

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

FRANCISCO THIAGO BATISTA PIRES

**DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS MENORES
DE SEIS MESES**

PICOS - PIAUÍ

2014

FRANCISCO THIAGO BATISTA PIRES

**DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS MENORES
DE SEIS MESES**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do Grau em Bacharel em Enfermagem.

PICOS - PIAUÍ

2014

Eu, **Francisco Thiago Batista Pires**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 18 de março de 2014.

Francisco Thiago Batista Pires
Assinatura

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

P667d Pires, Francisco Thiago Batista.
Determinantes do aleitamento materno em crianças menores de seis meses / Francisco Thiago Batista Pires. – 2013.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (53 p.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2013.

Orientador(A): Prof.MSc. Mailson Fontes de Carvalho

1. Aleitamento Materno. 2. Saúde da Criança. 3. Enfermageml. Título.

CDD 649.33

FRANCISCO THIAGO BATISTA PIRES

DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 26/02/14

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Ms. Mailson Fontes de Carvalho
Universidade Federal do Piauí
Presidente da Banca



Profª. Drª. Luisa Helena de Oliveira Lima
Universidade Federal do Piauí
2º. Examinador



Profª. Ms. Édina Araújo Rodrigues Oliveira
Universidade Federal do Piauí
3º. Examinador

Dedico este trabalho a vocês, pessoas mais importantes na minha vida...

*Meus pais **Riba e Isneuda** responsáveis pela minha existência*

Por fazerem de mim tudo que sou hoje e por me possibilitarem chegar onde estou

Pelas palavras de estímulo e confiança...

Por todos os momentos em que se dedicaram para ver o filho chegar à formação profissional.

*À minha prima Mayra Pires (**in memoriam**) pela felicidade contagiante, e que a deixou
sempre lembrada.*

AGRADECIMENTOS

A Deus que esteve ao meu lado nas horas que chorei e nas horas que sorri, nas horas que me lamentei e nas horas que de uma forma ou de outra demonstrei total alegria...

Agradeço à minha mãe, pela preocupação, dedicação, sensatez e carinho. A meu pai pela batalha do dia a dia que por vezes não é fácil, mas sempre demonstrando positivismo, fé e sonho para esse momento.

Aos meus irmãos (Wyllia, Willany, Zeneto, Léo, Edinardo, Polyana) pela compreensão e companheirismo, que me ajudaram transmitindo coragem e superação.

A meus avós pelas palavras de apoio, força e admiração. A toda minha família que acreditaram e puseram confiança para essa ocasião chegar.

Aos meus colegas de graduação que me proporcionaram momentos alegres e altas risadas, tornando esses quase cinco anos inesquecíveis.

A Karoana por sua coragem e fé. Por está ao meu lado quando mais precisei, por saber minhas manias, pelas palavras de apoio e carinho, pelas horas da madrugada quando estávamos estudando, por sua compreensão, pelo seu jeito e sua essência.

Aos meus companheiros de república, em especial à Danielle pela personalidade e vivência, pelo sonho objetivado e por seu caráter.

Muito obrigado!

“Entrega o teu caminho ao Senhor; confia nele, e ele o fará”

Salmos 37:5

RESUMO

O Aleitamento materno (AM) é uma prática que possui impacto positivo no estado nutricional da criança, sendo essencial para o desenvolvimento do neonato. O Ministério da Saúde preconiza que a amamentação seja ofertada logo nas primeiras horas de vida do recém-nascido (período inicial), a fim de configurar uma oferta de nutrientes indispensáveis para a criança. O leite materno tem a capacidade de produzir fatores imunológicos bioativos adequados para o Recém-Nascido. Nesse âmbito os efeitos benéficos da amamentação se estendem a todo o ciclo vital, reduzindo o risco e a gravidade de ocorrência de problemas que se manifestam tardiamente, como o grupo complexo das doenças crônicas não transmissíveis (como o diabetes mellitus tipo 2), distúrbios cardiocirculatórios e suas complicações, sobrepeso/obesidade, osteoartropatias e outras comorbidades próprias da vida adulta e da senescência. Este trabalho tem como objetivo investigar os determinantes do aleitamento materno em crianças menores de seis meses no município de Picos-PI. Este projeto é um corte do projeto de extensão, intitulado “Aleitamento materno como estratégia de promoção da saúde da criança”. Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo transversal, onde a amostra é composta por todas as crianças nascidas em um hospital de referência do município de Picos-PI. A amostra foi de 59 crianças ainda na maternidade, 35 com 120 dias de nascimento e 33 com 180 dias. A partir daí, foi possível determinar a prevalência do aleitamento materno após o nascimento (88,1%), com 120 (91,4%) e 180 (60,6%) dias de vida. Ademais foi possível correlacionar quais os principais fatores que dificultam a implementação do AM. O desmame precoce ainda é relatado, como fica evidenciado em base nos dados. A orientação dos profissionais da saúde passa a ser uma ferramenta positiva quanto à prática do aleitamento materno. Ainda no pré-natal, considerações a respeito do leite materno como composição, tipos de leite, duração das mamadas, pega correta servem como apoio para podermos evidenciar maiores taxas de aleitamento materno até seis meses de idade. O apoio familiar e conjugal determina um maior incentivo às mães para alimentares seus bebês.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Saúde da Criança. Enfermagem.

ABSTRACT

Breastfeeding (BF) is a practice that has a positive impact on child nutritional status, is essential for the development of the newborn. The Ministry of Health recommends that breastfeeding is offered in the first hour of life of the newborn (initial period) in order to set up a supply of nutrients needed for the child. Breast milk has the ability to produce adequate for Newborn Innate bioactive immune factors. In this context the beneficial effects of breastfeeding extend to the entire life cycle, reducing the risk and severity of occurrence of problems that manifest later, as the complex group of chronic noncommunicable diseases (such as type 2 diabetes mellitus), cardiovascular abnormalities and its complications, overweight / obesity, osteoarthropathy and other comorbidities own adulthood and senescence. This work aims to investigate the determinants of breastfeeding in children under six months in the city of Picos -PI. This project is a section of the extension project, entitled "Breastfeeding and child health promotion strategy." This is a descriptive cross-sectional, where the sample consists of all children born in a referral hospital in the city of Picos -PI. The sample consisted of 59 children still in the maternity ward, 35 to 120 days of birth and 33 to 180 days. From there, it was possible to determine the prevalence of breastfeeding after birth (88.1%), with 120 (91.4%) and 180 (60.6%) days. It was possible to correlate the main factors that hinder the implementation of AM. Early weaning is still reported, as evidenced in the data base. The orientation of health professionals shall be a positive tool to the practice of breastfeeding. Still in pre-natal, considerations of breastmilk as composition, types of milk, duration of breastfeeding, proper latch serve as support in order to show higher rates of breastfeeding until six months of age. The family and spousal support provides a greater incentive to mothers to their babies food.

Keywords: Breastfeeding. Child Health. Nursing.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e sanitário das mães e crianças. Picos, 2013.....	26
Tabela 2 - Prevalência do Aleitamento Materno ao nascer, 120 dias e 180 dias. Picos, 2013.....	27
Gráfico 1 - Crianças que ainda mamava com suplementação de outros alimentos. Picos, 2013	28
Gráfico 2 – Percentual das variáveis relacionada à tabela. Picos, 2013.....	29
Tabela 3 - Variáveis que dificultam o Aleitamento Materno com 120 dias. Picos, 2013.....	29
Gráfico 3 - Fatores que interferiram o AM ideal até seis meses de idade. Picos, 2013.....	30
Tabela 4 – Frequência das variáveis (gráfico 2). Picos, 2013.....	31
Tabela 5 – Variáveis que suplementam o Aleitamento Materno com 180 dias. Picos, 2013.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCE	Modelo de Cuidar em Enfermagem
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Perímetro Abdominal
PC	Perímetro Cefálico
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNIAM	Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno
PT	Perímetro Torácico
RN	Recém-nascido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
<i>2.1 Geral.....</i>	<i>14</i>
<i>2.2 Específicos.....</i>	<i>14</i>
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1 Olhar histórico sobre Aleitamento Materno.....	16
3.2 Aleitamento Materno: conceitos e efeito protetor.....	17
<i>3.2.1 Diabetes mellitus tipo 2 e outros fatores de risco cardiovasculares.....</i>	<i>18</i>
<i>3.2.2 Proteção contra infecções.....</i>	<i>19</i>
<i>3.2.3 Doenças alérgicas e neoplasia.....</i>	<i>19</i>
<i>3.2.4 Benefícios maternos.....</i>	<i>19</i>
3.3 Dados epidemiológicos relacionados ao tempo do AME e AM no Brasil.....	20
3.4 Fatores determinantes que contribuem para um decréscimo de tempo do AME.	21
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	23
<i>4.1 Tipo de estudo.....</i>	<i>23</i>
<i>4.2 Local de realização do estudo.....</i>	<i>23</i>
<i>4.3 População e Amostra.....</i>	<i>23</i>
<i>4.4 Coleta de dados.....</i>	<i>24</i>
<i>4.5 Análise dos dados.....</i>	<i>25</i>
<i>4.6 Aspectos éticos e legais.....</i>	<i>25</i>
5 RESULTADOS.....	26
<i>5.1 Perfil socioeconômico e sanitário das mães e crianças.....</i>	<i>26</i>
<i>5.2 Prevalência do Aleitamento Materno (AM).....</i>	<i>27</i>
<i>5.3 Dificuldades para o desenvolvimento do AM aos 120 e 180 dias de nascidos.....</i>	<i>27</i>
6 DISCUSSÃO.....	33
7 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICES.....	42

1 INTRODUÇÃO

Aleitamento materno (AM) é uma prática que possui impacto positivo no estado nutricional da criança, sendo essencial para o desenvolvimento do neonato. O Ministério da Saúde (2011) preconiza que a amamentação seja ofertada logo nas primeiras horas de vida do recém-nascido (período inicial), a fim de configurar uma oferta de nutrientes indispensáveis para a criança.

Durante esse período sensível, o efeito protetor do aleitamento materno fornecido no colostro pode estar relacionado a vários mecanismos, que incluem a colonização intestinal por bactérias específicas encontradas no leite materno e à capacidade de o leite materno produzir fatores imunológicos bioativos adequados para o Recém-Nascido (RN) (ODDY, 2013).

Sua composição é balanceada de nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento do RN, sendo adaptado ao metabolismo da criança. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o leite humano durante os primeiros seis meses de vida, pois é suficiente para suprir as necessidades nutricionais do bebê, quando em aleitamento materno exclusivo. No aleitamento materno complementado outros tipos de alimentos é ofertado à criança, permanecendo o leite humano até pelo menos os dois anos de idade (BRASIL, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Balaban et al. (2004) afirma que o aleitamento materno representa uma das experiências nutricionais mais precoces do recém-nascido. Logo após o parto o contato mãe-filho precoce estabelece vínculo que ajuda na prática da amamentação. A OMS recomenda colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, durante pelo menos uma hora, e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamar, oferecendo ajuda, se necessário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Nesse âmbito os efeitos benéficos da amamentação se estendem a todo o ciclo vital, reduzindo o risco e a gravidade de ocorrência de problemas que se manifestam tardiamente, como o grupo complexo das doenças crônicas não transmissíveis (como o diabetes mellitus tipo 2), distúrbios cardiocirculatórios e suas complicações, sobrepeso/obesidade, osteoartropatias e outras comorbidades próprias da vida adulta e da senescência (FEWTRELL et al., 2007).

Nos países mais pobres, a amamentação estabelece notáveis diferenças nos padrões de morbimortalidade na infância, ao prevenir doenças carenciais e processos infecciosos ou ao atenuar seu curso patogênico, evitando mortes prematuras e possibilitando o desenvolvimento

físico e mental em momentos cruciais da biologia humana, como os primeiros meses e anos de vida (CAMINHA et al., 2010).

A amamentação é considerada uma estratégia importante de sobrevivência infantil pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), pela OMS e por órgãos de proteção à criança. A proteção conferida pelo leite humano contra infecções comuns em crianças repercutiu na redução da mortalidade infantil. Cerca de 13% a 15% de todas as mortes de crianças abaixo de cinco anos em todo o mundo, sendo 50% por doenças respiratórias e 66% por diarreia, poderiam ser prevenidas com o aleitamento materno (DUCAN et al., 2004).

Oddy (2013) definiu que o aleitamento materno na primeira hora de vida estava significativa e inversamente correlacionado à mortalidade neonatal. A implicação desse achado está no fato de o aleitamento materno na primeira hora de vida ter sido associado a um número menor de mortalidade neonatal. Quanto maior o atraso no início do aleitamento materno, maiores as chances de mortalidade neonatal causada por infecções (EDMOND, 2007).

Simon; Souza; Souza (2009) afirma em seu estudo que a mediana de aleitamento materno exclusivo foi de quatro meses e de aleitamento materno, sete meses. Em relação à alimentação complementar, observou-se introdução precoce de quase todos os alimentos pesquisados, no período de zero a seis meses de idade. A introdução de outros alimentos na alimentação do bebê até os seis meses de idade ocasiona riscos para a criança. O leite de vaca, por exemplo, é um fator que predispõe ao aparecimento de problemas respiratórios.

Strassburger (2010) relatou em sua pesquisa que o leite de vaca mostrou-se importante fator de risco para o desencadeamento de sintomas da asma aos 4 anos de idade. Assim como a prevalência do aleitamento materno por um período superior a 6 meses está também potencialmente associado à proteção no desenvolvimento de atopia (STRASSBURGER et al., 2010).

O início da amamentação logo após o nascimento é favorável para um maior vínculo entre mãe e filho e um desenvolvimento saudável para a criança. Essa prática aumenta em decorrência de uma maior adesão das puérperas tendo em vista conhecimentos sobre benefícios do AM ainda no alojamento conjunto. Essa percepção é considerada de longa escala, pois países buscam incorporar esse método tão cedo possível após o nascimento, no intuito de conferir melhores índices de qualidade de vida ao RN.

A amamentação na primeira hora de vida é potencialmente benéfica para todas as crianças em todos os países, porém, seus benefícios na redução da mortalidade neonatal parecem ser maiores entre os países com maiores taxas de mortalidade neonatal: o que pode

ser explicado pelo fato de esses países, possivelmente, terem piores condições de assistência ao parto e nascimento (BOCCOLINI. et al., 2012).

Contudo ainda encontra-se fatores relacionados à dificuldade de implementar o AM ao RN. Alves et al. (2008) revela que primiparidade, dificuldade para amamentar nos primeiros dias após o parto, tempo ideal de aleitamento materno menor que seis meses, início do aleitamento materno após a alta da maternidade, não reconhecimento das vantagens da amamentação para a criança e opinião paterna desfavorável está circunscrita nessas condições de menor duração do aleitamento materno.

A enfermagem desempenha um papel notório na relação método como o aleitamento materno vem sendo realizado. Na atenção primária, os enfermeiros exercem uma condição na qual possibilita meios adequados para uma ótima assistência pré-natal. É nesse período, que o profissional orienta quanto à prática do AM, seu tempo ideal, sua composição, dentre outras medidas que melhoram a atuação das mães frente a essa prática.

Tendo em vista a importância do AM para o desenvolvimento da criança e sua dificuldade de implementação, este estudo buscará conhecer os determinantes do aleitamento materno em crianças menores de seis meses, possibilitando conhecer seu tempo de início e sua prevalência pós-natal, a fim de que possam ser verificados índices e repassado apoio ao vínculo materno-infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar os determinantes do aleitamento materno em crianças menores de seis meses no município de Picos-PI.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil socioeconômico e sanitário das crianças e mães pesquisadas.
- Analisar a prevalência do Aleitamento Materno (AM) ao nascer, aos 120 dias e 180 dias de vida da população estudada.
- Levantar as dificuldades para o desenvolvimento do AM.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O Aleitamento Materno é a estratégia que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança (ESCUDEIR et. al, 2003). O Brasil vem investindo no incentivo ao AM desde 1981, com a instituição do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, considerado modelo pela diversidade de ações. A alegação de que o aleitamento materno pode proteger contra obesidade na infância e na vida adulta, vem sendo explorada pelos pesquisadores. Nesta perspectiva alguns estudos concluíram que ter sido amamentado quando bebê está associado com probabilidade significativamente reduzida de obesidade infantil (ARENZ et al., 2004; OWEN et al., 2005).

Existem várias pesquisas no Brasil, que relaciona as ações do AM como efeito protetor durável. No intuito de promover levantamento de informações, as bases de dados LILACS, BDNF e MEDLINE foram consultadas, o que gerou em 202 achados quantitativos, correlacionados a prática de AM. Após uma busca minuciosa, os artigos aptos à discussão corresponderam a 50 estudos, onde perfazia relação com a temática, textos completos e em português. Os descritores utilizados foram: aleitamento materno, saúde da criança, enfermagem.

O assunto principal evidenciado nos estudos condiz com a prática eficaz do AM em respeito ao efeito protetor curto, médio e longo prazo, embora pesquisas evidenciem que a prática do AME é inferior ao recomendado pela OMS. Segundo a OMS (2001) apenas 35% das crianças de todo mundo recebem aleitamento materno durante os primeiros quatro meses de vida.

Nas últimas décadas, o crescente processo de valorização e investimento da prática da amamentação é fruto do envolvimento e mobilização da sociedade civil organizada, da atuação de organismos internacionais e da implementação de políticas públicas. Nesse âmbito, o aumento de programas de saúde relacionados à políticas do aleitamento materno perpetua um significativo estado de consenso entre mães-filhos. A significância desse estado, espera que haja aumento dessa prática de amamentação, pois assim as taxas de mortalidade infantil, doenças da criança, entre outros agravos diminuem com progressivo aumento do AME e Aleitamento Materno Complementado (AMC).

Os profissionais de enfermagem exerce um papel importante no controle e execução do aleitamento materno, ao tempo que orienta as mães sobre o real fator protetor, exemplificando estratégias de promoção da amamentação. As visitas domiciliares contribuem para um grande aumento desse tempo de aleitamento materno, como revela Teixeira;

Nitschkes (2008) no domicílio, o Modelo de Cuidar em Enfermagem (MCE) foi mais uma vez implementado, servindo para continuar a reflexão, discussão e construção, junto às mulheres-avós, sobre as maneiras de cuidados. Nestes encontros, as mulheres-avós e as puérperas interagiram de forma mais atuante, na medida em que participavam das discussões, e, assim refletiam sobre a importância da participação da família neste processo que envolve o nascimento de um novo ser.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 35% das crianças menores de quatro meses sejam exclusivamente amamentadas e que a duração mediana da amamentação seja de 18 meses, com importantes diferenças entre os países e as regiões do mundo (CASTRO et al., 2009).

3.1 Olhar histórico sobre Aleitamento Materno

No que tange sobre o aleitamento materno, fatores socioeconômicos, culturais, geográficos, demográficos, psicológicos e resultantes da interação entre mães e filhos atuam conjuntamente, e refletem no interesse materno e na qualidade da alimentação infantil. É preciso considerar ainda que, no saber popular sobre alimentação infantil, as mulheres sempre participaram da construção deste senso comum ao longo da sua trajetória (TAKUSHI et al., 2008). A construção e aprendizagem sobre dieta infantil podem acontecer pela experiência de vida e pela observação de alguém da família preparando a alimentação da criança pequena (MONTEIRO, NAKANO, GOMES, 2011).

As mulheres não tinham o hábito de amamentar os filhos por conta da ineficiência em saber do efeito protetor do leite materno. As relatos histórias de avós maternas, repercutiam na prática da amamentação, ora por conta que os valores sociais dominantes daquela época, a criança era um ser insignificante, um estorvo, não requerendo de cuidados específicos, não existia o amor materno (MONTEIRO, NAKANO, GOMES, 2011).

Assim, quando a mãe não podia amamentar, a criança estava condenada à morte, a menos que outra mulher a substituísse. Nessa época, a amamentação se prolongava, provavelmente, até a criança ser capaz de procurar seu próprio alimento. Caso isso não fosse possível, os lactentes recebiam leite animal, alimentos pré-mastigados ou papas pobres em nutrientes e contaminadas, que determinavam altos índices de mortalidade (CASTILHO, BARROS FILHO, 2010). Com a domesticação de rebanhos, muitas crianças passaram a sobreviver sendo alimentadas com leite animal, oferecido por meio de utensílios ou mamado diretamente do ubre. Com a chegada da industrialização, onde as mulheres ganharam

mediante forças populares o direito ao trabalho, a amamentação tornou-se uma prática cada vez mais interrupta. Barros Filho; Castilho (2010) afirma em seu estudo que, com a Revolução Industrial, as mulheres, que costumavam amamentar, foram trabalhar nas fábricas, motivando a busca de alternativas para nutrir os lactentes. O consumo de leite animal e fórmulas (diluídas, farinhas, leite em pó), bem como a introdução precoce de alimentos comprometeram a saúde das crianças.

Nesse contexto, as elevadas taxas de mortalidade e doença infantil eram absurdas. Com evolução das ações de saúde pública, estratégias foram sendo pensadas com objetivo de aumentar essa permanência da amamentação. Com o passar dos anos, no Brasil foram criados projetos públicos de apoio ao aleitamento, em observância com os fatores que predisponham ao aparecimento de doenças tidas com lineamento do AM. Em 1981, houve o lançamento do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) (REA, 2003). A partir daí, várias outras políticas começaram a ser implementadas em âmbito nacional como: a Portaria sobre Alojamento Conjunto (1981); início da implantação da Rede de Bancos de Leite Humano (1985); modificação na Constituição Brasileira em 1988, ampliando para 120 dias a licença maternidade, (atualmente ampliada para 180 dias – sancionada pelo governo federam em 2008) e garantindo ao pai, o direito a cinco dias de licença paternidade; aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (MONTEIRO, NAKANO, GOMES, 2011).

Recentemente, em 2008 foi lançamento pelo Ministério da Saúde, o projeto Rede Amamenta Brasil, também voltada para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na Rede de Atenção Básica (BRASIL, 2009).

3.2 Aleitamento Materno: conceitos e efeito protetor

Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe apenas leite humano de sua mãe ou ama-de leite, ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, excetuando gotas, xaropes, suplementos minerais ou medicamentos; Aleitamento Materno Predominante: a criança recebe leite humano e líquidos, como água, chás, suco de frutas e medicamentos, porém nenhum outro leite; Aleitamento Materno Exclusivo mais Aleitamento Materno Predominante (*full breastfeeding*): não há tradução de consenso na língua portuguesa para o referido termo em inglês; aleitamento materno complementado: a criança recebe leite humano e outros alimentos sólidos ou semi-sólidos; Aleitamento Materno: a criança recebe leite

humano (diretamente da mama ou ordenhado) independente de estar recebendo outros alimentos (World Health Organization, 2001)

A amamentação na primeira hora de vida é uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no país, e baseia-se na capacidade de interação dos recém-nascidos (RN) com suas mães nos primeiros minutos de vida. Esse contato é importante para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, além de aumentar a duração do aleitamento materno; a prevalência de aleitamento materno nos hospitais; e reduzir a mortalidade neonatal (BOCCOLINI, et al., 2011).

Entre as estratégias de promoção da saúde infantil destaca-se o incentivo ao aleitamento materno. Feachem; Koblinsky (2004) revisando trabalhos realizados em diferentes países mostraram que, em 83% dessas pesquisas, o AME conferiu proteção contra diarreia quando comparado ao aleitamento materno parcial.

A obesidade na fase infantil, na adolescência e vida adulta, parece está relacionada, além dos fatores genéticos, a forma como essa criança foi alimentada na fase inicial. Estudos correlacionados a esse impacto revela que a obesidade infantil predispõe a obesidade em adulto. É possível que os lactentes alimentados ao seio materno desenvolvam mecanismos mais eficazes para regular sua ingestão energética do que aqueles que foram alimentados com fórmulas prontas. Tais mecanismos poderiam, por exemplo, favorecer o desenvolvimento de sobrepeso por promover uma ingestão excessiva de leite e/ou por prejudicar o desenvolvimento dos mecanismos de auto-regulação (HEDIGER et al., 2001).

Delmmelmair, et al. (2006) afirma que a prevalência de obesidade nas crianças sem amamentação 4,5% vs 2,8% nas que receberam leite materno, verificando-se relação dose efeito – 3,8% se dois meses de leite materno exclusivo, 1,7% se seis a 12 meses, e 0,8% se 12 meses.

3.2.1 Diabetes mellitus tipo 2 e outros fatores de risco cardiovasculares

O aleitamento materno diminui o risco de diabetes tipo 2 na idade adulta e associa-se a menor grau de resistência a insulina nas crianças e adultos jovens. Sugere-se que os baixos níveis de glicose e insulina plasmáticos durante a amamentação programem a longo prazo proteção contra a diabetes mellitus tipo 2. Assim estudos sugerem que a diabetes tipo 2 é em média 59% menos comum nos que receberam leite materno exclusivo comparativamente àqueles que receberam apenas fórmulas. Salienta-se que o aleitamento materno pelo menos dois meses origina diminuição importante do risco de diabetes, mesmo após o ajuste para os

seus principais fatores de risco. Tais fatos apoiam a hipótese de o desenvolvimento da diabetes se iniciar precocemente, tendo a obesidade um papel intermediário nestes eventos (TAYLOR, et al., 2005).

Os lactentes amamentados tem colesterol plasmático mais alto (o leite humano contém colesterol, mas as fórmulas não), apesar de o colesterol dos adultos que receberam leite materno ser menor cerca de 0,18mmol/L, o que sugere que o leite materno confere melhor perfil lipoproteico a longo prazo (ROCHA, 2010).

A amamentação parece diminuir a pressão arterial sistólica na idade adulta (menos 1,10 a 1,40 mmHg) e também a diastólica, sendo esses efeitos comparáveis aos da restrição salina e exercício físico nos adultos. O grau de aterosclerose aos 65 anos é menos nos que tiveram aleitamento materno, embora não se encontre associação entre a duração da amamentação e a espessura íntima-média (SCHACK-NIELSEN, et al., 2006).

3.2.2 Proteção contra infecções

A proteção das infecções, especialmente diarreias, é mais importante em países em desenvolvimento, onde existem mais cuidados higiênico-sanitários e onde a diarreia é causa de morte de muitas crianças. Se os bebês fossem exclusivamente amamentados poder-se-ia prevenir 53% de diarreias infecciosas (QUIGLEY, 2006).

3.2.3 Doenças alérgicas e neoplasia

Akobeng et al. (2007); Friedman et al. (2005) demonstram que o efeito benéfico do leite materno tem correlação na diminuição do risco de eczema aos 4 anos e no risco de asma nos primeiros quatro anos, sendo que se história familiar positiva o risco de alergia aos 18 meses é 41% para as fórmulas e 16% para o leite materno. O leite materno proporciona uma diminuição do risco em 9% de leucemia linfoblástica aguda, 24% de doença de Hodgkin e 41% de neuroblastoma (MARTIN, GUNNELL, SMITH, 2005).

3.2.4 Benefícios maternos

O aleitamento materno diminui o risco de cancro na mama na mãe, uniformemente para os diferentes subtipos, e para o cancro pré e pós-menopáusico, sendo dependente da dose

(diminuição de 4,3% de risco por cada 12 meses de aleitamento. Poderá também proteger do cancro do ovário (CONDON, et al., 2005).

A amamentação produz alterações hormonais, que ajuda na convalescência pós-parto e suprimem a fertilidade, menor incidência de hemorragia pós-parto (NEWBURG, et al., 2006) involução uterina mais rápida e maior espaçamento entre os filhos, devido à amenorreia da lactação, o que permite reduzir a natalidade nos países subdesenvolvidos (CONDON, et al., 2005).

A mulher que amamenta por longos períodos não parece ter risco aumentado de fraturas ósseas, pois embora ocorra diminuição da densidade mineral óssea, tal parece ser reversível 6-18 meses após o término de aleitamento (SCHACK-NIELSEN, et al., 2006). O aleitamento materno diminui o risco de artrite reumatoide e aumenta a perda de peso pós-parto, já que a lactação exige 500-640 Kcal diárias (CONDON, et al., 2005). Parece também proteger de depressão e reforçar o vínculo afetivo que beneficia emocionalmente a mãe e o filho, estimulando os sentidos do bebê e proporcionando-lhe tranquilidade e segurança (JACKSON, NAZAR, 2006).

3.3 Dados epidemiológicos relacionados ao tempo do Aleitamento Materno Exclusivo e Aleitamento Materno no Brasil.

Dados do Ministério da Saúde sobre a prevalência de aleitamento materno no Brasil, coletados em outubro de 2006 mostram uma duração mediana de aleitamento materno de 7,6 meses, mas de apenas 2,2 meses para a amamentação exclusiva, com variação muito pequeno no que diz respeito às regiões do Brasil, situações de residência, escolaridade e sexo do bebê, a condição que possui uma maior alteração nos índices de aleitamento materno é a cor da mãe, sendo a mãe branca com menores índices (BRASIL, PNDS, 2009).

Os dados mais recentes sobre a ocorrência do aleitamento materno no Brasil são da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, em 2009. A prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41,0% e a duração da mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e mediana do AM de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF. Constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses no conjunto das capitais brasileiras e DF, de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008. Verificou-se maior frequência do AME no sexo feminino e na região Norte do País. Nas capitais do Nordeste e DF, as prevalências, respectivamente, são de 19,8% e 8,4% de amamentação exclusiva aos quatro e seis meses de idade (BRASIL, 2009).

É interessante observar que o comportamento desse indicador é bastante heterogêneo entre as regiões e capitais brasileiras. Teresina – PI teve como prevalência do aleitamento materno exclusivo, uma taxa de 43,7% do total de crianças pesquisadas. No que diz respeito ao decréscimo de tempo do AME, a pesquisa revela que ocorre queda acentuada da probabilidade de as crianças estarem em AME já nos primeiros dias de vida em todas as regiões brasileiras, especialmente na região Nordeste, onde foi encontrada a pior situação, com probabilidade de interrupção do AME em torno de 40%.

As crianças pesquisadas na capital do Piauí, em relação ao decréscimo de tempo do AME, têm uma acentuada queda desde o 1º dia de vida do bebê com valor de 77,4% aos 180 dias de vida, onde revela apenas uma taxa de 8,4% das crianças em AME. As maiores probabilidades de AME no início da vida são verificadas nas regiões Centro-Oeste e Norte (em torno de 80%) (BRASIL, 2009).

3.4 Fatores determinantes que contribuem para um decréscimo de tempo do AME

O uso de chupeta é um dos fatores associados à interrupção precoce do AME mais consistentes na literatura, tendo sido descrito em diversos estudos como associado à menor duração do AME (CASTILHO, ROCHA, 2009). Apesar disso, os fatores envolvidos nessa associação ainda não estão totalmente esclarecidos. É provável que o uso de chupeta implique na redução do número de mamadas por dia e, como consequência, menor estimulação do complexo mamilo-areolar e menor produção de leite, levando à necessidade de suplementação. Outros sugerem que a chupeta não seria a causa primária do desmame, mas sim um indicativo da vontade materna de desmamar ou ainda, um sinal de dificuldade com a prática da amamentação (SILVEIRA, LAMOUNIER, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde – PNDS (2009) Verificou-se que, para o total das crianças menores de 12 meses analisadas, foi frequente o uso de mamadeira (58,4%) e de chupeta (42,6%). O uso de mamadeira foi mais frequente na região Sudeste (63,8%) e menos frequente na região Norte (50,0%). As diferenças entre as regiões foram maiores em relação ao uso de chupeta, com a região Sul apresentando o dobro da prevalência do uso de chupeta quando comparada com a região Norte (53,7% e 25,5%, respectivamente). Em relação ao consumo de água, verificou-se introdução precoce de água, com 13,6% das crianças recebendo esse líquido no primeiro mês de vida. Chama atenção a diferença entre as regiões, pois na Nordeste esse percentual no primeiro mês de vida (19,1%) foi quase cinco vezes maior que na Sul (4,6%). Em Teresina – PI, a taxa percentual de consumo água em crianças

menores ou iguais a 30 dias, é maior dentre as capitais do Nordeste, perfazendo um intervalo de (7,4% -29,7%).

Em relação ao consumo de chá, verifica-se a introdução um pouco mais frequente no primeiro mês de vida quando comparado à água, uma vez que 15,3% das crianças tinham recebido chá nesse período de vida. Quando se observa o consumo de chá ao longo do primeiro ano de vida, verifica-se que ele aumenta pouco no segundo mês de vida e não varia muito nos demais meses. A análise das regiões mostra maior frequência do consumo no primeiro mês de vida na região Sudeste, com frequência de consumo superior a 20% no primeiro mês de vida em várias capitais (Maceió, Cuiabá, Goiânia e São Paulo).

Chaves et al., (2007) em sua pesquisa revelou que o menor tempo de aleitamento materno exclusivo por mães que manifestaram na maternidade intenção de amamentar seus filhos por menos de 2 anos pode ser justificado pelo fato de que essas mulheres estivessem menos informadas sobre a importância do aleitamento materno e mais expostas às pressões externas.

A lesão mamilar é uma intercorrência mamária cuja incidência varia de 11 a 96% nas mulheres que amamentam durante a primeira semana após o parto. Observa-se ainda que 80 a 95% destas apresentam algum grau de dor mamilar e 26% apresentam dor extrema, o que contribui negativamente para o tempo de amamentação (LOCKE, PAUL, DIMATTEO, 2006).

Mulheres que relataram na maternidade fazer uso de álcool e tabaco tiveram menor tempo de aleitamento que aquelas que relataram não fazer uso dessas drogas (CHAVES et al., 2007).

A primipariedade tem relação com o tempo do AME. Venancio et al. (2002), revela que as mulheres primíparas e com menos de 20 anos têm 1,2 vezes mais chance de abandonar o AME antes de a criança completar quatro meses de vida e ainda que mães residentes em municípios que não possuem Hospital Amigo da Criança (HAC) têm também 2,2 vezes mais chances de introduzir outro alimento, sendo que as que nasceram em um outro tipo de hospital apresentam 1,5 vezes mais chance de não estar em amamentação exclusiva nos primeiros quatro meses de vida quando comparadas às que nasceram em HAC.

Por considerarem importante no cuidado ao recém-nascido, as práticas às vezes errôneas das avós, permutam um menor tempo do AME, em considerarem métodos culturais no desenvolvimento da alimentação da criança. Papas e sopinhas cada vez mais se inicia precoce na alimentação do RN. Além disso, a escolaridade parece ter relação com o déficit da amamentação, o que sugere um menor conhecimento dos efeitos benéficos do leite materno.

4 PROCESSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva do tipo transversal. Segundo Gil (2010) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

De acordo com Rouquayrol e Gurgel (2013), estudos transversais são investigações que produzem instantâneos da situação de uma população com base na avaliação do estado de saúde de cada um dos membros e daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado.

Este trabalho é um corte de um projeto de pesquisa, dividido em várias partes e intitulado “Aleitamento materno como estratégia de promoção da saúde da criança”.

3.2 Local da realização do estudo

O estudo foi realizado em um hospital de referência do município de Picos-PI, no período de abril de 2013 a março de 2014. Este atende pacientes oriundos de 42 municípios da macrorregião de Picos. Picos é uma cidade da região Sudeste Piauiense, que faz parte da Macrorregião 3 – Semi-árido território do Vale do Guaribas. Fundada em 12 de dezembro de 1890, está a 206 m de altitude, 320 km distante da capital do Estado (Teresina) e tem uma população estimada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 73.414 habitantes (BRASIL, 2010).

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) o referido hospital possui atualmente 133 leitos, apresenta em suas instalações físicas: serviços de Urgência e Emergência, Ambulatorial com clínicas diferenciadas, Hospitalar e Serviço de Apoio.

3.3 População e amostra

Será composta por todas as crianças nascidas vivas no período de maio a outubro de 2013. A população foi composta por aquelas que atendiam aos preceitos da pesquisa e as nascidas neste período, onde poderia contar o prazo a partir da data de nascimento

relacionando o tempo ideal para a pesquisa (120 dias e 180 dias) onde as mesmas detinham idade para serem inclusas, ou seja, que possuía tempo para a coleta de dados.

Os participantes foram selecionados de forma consecutiva, à medida que foram nascendo, e que preencheram os critérios de elegibilidade. Para participar as crianças e mães tinham que atender os seguintes critérios de inclusão:

- ❖ Criança alimentada apenas com leite materno, no alojamento conjunto;
- ❖ Criança cujo responsável aceite participar da pesquisa e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Serão considerados critérios de exclusão:

- ❖ RN com baixo peso ao nascer inferior a 1.500g ou com idade gestacional (método Capurro) menor que 32 semanas, que impossibilite a permanência em alojamento conjunto;
- ❖ Óbito fetal ou neonatal precoce;
- ❖ Óbito materno;
- ❖ Destino da puérpera – unidade semiintensiva;
- ❖ Mãe com sorologia positiva para HIV no pré-natal registrada em prontuário;
- ❖ Mãe que não reside em Picos-PI.

Ao nascer, todas as crianças de acordo com os critérios de inclusão, foram selecionadas para pesquisa, o que gerou uma população de 59 crianças. Destas, 35 estavam aptas a fazer o segundo momento da coleta (120 dias) e 33 ao terceiro momento (180 dias), o motivo do decréscimo relaciona com as crianças que possuíam idade para coleta até o mês de janeiro de 2014, findo prazo para o término de preparação dos dados, pois este trabalho apresenta-se como corte de um projeto de pesquisa.

3.4 Coleta de dados

O período de coleta dos dados aconteceu nos meses de maio a outubro de 2013. Para a coleta, foram utilizados dois formulários adaptados de outros estudos (BOCCOLINI et al., 2011; CAMINHA et al., 2010). O formulário 1 (APÊNDICE A) contém informações sobre condições socioeconômicas, identificação da criança, antropometria ao nascimento, dados sobre a gravidez e pré-natal da mãe, condições do parto e aleitamento materno no primeiro dia de vida. Este formulário foi preenchido com a mãe ainda na maternidade. Neste momento foi solicitado permissão para as visitas domiciliares. No formulário 2 (APÊNDICE B) tem informações sobre dados de saúde da crianças, hábitos alimentares e prática de aleitamento em dois momentos distintos: aos 120 dias e 180 dias de vida.

A coleta de dados antropométricos (peso, estatura, Perímetro Cefálico (PC), Perímetro Torácico (PT) e Perímetro Abdominal (PAB)) foi realizada por estudantes de enfermagem e nutrição devidamente treinados, conforme técnicas padronizadas.

Para aferição do peso foi utilizada balança pediátrica mecânica da marca Welmy, devidamente calibrada. A criança foi despida no momento da aferição. A mensuração do comprimento foi realizada utilizando estadiômetro infantil de madeira, com a criança em decúbito dorsal sobre superfície plana e firme, mantendo joelhos em extensão e calcâneo apoiado; o pé deve ser mantido em ângulo de 90°. Na realização das medidas dos perímetros foi utilizada fita métrica inelástica e flexível e a aferição foi feita nas regiões padronizadas: PC: utilizando como marcadores a região frontal, occipital e linha acima da inserção da orelha; PT: na altura dos mamilos; PAB: na linha do coto/cicatriz umbilical (SOUZA, 2011).

3.5 Análise dos dados

Os dados estão organizados em tabelas e gráficos, e analisados a partir de estatísticas descritivas apresentadas em tabelas. Para a construção do banco de dados foi utilizado o software Excel 2010 *for Windows* e para a análise estatística o *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS-IBM versão 20.0.

3.6 Aspectos éticos e legais

Para a realização do estudo foi seguido todos os princípios éticos contidos na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que rege pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí para apreciação ética e aprovado na CPPEX, com registro nº 16-PI-2013. Os pais e/ou responsáveis pelas crianças foram informados quanto aos objetivos do estudo e concordaram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Para pais menores de 18 anos, será solicitada a autorização do responsável legal, neste caso, os avós da criança (APÊNDICE D).

5 RESULTADOS

A análise dos dados desta investigação está apresentada a seguir conforme a ordem estabelecida no instrumento aplicado e a sequência dos objetivos propostos, visando uma melhor compreensão dos dados encontrados. Nessa perspectiva, esta seção foi dividida em três partes: perfil socioeconômico e sanitário, prevalência do AM e dificuldades para o desenvolvimento do AM.

Contudo é importante ressaltar que para compor a discussão deste trabalho foram utilizadas literaturas disponíveis ligadas ao conhecimento dos determinantes do Aleitamento Materno em crianças menores de seis meses.

5.1 Perfil socioeconômico e sanitário das mães e crianças

A tabela a seguir revela o perfil socioeconômico e sanitário das mães e crianças que participaram dessa investigação.

Tabela 1. Perfil socioeconômico e sanitário das mães e crianças. Picos, 2013. n=27.

Variáveis (ao nascer)	SW (Valor p)	Média	Desvio-padrão*	Mediana
Renda (reais)	0,000	892,21	502,00*	678,00
Idade (anos)	0,513	23,00	4,07	23,00
Escolaridade (anos de estudo)	0,015	10,19	4,00*	11,00
Cor	f	%		
Branca	7	25,93		
Parda	17	62,97		
Preta	1	3,70		
Amarela	2	7,40		
Religião	f	%		
Católica	23	85,19		
Evangélica	4	14,81		

SW: Shapiro-Wilk; *IQ: Intervalo interquartil.

A variável renda teve uma média de R\$ 892,21, e mediana de R\$ 678,00. A idade foi igual para média e mediana, ambas de 23 anos; a escolaridade em anos possui uma média de 10,19 e mediana 11,00 anos.

A cor prevalente (quando relacionada a auto declaração) foi a parda com um percentual de 62,97%. A religião que sobressaiu foi a católica com um percentual de 85,19%.

5.1 Prevalência do Aleitamento Materno (AM)

A prática da amamentação cada vez mais priorizada pelo Ministério da Saúde, e outras organizações, vem surgindo efeito. A prevalência do AM desde o nascimento da criança até 180 dias de vida, na cidade de Picos-PI, é tratada pela tabela abaixo.

Tabela 2 – Prevalência do Aleitamento Materno ao nascer, 120 dias e 180 dias. Picos, 2013.

Prevalência	Ao nascer		120 dias		180 dias	
	f	%	f	%	f	%
Sim	52	88,1	32	91,4	20	60,6
Não	7	11,9	2	5,7	10	30,3
Não respondeu	—	—	1	2,9	3	9,1
Total	59		35		33	

A Tabela 2 mostra que o número de crianças pós-natal mediato, alimentadas com o leite materno correlaciona a um percentual significativo (88,1%), onde das 59 crianças pesquisadas, 52 foram alimentadas com este, e apenas 11,9% não foram amamentadas.

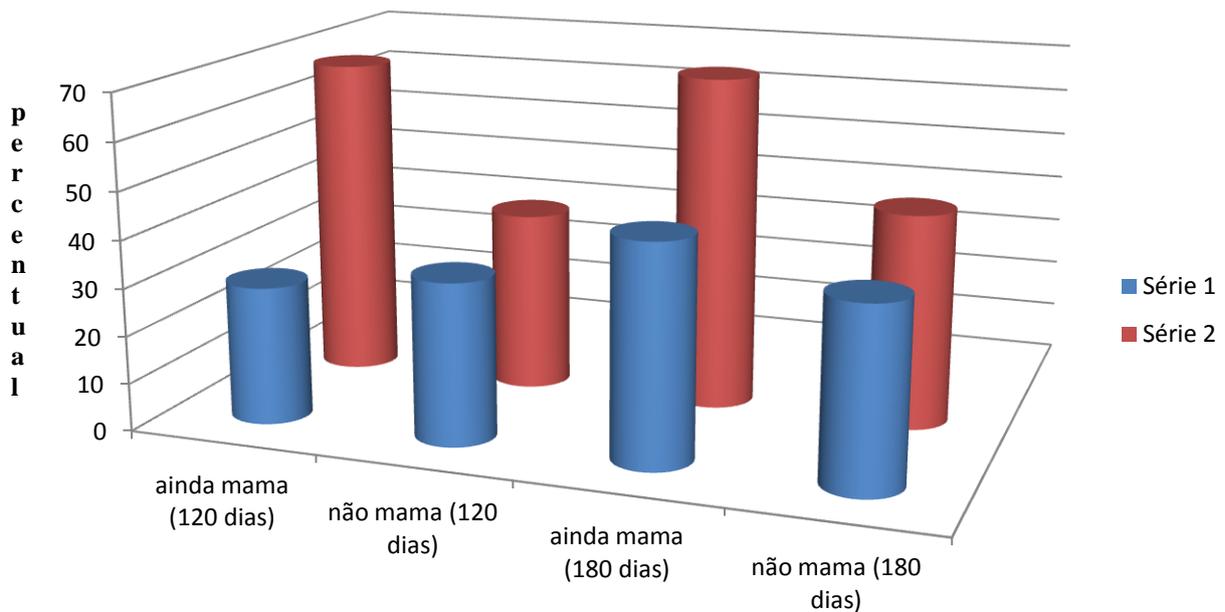
Aos 120 dias, as crianças inclusas na pesquisa e que ainda eram alimentadas em AM apenas corresponde a um total de 91,4%. Apenas 5,7% não recebia o leite materno como única fonte de alimentação. Com 6 meses de idade (180 dias), a prevalência do AM nas crianças pesquisadas foi de 60,6%. 30,3% já tinham a alimentação sido suplementada antes dos 180 dias de nascimento. Ramos et al (2008) retrata em sua pesquisa, que o percentual de crianças, no período de 0 a 180 dias em Aleitamento Materno, foi de 41,45%.

A tabela mostra que ao nascimento, quase 90% das crianças, estavam sendo amamentadas, o que pode assegurar que a prática da amamentação está sendo ofertada pouco tempo depois do nascimento, ou seja, no alojamento conjunto. A predominância do AM aos 120 e 180 dias, ainda permanece, embora se perceba que um número menor das crianças deixou de usar o leite da mãe, como sendo alimento predominante.

5.2 Dificuldades para o desenvolvimento do AM aos 120 e 180 dias de nascidos

Não é de hoje que existem vários meios que dificultam o desenvolvimento do Aleitamento Materno. Pesquisas comprovam que a introdução de outros alimentos na nutrição de crianças menores de seis meses, está crescente (Tabela 3). Algumas crianças com 120 dias de vida, ainda recebia leite materno, mas com suplementação de outros alimentos. O gráfico abaixo mostra a frequência e percentual das variáveis “ainda mama” e “não mama”, com 120 e 180 dias de nascimento.

Gráfico 1 – Crianças que ainda mamava com suplementação de outros alimentos. Picos, 2013.



A variável “ainda mama” com 120 dias (série 1) condiz com a frequência das crianças pesquisadas e que ainda mamava - mas com suplementação de outros alimentos - correspondendo a 22 crianças. A série 2 dessa mesma variável, diz respeito ao percentual de crianças que recebia outros tipos de alimentos, mesmo em AM, em um valor de 62,9%. As crianças que não recebia o AM, com 4 meses de idade foram iguais a 8 (série 1) e percentil 22,9% (série 2).

A variável “ainda mama” com 180 dias como já é de esperar, teve uma redução na frequência e percentil (relacionados ao período de 120 dias de nascimento), com valor respectivamente de 20 e 60,6%. As crianças que o AM não fazia mais parte de sua alimentação foi de 10, com percentil de 30,3%.

A tabela 3 mostra quais os fatores que dificultam o AM, e que são referidos como suplementos alimentares da nutrição do bebê.

Tabela 3 – Variáveis que dificultam o Aleitamento Materno com 120 dias. Picos, 2013.

Variáveis	f	%
Leite insuficiente	1	2,9
Leite em pó	1	5,7
Mingau	8	22,9
Chá/água	19	54,3
Suco de fruta	2	5,7
Fruta	1	2,9
Papa salgada	5	14,3
Outros	7	20,0
Não respondeu	5	14,3

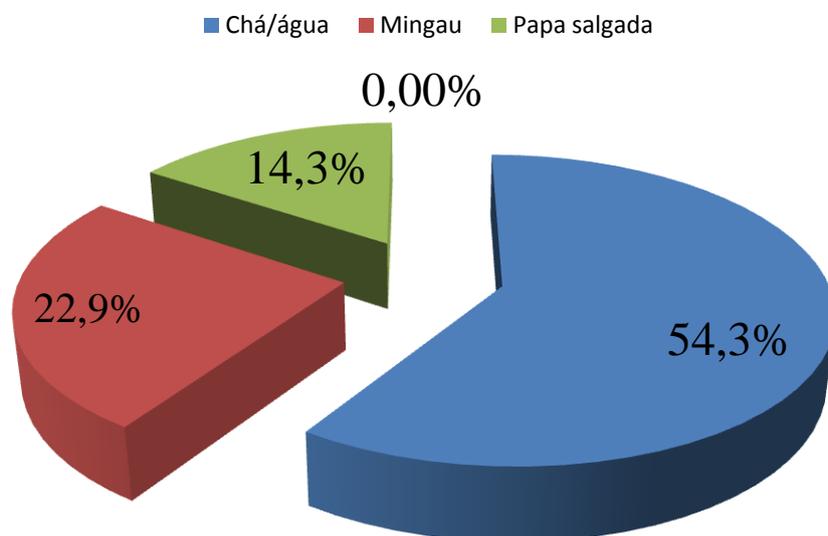


Gráfico 2 – Percentual das variáveis relacionada à tabela. Picos, 2013.

As variáveis expressas na tabela são os outros tipos complementares de alimentos que as mães oferecem à sua criança. O Ministério da Saúde preconiza que nem mesmo chá e/ou água devem ser ofertados para a criança. Mesmo com inúmeras propagandas de políticas à atenção do Aleitamento Materno (AM), as crianças pesquisadas em Picos-PI, com 120 dias de nascidas, já usam o chá e/ou água, o que poderia sugerir como fato de relacionamentos a

conhecimentos culturais. A tabela mostra que a variável com maior percentil foi o consumo de chá/água com 54,3% - uns dos achados para essa adesão tão cedo à água e/ou chá, perpetua com as condições climáticas da cidade onde as mesmas residem.

O consumo de mingau teve percentual de 22,9%. O populismo do “leite fraco” foi evidenciado nos dados, onde corresponde a um total de 2,9%.

O sistema digestivo da criança ainda apresenta em processo de “amadurecimento”, e esses alimentos inseridos de maneira precoce gera uma sobrecarga desse sistema. Durante a coleta de dados, as mães indagaram a respeito das mamadas, afirmando possuir “leite fraco” e este não era suficiente para as crianças, uma vez que fica evidenciado o chamado efeito cultural sobre o AM.

O gráfico 2 representa as variáveis encontradas como parte da dificuldade de implementar o AM até os seis meses de idade.

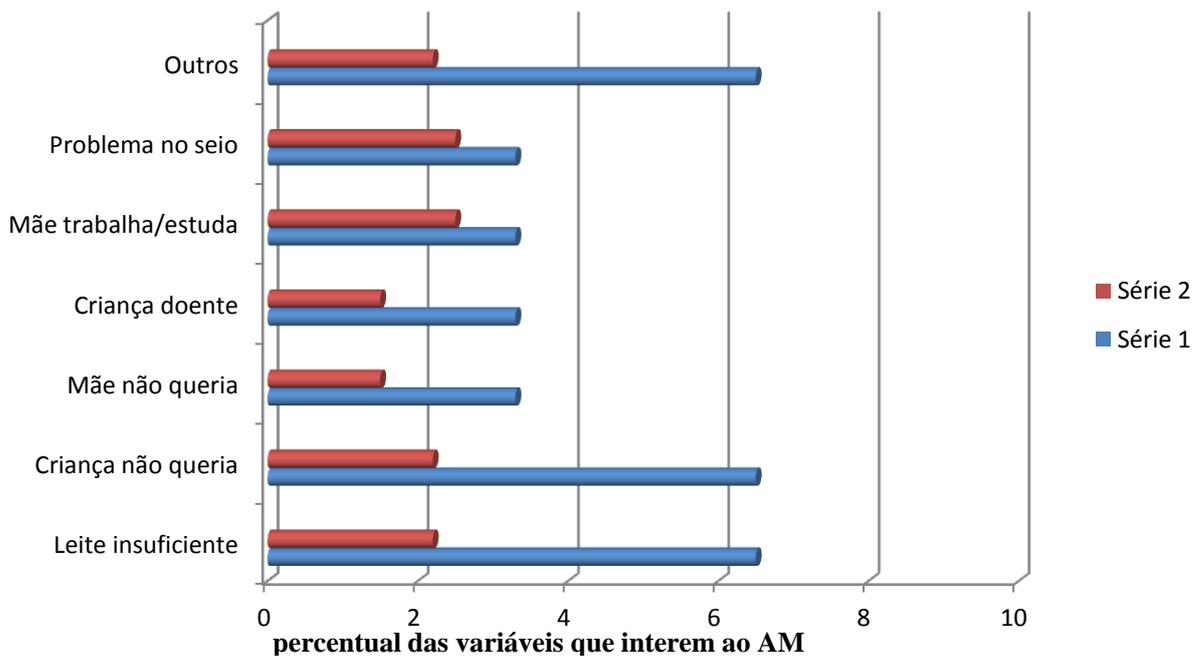


Gráfico 3 – Fatores que interferiram o AM ideal até seis meses de idade. Picos, 2013

A série 1 é igual ao percentual e a 2 a frequência da população. Dentre os fatores que contribuíram para um regresso no tempo do AM em tempo ideal à criança, todas as variáveis tiveram fator significativo para isso. A tabela abaixo mostra a frequência dos resultados.

Tabela 4 – Frequência das variáveis (gráfico 2). Picos, 2013.

Variáveis	%
Leite insuficiente	6,1
Criança não queria	6,1
Mãe não queria	3,0
Criança doente	3,0
Mãe trabalha/estuda	3,0
Problema no seio	3,0
Outros	6,1

Com 6 meses de nascimento, as crianças estão aptas para receberem a suplementação de sua alimentação. A tabela 5 mostra os alimentos usados pelas mães na nutrição da criança com 180 dias de nascimento.

Tabela 5 – Variáveis que suplementam o Aleitamento Materno com 180 dias. Picos, 2013.

Variáveis	f	%
Leite em pó	1	5,7
Mingau	21	63,9
Chá/água	23	69,7
Suco de fruta	17	51,5
Fruta	9	27,3
Papa salgada	14	42,4
Outros	7	21,2
Não respondeu	3	9,1

O Ministério da Saúde preconiza que aos 6 meses de idade (180 dias), a alimentação da criança seja suplementada com outros alimentos. A tabela a cima, mostra os alimentos encontrados como suplementos das crianças pesquisadas. O mingau possui um valor significativo, seguido do suco de fruta e da papa salgada, ambos com 63,9%, 51,5% e 42,4% respectivamente. Embora a variável “fruta” onde deveria segundo recomendações do ministério da saúde, ser a principal nutriz da criança, apresentou-se com valor abaixo, quando

comparado com as demais variáveis (27,3%). O chá/água possui frequência e percentil, 23 e 69,7% respectivamente.

6 DISCUSSÃO

As condições onde as crianças vivem determina para uma prevalência do aleitamento materno. Os dados socioeconômicos evidenciados após análise, trás um percentual, segundo o qual mostra a renda menor de dois salários mínimos e os anos de estudo sendo consideráveis insuficientes quando leva em partida ao tempo mínimo de formação (ensino médio com 12 anos), a média de anos de escolaridade foi igual a 10,19. Damião (2008) mostra através de sua análise que as maiores prevalências de AME e AM estão relacionados aos filhos de mulheres que possuem maior escolaridade, e que os resultados da análise multivariada indicam associação positiva de AME e AM com escolaridade materna (para 3º grau completo).

Os determinantes do aleitamento materno são importantes para analisar como a prática de amamentação está sendo realizada, e como esse método está sendo ofertado às crianças. O trabalho permite identificar os principais fatores que contribuem para uma prevalência da amamentação, e quais as variáveis dificultam esse procedimento.

De acordo com os dados analisados, ainda na maternidade, a maioria das crianças estava sendo amamentadas e de maneira satisfatória. No período pós-natal mediato, 88,1% de todas as crianças inclusas na população, estavam recebendo o leite materno, como única fonte de alimentação.

As intercorrências pós-parto e os partos cesarianos contribuíram para 11,9% das crianças, o que ocasiona em um retardamento ao aleitamento materno. Boccolini, et al (2011) em sua pesquisa intitulada “Amamentação na primeira hora de vida” evidenciou em seus achados que a prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida foi cerca de 50% menor entre os RN com intercorrências logo após o nascimento e que não foram levados para suas mães ainda na sala de parto e entre as mães submetidas ao parto cesariano.

Todas as crianças que possuíam idades aptas para a segunda etapa da coleta de dados, foram analisadas de acordo com percentual da prevalência do aleitamento materno. Com 120 dias de nascimento, a prevalência do AM foi de 91,4% e com 180 dias de 60,6%, mas isso se deve ao fato, que a população estudada com 4 meses de vida e 6 meses, que detinham idade para isso, era reduzida quando comparada ao período pós-natal mediato.

Chaves, et al (2007) na pesquisa realizada com mulheres assistidas na maternidade do Hospital Manoel Gonçalves de Souza Moreira, do município de Itaúna – MG, constatou que as mulheres que ofertavam o leite à suas crianças, no momento da alta hospital era de 98%, mas quando realizada a busca dessa predominância com 120 dias de nascimento, esse

percentual reduzia para 19,5%, sugerindo que cada vez mais a introdução de outros alimentos na nutrição do bebê é precoce.

Na segunda Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 2009 o total das crianças analisadas das capitais brasileiras, 67,7% mamaram na primeira hora de vida. Nesse âmbito, o PNDS (2009) constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses no conjunto das capitais brasileiras e DF, de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008, dados ainda poucos em relação ao período de amamentação logo após o nascimento, mas significativos, pois sugere que as ações voltadas para a amamentação estão sendo positivas.

A pesquisa também evidencia que existem dificuldades de implementar o AM até seis meses de vida. As crianças que não recebiam o AM, com 4 meses de idade foram iguais a 8 e percentil 22,9%, isso se deve ao fator de existirem outros meios que dificultam essa implementação.

Em uma pesquisa realizada no Município de Vitória da Conquista – BA, os autores acharam dados que justifiquem essa dificuldade. Foi possível verificar que 54% das mães introduziram objetos contrários à amamentação (bicos ou mamadeiras). Um dado importante a ser relatado, é que a maioria das mães que não introduziram bicos ou mamadeiras (75%) conseguiu praticar AME (Aleitamento Materno Exclusivo) até o sexto mês do bebê, e apenas 25% dos bebês que tiveram AME por seis ou mais meses, utilizaram bico antes do sexto mês de vida (OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2012).

Assim como mostra a tabela 3 e o gráfico 2, essas variáveis podem ser identificadas na segunda Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Constatou-se introdução precoce de água, chás e outros leites – com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças recebendo esses líquidos, respectivamente – já no primeiro mês de vida. Cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%) (PNDS, 2009).

O chamado “leite fraco” ou insuficiente é relatado pelas mães, e identificado como fator que predispõe a introdução de outros alimentos na nutrição do bebê. Decorridos 120 dias de nascimento, as mães relataram produzir leite insuficiente para as demandas das crianças, com um valor percentil de 2,9%. Esse valor aumenta quando comparado ao tempo de AM com seis meses de idade, gerando 6,1%.

Dessa forma, não causa admiração o achado de um estudo que avaliou a opinião de mulheres sobre a quantidade de leite materno e constatou que, embora 83% das mulheres considerassem produzir leite suficiente, terminaram por introduzir leite artificial antes do quarto mês. As que referiram produzir quantidade insuficiente introduziram-no ainda mais precocemente (BORGES, PHILIPPI, 2003). Para Ramos e Almeida (2003), a alegação de que

o 'leite é fraco' sinaliza um pedido de ajuda das mulheres frente às dificuldades que estão vivendo.

A tendência ao AM vem crescendo segundo pesquisas em diversas regiões do Brasil. Assim como mostra a segunda Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, CAMINHA, et al (2010) demonstra que a duração mediana do aleitamento total elevou-se de 89 dias (1991) para 106 dias (1997) e, finalmente, 183 dias (2006). O que demonstra que as ações voltadas à prática do aleitamento materno estão em processo contínuo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer o perfil socioeconômico da população reflete-nos como fator preponderante, pois a partir deste, podemos correlacionar o tempo do AM aos meios no qual contribuem para uma maior/menor adesão.

A partir da análise dos dados apresentados podemos constatar alguns fatos a respeito da prevalência do aleitamento materno ao nascer, com cento e vinte dias e cento e oitenta dias de vida. Como mostra em outras pesquisas, a prevalência do AM ao nascer tem percentual considerado satisfatório 88,1%. Essa adesão à alimentação com leite materno nos primeiros momentos de vida da criança vem sendo referenciada como uma maior orientação dos profissionais de saúde ainda no momento pré-natal.

No que concerne à pesquisa, pode-se inferir que permitiu evidenciar quais os outros alimentos foram encontrados como nutrição suplementada, e equiparar com os demais estudos. O desmame precoce ainda é relatado, como fica evidenciado em base nos dados. A orientação dos profissionais da saúde passa a ser uma ferramenta positiva quanto à prática do aleitamento materno. Ainda no pré-natal, considerações a respeito do leite materno como composição, tipos de leite, duração das mamadas e pega correta servem como apoio para podermos evidenciar maiores taxas de aleitamento materno até seis meses de idade. O apoio familiar e conjugal determina um maior incentivo às mães para alimentares seus bebês.

Existem estudos que correlacionam o tempo ideal do aleitamento materno com variáveis que dificultam o mesmo. O que precisa considerar é, que esses estudos estão concentrados em somente algumas regiões do Brasil, gerando dúvidas quanto à prática do aleitamento materno em outras regiões menores do país. Este estudo é favorável porque mostra o efetivo método do AM e seus principais determinantes em uma região do nordeste brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. L. et al. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. **Cad Saude Publica.**;v. 24, n. 6, p. 1355-67. DOI:10.1590/S0102-311X2008000600016. 2008

BALABAN, G., et al. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância? **Rev Bras Saude Matern Infant.**; v. 4, n.3, p. 263-8. DOI: 10.1590/S1519-38292004000300006. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética Em Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. 2ª ed. Brasília: MS; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Nutrição Infantil aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf>. Acesso em: 12 out. 2013.

BOCCOLINI, C. S., CARVALHO, M. L., OLIVEIRA M. I., PÉREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J Pediatr.**; v. 89, p. 131-6. 2013.

BOCCOLINI, C.S., et al. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. **Jornal de Pediatria**; v. 87, n. 5, 2011

BORGES, A.L.V.; PHILIPPI, S.T. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.11, n.3, p.287-92, 2003.

CASTRO, I. R. R, et al. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública**; v: 43, p1021 – 1029. 2009.

CASTILHO, S. D, BARROS FILHO, A. A. The history of infant nutrition. *J Pediatr*; v. 86, n. 3, p. 179-188. 2010.

CAMINHA, M. F. C. et al. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Rev Saúde Pública.**; v. 44, n. 2, p. 240-8. 2010

CHAVES, R. G. LAMOUNIER, J. A. CÉSAR, C. C. Factors associated with duration of breastfeeding. **J Pediatr.**; v. 83, n. 3, p. 241-246. 2007

CONDON, M., et al. Breast Is Best, but it Could be Better: What is in Breast Milk that should not be? **Pediatric Nursing.**, v. 31, n.4, p. 333-338. 2005

DAMIÃO, J. J. Influence of mothers' schooling and work on the practice of exclusive breastfeeding. **Rev Bras Epidemiol.** v. 11, n. 3, p. 442-452.

Delmelmair, et al. Long-term Consequences of Early Nutrition. *Early Human Development.* v. 82, n. 8, p. 567-574, 2006.

DUCAN, BB.; SCHMIDT M.I.; GIUGLIANI E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseada em evidências.** 3ª ed. Artmed; 2004.

EDMOND, K. M., KIRKWOOD, B. R., et al. Effect of early infant feeding practices on infection-specific neonatal mortality: an investigation of the causal links with observational data from rural Ghana. **Am J Clin Nutr.**; v. 86, p. 1126-31. 2007

ESCUDE, M. M. L., et al. Impact estimates of breastfeeding over infant mortality. **Rev Saúde Pública**; v. 37, n.3, p. 319-325. 2003

FEWTRELL, M. S. et al. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? **Am J Clin Nutr.**; v. 85, n. 2, p. 635S-8. 2007

FEACHEM, R. G, KOBLINSKY, M. A. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breastfeeding. *Bull World Health Organ.* v: 62, p. 271-291.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas. p. 175. 2010.

HEDIGER, M. L. et al.. Association between infant breastfeeding and overweight in young children, **JAMA**, v. 285, p. 2453-2460, 2001.

JACKSON, K., et al. Breastfeeding, the Immune Response, and Lon-term Health. **JOAOA**, v. 106, n.4, p. 203-207. 2006

LOCKE, R. O, PAUL D, DIMATTEO D. Breastfeeding continuation factors in a cohort of Delaware mothers. **Del Med J.** v. 78, p. 295-300, 2006.

MARTIN, R., GUNNELL, D., SMITH, G. Breastheeding in Infancy and Blood Pre. v. 29, p. 240-245. 2005

MONTEIRO, J. C. dos S., NAKANO, A. M. S, GOMES, F. A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. *Invest Educ Enferm.* v: 29, n. 2. P. 315 — 321.

ODDY, W. H. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro.; v. 89, n. 2, p.109–111. 2013

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: OPAS; 2001.

OLIVEIRA, C. N. T.; OLIVEIRA, M. V., prevalência de aleitamento Materno exclusivo e fatores associados ao desmame precoce no município de vitória da conquista-ba. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.5, n.1, p.160-174, jan./dez. 2012

QUIELEY, M. P., et al. How Protective is Breastfeeding Against Diarrheal Disease in Infants in 1990s England? A Care-control Study. **Arch Dis Child.** v. 91, p. 245-250. 2006

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J. Pediatr.**, v.79, n.5, p.385-90, 2003.

REA, M. F. A review of breast feeding in Brazil and how the country has reached ten months breast feeding duration. **Cad. Saúde Pública**. 2003

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, MARCELO. **Epidemiologia e saúde**. 7^a ed. Rio de Janeiro. MedBook; p. 708. 2013.

ROCHA, S. Os benefícios do leite materno. Ver. Facul. Ciências da Saúde, n. 7, p. 204-2016. 2010.

SILVEIRA, F. J., LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saude Publica**. v. 22, p. 69-77, 2006.

STRASSBURGER. et al. Nutritional errors in the first months of life and their association with asthma and atopy in preschool children. **J Pediatr.**; v. 86, n. 5, p. 391-399. 2010

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Rev Saúde Pública.**; v. 43, n. 1, p. 60-9. 2009

SCHACK-NIELSEN, L., et al. Breast Feeding and Futures Health. **Curr Opin Nutr Metab Care.**; v. 9, n. 3, p. 289-296. 2006.

TAYLOR, J., et al. A Systematic Review of the Literature Associating Breastfeeding with Type 2 Diabetes and Gestational Diabetes. *Journal of the American College of Nutrition*. v. 24, n.5, p. 320-326. 2005.

TAKUSHI, S.A.M. et al. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Rev. Nutr.**, v.21, n.5, p.491-502, 2008.

TEIXEIRA, M. A., NITSCHKE, R. G. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Texto contexto - enferm.** v.17, n.1, p. 183-191. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 Nov.;** Washington D.C., USA. 2007.

_____. UNICEF. **Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated, and expanded for integrated care.** Geneva: World Health Organization; 2009.

_____. **Report of an expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding.** Geneva: World Health Organization; 2001.

Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet.** 2003;362:65-71.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO 1*

NOME _____ DA _____
 CRIANÇA: _____
 Nº ORDEM (criança) ____ DN: ____/____/____ DATA DA
 COLETA: ____/____/____
 ENDEREÇO COMPLETO (com ponto de
 referência): _____

 RENDA FAMILIAR: _____ reais
 PESO AO NASCER: _____ gramas COMPRIMENTO AO NASCER:
 _____ cm
 PC AO NASCER: _____ cm PT AO NASCER: _____ cm PAB AO NASCER:
 _____ cm

DADOS A SEREM COLETADOS NA MATERNIDADE	
1) A senhora, responsável pela criança é: 1 Mãe biológica () 2 Mãe adotiva () 3 Outra: _____ ()	RESPONS
2) A mãe fez pré-natal na gravidez da criança? 1 Sim () 2 Não () 9 Não sabe ()	PN
3) SE FEZ PRÉ-NATAL, em que mês da gestação iniciou o pré-natal da criança? Mês: _____ 8 – Não fez PN () 9 – Não sabe ()	PNSIM
3.1) Quantas consultas fez? _____ Consultas 88 – Não fez PN () 99 – Não sabe ()	PNCONS
3.2) Quantas doses da vacina antitetânica recebeu no pré-natal da criança? (1) Já imunizada () (2) 1 dose () (3) 2 doses () (4) 3 doses e mais () (5) 1 dose reforço () (6) Nenhuma () (8) NSA (não fez pré-natal) () (9) Não sabe ()	PNVACIN
3.3. A Senhora recebeu orientação sobre sua alimentação durante a gestação da criança? 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	PNALIM
3.4. Recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal da criança? 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	PNALEIT
3.5 Fez exame de sangue? 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	PNSAN
3.6 Se SIM, para que: 1. Anemia: 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN () 9 Não sabe () 2. Sífilis (VDRL): 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN () 9 Não sabe () 3. Diabetes: 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN () 9 Não sabe () 4. HIV: 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN/Não fez exame () 9 Não sabe ()	PNANEMIA PNVDRL PNDIAB PNHIV
3.7 Fez exame de urina? 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	PNURINA
3.8 Mediu a pressão arterial? 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	PNPRES
3.9 Sua mama foi examinada? 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	PNMAMA
3.10 Foi receitado algum medicamento? 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	PNMEDC

3.11 Se SIM, para que: 1. Anemia: 1 Sim () 2 Não () 3 Não foi receitado () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	MEDANE
2. Sífilis: 1 Sim () 2 Não () 3 Não foi receitado () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	MEDSIF
3. Diabetes: 1 Sim () 2 Não () 3 Não foi receitado () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	MEDDIA
4. Pressão alta: 1 Sim () 2 Não () 3 Não foi receitado () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	MEDPRES
5. Vitamina: 1 Sim () 2 Não () 3 Não foi receitado () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	MEDVITA
6. Outro_____: 1 Sim () 2 Não () 3 Não foi receitado () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()	MEDOUT
4) Se NÃO FEZ PRÉ-NATAL, por que não fez? (Assinalar apenas 1 resposta) 1 Não teve problema de saúde () 2 Achou desnecessário () 3 Teve dificuldade de acesso ao posto () 4 Outro: _____ () 8 Fez PN () 9 Não sabe ()	PNNAO
5) Você ingeriu bebidas alcoólicas durante a gravidez? 1 Sim () 2 Não ()	BEBGRAV
6) Que tipo e frequência? Whisky/cachaça: 1 Nunca () 2 Raras vezes () 3 Finais de semana () 4 Frequentemente () 5 Diariamente () Vinho: 1 Nunca () 2 Raras vezes () 3 Finais de semana () 4 Frequentemente () 5 Diariamente () Cerveja: 1 Nunca () 2 Raras vezes () 3 Finais de semana () 4 Frequentemente () 5 Diariamente ()	BEBWISK BEBVIN BEBCERV
7) Você fumava antes de engravidar? 1 Sim () 2 Não ()	FUMOANT
8) Você fumou durante a gravidez? 1 Sim () 2 Não ()	FUMOGRAV
9) Quantos cigarros você fumou por dia? _____ 88 – Não fumou ()	NUMCIGA
10) Você usou algum tipo de droga durante a gravidez? 1 Sim (), qual? _____ 2 Não ()	USODROG
11) Onde nasceu a criança? 1 Hospital/maternidade () 2 Em casa () 3 Outro: _____ ()	LOCNAS
12) Como foi o parto? 1 Normal () 2 Cesáreo () 3 Fórceps () 9 Não sabe () ()	PARTO
13) Quem fez o parto? 1 Médico () 2 Enfermeiro(a) () 3 Parteira () 4 Outro: _____ () 9 Não sabe ()	FEZPARTO
14) Quanto pesou a criança ao nascer? _____ (g) 9999 – Não sabe ()	PNAS
15) Houve algum problema com você durante o parto? 1 Sim (), qual? _____ 2 Não () 99 = Não sabe ()	PROBPARTOMAE
16) Houve algum problema com a criança durante o parto? 1 Sim (), qual? _____ 2 Não () 99 = Não sabe ()	PROBPARTOCÇA
17) Com quanto tempo de nascido você amamentou sua criança pela primeira vez? _____ minutos 9999 – Não mamou ()	TEMPO1AMAMEN
18) Por que nunca mamou? 01 Leite insuficiente () 02 Criança não queria () 03 Mãe não queria () 04 Criança doente () 05 Mãe doente () 06 Mãe trabalhava/estudava ()	DESMOU

07 Problema no seio () 08 Outro: _____ () 00 = Mamou () 99 = Não sabe ()	
19) A senhora teve algum problema na mama? 01 Mamilos planos ou invertidos () 02 Fissura mamilar () 03 Ingurgitamento dos seios () 04 Ductos obstruídos e mastite () 05 Mamilos dolorosos () 00 Nenhum ()	PROBMAMA
20) A senhora foi orientada sobre como tratar o problema na mama? 01 Sim, pela enfermeira () 02 Sim, pela técnica de enfermagem () 03 Sim, pelo médico () 04 Não () 00 Não teve problema ()	ORIENTMAMA
21) Sua criança usa/usou chupeta? 1 Sim () 2 Não ()	USOCHUP

* Adaptado (BOCCOLINI et al., 2011; CAMINHA et al., 2010)

APÊNDICE B - FORMULÁRIO 2*

NOME _____ DA _____
 CRIANÇA: _____
 Nº ORDEM (criança) ____ 1ª VISITA () 120 DIAS DE VIDA 2ª VISITA () 180 DIAS DE VIDA
 DN: ____/____/____ DATA DA COLETA: ____/____/____
 PESO: _____ gramas COMPRIMENTO: _____ cm PC: _____ cm PT: _____ cm
 PAB: _____ cm

DADOS A SEREM COLETADOS NO DOMICÍLIO	
21) A criança mama? 1 Sim () 2 Não () 9 Não sabe () Se MAMA, passe para a questão 27 e assinale 8/88 nas questões de 22 a 26.	MAMA
22) A criança mamou? 1 Sim () 2 Não (nunca mamou) () 8 Ainda mama () 9 Não sabe ()	MAMOU
23) Até que idade a criança mamou? _____ dias 00 – Nunca mamou () 88 – NSA (Ainda mama) () 99 – Não sabe ()	IMD
24) Por que deixou de mamar? 01 Leite insuficiente () 02 Criança não queria () 03 Mãe não queria () 04 Criança doente () 05 Mãe doente () 06 Mãe trabalhava/estudava () 07 Problema no seio () 08 Outro: _____ () 00 = Nunca mamou () 88 – NSA (Ainda mama) () 99 = Não sabe ()	DESMAMA
25) Por que nunca mamou? 01 Leite insuficiente () 02 Criança não queria () 03 Mãe não queria () 04 Criança doente () 05 Mãe doente () 06 Mãe trabalhava/estudava () 07 Problema no seio () 08 Outro: _____ () 00 = Nunca mamou () 88 – NSA (Ainda mama) () 99 = Não sabe ()	DESMOU
26) Se NUNCA MAMOU que alimento (s) ofereceu a criança como substituto do Leite Materno? 1 Leite em pó modificado () 2 Leite em pó integral () 3 Leite de vaca não pasteurizado (natural) () 4 Leite de vaca pasteurizado (saco ou caixa) () 5 Leite de cabra () 6 Mingau () 7 Outro: _____ () 0 Mamou () 8 NSA (Ainda mama) () 9 Não sabe ()	NSUBLM
27) ENQUANTO MAMA(VA) a criança recebe(u) outro tipo de alimento? 1 Sim () 2 Não () 8 NSA (Nunca mamou) () 9 Não sabe ()	OUTROALI
28) A criança ontem recebeu: (ler as alternativas para o entrevistado – pode marcar mais de uma alternativa) Leite do peito () Chá/água () Leite de vaca () Mingau () Suco de fruta () Fruta () Papa salgada () Outros _____ ()	OUTROALIONTEM
29) ENQUANTO MAMA (VA), com que idade começou a receber: 00 = nunca recebeu; 88 = NSA (nunca mamou); 99 = não sabe Água _____ Mês(es) _____ Dia(s) Chá _____ Mês(es) _____ Dia(s) Suco _____ Mês(es) _____ Dia(s) Outro leite _____ Mês(es) _____ Dia(s) Mingau _____ Mês(es) _____ Dia(s) Outro _____ Mês(es) _____ Dia(s)	MAGU _____ dias MCHA _____ dias MSUC _____ dias MLEIT _____ dias MMIN _____ dias MOUT _____ dias
30) A criança tem cartão da criança? 1 Sim, visto () 2 Sim, não visto () 3 Não, mas já teve () 4 Não/ Nunca teve () 9 Não sabe ()	CARTPESO

OBSERVAR NO CARTÃO DA CRIANÇA - NOS ÚLTIMOS 3 MESES 31) A criança foi pesada? 1 Sim () 2 Sim, não registrado () 3 Sim, apenas informado () 4 Não () 8 NSA (Não tem cartão) () 9 Não Sabe ()	FOIPESA
32) No cartão tem registro do desenvolvimento? 1 Sim () 2 Não () 3 Cartão não visto () 8 NSA (Não tem cartão) ()	RDESENV
33) A criança tem cartão de vacina? 1 Sim, visto () 2 Sim, não visto () 3 Não, já teve () 4 Nunca teve () 9 Não sabe ()	CRTVACIN
34) OBSERVAR NO CARTÃO E ANOTAR AS DOSES DE VACINAS RECEBIDAS 00 = Nenhuma; 08 = NSA (não tem cartão / cartão não visto) BCG _____ HEPATITE B/ HB _____ SABIN/ PÓLIO/ VIP _____ PENTA (DTP + HIB + HEP-B) _____ ROTAVÍRUS _____ PNEUMO 10 _____ MENINGO _____	BCG HEP SAB PENTA RTV PNEUMO MENINGO
35) A criança está com diarreia HOJE? 1 Sim. () Quantas evacuações? _____ 2 Não () (<i>assinalar 88 em evacuações</i>) 9 Não sabe ()	DIAHOJE EVACUA
36) Teve diarreia nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS? 1 Sim. () Quantos dias? _____ 2 Não () 9 Não sabe ()	DIASEM QTDIA
37) A criança teve tosse na última semana? 1 Sim. () 2 Não () 9 Não sabe ()	TOSSE
38) SE TEVE TOSSE, Tinha febre? 1 Sim () 2 Não () 8 Não teve tosse () 9 Não sabe ()	FEBRE
39) Tinha cansaço? 1 Sim () 2 Não () 8 Não teve tosse () 9 Não sabe ()	CANSAÇO
40) Tinha nariz entupido? 1 Sim () 2 Não () 8 Não teve tosse () 9 Não sabe ()	NARIZENT
41) Foi levado para consulta? 1 Sim () 2 Não () 8 Não teve tosse () 9 Não sabe ()	FEZCONSU
42) Foi internada nos ÚLTIMOS TRÊS MESES? 1 Sim () 2 Não () 9 Não sabe ()	INTERNA
43) SE FOI INTERNADA: por qual (is) doença (s) e quantas vezes (NOS ÚLTIMOS 03 MESES)? (Pode assinalar mais de uma resposta) 88 = NSA (não foi internada); 99 = não sabe Pneumonia ____ vezes () Asma ____ vezes () Diarreia ____ vezes () Desnutrição ____ vezes () Outra: _____ vezes ()	PNEUMO ASMA DIARREIA DESNUT OUTRA
44) Sua criança usa/usou chupeta? 1 Sim, todo o dia () 2 Sim, só para dormir () 3 Não ()	USOCHUP

* Adaptado (BOCCOLINI et al., 2011; CAMINHA et al., 2010)

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(para mães com 18 anos de idade ou mais)

Título do projeto: Aleitamento materno como estratégia de promoção da saúde da criança

Pesquisador responsável: Luisa Helena de Oliveira Lima

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Curso de Enfermagem / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99253737

Pesquisadores participantes: Mailson Fontes de Carvalho

Telefones para contato: (89) 99739955

A senhora está sendo convidada para participar, como voluntário, em uma pesquisa. A senhora precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que a senhora tiver.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a senhora não será penalizada de forma alguma.

Meu nome é Luisa Helena de Oliveira Lima, sou enfermeira e professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando, neste momento, uma pesquisa sobre os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses, cujos dados serão coletados por acadêmicos de enfermagem e nutrição.

Existem vários fatores que podem influenciar no aleitamento materno. Como exemplo posso citar o tempo que a senhora estudou na escola, o peso do bebê, o uso de chupeta pelo bebê, dentre outros. Neste estudo, pretendo identificar os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses.

Caso aceite, os acadêmicos irão preencher um formulário com o(a) senhor(a) para obter informações sobre a sua gravidez, o seu parto, a alimentação do seu filho e vai examinar seus seios. Além disso, a criança será pesada e serão medidos o comprimento, o tamanho da cabeça e a largura do peito e da barriga. Este exame físico não trará risco para a criança e o desconforto será o mínimo possível. O estudo trará como benefício um maior conhecimento dos os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças menores de 6 meses no município de Picos.

A senhora terá o direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Os dados serão apresentados em eventos científicos da área da Saúde, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Em qualquer etapa do estudo, a senhora terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se a senhora concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG

_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Tendência e determinantes do aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses, como sujeito e permito a participação do meu filho. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Tendência e determinantes do aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses. Eu discuti com o acadêmico _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação e do meu filho é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em Participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura:

Nome: _____

RG: _____ Assinatura:

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, _____ de _____ de 201__.

Pesquisador responsável

Observações complementares

Se a senhora tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella -
Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(para mães menores de 18 anos de idade)

Título do projeto: Aleitamento materno como estratégia de promoção da saúde da criança

Pesquisador responsável: Luisa Helena de Oliveira Lima

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Curso de Enfermagem / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99253737

Pesquisadores participantes: Mailson Fontes de Carvalho

Telefones para contato: (89) 99739955

A filha da senhora e seu(sua) neto(a) estão sendo convidados para participar, como voluntário, em uma pesquisa. O(a) senhor(a) precisa decidir se quer que eles(as) participem ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tiver.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que sua filha e seu(sua) neto(a) façam parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) senhor(a), sua filha e seu(sua) neto(a) não serão penalizados(as) de forma alguma.

Meu nome é Luisa Helena de Oliveira Lima, sou enfermeira e professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando, neste momento, uma pesquisa sobre os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses, cujos dados serão coletados por acadêmicos de enfermagem e nutrição.

Existem vários fatores que podem influenciar no aleitamento materno. Como exemplo posso citar o tempo que a mãe estudou na escola, o peso do bebê, o uso de chupeta pelo bebê, dentre outros. Neste estudo, pretendo identificar os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses.

Caso aceite, os acadêmicos irão preencher um formulário com sua filha para obter informações sobre a gravidez dela, o parto dela, a alimentação do(a) seu(sua) neto(a) e vai examinar os seios da sua filha. Além disso, a criança será pesada e serão medidos o comprimento, o tamanho da cabeça e a largura do peito e da barriga. Este exame físico não trará risco para a criança e o desconforto será o mínimo possível. O estudo trará como

benefício um maior conhecimento dos os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças menores de 6 meses no município de Picos.

A senhora terá o direito de desligar sua filha e seu(sua) neto(a) da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Os dados serão apresentados em eventos científicos da área da Saúde, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Em qualquer etapa do estudo, a senhora terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se a senhora concordar que sua filha e seu(sua) neto(a) participem do estudo, os nomes e identidades serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____,

RG

_____, abaixo assinado, concordo que minha sua filha e meu(minha) neto(a) participem do estudo Tendência e determinantes do aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses, como sujeitos. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Tendência e determinantes do aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses. Eu discuti com o acadêmico _____ sobre a minha decisão em permitir a participação da minha filha e meu(minha) neto(a) nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a participação da minha filha e meu(minha) neto(a) é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local

e

data

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____

_____Assinatura:

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador responsável

Observações complementares

Se a senhora tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella -
Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep