

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

Alanna Chagas Assis Costa

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
NO MUNICÍPIO DE PESQUEIRA- PE

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PE
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
NO MUNICÍPIO DE PESQUEIRA- PE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Nutrição, da Universidade
Federal de Pernambuco, Campus
Vitória de Santo Antão, como
requisito para conclusão do Curso de
Bacharel em Nutrição.

Estudante: Alanna Chagas Assis
Costa
Orientadora: Juliana Souza Oliveira

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PE
2011

“Amamentar... Ato de suprema entrega... ternura... ardor... Inconsciente integração do inexplicável, que se traduz na similaridade do Divino Amor.”

(Alice Capel)



AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças e iluminando meu caminho para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida;

Aos meus pais, que antes mesmo que eu chegasse até aqui eles acreditaram em mim, me deram força e condições para que eu conseguisse. Ao meu pai que me levava à Vitória tantas e tantas vezes durante esses quatro anos. A minha mãe, por ser tão dedicada e amiga, por ser a pessoa que mais me apóia e acredita na minha capacidade, meu agradecimento pelas horas em que ficou ao meu lado não me deixando desistir e me mostrando que sou capaz de chegar onde desejo. Vou precisar sempre de ti... Não importa a idade que eu tenha... A minha mãe me faz sorrir... Limpa as minhas lágrimas... Abraça-me forte... Observa o meu sucesso... Me vê cair... Coloca-me de pé... Faz-me caminhar com segurança e as vezes me põe doida!!! Minha mãe é a promessa vinda de Deus, de que nunca estarei sozinha.

A minha família, tias, tios, avós, primos e primas. Que não mediram esforços sempre que precisei, obrigada por estar sempre torcendo e rezando para que meus objetivos sejam alcançados. Cada um de vocês são uma luz na minha vida.

Ao meu irmão por aguentar todos os meus ataques de estresse dos fins de semana em casa e mesmo assim pesquisar artigos pra mim.

A meu namorado, que suportou todo meu estresse e a divisão do tempo com a ciência da nutrição, pelas tantas idas e vindas na secretaria de saúde, por estar sempre ao dispor para tudo o que precisei. E por ser a minha felicidade com seu humor e sorriso em meus momentos ruins.

Às minhas amigas, todas que conquistei ao longo do curso, especialmente a Mariana Marinho e Loene Hipólito que estiveram sempre comigo dia e noite durante quatro anos. Sem vocês não teria sido tão perfeito.

À minha orientadora Juliana Souza Oliveira, pelo ensinamento, pela sua orientação competente, sua capacidade de resolução, por seu compromisso e dedicação dispensados no auxílio à concretização dessa monografia.

As meninas contribuíram bastante com a coleta de dados, pelas andanças debaixo de sol subindo e descendo ladeira e por toda dedicação.

Às mães e crianças de Pesqueira que com muita paciência contribuíram com esse trabalho. Por fim a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado meu eterno AGRADECIMENTO.

RESUMO

O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. A Organização Mundial de Saúde, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o Ministério da Saúde preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, no entanto, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em Pernambuco e no Brasil ainda está abaixo do preconizado. Diante desse quadro, o presente estudo objetivou identificar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e possíveis fatores associados no município de Pesqueira, PE. O estudo foi realizado com 100 mães de crianças de 0 a 6 meses de idade, residentes nos bairros selecionados. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas, através de visitas domiciliares, aplicando-se questionários semiestruturados sobre o aleitamento materno exclusivo e variáveis interferentes nesta prática. Apesar da maioria das mães terem amamentado (96%) a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi baixa (44%) neste município, tendo uma mediana de aleitamento materno exclusivo de 30 dias. Após a análise bivariada, o peso ao nascer, a idade da criança e o uso de chupa mostraram associação significativa com a interrupção do aleitamento exclusivo e o ato de amamentar na primeira hora de vida mostrou significância marginal. Esse quadro impulsiona os profissionais de saúde a continuarem investindo na promoção da saúde da mãe e do bebê com mais vigor como intuito de manter ou mesmo ampliar a prevalência de aleitamento materno exclusivo no município estudado.

Palavras-chave: Amamentação, lactente, desmame precoce

ABSTRACT

Breastfeeding is the most isolated strategy that prevents child deaths, in addition to promoting physical, mental and emotional child and breastfeeding women. The World Health Organization, the United Nations Children's Fund and the Ministry of Health recommends exclusive breastfeeding until six months of age, however, the prevalence of exclusive breastfeeding in Pernambuco and Brazil is still below recommended levels. Against this background, this study aimed to identify the prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors in Pesqueira, PE. The study was conducted with 100 mothers of children aged 0 to 6 months of age, residents in selected neighborhoods. For data collection, interviews were conducted through home visits, applying semi-structured questionnaires about breastfeeding and interfering variables in this practice. Although most mothers have breastfed (96%) prevalence of exclusive breastfeeding was low (44%) in this city, with a median duration of exclusive breastfeeding for 30 days. After bivariate analysis, birth weight, child's age and the use of chuc significantly associated with cessation of exclusive breastfeeding and the act of breastfeeding in the first hours of life showed marginal significance. This situation drives health professionals to continue investing in the promotion of health of the mother and baby with more force as to maintain or even increase the prevalence of exclusive breastfeeding in the municipality.

Keywords: Breastfeeding, infant, early weaning

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 MARCO TEÓRICO	7
2. REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	9
2.2 CONTEXTO DO ESTUDO	17
3. JUSTIFICATIVA	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
4. OBJETIVOS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
4.1 OBJETIVO GERAL.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
5. HIPÓTESE	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
6. METODOLOGIA	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
6.1 CASUÍSTICA	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
6.2 DESENHO DO ESTUDO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
6.3 COLETA DE DADOS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
6.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
6.6 DEFINIÇÃO DA VARIÁVEL DEPENDENTE.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
6.7 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
6.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
6.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	24
7. RESULTADOS.....	25
8. DISCUSSÃO	29
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
10. REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE A.....	
APÊNDICE B.....	
ANEXO A	

1.INTRODUÇÃO

1.1 Marco teórico

É incontestável afirmar que o leite materno é o alimento mais adequado para o lactente. Da mesma forma, é inegável que a interrupção precoce da amamentação continua a ocorrer de maneira significativa. Nesse sentido, apesar das vantagens do aleitamento materno (AM) serem reconhecidas, especialmente do ponto de vista nutritivo e imunológico, um grande número de crianças acabam sendo desmamadas precocemente devido a problemas ligados ao processo de lactação (MONTRONEL; ARANTES, 2000).

Informações sobre a situação do aleitamento materno exclusivo (AME) em nosso país começaram a ser coletadas a partir da década de 80, quando pesquisas evidenciaram a importância dessa prática e da padronização das categorias e indicadores de AM (BRASIL, 2009a). Estudos nacionais revelaram um aumento substancial da duração mediana da amamentação no país, que passou de 2,5 em 1975 para 5,5 meses em 1989. Os resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, mostram que a tendência de aumento se mantém, estimando a duração mediana da amamentação por volta de sete meses; no entanto, a prevalência de AME em crianças menores de quatro meses de idade foi estimada em 40% (KITOKO et al., 2000).

A PNDS realizada em 2006 mostrou que 96% das crianças menores de 60 meses foram amamentadas alguma vez. Entre as mães entrevistadas, 43% relataram ter amamentado seus filhos na primeira hora após o parto. Entretanto, a prevalência de AME entre crianças de 0 a 3 meses foi baixa (45%), ainda que discretamente mais alta do que na PNDS 1996 (40%) e em relação à faixa etária de 4 a 6 meses, o aleitamento exclusivo caiu para 11% (BRASIL, 2009b). Em 2008, a II Pesquisa Nacional de Prevalência de AM mostrou que 67,7% das crianças iniciam a amamentação na primeira hora de vida. No que diz respeito ao AME nos menores de 4 meses, a prevalência foi de 51,2%, enquanto a mediana do AM completo foi de 11,2 meses (BRASIL, 2009a).

Com relação ao Nordeste, essa última pesquisa revelou que a prevalência da AME foi de 37,0% em menores de 6 meses (BRASIL, 2009a). Quanto ao Estado de Pernambuco de acordo com a III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição realizada em 2006 a prevalência de AME entre os menores de seis meses foi de 41,4%, sendo quase o dobro da encontrada em 1997 (23,9%) (PERNAMBUCO, 2006). Em 15 anos a duração mediana do aleitamento exclusivo em 1997 foi de 30 dias enquanto em 2006 foi de 29 dias (CAMINHA et al., 2010). Já para o município de Recife, os resultados da II Pesquisa Nacional de Prevalência de AM revelou uma prevalência de AME de 38,3% (Brasil, 2009a).

O desmame precoce tem uma importância política significativa, na medida em que estabelece uma relação direta com a morbimortalidade infantil. Isso faz com que haja preocupação por parte das autoridades governamentais que estabelecem e instituem programas com o propósito de diminuir os coeficientes de mortalidade infantil. Estima-se que a promoção da lactância materna poderia salvar um milhão de vidas, anualmente, nos países em desenvolvimento (MONTRONEL; ARANTES, 2000).

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de AM no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado, nesse contexto o profissional de saúde tem um papel fundamental na reversão desse quadro (BRASIL, 2009c).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Caracterização do problema

2.1.1. A mulher no contexto atual

A partir da década de 1970, intensificou-se a participação das mulheres na atividade econômica em um contexto de expansão da economia com acelerado processo de industrialização e urbanização. Nos anos 90, década caracterizada pela intensa abertura econômica, pelos baixos investimentos e pela terceirização da economia, continuou a tendência de crescente incorporação da mulher na força de trabalho (HOFFMANN; LEONE, 2004).

Ao longo das últimas três décadas, as transformações do papel da mulher na sociedade, as aspirações de novas realizações no trabalho, a vida reprodutiva, as facilidades tecnológicas de alimentação infantil a influência da mídia para o uso de mamadeiras (TRAWITZKI et al., 2005) e a diversidade de estímulos contextuais conflitaram com as determinações do papel de mãe que a sociedade lhe atribui, resultando na difícil situação da mulher em ter que conciliar suas atividades profissionais com as maternas. Nesse cenário, a amamentação assume uma das mais difíceis tarefas femininas para aquelas mulheres que desejam dar continuidade aos seus projetos de vida pessoal e conciliá-los aos atributos e responsabilidades de mãe (SILVA, 1997).

Essa condição se expressa mais significativamente nas situações de retorno ao trabalho e aos estudos, quando raramente as mulheres encontram condições adequadas, ou pelo menos favoráveis, para amamentar seus filhos durante a jornada de trabalho e nos períodos em que frequentam a escola. A mulher que deseja dar continuidade à amamentação com a volta ao trabalho ou aos estudos, o faz às custas de muito esforço (SILVA; UTIYAMA, 2003).

Segundo Borges e Philippi (2003), as mães descreveram que o uso de outros leites era importante para que elas pudessem voltar logo ao trabalho, para sair em busca de um emprego, para realizar todo o trabalho doméstico. Além disso, algumas mulheres formalmente empregadas relataram grande ansiedade em adaptar a criança a um outro tipo de alimento muito antes do término da licença-maternidade.

Para Goldenberg (1988), o aleitamento que, tradicionalmente, em diferentes contextos sociais, era considerado como sendo um fenômeno de natureza biológica, passa a ser redigido pelas leis de mercado. A ocorrência de uma ampla aceitação do leite em pó, principalmente em países subdesenvolvidos, se dá pela mágica propaganda de ser “substituto do leite materno” (BETTIOL et al., 1993).

Amamentar significa conhecimento, tempo, disponibilidade, boa alimentação, tranquilidade e outros requisitos, que via de regra, não estão disponíveis para a maioria das mulheres (BEMUDEZ, 1997).

2.1.2 Tipos de Aleitamento

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde preconizam o AME até os seis meses de idade e, depois dessa idade, que os lactentes recebam alimentos complementares, mas permaneçam com o leite materno até os dois anos ou mais (BRASIL, 2011a; OMS, 2011; UNICEF, 2011b).

Em 1991, a OMS (WHO, 1991) estabeleceu indicadores bem definidos de aleitamento materno, que têm sido utilizados no mundo inteiro, inclusive pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009c). As categorias de AM internacionalmente reconhecidas são:

- *Aleitamento materno exclusivo*: a criança recebe somente leite humano de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;
- *Aleitamento materno predominante*: a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. No entanto, a criança recebe água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas, solução de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos, e fluidos rituais (em quantidades limitadas).
- *Aleitamento materno*: a criança recebe leite humano (direto da mama ou ordenhado) independentemente de receber ou não outros alimentos;
- *Aleitamento materno complementado*: a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos;

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

2.1.3 Importância do aleitamento materno exclusivo e seus benefícios

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades (BRASIL, 2009c).

O leite materno é incontestavelmente o alimento ideal para a criança, nos seis primeiros meses de vida, por ser dotado de todas as vantagens nutricionais e imunológicas (UNICEF, 2011b). É a estratégia isolada que mais evita mortes infantis, além de favorecer a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta (BRASIL, 2009c). Evidências científicas têm incessantemente apontado os benefícios do AM para a saúde infantil, primordialmente do nascimento até 4 a 6 meses de idade (SENA; SILVA; PEREIRA, 2002).

São inúmeras as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade em geral (GIUGLIANE, 2000). Para as crianças concedem efeitos positivos na inteligência, proteção contra a desnutrição, obesidade, alergias, diarreia, infecções respiratórias, enterocolite necrotizante e septicemia (em prematuros), reduzindo assim a mortalidade infantil (VENANCIO; MONTEIRO, 1998; BRASIL, 2009c; MOIMAZ et al., 2011). Entre as vantagens da amamentação para a mãe são frequentemente relatadas a aceleração da perda de peso ganho na gravidez e da involução uterina pós-parto, a proteção contra anemia, decorrente da amenorréia puerperal mais prolongada, a menor incidência de câncer de mama e de ovário, entre outras. O aleitamento também traz benefícios para a família: é opção econômica e prática (PARADA et al., 2005).

Há evidências sugerindo que o AM apresenta benefícios em longo prazo. A OMS publicou importante revisão sobre evidências desse efeito (HORTA et al., 2007). Essa revisão concluiu que os indivíduos amamentados apresentaram pressões sistólica e diastólica mais baixas (-1,2mmHg e -0,5mmHg, respectivamente), níveis menores de colesterol total (-0,18mmol/L) e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo 2. Não só o indivíduo que é

amamentado adquire proteção contra diabetes, mas também a mulher que amamenta.

Stuebe et al., (2005) descreveram uma redução de 15% na incidência de diabetes tipo 2 para cada ano de lactação, atribuiu-se essa proteção a uma melhor homeostase da glicose em mulheres que amamentaram. A exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) é considerada um importante determinante do diabetes mellitus tipo I, podendo aumentar o risco de seu aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca (GERSTEIN, 1994).

A amamentação exerce também um efeito protetor contra o risco de doenças crônicas, como as autoimunes, celíaca, de Crohn, linfoma, entre outras (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1997). No que diz respeito ao crescimento, pesquisa com crianças em Belém, alimentadas exclusivamente com leite materno, observou que essas chegaram ao sexto mês de vida com médias de peso superiores ao percentil 50,0% do gráfico de crescimento do National Center for Health Statistics (NCHS) (MARQUES; LOPEZ; BRAGA, 2004).

Por ser da mesma espécie, o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses e continua sendo uma importante fonte de nutrientes até o segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas (BRASIL, 2009c).

2.1.4.Fatores associados ao desmame

O desmame precoce, se caracteriza pela introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida, incluindo águas, chás ou sucos, na alimentação da criança, diminuindo a ingestão do leite materno; e o processo de desmame, pela transição progressiva da alimentação com leite materno, para alimentação com a dieta da família (SIMONS, 2001).

As principais justificativas para o desmame precoce ou introdução de outros leites e alimentos são a deficiência orgânica da mãe, problema com o bebê, atribuição de responsabilidade à mãe, mudanças na estrutura familiar,

nível socioeconômico, grau de escolaridade, idade, trabalho materno, urbanização, condições de parto, incentivo do cônjuge e de parentes e a intenção da mãe de amamentar, demonstrando associação entre fatores maternos, do recém-nascido e o contexto em que se encontram (ICHISATO; SHIMO, 2002; ESCOBAR et al., 2002).

E ainda, a produção de leite materno pode diminuir quando a criança vai perdendo o apetite ao complementar a alimentação com água, chá ou leite artificial, a introdução de mamadeiras ou chupetas, o que pode proporcionar uma sucção incorreta do seio, as mamadas curtas e pouco frequentes, o que resulta em mamas cheias e ingurgitadas, como também a pouca ingestão de líquidos e alimentação incorreta da nutriz, a equipe de saúde despreparada no reconhecimento de sinais de pega ou posicionamento inadequado, podem ser apontados como fatores que levam ao desmame precoce (VAUCHER; DURMAN 2005).

Com relação à mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação, pode influenciar negativamente a amamentação. Observa-se que algumas crianças, depois de experimentarem a mamadeira, passam a apresentar dificuldade quando vão mamar ao peito. Alguns autores (NYQVIST; EWALD, 2006; LIMA; MELO, 2008; FRANÇA et al., 2008) denominam essa dificuldade de “confusão de bicos”, gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira. Nesses casos, é comum o bebê começar a mamar no peito, porém, após alguns segundos, largar a mama e chorar. Como o leite na mamadeira flui abundantemente desde a primeira sucção, a criança pode estranhar a demora de um fluxo maior de leite no peito no início da mamada, pois o reflexo de ejeção do leite leva aproximadamente um minuto para ser desencadeado e algumas crianças podem não tolerar essa espera (BRASIL, 2009c). O prazer emocional com relação ao impulso da sucção não é atingido, e a criança procura para isso, substitutos como dedo, chupeta e objetos para satisfazer-se (MOIMAZ et al., 2011).

O leite fraco é uma das elaborações sociais utilizadas para explicar o abandono da amamentação, fundamentada no movimento higienista do século XIX, o qual busca responsabilizar a mulher pela saúde do filho e culpá-la pelo desmame. Nessa perspectiva, mulheres de várias culturas verbalizam o leite

fraco como razão para o desmame. Do ponto de vista biológico, não existe leite fraco, sendo o leite materno o ideal para a criança menor de seis meses (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Um estudo sobre a composição do leite humano revelou que, mesmo mulheres com desnutrição e desidratação, são capazes de produzir leite, mesmo em volume menor, mas com qualidade excelente, onde se evidenciam maiores concentrações de lipídios, lactose e proteínas (VITOLLO 1994; OSM, 1994). O mais surpreendente segundo Vitolo (1994), Almeida e Gomes (1998) é que a produção de anticorpos específicos contra agentes enteropatogênicos é produzido em grande escala nas mulheres de baixa renda e com problemas ligados à desnutrição. Isso é confirmado por Souza (1995) quando diz que há alterações na composição do leite conforme a necessidade nutricional do recém nascido e lactente, sendo desnecessário, portanto, o uso de utensílios e ou alimentos artificiais para atender às exigências do seu processo de crescimento e desenvolvimento.

A amamentação, para a mulher, além de instintiva, requer, como qualquer outra atividade humana, um aprendizado sobre técnicas e o desenvolvimento do vínculo afetivo. Conforme o paradigma social vigente, a simbologia da maternidade materializa o amor, além de envolver desvelo, renúncias e sacrifícios, tendo-se por exemplos a dor por ocasião do parto e a que está ligada a problemas relacionados com a amamentação, não sendo aceitos como resignação (RODRIGUES; SILVA; RAFAEL, 2005).

Em consequência da criança não conseguir mamar, a mãe revela o sentimento de angustia, inibindo a ejeção láctea, podendo conduzir ao fracasso da amamentação. Quando são apresentadas dificuldades do tipo ingurgitamento mamário, fissuras, problemas com o mamilo e mastite nos primeiros dias, há também um risco maior para o desmame precoce (SANTOS; SOLER; AZOUBEL, 2005).

2.1.5.Prejuízos gerados pelo desmame precoce

A preocupação com os efeitos deletérios do desmame precoce representa uma unidade nas agendas de saúde coletiva do Brasil. Os modelos explicativos para a relação amamentação/desmame multiplicam-se e sinalizam para o embate entre saúde e doença, evidenciando os

condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que transformaram a amamentação em um ato regulável pela sociedade (ALMEIDA; GOMES, 1998).

A amamentação muitas vezes deve ser aprendida para ser prolongada com êxito, considerando-se que a maioria das nutrizes precisa de esforço e apoio constantes. Nesse sentido, as mulheres, ao se depararem pela primeira vez com o aleitamento materno, requerem que lhes sejam apresentados modelos ou guias práticos de como devem conduzir-se nesse processo, que na maioria das vezes tem como primeira referência o meio familiar, as amigas e vizinhança nos quais estão inseridas (MACHADO et al., 2004).

A prática do AM no Brasil está longe do cumprimento da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a). No Brasil, foi verificado que mesmo que a maioria (por volta de 92%) das mulheres inicie a amamentação natural de seus filhos, mais da metade das crianças já não se encontram em amamentação exclusiva no primeiro mês de vida (BRASIL, 2009c).

A espécie humana é a única entre os mamíferos em que a amamentação, além de ser biologicamente determinada, é condicionada por fatores socioculturais. Em função disso, o AM deixou de ser uma prática universal, gerando muitas vezes divergência entre a expectativa biológica da espécie e a cultura. Algumas consequências dessa divergência já puderam ser observadas, como desnutrição e alta mortalidade infantil (MARQUES; LOPES, 2008).

Percebe-se, em nosso cotidiano, que crianças desmamadas precocemente apresentam maior índice de internação hospitalar por infecções respiratórias, gastrointestinais e não comumente a alergia ao leite de vaca, incluindo, ainda, sensibilização a outros alimentos (soja, milho, feijão, tomate, laranja, ovo, etc.) (ICHISATO; SHIMO, 2002).

2.1.6. Políticas e ações de apoio ao aleitamento

Incorporando os preceitos da OMS (OMS, 2011) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011b), o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) lançou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, definindo cinco ações básicas: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; imunizações; controle de doenças diarreicas e terapia de reidratação oral;

controle de doenças respiratórias agudas e AM e orientação alimentar para o desmame. Além de constituir-se em uma ação específica, a promoção do AM foi fortemente valorizada nas demais ações desse programa e também no contemporâneo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Desse modo, o incentivo ao AM ganhou capilaridade e consistência nos serviços públicos e privados (ALVES et al., 2008).

A OMS e a UNICEF (OMS, 2011; UNICEF, 2011b) direcionaram esforços para a instituição de uma política de incentivo à amamentação. Nesse contexto, insere-se a publicação do texto “Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel dos serviços de saúde”, que apresenta os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, e, posteriormente, o lançamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC. A IHAC propõe rotinas hospitalares facilitadoras do aleitamento materno: ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço (passo 1); treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma (passo 2); orientação e apoio às gestantes (passo 3); início da amamentação na primeira meia hora após o nascimento do bebê (passo 4); e às mães no puerpério imediato (passo 5); não utilização de suplementos, como soro glicosado e leites artificiais (passo 6); alojamento conjunto (passo 7); amamentação sob livre demanda (passo 8); não utilização de bicos artificiais ou chupetas (passo 9) e o encaminhamento das mães a grupos de apoio ao aleitamento após a alta hospitalar (passo 10) (VENANCIO, 2003).

Os esforços de diversos órgãos nacionais e internacionais vêm incentivando o aumento da prática de AM no país. No Brasil, a Política Nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno contempla as seguintes estratégias: rede amamenta Brasil, rede brasileira de bancos de leite humano, iniciativa hospital amigo da criança, proteção legal ao aleitamento materno, mobilização social e monitoramento dos indicadores de aleitamento materno. Todas essas estratégias têm como objetivo geral apoiar, proteger e promover o AM (BRASIL, 2010).

Embora a amamentação continue sendo considerada a melhor maneira de alimentar o lactente, atingir os índices desejáveis de aleitamento materno, em duração e qualidade de amamentação, continua sendo um grande desafio

para governos e profissionais. Acrescenta que, embora muitos tenham sido os investimentos no seu incentivo e na sua promoção, ainda não há suporte necessário à mulher para enfrentar a experiência de amamentar além dos ambientes hospitalares (SILVA; UTIYAMA, 2003).

2.2.Contexto do Estudo

A fundação da Cidade data do ano de 1800, quando o Capitão-Mor Manuel José de Siqueira herdou as terras de Antônio dos Santos Coelho, um português primo de Duarte Coelho, primeiro donatário de Capitania de Pernambuco, no Brasil colonial. Nessa época, o local era basicamente uma aldeia de índios Xukurus, que viviam a beira de um poço. Aos poucos, o lugarejo, então chamado fazenda do Poço Pesqueiro, começou a ter importância e logo recebeu o título de sede do município de Cimbres. Somente em 1880, o lugar foi elevado à categoria de cidade, já com o nome de Pesqueira.

Pesqueira dispõe de infraestrutura, que inclui hotéis, pousadas, bares, restaurantes e movimentado calendário de eventos, sua feira funciona nas Quartas e Sábados. Além de privilegiada localização, Pesqueira conta com o Santuário da Graça, local de adoração e fé, e tem como padroeira Santa Àgueda.

Entre seus diversos atrativos, destacam-se o casario colonial e, na Vila de Cimbres, o prédio do Senado da Câmara (1872), O Seminário São José (1947), o Museu de Arte Sacra (1970), O Colégio Santa Dorotéia, (1919), Convento dos Franciscanos (1908), Chalé da Peixe (1924) e a Capela Episcopal Nossa Senhora dos Homens (1902), Serra do Gavião com 755 metros de altura, no passado serviu de esconderijo para cangaceiros, Serra do Ororubá ocupada por 24 aldeias de índios Xucurus, tem lagos, açudes, cachoeiras e uma rampa de vôo livre, utilizada em campeonatos de asa delta, Cachoeira do Vale das Cascatas com uma queda de aproximadamente seis metros de altura, Trilhas da Serra de Minas com visual de plantas nativas, lagos, banho de bica e piscinas naturais. Trilha do Gavião com percurso de 15 km até chegar ao topo da montanha, antes habitado pelos índios Pataxós. A data de comemoração da elevação à cidade é 20 de Abril.

Está localizada no agreste, microrregião do Vale do Ipojuca e fica a 216 km do Recife, numa região intermediária entre a zona da mata e o sertão. Possui uma área de 961Km², Mês chuvosos de Abril e Maio, conta com uma população de 64.751 habitantes e 44.586 eleitores(TRE 2006)(PESQUEIRA, 2011).

Em relação a saúde do município e de acordo com o Datasus 2010/2011 a proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) foi de 67,29% o percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica 55,68%, a cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano é de 104,17% a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal foi de 37,58% número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de um ano de idade foi de 16 em 2010, a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados foi de 85,19% em 2010(BRASIL, 2011c).

3. JUSTIFICATIVA

Até o momento, não se conhece estudos sobre o tema, no município de Pesqueira, diante desse quadro, e tendo em vista os conhecidos benefícios da amamentação, justifica-se a necessidade de avaliar a situação do AME exclusivo com a finalidade de obter subsídios que auxiliem os serviços de saúde na tarefa de promoção e apoio a esta prática.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Investigar a prevalência do AME no município de Pesqueira-PE

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população de estudo quanto a fatores socioeconômicos, demográficos e de assistência à saúde do binômio mãe/filho.
 - Determinar a frequência e duração do AME;
 - Verificar possíveis fatores relacionados ao desmame precoce.
-

5. HIPÓTESE

A prevalência do AME em crianças menores de seis meses no município de Pesqueira/PE encontra-se baixo do preconizado pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde.

6. METODOLOGIA

6.1 Casuística

O estudo foi realizado com 100 mães de menores de seis meses pertencentes a nove bairros da área urbana do município de Pesqueira, as quais foram escolhidas de forma aleatória.

6.2 Desenho do Estudo

Estudo do tipo transversal para avaliar a prevalência do AME exclusivo na área urbana de Pesqueira. Também, denominado de estudo seccional ou de corte-transversal, é o estudo que produz “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, e daí produzindo indicadores globais da saúde do grupo investigado (ROUQUAYROL; FOLHO, 2003).

6.3 Coleta de dados

Anteriormente a coleta de dados, foi realizado um estudo piloto com 10 mães de menores de seis meses para testar o questionário utilizado e logística da pesquisa.

Os bairros foram escolhidos a partir de sorteio realizados junto as entrevistadoras.

A coleta de dados foi realizada no período de julho (após aprovação do comitê de ética) a agosto de 2011 e a análise dos dados nos meses de setembro e outubro de 2011.

6.4 Critérios de Inclusão

Foram incluídas no estudo mães de crianças de 0 a 6 meses de idade residentes nos bairros selecionados.

6.5 Critérios de Exclusão

Mães com crianças maiores de 6 meses de idade, mães com crianças adotivas ou de gestação gemelar e aquelas portadoras de necessidades especiais ou com doenças neurológicas.

6.6 Definição da Variável Dependente

Aleitamento materno exclusivo - uso do leite materno diretamente da mama ou extraído, sem a utilização de nenhum outro líquido, como: água, chá, suco ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais ou medicamentos (WHO, 1992).

6.7 Operacionalização do estudo

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas, através de visitas domiciliares, aplicando-se questionários semi-estruturados (APÊNDICE A) com as mães dos menores de 6 meses sobre o AME e variáveis interferentes nesta prática.

As variáveis incluídas no presente estudo foram referidas às características sociodemográficas (anos de estudo, capacidade de leitura, número de filhos, coabitação com o pai da criança e posse de bens de consumo, como televisor e geladeira), ao pré-natal (realização, período de início, número de consultas), às características biológicas das crianças (peso ao nascer, sexo e idade), às orientações recebidas sobre aleitamento materno, às causas de desmame e ao início da introdução de outros alimentos na dieta da criança.

Também foram realizadas experiências práticas sobre o preenchimento do questionário. O acesso ao domicílio foi realizado com o consentimento da mulher. Ao final do trabalho de campo, os questionários foram enviados ao núcleo de Nutrição/CAV/UFPE para uma segunda revisão por parte da equipe técnica.

6.8 Processamento e Análise de Dados

O pacote estatístico Epi Info, versão 6,04 (DEAN et al., 1994) foi utilizado para realizar a dupla entrada e análise de dados. Quanto à análise, preliminarmente foi verificada a distribuição da frequência das variáveis. O teste do qui-quadrado foi empregado para verificar a significância estatística entre variáveis categóricas com correção de *Yates* para as variáveis binárias. Para todas as análises, foi considerado o nível de significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$) e significância marginal $p \leq 0,10$. Os dados foram apresentados em forma de tabela e gráficos.

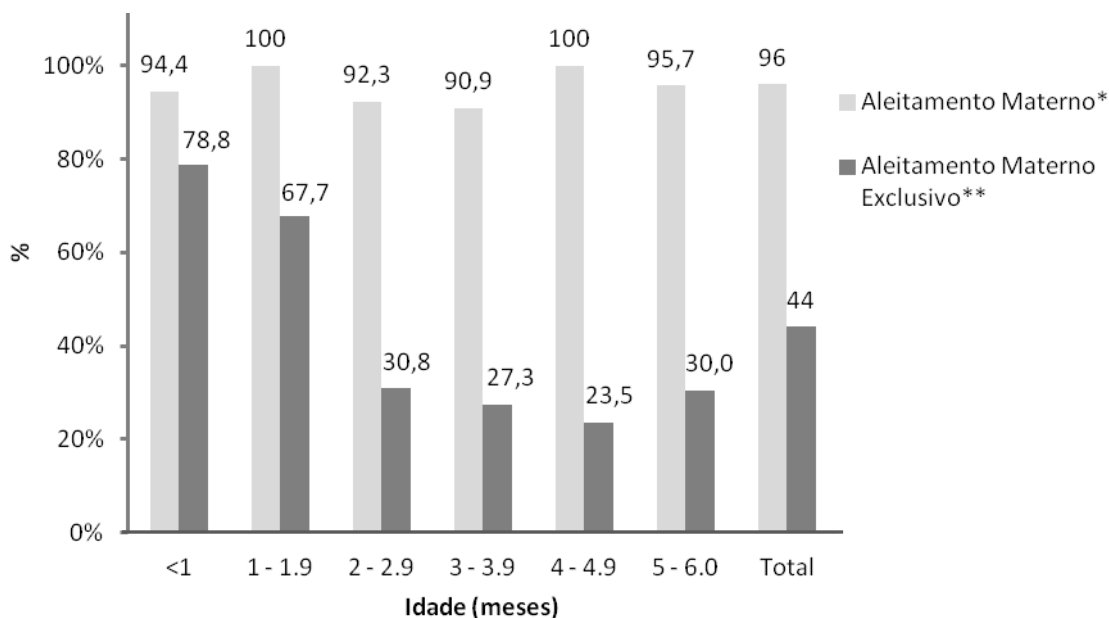
6.9 Considerações Éticas

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal de Pernambuco em atendimento às normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos - Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sob o processo CAAE - 0463.0.172.000-10 (ANEXO A). Ao chegar ao domicílio, antes da aplicação do questionário, o entrevistador explicou ao entrevistado os objetivos da pesquisa. Prestaram-se esclarecimentos sobre a confidencialidade dos dados. O termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) foi assinado após a concordância da entrevistada em responder as questões.

7. RESULTADOS

Dentre as crianças estudadas quase todas foram amamentadas, porém a prevalência de AME foi de 44%. A mediana do AME foi de 30 dias. Verifica-se que as crianças menores de um mês de idade têm um maior percentual de AME o qual se reduz com o avançar da idade (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Prevalência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo de acordo com a faixa etária, Pesqueira/PE-2011



*p > 0,05

**p = 0,0002

De acordo com os dados apresentados na tabela 1, percebe-se predomínio do sexo feminino, grande parte das crianças nasceram com peso superior a 2500 g, a maioria das mães possuem menos de oito anos de estudo, tinham mais de dois filhos, a maioria das famílias recebiam uma renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, quase todas realizaram o pré-natal e receberam orientação quanto ao aleitamento materno.

Tabela 1 - Características selecionadas das famílias dos menores de seis meses, Pesqueira/PE-2011.

Variáveis	Total	
	N 100	%
Sexo		
Masculino	37	37
Feminino	63	63
Idade (em meses)		
< 1	18	18
1 - 1.9	18	18
2 - 2.9	13	13
3 - 3.9	11	11
4 - 4.9	17	17
5 - 6.0	23	23
Peso ao nascer (g)		
< 2500	16	16
≥ 2500	84	84
Escolaridade materna		
≤ 8 anos de estudo	62	62
>8 anos de estudo	38	38
Numero de filhos vivos		
Até 1 filho	45	45
> 2 filhos	55	55
Vive com o pai da criança		
Sim	84	16
Não	16	16
Quantas pessoas moram na casa		
< 3	44	44
3 a 5	42	42
Mais que 5	14	14
Mãe trabalha		
Sim	21	21
Não	79	79
Renda per capita SM*		
< ¼ SM	55	55
¼ a ½ SM	35	35
≥ ½ SM	10	10
Realização pré-natal		
Sim	94	94
Não	6	6
Orientação sobre amamentação no PN**		
Sim	73	73
Não	27	27
Mamou na 1ª hora de vida		
Sim	46	46
Não	54	54
Uso de chupeta		
Sim	47	47
Não	53	53
Uso de chucha		
Sim	50	50
Não	50	50

*Salário Mínimo (R\$ 545,00)

** Pré-Natal

A partir da tabela 2, verifica-se que as crianças que nasceram com baixo peso e faziam uso de chupa, 81,2% e 80,0% respectivamente, não estavam sendo amamentadas exclusivamente ao peito, estando estatisticamente associadas. Das crianças amamentadas na primeira hora de vida, mais da metade (54,3%) continuavam sendo aleitadas exclusivamente ao peito, com associação marginal ($p < 0,10$). As demais características biológicas das crianças não apresentaram associação com AME. Com relação às características maternas, uma menor prevalência de AME naquelas que tinham mais de oito anos de estudo e trabalhavam (39,5% e 28,6% respectivamente), entretanto sem associação estatística. Percebe-se que a renda per capita, número de filhos vivos, a realização do pré-natal, orientação sobre o AM no pré-natal e uso de chupeta não estiveram associadas estatisticamente ao AME.

Tabela 2 - Aleitamento Materno Exclusivo de menores de seis meses, segundo características das crianças e das mães, Pesqueira/PE-2011

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo				p
	Sim		Não		
	N	%	n	%	
Sexo					
Masculino	15	40,5	22	59,5	0,74
Feminino	29	46,0	34	54	
Peso ao nascer(g)					
< 2500	3	18,8	13	81,2	0,05
≥ 2500	41	48,8	43	51,2	
Escolaridade materna					
≤ 8 anos de estudo	29	48,8	33	53,2	0,61
>8 anos de estudo	15	39,5	23	60,5	
Mãe trabalha					
Sim	6	28,6	15	71,4	0,17
Não	38	48,1	41	51,9	
Renda Per Capita(SM*)					
< ¼ SM	25	45,4	30	54,5	0,81
¼ a ½ SM	14	40,0	21	60,0	
≥ ½ SM	5	50,0	5	50	
Numero de filhos vivos					
Até 1 filho	19	42,2	26	57,8	0,60
≥ 2 filhos	25	45,5	30	54,5	
Realização pré-natal					
Sim	41	43,6	53	56,4	0,90
Não	3	50	3	50	
Orientação sobre amamentação no PN**					
Sim	35	47,9	38	52,1	0,28
Não	9	33,3	18	66,7	

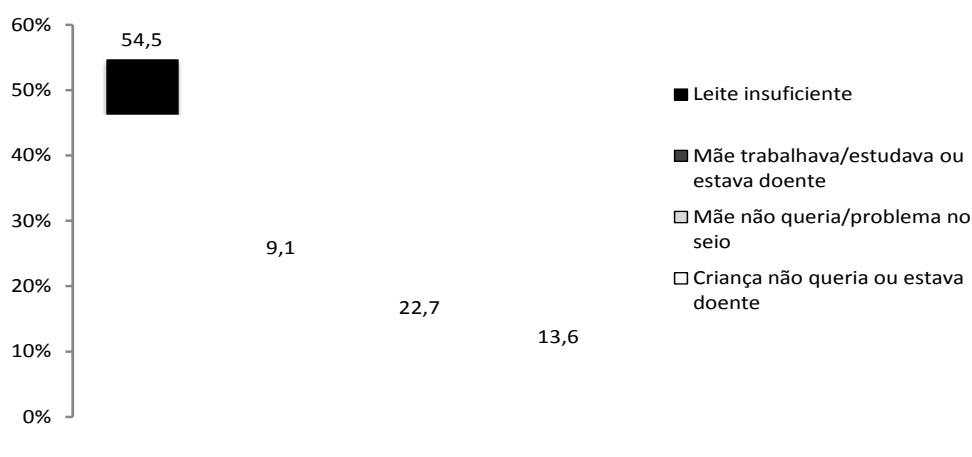
Mamou na 1ª hora de vida					
Sim	25	54,3	21	45,7	0,08
Não	19	35,2	34	64,8	
Uso de chupeta					
Sim	17	36,2	15	63,8	0,19
Não	27	50,9	41	49,1	
Uso de chucha					
Sim	10	20	40	80	<0,001
Não	34	68	16	32	

*Salário Mínimo (R\$ 545,00)

** Pré-Natal

O gráfico 2 refere-se as causas do desmame precoce, segundo relato das lactantes. A maioria das mães alegou leite insuficiente como a principal causa , outra parte afirmou que deixou de amamentar porque tinha que trabalhar, estudar ou estava doente, algumas mães relataram que não queriam amamentar ou apresentaram problemas no seio e uma menor parte referiu que a criança não quis amamentar ou estava doente.

Gráfico 2 - Causas do desmame precoce de crianças menores de seis meses, Pesqueira/PE-2011



8. DISCUSSÃO

A análise da prevalência do AME mostrou-se aquém do recomendado pelos Organismos Nacionais e Internacionais ligados a saúde infantil, porém superior a observada para o Brasil (41%) e para Região Nordeste (37%) segundo dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (DF). Ainda segundo essa pesquisa a duração mediana do AME no conjunto das capitais brasileiras e DF foi de 54,1 dias (1,8 meses) (BRASIL, 2009a). Valor superior ao encontrado no presente estudo, onde a mediana do AME foi de apenas 30 dias, porém na mesma faixa da mediana de Pernambuco que em 1997 foi de 30 dias enquanto em 2006 foi de 29 dias (CAMINHA et al., 2010).

Ao analisar o AME em relação à idade dos lactentes, pode-se observar que à medida que a idade aumenta a taxa de aleitamento exclusivo diminui. Isso se deve a diversos fatores como a inclusão de alimentação complementar, o uso de chupeta e chupa, a falta de conhecimento da fisiologia da lactação, da qualidade/quantidade de leite produzido, além da recusa do bebê em pegar o peito e da alegação de que o “leite secou” (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011). O mesmo observou Vieira et al. (1998) na cidade de Feira de Santana (BA), dentre as crianças com um mês de vida 75,8% estavam em AME, já as crianças de até quatro meses tinha uma porcentagem de 45,6% de aleitamento exclusivo, quando analisados os menores de seis meses esta taxa caiu para 36,9%.

Dentre as crianças que estavam em AME a maior parte era do sexo feminino, contudo não houve relação entre o sexo e o aleitamento exclusivo. Alguns estudos (VICTORA et al., 2008; CAMINHA et al., 2010;) mostram o sexo feminino como um fator de proteção do AME.

As crianças que nasceram com peso superior a 2500 g tiveram uma maior prevalência de AME que as de baixo peso, estudos mostram que o risco de desmame precoce de crianças com peso ao nascimento inferior ou igual a 2500 g é, aproximadamente, quatro vezes maior do que o das crianças com

peso ao nascimento superior a 2500 g (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009; SANCHES et al., 2011).

O AM para os recém-nascidos de baixo peso (RNBP) apresenta dificuldades peculiares para a mãe, para a família, para o recém-nascido, assim como para os profissionais de saúde quando da assistência ao parto e o período de internação dessas crianças. Fatores reconhecidos como significativos ao incentivo do aleitamento de RN a termo, como o contato precoce mãe-filho, amamentação precoce, assistência em alojamento conjunto e permanência da mãe junto ao filho no período de internação da criança, apresentam dificuldades para sua implementação neste grupo ponderal. Acrescenta-se a estas dificuldades o fato de frequentemente os RNBP e principalmente os prematuros, apresentarem condições clínicas críticas (XAVIER; JORGE; GONÇALVES, 1991).

Pode-se observar neste estudo uma tendência das mães do grupo de menor renda em amamentar mais do que as mães do grupo de maior renda. Há autores (BRASIL, 2009c; CAMINHA et al., 2010) que consideram a renda familiar fator influente na prática do aleitamento materno. Por exemplo, em países em desenvolvimento, os grupos sociais com maior poder aquisitivo frequentemente são os primeiros a adotarem o aleitamento artificial. Segundo Silveira e Lamounier (2004) , Olímpio, Kochiski e Ravazzani (2010), os maiores índices de frequência e duração do AM são em famílias com menor poder aquisitivo, o mesmo afirma Venancio e Monteiro (1998), porém acrescenta que está havendo um aumento das percentagens de crianças amamentadas em todas as categorias de renda no País, sendo este mais acentuado entre as crianças de maior renda. Já outros estudos (GIGANTE; VICTORA; BARROS, 2000; VITOR et al., 2010) mostram prevalências maiores nos grupos de maior renda.

Ainda que não tenha apresentado um valor de significância na análise quanto à realização do pré-natal e a orientação sobre o AM oferecida durante o mesmo, estes têm sua importância conceitual e sua validação empírica afirma Alves et al. (2008). Portanto, não podem ser descartados como uma atividade básica da assistência a saúde. De acordo com o Ministério da Saúde a educação e o preparo das gestantes para o AM durante o período pré-natal, comprovadamente contribui para o sucesso dessa prática (Brasil, 2001).

No estudo em questão observou-se associação marginal entre o aleitamento na primeira hora de vida e o aleitamento exclusivo, ou seja, boa parte das crianças que estavam em AME mamou na primeira hora de vida. O Ministério da Saúde normatiza que todo recém nascido deve ser colocado junto à mãe para sugar durante a primeira meia hora de vida, sempre que ambos estiverem em boas condições, propiciando o contato olho a olho e pele a pele entre mãe e recém-nascido (BRASIL, 2011b).

Silva et al. (2008) evidenciou que não mamar na primeira hora aumentou o risco de não mamar exclusivamente, da mesma forma Rea et al. (1997) afirma que quanto mais precoce o momento da primeira mamada maior a duração do AME. Mamar na primeira hora de vida é importante tanto para o bebê quanto para a mãe, pois, auxilia nas contrações uterinas, diminuindo o risco de hemorragia. E, além das questões de saúde, fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho e diminui o índice de desmame (UNICEF, 2011a). Porém, têm sido apontadas dificuldades em se colocar o recém-nascido para mamar na primeira meia hora após o parto como resistência dos profissionais, falta de conhecimento das vantagens trazidas para bebê e mãe, política da instituição, ou mesmo falta de educação continuada (RATTO, 1997).

Em relação aos hábitos de sucção não nutritivos, o fato da maior parte das crianças que não estavam sendo amamentadas exclusivamente ao seio fazia uso de chupa, foi considerado um fator de risco para o AME. Segundo Lamounier (2003) tanto chupetas como os bicos podem ser nocivos por reduzirem o tempo gasto sugando no peito e interferir na amamentação, levando ao desmame. O impulso neural da sucção está presente desde a vida intra-uterina e é normal na criança, garantido sua sobrevivência. O aleitamento natural, além de alimentar o bebê, tem a função de satisfazer a sucção, devido à ação dos músculos exercidos durante a mamada (ZUANON et al., 2000). Quando a criança é aleitada por mamadeiras, o fluxo de leite é bem maior que a amamentação natural, portanto a criança se satisfaz nutricionalmente em menor tempo e com menor esforço (MOIMAZ et al., 2004).

Alguns estudos mostram que o uso da chupeta é frequente em crianças não amamentadas exclusivamente e menores de seis meses (SOARES et al.,

2003; MASCARENHAS et al., 2006; TOMASI; VICTORA; OLINTO, 1994), porém no presente estudo não foi encontrada associação estatística entre seu uso e o desmame precoce.

A ausência de relação na amostra entre a duração do AME e as variáveis como o sexo, trabalho e escolaridade materna, renda per capita, número de filhos, realização do pré-natal e orientação durante o mesmo, assim como o uso de chupeta, poderia ser explicado pelas características próprias da amostra ou pelo tamanho da amostra do estudo, que dificulta a identificação de fatores de risco com impacto menor sobre a duração do AM.

Quanto aos motivos o desmame precoce, as mães que participaram deste estudo alegaram diversas causas para justificar essa prática, referem doenças da criança e a recusa do bebê em pegar o peito como problemas pouco frequentes em relação à manutenção do aleitamento. Em contrapartida, apontam como relevantes, para a efetivação do desmame precoce, os problemas relacionados à “falta de leite”, problemas mamários ou de saúde e o fato de ter que sair para trabalhar ou estudar.

Essas razões, apontadas mais frequentemente, talvez se devam ao fato de a mulher atual ter uma vivência mais ansiosa e tensa e, possivelmente, à falta de um suporte cultural que havia nas sociedades tradicionais, nas quais as avós transmitiam às mães informações e um treinamento das mesmas em relação ao aleitamento, incentivando-as para tal (CARRASCOZA; JUNIOR; MORAES, 2005b).

Após o parto, quando a mulher retorna ao seu contexto social, ela sofre interferências na sua forma de pensar e agir com relação ao aleitamento materno. Isso leva a introdução precoce de outros alimentos, que se inicia geralmente no período que se segue à alta hospitalar. Com bases nessas concepções, a avó poderá transmitir tabus, crenças e proibições inerentes a um dado contexto histórico-social, atuando dessa forma como elemento desestimulador ou estimulador para a amamentação, considerando-se que a avó é tomada na família como modelo de referência aos cuidados com o bebê, inclusive ao AM (MACHADO et al., 2004).

Segundo estudo de Uchimura et al. (2001), a razão mais significantes referida pelas mães para a interrupção da amamentação foi, porque o “leite secou ou por “leite insuficiente”, da mesma forma Carrascoza et al. (2005a)

mostrou que uma das causas para o desmame segundo as mães foi a “ falta de leite”. Estes achados corroboram com o encontrado no presente estudo onde 54% das mães referiram “leite insuficiente”.

A partir da análise deste estudo fica explícito que a prática do AME, necessita que mais esforços sejam despendidos de forma a aumentar a prevalência do AME até os seis meses após o parto na cidade de Pesqueira, pois a promoção do AM constitui-se uma das formas mais eficazes, em relação aos custos, para combater a morbidade e mortalidade infantil, sendo importante a união de esforços da sociedade, governos e instituições de saúde a fim de se atingir esse objetivo (SILVA; SOUZA, 2005).

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilita visualizar o cenário em que se insere a problemática do desmame precoce, constatou-se que embora quase todas as mães praticassem o ato de amamentar a prevalência do AME exclusivo foi baixa. Dos fatores analisados, os que demonstraram associação com a duração do AME foram a idade da criança, o peso ao nascer, o uso de chupa e o aleitamento na primeira hora de vida. Este último apresentou associação marginal.

Essa constatação impulsiona os profissionais de saúde a continuarem investindo na promoção da saúde da mãe e do bebê com mais vigor buscando razões em caso de insucesso da amamentação, refletindo sobre o que poderia ser feito para reverter ou então melhorar a situação, garantindo esclarecimentos às mães e dessa forma manter ou mesmo ampliar a prevalência de AM predominante no município estudado.

10. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. G.; GOMES, R. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 1998, vol.6, n.3, pp. 71-76. ISSN 0104-1169.

ALVES, C. R. L.; GOULART, E. M. A.; COLOSIMO, E. A.; GOULART, L. M. H. F. **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. 2008; 24(6):1355-67. DOI:10.1590/S0102-311X2008000600016.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Work Group on Breastfeeding and the use of human milk.** Pediatrics 1997; 100(6):1035-1039

BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G.; GIOLO, S. R. **Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(3):596-604, mar, 2009

BEMUDEZ, X. P. C. D. **Da natureza, da cultura e da amamentação: Um estudo do centro de lactação de Santos** [dissertação de mestrado]. Brasília (DF): Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília;1997.187f

BETTIOL, H.; FREITAS, M. L. S.; PEREIRA, M. J. B.; COSTA, L. J.; BARBIERE, M. A. **Crescimento diarréia e aleitamento materno: o caso da vila do João.** Cad. Saúde Pública, v. 9, p. 7-13, 1993. Supl.1

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. Enfermagem [online]. 2003, vol.11, n.3, pp. 287-292. ISSN 0104-1169.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - **A política de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno no Brasil.** In XI ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO - ENAM. Santos, SP - 10 de junho de 2010.

BRASIL (Ministério da Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf> Acesso em 25 Out. 2011a.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.108 p. : il. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) ISBN 978-85-334-1607-9

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006)/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de análise e Planejamento.**- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009c. 112 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hospital Amigo da Criança**. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34836 > Acesso em: 07 de Novembro de 2011b às 15:35.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001

BRASIL - **PACTO PELA SAÚDE: Metas do Biênio 2010-2011 INDICADORES -PT 2.669** Disponível em: < ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/pacto2010/pe/PE_Pesqueira_PactoMunicipal.xls > Acesso em 07 de Novembro de 2011 às 00:34. saude.gov.br/bvs/pnds/index.php > Acesso em: 30 de Out. 2011c 14:20

CAMINHA, M. F. C.; FILHO, M. B.; SERVA, V. B.; ARRUDA, I. K. G.; FIGUEIROA, J. N.; LIRA, P. I. C. **Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco**. Rev Saúde Pública 2010;44(2):240-8

CARRASCOZA, K. C.; JUNIOR, A. L. C.; AMBROZANO, G. M. B.; MORAIS, A. B. A. **Análise de variáveis biopsicossociais realicadas ao desmame precoce**. Paidéia, 2005a, 15(30), 93-104

CARRASCOZA, K. C.; JUNIOR, Á. L. C.; MORAES, A. B. A. **Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno**. Estud. psicol. (Campinas) [online]. 2005b, vol.22, n.4, pp. 433-440. ISSN 0103-166X.

DEAN, AG; DEAN JA; BURTON, AH; DICHER, RC. **Epi-Info, version 6: A World Processing, Database and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1994.

ESCOBAR, A. M. U.; OGAWA, A. R.; HIRATSUKA, M.; KAWASHITA, M. Y.; TERUYA, P. Y.; GRISI, S.; et al. **Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce**. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2002; 2(3):253-61.

FRANÇA, M. C. T.; GIUGLIANI, E. R. J.; OLIVEIRA, L. D.; WEIGERT, E. M. L.; SANTO, L. C. E.; KÖHLER, C. V.; BONILHA, A. L. L. **Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação**. Rev Saúde Pública 2008;42(4):607-14.

GERSTEIN, H. C. **Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature**. Diabetes Care, [S.l.], v. 17, p. 13-19, 1994

GIGANTE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. **Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS**. Rev. Saúde Pública [online]. 2000, vol.34, n.3, pp. 259-265. ISSN 0034-8910.

GIUGLIANI, E. R. J. ; **O aleitamento materno na prática clínica**. J Pediatr (Rio J) 2000;76(Supl.3):s238-s52

GOLDENBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social**. Campinas, Editora da Unimcamp, 1988

HOFFMANN, R.; LEONE, E. T. **Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil**. nova Economia_Belo Horizonte_14 (2)_35-58_maio-agosto de 2004

HORTA, B. L.; BAH, R.; MARTINES, J. C.; VICTORA, C. G. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses**. Geneva: World Health Organization, 2007

INCHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. **Revisitando o desmame precoce através de recortes da história**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002, vol.10, n.4, pp. 578-585. ISSN 0104-1169.

KITOKO, P. M. ; RÉA, M. F. ; VENANCIO, S. I. ; VASCONCELOS, A. C. C. P.; SANTOS, E. K. A.; MONTEIRO, C. A. ; **Situação do aleitamento materno em duas capitais Brasileiras**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(4):1111-1119, out-dez, 2000

LAMOUNIER, J. A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. Jornal de Pediatria - Vol. 79, Nº4, 2003

LIMA, V. P.; MELO, A. M. **Uso do copinho no alojamento canguru**. Rev. CEFAC [online]. 2008, vol.10, n.1, pp. 126-133. ISSN 1982-0216.

MACHADO, A. R. M.; NAKANO, A. M. S.; ALMEIDA, A. M.; MAMEDE, M. V. **O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto**. Rev Bras Enferm 2004; 57(2): 183-7

MARQUES, R. S. F. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. **O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida**. J pediatr (Rio J). 2004; 80; 99-105

MARQUES, E. F.; LOPES, R. H. F. **Desmame precoce**. v. 8 | n. 1-3 | p. 111-114 | JAN. /DEZ. 2008.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. **Mitos e crenças sobre o aleitamento materno**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.5, pp. 2461-2468. ISSN 1413-8123.

MASCARENHAS, M. L. W.; ALBERNAZ, E. P.; SILVA, M. B.; SILVEIRA, R. B. **Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil**. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2006, vol.82, n.4, pp. 289-294. ISSN 0021-7557.

MOIMAZ, S. A. S.; SOUSA, F. R. N.; TAVEIRA, G. S.; ALMEIDA, R. V. D.; PADILHA, W. W. N. **O aleitamento materno e sua relação com hábitos deletérios e maloclusão dentária**. Pesq Bras Odontoped Clin João Pessoa 2004; 4(3):211-216.

MOIMAZ, S. A. S.; ROCHA, N. B.; GARBIN, A. J. I.; SALIBA, O. **Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.5, pp. 2477-2484. ISSN 1413-8123.

MONTRONEL, V. G. ; ARANTES, C. I. S. ;**Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo**. Jornal de Pediatria - Vol. 76, Nº2, 2000

NYQVIST, K. H.; EWALD, U. **Avaliação eletromiográfica dos músculos faciais durante o aleitamento natural e artificial de lactentes: identificação de diferenças entre aleitamento materno e aleitamento com uso de mamadeira ou copo**. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2006, vol.82, n.2, pp. 85-86. ISSN 0021-7557.

OLÍMPIO, D. M.; KOCHINSKI, E.; RAVAZZANI, E. D. A. **Fatores que Influenciam no Aleitamento Materno e Desmame Precoce em Mães Adolescentes e Adultas**. Cadernos da Escola de saúde, Curitiba, 03: 1-12, 2010 ISSN 1984 - 7041

OMS (**Organização Mundial da Saúde**). Disponível em:<www.oms.org> Acesso em 25 Out. 2011.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Fatores de saúde que podem interferir na amamentação**. In: **Organização Mundial da Saúde (OMS) Alimentação infantil bases fisiológica**. São Paulo (SP): IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, OMS, OPAS e UNICEF Brasil; 1994. p.39-48

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; WINCKLER, L. A.; WINCKLER, V. C. **Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família - PSF**. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 13, n. 3, p. 407-414, 2005.

PERNAMBUCO. **III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição - Pernambuco**, 2006. DN/UFPE IMIP SES/PE. Disponível em:< <http://pesnpe2006.blogspot.com/2008/09/apresentao-da-pesquisa.html>> Acesso em: 25 out. 2010, 18:20:17.

PESQUEIRA - **Prefeitura Municipal de Pesqueira**. Disponível em: < <http://www.pesqueira.pe.gov.br/>> Acesso em 29 Out. 2011

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

RATTO, K. **Avaliando as dificuldades do passo 4**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO, 5, 1997, Londrina. Anais.. Londrina, 1997. p. 27

REA, M. F.; VENÂNCIO, S. I.; BATISTA, L. E.; SANTOS, R. G.; GREINER, T. **Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais**. Rev. Saúde Pública [online]. 1997, vol.31, n.2, pp. 149-156. ISSN 0034-8910

RODRIGUES, M. S. P. ; SILVA, R. M. ; RAFAEL, E. V. **O Significado da amamentação para a mulher primípara**. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2005; 9(2):221-8

ROUQUAYROL, M. Z.; FOLHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. - Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANCHES, M. T. C.; BUCCINI, G. S.; GIMENO, S. G. A.; ROSA, T. E. 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 [online]. 2011, vol.27, n.5, pp. 953-965. ISSN 0102-311X.

SANTOS, V. L. F.; SOLER, Z. A. S. G.; AZOUBEL, R. **Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo**. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5(3):283-91.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F.; PEREIRA, M. G.; **Prevalência do aleitamento materno no Distrito Federal, Brasil**. Cad. Saúde Pública vol.18 no.3 Rio de Janeiro May/June 2002. doi: 10.1590/S0102-311X2002000300010

SILVA, I.A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.1, p.170-1, abr. 1997

SILVA, M. B.; ALBERNAZ, E. P.; MASCARENHAS, M. L. W.; SILVEIRA, R. B. **Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 8 (3): 275-284, jul. / set., 2008

SILVA, I. A.; UTIYAMA, S. K. **Situação de amamentação entre mulheres trabalhadoras e alunas de graduação de uma universidade pública**. Acta Scient Cienc Saúde 2003; 25(2):215-225.

SILVA, A. P.; SOUZA, N. **Prevalência do aleitamento materno**. Rev Nutr 2005; 18(3) :301 - 310.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. **Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais**. Rev. Nutr., Campinas, 17(4):437-447, out./dez., 2004

SIMONS, A. D. **Alimentos complementares ao desmame: quais, como e quando introduzi-los**. In: REGO, J.D. Aleitamento Materno. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 299-312

SOARES, M. E. M.; GIUGLIANI, E. R. J.; BRAUN, M. L.; SALGADO, A. C. N.; OLIVEIRA, A. P.; AGUIAR, P. R. **Uso de chupetas e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança**. J Pediatr (Rio J). 2003;79:309-16

SOUZA, M.H.N. **Aleitamento Materno: estudo prospectivo de intervenção com mulheres residentes em favelas do município de São Paulo**. 1995. 134p. Dissertação (Mestrado em Nutrição). Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo

STUEBE, A. M.; EDWARDS, J. W. R.; WILLETT, W. C.; MANSON, J. E.; MICHELS, K. B. **Duration of lactation and incidence of Type 2 Diabetes.** J.A.M.A., [S.l.], v. 294, p. 2601-10, 2005

TOMASI, E.; VICTORA, C. G.; OLINTO, M.T. **Padrões e determinantes do uso de chupetas em crianças.** J Pediatr (Rio J) 1994;70:167-71

TRAWITZKI, L. V. V.; LIMA, W. T. A.; MELCHIOR, M. O.; GRECHI, T. H.; VALERA, F. C. P. **Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais.** Rev Bras Otorrinolaringol. V.71, n.6, 747-51, nov./dez. 2005

UCHIMURA, N. S.; GOMES, A. C.; UCHIMURA, T. T.; YAMAMOTO, A. E.; MIYAZATO, P.; ROCHA, S. F. **Estudo dos fatores de risco para desmame precoce.** Maringá, v. 23, n. 3, p. 713-718, 2001

UNICEF - Brasil. **Aleitamento materno na primeira hora depois do parto pode reduzir a mortalidade infantil.** Disponível em: < http://www.unicef.org/brazil/pt/media_9993.html> Acesso em: 07 Nov. 2011a.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Disponível em:< www.unicef.org.br> Acesso em 25 Out. 2011b.

VAUCHER, A. L. I.; DURMAN, S. **Amamentação: crenças e mitos.** Rev Eletr Enferm. 2005; 7(2):207-14.

VENANCIO, S. I. **Dificuldades para o estabelecimento da amamentação.** Jornal de Pediatria - Vol. 79, Nº1, 2003

VENANCIO, S. I.; MONTEIRO, C.A ; **A tendência da prática da amamentação no Brasil.** Rev. bras. epidemiol. vol.1 no.1 São Paulo Apr. 1998. doi: 10.1590/S1415-790X1998000100005

VICTORA, C. G.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S.; BARROS, A. J. D.; HORTA, B. L.; BARROS, F. C. **Amamentação e padrões alimentares em três coortes de nascimento no Sul do Brasil: tendências e diferenciais.** Cad Saude Publica. 2008;24(Supl 3):409-16. DOI:10.1590/S0102-311X2008001500006

VIEIRA, G. O.; GLISSER, M.; ARAÚJO, S. P.T.; SALES, A. N. **Indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia.** Jornal de Pediatria - Vol. 74, Nº1, 1998

VITOLO, M.R. **Fatores que interferem na composição do leite materno.** Pediatria Moderna, v. 30, n. 3, p. 388-390, jun, 1994.

VITOR, R. S.; VITOR, M. C. S.; OLIVEIRA, T. M.; CORRÊA, C. A.; MENEZES, H. S. **Aleitamento materno exclusivo: análise desta prática na região Sul do Brasil.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (1): 44-48, jan.-mar. 2010

WHO (World Health Organization). **Indicators for assessing breastfeeding practices.** Geneva: World Health Organization; 1991. WHO/CDD/SER/91.14.

WHO (World Health Organization). **Indicators for assessing breastfeeding practices. Update. Programme Control Diarrhoeal Dis** 1992; (10): 1-4.

XAVIER, C. C.; JORGE, S. M.; GONÇALVES, A. L. **Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso.** Rev. Saúde Pública [online]. 1991, vol.25, n.5, pp. 381-387. ISSN 0034-8910

ZUANON, A. C. C.; OLIVEIRA, M. F.; GIRO, E. M. A.; MAIA, J. P. **Influência da amamentação natural e artificial no desenvolvimento de hábitos bucais.** J Brasil Odontop Odontol Bebê 2000; 2(8):303-306.

APÊNDICE A - Questionário de Avaliação

Prevalência do aleitamento materno no município de Pesqueira-PE Universidade Federal de Pernambuco Centro Acadêmico de Vitória

Entrevistador: _____ Data: __/__/__

_____ Hora: __: __

Endereço: _____

1. Número da criança _____

2. Nome da criança _____

3. Nome da mãe ou responsável _____

Idade: _____

NÚMERO

--	--	--

IDADMÃE

--

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA

4. Data do nascimento ____/____/____

DT/NAS

--	--	--	--	--	--

5. Peso ao nascer _____

PESORN _____

6. Sexo

(1) Masculino

(2) Feminino

SEX _____

7. Idade _____

IDADCRI _____

8. A mãe fez pré-natal na gravidez dessa criança?

(1) Sim (2) Não

PN _____

9. A sr^a estava com quantos meses quando fez a 1^a consulta de pré-natal dessa criança
_____ mês(s)

MESCON _____

10. Quantas consultas fez?

_____ consultas (99) não se aplica

CONSULTA _____

11. Recebeu orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal?

(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica

ORIENTA _____

12. A criança mamou na primeira hora de vida na sala de parto?

(1) Sim (2) Não (9) Não sabe

MAMOU1H _____

13. A criança mama?:

(1) Sim (2) Não (9) Não sabe

MAMA _____

14. Qual o tempo de amamentação?(em meses):

_____ (99) Não se aplica
(88) Não sabe

MAMANDO _____

15. Se a criança não mama, perguntar se a criança mamou:

(1) Sim (2) Não (9) Não sabe

MAMOU _____

16. Porque a criança deixou de mamar?/

Porque nunca mamou?

- (01) Leite insuficiente (05) Mãe doente
(02) Criança não queria (06) Mãe não queria
(03) Criança estava doente (07) Problema no seio
(04) Mãe trabalhava/estudava
(08) Outro _____
(88) Não se aplica (99) Não sabe

DESMAME _____

17. Recebeu outro tipo de alimento enquanto Amamentava?

- (1) Sim (2) Não (9) Não se aplica

OUTRAALI _____

18. Enquanto mamava com que idade começou a receber:

- 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) _____
(00) Não se aplica (88) Nunca recebeu
(99) Não sabe

ÁGUA _____

CHÁ _____

SUCO _____

OUTLEIT _____

MINGAU _____

OUTRO _____

19. A criança faz uso de chupeta?

- (1) Sim (2) Não

CHUPETA _____

20. A criança usa chuquinha ou mamadeira?

- (1) Sim (2) Não

CHUCA _____

Dados Socioeconômicos

A) Perguntas sobre educação

21. Você pode ler uma carta ou uma revista?

- (1) Com facilidade
(2) Com dificuldade
(3) Não

LERMÃE _____

22. Qual foi a última série que você completou na escola?

- (1) 1º grau menor
- (2) 1º grau maior
- (3) 2º grau
- (4) Universidade
- (88) Nunca foi a escola
- (99) Não sabe

ESCOLAMÃE _____

23. O pai de seu filho pode ler uma carta ou uma revista?

- (1) Com facilidade
- (2) Com dificuldade
- (3) Não

LERPAI _____

24. Qual foi a última série que ele completou na escola?

- (1) 1º grau menor
- (2) 1º grau maior
- (3) 2º grau
- (4) Universidade
- (88) Nunca foi a escola
- (99) Não sabe

ESCOLAPAI _____

25. Você vive com o pai dessa criança?

- (1) Sim
- (2) Não

B) Perguntas sobre membros da família e renda

26. Quantos Filhos a Sr^a tem?

Total: _____

FILHO _____

27. Quantas pessoas moram na casa com você?

MORA _____

Total: _____

28. A Mãe trabalha? (1) Sim

(2) Não

MÃETRAB _____

29. No mês passado, quanto ganhou cada pessoa que mora na sua casa e trabalha ou é aposentado/pensionista?

RENDA _____

1ª Pessoa: R\$ _____/mês

2ª Pessoa: R\$ _____/mês

3ª Pessoa: R\$ _____/mês

Total: R\$ _____/mês

(00000) sem renda

(99999) não sabe

30. Na sua casa possui esses bens de consumo?

Geladeira (1) Sim (2) Não

GELAD _____

TV (1) Sim (2) Não

TV _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

Nome da pesquisa: Prevalência do aleitamento materno exclusivo no município de Pesqueira-PE

Local de estudo: município de Pesqueira

Pesquisadora: Prof^a Juliana Souza Oliveira

Endereço: Centro Acadêmico de Vitória - UFPE. Rua Alto do Reservatório, s/n CEP: 55608-680 Vitória de Santo Antão - PE, Fone: 3523 0670

Contrato com o Comitê: Av. Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901, Tel.: 2126 8588

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro participante,

Gostaríamos de convidá-la a participar de uma pesquisa (trabalho de conclusão de curso) intitulada **Prevalência do aleitamento materno exclusivo no município de Pesqueira-PE** com o objetivo de investigar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e verificar possíveis fatores relacionados ao desmame precoce.

Se você aceitar a participar desta pesquisa Você responderá a um questionário com informações sobre aspectos sociodemográficos, pré-natal, características biológicas da criança, às orientações recebidas sobre aleitamento materno, às causas de desmame e ao início da introdução de outros alimentos na dieta da criança;

Os incômodos que poderá sentir com a participação na pesquisa são: incômodo de ter que responder aos questionários para avaliação socioeconômica e demográfica e em relação ao aleitamento. Isto não trará riscos à saúde física e mental, não necessitando contar com nenhum tipo de assistência. Caso você ache inadequado alguma das questões que constam do questionário ou lhe produza sentimentos indesejáveis, poderá interromper a entrevista a qualquer momento. A investigação da situação do aleitamento materno neste município poderá contribuir para a identificação do desmame precoce e seus determinantes fornecendo dados importantes a respeito da situação do aleitamento materno no município, podendo proporcionar assim a atuação de políticas e programas relacionados ao aleitamento trazendo benefícios para a criança ao participar deste estudo o que pode melhorar a qualidade de vida da mesma.

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa ou da criança, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das informações mencionadas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. A sua participação é voluntária e você pode sair do estudo a qualquer momento, se assim o desejar. Sempre que tiver dúvidas, procure um dos membros da equipe de estudo para esclarecê-las. Sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Li e entendi as informações precedentes descrevendo este projeto de pesquisa e todas as minhas dúvidas em relação ao estudo e a minha participação nele foram respondidas satisfatoriamente. Livremente, dou o meu consentimento para a participação da minha criança _____ neste estudo, até que me decida pelo contrário.

Vitória de Santo Antão, _____ de _____ de 2010.

Nome da mãe (letra de forma)

Assinatura

Nome da testemunha (letra de forma)

Assinatura

Nome da testemunha (letra de forma)

Assinatura

Nome do Pesquisador (letra de forma)

Assinatura

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 034/2011 - CEP/CCS

Recife, 07 de fevereiro de 2011

Registro do SISNEP FR - 394448

CAAE - 0463.0.172.000-10

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 468/10

Título: Prevalência do aleitamento materno no município de Pesqueira, PE.

Pesquisador Responsável: Juliana Souza Oliveira.

Senhor (a) Pesquisador (a):

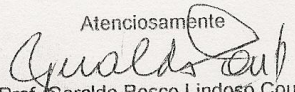
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 02 de fevereiro de 2011.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A
Profa. Dra. Juliana Souza Oliveira
Centro Acadêmico de Vitória- CAV/UFPE