão integrativa da literatura. **Cienc Cuid Saude**, v. 8, n. 4, p. 691-98, 2009.
- SENA, M.C.F.; SILVA, F. E. da.; PEREIRA, M.G. Tendência do aleitamento materno no Brasil no último quarto do Século XX. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 499-505, 2007.
- SETSUKO, T. T.; FERREIRA, M. R. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad Saúde Públ.**, n. 24 (Supl.2), p. 235-46, 2008.
- SILVA, D. G. da. Lactação e o leite materno. 2011. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23087628/605772261/name/AULA+8++LACTA%C3%87%C3%83O+E....> Acesso em: 17.10.2012.
- SOUSA, J. A. de. Anatomia da mama. 2011. Disponível em: <http://<drjuarez.com.br/index.php?option...anatomia...mama...>>. Acesso em: 17.10.2012.
- STUEBE, A. M.; RICH-EDWARDS, J. W.; WILLETT, W. C.; MANSON, J. E.; MICHELS, K. B. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. **Jama**, v. 294, p. 2601-10, 2005.
- SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; KUMMER, S. C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 141-147, Abr. 2005.
- TAKUSHI, S. A. M.; TANAKA, A. C. D.; GALLO, P. R.; MACHADO, M. A. M. P. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 21, n. 5, p. 491-502, 2008.

TAKEMOTO, A. Y.; SANTOS, A. de L.; OKUBO, P.; BERCINI, L. O.; MARCON, S. S. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 3, p. 444-51, 2011.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W. S. A prática da amamentação no cotidiano familiar: um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v.14, n. 3, p. 205-21, 2011.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; GASPERI, P.; SIEDLER, M. J. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 98-106, 2006.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S235-S246, 2008.

TORQUATO, I. M. B; LIMA, R. T. Fatores de risco do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 1, p. 31-48, 2008.

VAUCHER, A. L. I.; DURMAN, S. **Amamentação**: crenças e mitos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 7, n. 2, p. 207-214, Ago. 2005.

VIANNA, R. P. de T.; REA, M. F.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. **A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal**. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2.403-2.409, Out. 2007.

VIEIRA, G. O.; MARTINS, C. da C.; VIEIRA, T. de O.; OLIVEIRA, N. F. de; SILVA, L. R. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **J Pediatr**, v. 86, n. 5, p. 441-444, 2010.

VIEIRA, C. S.; BRITO, M. B.; YAZLLE, M. E. H. D. Contracepção no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, v. 30, n. 9, p.470-9, 2008.

ZANIN, T. Composição do leite materno. 2012. Disponível em: <<http://www.tuasaude.com/composicao-do-leite-materno/>>. Acesso em: 20.05.2012.

WHALEN B, CRAMTON R. Overcoming barriers to breastfeeding continuation and exclusivity. **Curr Opin Pediatr**, v. 22, n. 1, p.655-63, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sra.

Você foi convidada para participar da pesquisa “**Aleitamento materno: identificando a prática e os fatores determinantes para o desmame precoce**”, realizada pela acadêmica do Curso de Bacharelado em enfermagem **Maria Dayana da Silva Macedo** da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG – Campus Cuité) sob a orientação da professora **Ms. Isolda Maria Barros Torquato**.

O objetivo principal da pesquisa consiste em: Caracterizar o tipo de aleitamento materno e os fatores de risco para o desmame em crianças até o primeiro semestre de vida usuárias da Estratégia Saúde da Família no município de Cuité-PB. Sobre os objetivos específicos estão incluídos: Caracterizar as mães e crianças quanto aos aspectos sociodemográficos e biológicos; Analisar a percepção da mãe quanto aos benefícios da amamentação para a saúde materno-infantil; Identificar os fatores influenciadores para a interrupção do aleitamento materno; Identificar os profissionais de saúde envolvidos na promoção do aleitamento materno e Apontar a forma de abordagem das orientações sobre a amamentação ofertadas as participantes pelos profissionais envolvidos.

Este estudo pode proporcionar contribuições significativas para a área da saúde para que possamos conhecer o padrão alimentar das crianças com idade até os seis meses e correlacionar os possíveis fatores de risco relacionados com o desmame precoce no nosso município.

A coleta de dados será feita por meio de entrevista semi-estruturada, gravada e guiada por um formulário contendo 26 questões objetivas e subjetivas, sendo, porém, preservada a sua identidade e privacidade. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em revistas e/ou eventos científicos.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto a Senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Qualquer dúvida que venha surgir antes, durante ou depois de qualquer etapa desta pesquisa, bem como sua recusa a participar ou retirar seu consentimento em quaisquer fases, não trará nenhum tipo de penalidade para você, a criança ou para o serviço que lhe oferta assistência.

Esta pesquisa não contém nenhuma relação com instituições de saúde, ficando à senhora isenta de receber qualquer tipo de benefício material ou financiamento à sua participação, assim como também fica a certeza de isenção a qualquer tipo de risco para a sua pessoa durante esta pesquisa.

Informamos ainda que o (s) pesquisador(es) estará(o) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, solicitamos a uma participação o que tornará possível a realização dessa pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinada por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Cuité ____ de _____ de 20 ____.

Prof. Ms. Isolda Maria Barros Torquato
Pesquisadora Responsável

Maria Dayana da Silva Macedo
Pesquisadora Participante

Testemunha



Endereço de Trabalho do Pesquisador Responsável:

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cuité.

Olho D’Água da Bica s/n - Cuité-PB. CEP: 58175-000 - Telefone: (83) 3372-1900

Endereço Residencial do Pesquisador Responsável:

Avenida Alagoas, nº 487, Bairro dos Estados. Cep: 58030-150. João Pessoa – PB

APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG – CAMPUS CUITÉ
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**



ALEITAMENTO MATERNO: IDENTIFICANDO A PRÁTICA E OS FATORES DETERMINANTES PARA O DESMAME PRECOCE

Estratégia Saúde da Família: _____ Formulário Número: _____

1. Idade: _____ (anos completos)
2. Estado civil:
 - a) () Solteira
 - b) () Casada
 - c) () Divorciada
 - d) () Viúva
3. Escolaridade:
 - a) () Sem escolaridade
 - b) () Ensino fundamental
 - c) () Ensino médio
 - d) () Ensino superior
4. Renda Familiar:
 - a) () Inferior a um salário mínimo
 - b) () Até um salário mínimo
 - c) () Superior a um salário mínimo
5. Trabalha fora do domicílio?
 - a) () Sim. O que faz? _____
 - b) () Não
6. Realizou pré-natal?
 - a) () Sim
 - b) () Não – **Passe para a questão 8**
7. Quantas consultas:
 - a) () ≤ 6 consultas
 - b) () 7
 - c) () Mais de 7
 - d) () Não sabe responder
8. Quantos filhos você tem?
 - a) () 1
 - b) () 2
 - c) () 3
 - d) () 4 ou mais
9. Qual o tipo de parto do seu último filho (a)?
 - a) () Normal
 - b) () Cesárea
10. Qual o sexo do seu último filho(a)?
 - a) () Feminino
 - b) () Masculino
11. Qual a idade do seu último filho(a)? _____ meses
12. Qual o peso do seu último filho(a) ao nascer?
 - a) () < 2.500g
 - b) () 2.500 a 2.999g
 - c) () 3.000 a 3.999g
 - d) () ≥ 4.000g
13. Qual idade gestacional do seu filho (a) ao nascer?
 - a) () Pré-termo
 - b) () A termo
 - c) () Pós-termo
14. Qual o APGAR da criança ao nascer? _____
15. Você já recebeu orientações sobre a amamentação por parte dos profissionais da saúde?
 - a) () Sim. Qual ou Quais?
 - a.1 () Médicos
 - a.2 () Enfermeiros
 - a.3 () Nutricionistas
 - a.4 () Fisioterapeutas
 - a.5 () Assistente social
 - a.6 () Outro: _____
 - b) () Não – **Passe para a questão 20**
16. Em que período você foi orientada pelos profissionais de saúde sobre o aleitamento materno?
 - a) () Pré-natal
 - b) () Pós-natal
 - c) () Nos dois momentos
17. Qual a frequência aproximada de vezes que recebeu essas informações?
 - a) () Uma vez
 - b) () Duas vezes
 - c) () Três vezes
 - d) () Quanto vezes
 - e) () Cinco ou mais vezes.
 - f) () Outro: _____
18. Quais as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde das para as orientações?
 - a) () Exposição oral
 - b) () Exposição oral coletiva
 - c) () Materiais educativos
 - d) () Outro: _____

19. Considera que as informações ofertadas pelos profissionais foram suficientes para suprir suas dúvidas sobre a amamentação? Por quê?

20. Fale-me sobre os benefícios da amamentação para a saúde da criança _____

21. Fale-me sobre os benefícios da amamentação para a saúde da mulher

22. Atualmente seu filho(a) alimenta-se com o leite materno?

- a) () Sim – **Passe para a questão 25**
b) () Não

23. Seu filho(a) deixou de ser amamentado com leite materno com que idade? _____ Meses

24. Fale sobre as razões que fizeram você interromper o aleitamento materno.

25. O que seu(a) filho(a) comeu ontem?

Manhã: _____

Tarde: _____

Noite: _____

26. Tipo de aleitamento materno:

- a) () Exclusivo
b) () Predominante
c) () Complementada
d) () Misto
e) () Sem aleitamento materno

APÊNDICE C**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS
TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Pesquisa: “Aleitamento materno: identificando a prática e os fatores determinantes para o desmame precoce”.

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Enfermeira, Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (SIAPE 1577240), portadora do RG: 2.099.914 e CPF: 033.326.024-46 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, ____ de _____ de 2012.

Orientadora

APÊNDICE D

TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada **“Aleitamento materno: identificando a prática e os fatores determinantes para o desmame precoce”** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa avaliador determinado pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao mesmo, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, _____ de _____ de 2012.

Autor (a) da Pesquisa
Isolda Maria Barros Torquato

ANEXO

ANEXO A

**SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ**

Endereço: Rua Francisco Teodoro da Fonseca Bairro: Centro Cuité-PB CEP: 58175-000
CNPJ: 08.732.174/0008-27

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“Aleitamento materno: identificando a prática e os fatores determinantes para o desmame precoce”** desenvolvida pela aluna **Maria Dayana da Silva Macedo** do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora **Isolda Maria Barros Torquato**.

Cuité, ____ de _____ de 2012.

Gentil Palmeira Venâncio Filho
Secretário de Saúde do Município de Cuité - PB

ANEXO B

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALEITAMENTO MATERNO: IDENTIFICANDO A PRÁTICA E OS FATORES DETERMINANTES PARA O DESMAME PRECOCE

Pesquisador:

Versão: Isolda Maria Barros Torquato

CAAE: 1
09960113.7.0000.5182

Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da UFCG

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 007686/2013

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br