

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

LIZANDRA HENRIQUE DE FARIAS

**FATORES ASSOCIADOS A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO NA CIDADE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PERNAMBUCO**

Vitória de Santo Antão
2022

LIZANDRA HENRIQUE DE FARIAS

**FATORES ASSOCIADOS A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO NA CIDADE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico da Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Professora Dr^a. Michelle Carvalho Figueiredo e sob co-orientação da Dr^a. Niedja Maria da Silva Lima.

Vitória de Santo Antão

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Farias, Lizandra Henrique de .

Fatores associados a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo na cidade da Vitória de Santo Antão, Pernambuco / Lizandra Henrique de Farias. - Vitória de Santo Antão, 2022.

61, tab.

Orientador(a): Michelle Figueiredo Carvalho

Cooorientador(a): Niedja Maria da Silva Lima

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Nutrição - Bacharelado, 2022.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Amamentação. 2. Idade materna. 3. Paridade. I. Carvalho, Michelle Figueiredo . (Orientação). II. Lima, Niedja Maria da Silva. (Cooorientação). III. Título.

610 CDD (22.ed.)

LIZANDRA HENRIQUE DE FARIAS

FATORES ASSOCIADOS A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO NA CIDADE DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PERNAMBUCO.

TCC apresentado ao Curso de Nutrição da
Universidade Federal de Pernambuco,
Centro Acadêmico da Vitória, como
requisito para a obtenção do título de
bacharel em Nutrição.

Aprovado em 09/11/22.

Banca Examinadora:

Dr^a. Michelle Figueiredo Carvalho (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Dr^a. Niedja Maria da Silva Lima (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Dr^a. Marcela de Albuquerque Melo (Examinador Externo)
Nutricionista Clínica

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a minha família por todo apoio,
compreensão e amor.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por estar realizando um dos meus grandes sonhos, que é estar concluindo uma graduação em uma universidade pública e me tornando uma nutricionista. Obrigada Senhor, por ter me sustentado até aqui, por todo seu amor, proteção e por renovar minhas forças todos os dias.

Agradeço aos meus amados pais Lucicleide e Josenildo, que sempre lutaram pela minha educação e sempre acreditaram em mim, me dando amor, cuidado, proteção. Sem vocês, nada seria possível.

Ao meu irmão Lucicleyton, que é uma das minhas inspirações acadêmicas, muito obrigada por todos valiosos conselhos e ensinamentos.

Às minhas queridas avós Severina e Mirtes, por todas as orações a mim ao longo desse meu percurso acadêmico.

Agradecimentos a grandes amigos que fiz ao longo da graduação, agora, amigos de profissão: Cleiton Dutra, Maria Vitória, Joelma Maria, Walquíria Silva, Luiz Eduardo, Luiz Felipe, Ester Costa, Midiã Julliana, Laís Gabrielly, Brenda Hillary. Obrigada queridos, vencemos essa batalha tão esperada juntos.

Agradeço também a uma amiga muito especial Mirelly Cunha, por todo apoio, companheirismo e por sempre acreditar em mim. E a todos os outros amigos que torcem por mim, que me deram força nessa fase tão importante. Obrigada pela compreensão nas minhas ausências ao longo desta jornada.

Em especial, agradeço a minha orientadora Michelle Carvalho, por todo apoio, paciência e carinho em ensinar. Obrigada por me guiar de forma tão especial neste trabalho. A senhora é exemplo de profissionalismo, empatia e cuidado.

Também agradeço a Niedja Maria pela coorientação e troca de experiência com o banco de dados. Obrigada por toda paciência. Á Antônio Bem Leite pelo seu trabalho essencial para construção deste trabalho, obrigada por seu apoio estatístico.

Por fim, agradeço a Universidade Federal de Pernambuco - CAV, pela experiência vivida nesses últimos 4 anos e meio.

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.”

(BÍBLIA, Josué 1:9).

RESUMO

Introdução: Atualmente, os índices de prevalência de AME ainda são muito baixos no país. O AME se configura como a prática de oferecer apenas o leite materno direto da mama ou ordenhado ao bebê exclusivamente até 6 meses, sem complementos como água, chás ou sólidos, com exceção de vitaminas, xaropes ou medicamentos. Existem muitos fatores que podem influenciar nessa interrupção precoce, como fatores sociais, demográficos, econômicos e clínicos. **Objetivos:** O presente estudo teve o objetivo de investigar os fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. **Metodologia:** O estudo é do tipo transversal, de caráter quantitativo e foi desenvolvido no município da Vitória de Santo Antão com todas as crianças menores de 6 meses, a partir de um banco de dados de uma pesquisa já existente com aprovação do comitê de ética. A coleta dos dados, foi realizada através de um questionário, aplicados por entrevistadores capacitados no ano de 2017. **Resultados:** A família das crianças, majoritariamente, morava em área urbana, tinham de 4-5 pessoas por domicílio e possuíam renda familiar de até 1 salário mínimo. Houve prevalência na amostra de mães que não trabalhavam, que possuíam cadastro no Programa Bolsa Família e com idade de 19 a 30 anos; já as crianças, tinham média de idade de 3 a 6 meses. Todas as mães fizeram pré-natal, e com número de consultas pré-natais igual ou maior que 7, realizadas na Estratégia Saúde da Família, e eram multíparas. Enquanto, as crianças, na maioria, nasceram com idade gestacional a termo e de parto natural. A prevalência da prática de AME foi de apenas 26,9% e as variáveis com associação estatísticas significantes com a interrupção precoce ao AME foram: idade materna e paridade. **Conclusão:** Fica evidente que a prevalência de AME de crianças de até 6 meses em Vitória de Santo Antão ainda é muito baixa. Dessa forma, é imprescindível que haja a intervenção de políticas públicas, assim como a intensificação de orientações nos cuidados pré-natais acerca das informações sobre o aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: amamentação; idade materna; paridade

ABSTRACT

Introduction: Currently, the prevalence rates of EBF are still very high in the country. EB is the practice of offering only breast milk directly from the breast or ordered to the baby up to 6 months, without supplements such as water, teas or solids, with the exception of vitamins, supplements or medications. There are factors that can influence this early change, such as environmental, clinical, clinical and demographic factors. **Objectives:** The present study aimed to investigate the factors that influence the interruption of exclusive breastfeeding in the city of Vitória de Santo Antão, Pernambuco. **Methodology:** The study is cross-sectional, quantitative in nature and was developed in the municipality of Vitória de Santo Antão with all children under 6 months of age, based on a database of an existing research with approval by the ethics committee. Data collection was carried out through a questionnaire, applied by trained interviewers in 2017. **Results:** The children's family mostly lived in urban areas, had 4-5 people per household and had a family income of up to 1 minimum wage. There was a prevalence in the sample of mothers who did not work, who were registered in the Bolsa Família Program and aged between 19 and 30 years; the children, on the other hand, had an average age of 3 to 6 months. All mothers underwent prenatal care, and with a number of prenatal consultations equal to or more than 7, carried out in the Family Health Strategy and were multiparous. Meanwhile, the majority of children were born at full term gestational age and by natural childbirth. The prevalence of EB practice was only 26.9% and the variables with a statistically significant association with early EBF interruption were: maternal age and parity. **Conclusion:** It is evident that the prevalence of EB in children up to 6 months in Vitória de Santo Antão is still very low. Thus, it is essential that there is the intervention of public policies, as well as the intensification of guidelines in prenatal care about information about exclusive breastfeeding.

Keywords: breast feeding; maternal age; parity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociais, econômicas, demográficas e clínicas das crianças menores de 6 meses do município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017

Tabela 2: Variáveis sociais, econômicas, demográficas e clínicas das crianças menores de 6 meses e sua associação com o aleitamento materno exclusivo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017

LISTA DE GRÁFICO E SÍMBOLOS

Gráfico 1: Prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses do município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CRSM	Centro de Referência da Saúde da Mulher
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
ESF	Estratégia Saúde da Família
OFAS	Órgãos Fonoarticulatórios
OMS	Organização Mundial de Saúde
PESN	Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNPS	Política Nacional de Atenção Básica
PBF	Programa Bolsa Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância
RNPT	Recém-nascido pré-termo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
3 JUSTIFICATIVA	17
4 REVISÃO DA LITERATURA	18
5 MATERIAL E MÉTODOS	28
5.1 Desenho do Estudo	28
5.2 Local de Estudo.....	28
5.3 Público Alvo.....	28
5.4 Amostragem	28
5.5 Coletas de Dados.....	28
5.5.1 Variáveis do Estudo	29
5.6 Aspectos Éticos.....	30
5.7 Análise dos Dados	30
6 RESULTADOS	31
7 DISCUSSÃO	37
8 CONCLUSÕES	43
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE	51
ANEXO A – QUESTIONÁRIO	52
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	60

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde recomenda a amamentação exclusiva até os 6 meses de vida, podendo chegar até os 2 anos de idade ou mais com adição de uma alimentação complementar (BRASIL, 2015). O Leite materno consiste em um alimento completo e mais nutritivo para crianças de 0 a 6 meses, isso porque, é rico em micronutrientes e macronutrientes que são necessários para o crescimento e desenvolvimento de um bebê nesta fase (DIAS et al., 2016).

O leite materno é um alimento produzido a partir de hormônios durante a gestação. Na fase gestacional, o hormônio estrógeno e progesterona agem aumentando o tamanho e o número de ductos e glândulas mamárias. Outros dois hormônios atuantes na preparação da amamentação são a prolactina que atua nas células produtoras de leite, acelerando sua produção; e a ocitocina que atua na liberação do leite armazenado (VITOLLO, 2014).

Nas primeiras mamadas, o leite é chamado colostro, um leite mais amarelado ou até mais transparente. O colostro pode contribuir para o fortalecimento do sistema imunológico do bebê, já que contém linfócitos e citocinas, que serão os primeiros componentes da imunidade passiva transferida para o neonato. Este tipo de leite é comparado com uma vacina natural em anticorpos de transferência vertical (SANTOS et al., 2017; CARVALHO, 2010).

De acordo com MORGANO et al. (2005), o leite humano atende as necessidades de Ingestão Dietética de Referência para os recém-nascidos de 0 a 6 meses em relação aos micronutrientes Ca, P, Na, K, Mg, Zn, Fe e Mn em amostras de leite materno. Embora o ferro apresente a maior variação entre as amostras, seguido do sódio e do zinco, isso ocorre devido a variabilidade genética, etnia e também a diferença das ordenhas (MORGANO et al., 2005).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), em 1996 a prevalência de aleitamento exclusivo até 6 meses era de 6,9%, e já em 2019 a pesquisa do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) mostra que a porcentagem é de 45,7% no Brasil (ENANI, 2019). Entretanto, o aleitamento materno exclusivo (AME) continua sendo uma prática pouco frequente e de pouca duração (SOUZA; MENDES; BINOTI, 2016).

Em Pernambuco, segundo dados da Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), mostra que a taxa de prevalência de AME em crianças de 0 a 6 meses, que foi de 1,9% a 8,5%, nos anos de 1997 a 2006. Na segunda e terceira pesquisa da PESN, prevalência de AME em crianças de 0 a 6 meses, que foram de 1,9% ano de 1997 e 8,5% para 2006 (BRASIL, 2008; CAMINHA et al., 2010).

A amamentação é considerada importante porque auxilia no combate à desnutrição e à mortalidade infantil de crianças, já que possui todos os nutrientes recomendados e preparam a imunidade contra o contato de fatores externos que causam patologias como hipersensibilidade, anemia, diarreia e infecções respiratórias (ARAUJO et al., 2006).

A amamentação possui inúmeros benefícios para a mãe, como a contenção da hemorragia pós-parto, faz com que o útero volte ao normal mais rápido, reduz o risco de câncer de mama, ovários e endométrio. Além disso, previne certas fraturas ósseas por osteoporose, especialmente de quadril, e acelera a perda de peso adquirido na gestação (REA, 2004; MARTINS, 2013).

A amamentação também é importante para famílias com baixa renda, pois não tem custo, sendo uma forma de alimentação ao bebê mais econômica em sua promoção. Também é importante ressaltar, que o Aleitamento Materno promove um vínculo afetivo de mãe-filho, passando um sentimento de segurança e proteção à criança (BRASIL, 2015).

Apesar da recomendação da amamentação exclusiva até os 6 meses, o desmame ainda acontece precocemente, e são muitos os fatores que podem influenciar as nutrizes nessa interrupção durante os primeiros seis meses de vida. Amaral et al., (2015) mostraram em seu estudo que os motivos do desmame em sua pesquisa foram: falta de conhecimento das lactantes acerca da importância do aleitamento materno, crença na produção insuficiente de leite, dificuldade na pega das mamas e intercorrências mamárias (DALTRO et al., 2021).

Além disso, outras condições sociais podem estar relacionadas com o desmame, já que são preditores para a continuidade da amamentação, tais como: a idade, a quantidade de filhos, o estado civil, grau de escolaridade da mãe, se a mãe trabalha, se houve pré-natal/ assistência para a amamentação, uso de chupetas e mamadeiras (LISBOA et al., 2018).

As principais consequências relatadas a interrupção da amamentação exclusiva estão relacionadas a interrupção do desenvolvimento motor-oral da criança já que na amamentação são executados todos os órgãos fonoarticulatórios (OFAS) (FRANÇA; COSTA, 2017). Também foi observado um aumento da diarreia em crianças, com um risco de 4,3 vezes maior de diarreia aos 4 e 5 meses de idade; risco 2,1 vezes maior aos 5 meses; e 2,1 vezes mais elevado aos 6 meses (FAWZY et al., 2011).

A interrupção da amamentação também pode acarretar o surgimento de alergias alimentares, isso porque o bebê apresenta o sistema imunológico e gastrointestinal imaturo, e o leite de vaca tem alto poder antigênico, sendo responsáveis por 20% das alergias alimentares (GRACIETE et al., 2004).

Diante do exposto nossa hipótese é que os fatores mais previsíveis que possam estar correlacionados com a interrupção da amamentação materna exclusiva seja a falta de conhecimento das lactantes do município da Vitória de Santo Antão acerca da importância da amamentação exclusiva até os 6 meses, que em consequência traria um indicador considerado ruim, de 44,4% (LIMA, 2020) da prevalência de AME no município.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Investigar os fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

2.2 Específicos

- Caracterizar as mães e as crianças quanto as condições sociais, econômicas, demográficas e clínicas;
- Verificar a prevalência de aleitamento materno exclusivo;
- Associar as variáveis sociais, econômicas, demográficas da mãe e da criança com a prevalência do aleitamento materno exclusivo.

3 JUSTIFICATIVA

Há muitos fatores associados a interrupção precoce da amamentação exclusiva de um bebê, que vão desde as crenças e falta de informação à falta de apoio. Dessa forma, é necessário buscar quais fatores mais relevantes estão relacionados a interrupção do aleitamento materno exclusivo em Vitória de Santo Antão, e a partir desses dados fornecer subsídios para o município trabalhar ações na Atenção Básica voltadas para a promoção do aleitamento materno exclusivo.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 O Leite Materno

O leite materno é o primeiro alimento oferecido ao bebê e é considerado padrão-ouro por sua alta qualidade de substâncias nutritivas e defensoras para a saúde da criança. Neste alimento, há composições ideais que se ajustam às mudanças e necessidades metabólicas e fisiológicas específicas do lactente (PASSANHA, et al., 2010).

Em sua composição, a Tabela Brasileira de Composição dos Alimentos (TBCA) mostra que em 100ml de Leite Humano Materno há 68 calorias. Em relação aos macronutrientes, há uma quantidade de 6,13g de carboidratos, 1,39g de proteína e 4,21g de gordura (TBCA, 2020).

O primeiro leite que é produzido pelo seio da lactante é chamado Colostro, ele é um leite mais espesso e pode ter cor amarelada. Por ser a primeira demanda de leite produzida no seio da mãe, o colostro é rico em anticorpos, glóbulos brancos, lactoferrina, linfócitos e macrófagos importantes para a saúde imunológica da criança, dessa forma o colostro pode ser chamado de vacina natural para o lactente (ACCIOLY, 2009).

Após semanas seguintes, em torno do 7º e 14º dia, o leite passa por uma mudança, chamado de leite de transição, que é um leite mais esbranquiçado e com o teor mais elevado de gordura, carboidratos em especial a lactose, calorias e menor teor de proteínas. Os lipídeos fornecem 51% da energia total do leite, dessa forma, o metabolismo do lactente é apto para usar as gorduras como substrato energético (ACCIOLY, 2009).

Após o 14º dia do parto, começa a ser produzido o leite materno maduro, que é o leite que já possui mais calorias e com maior teor de lactose para a melhor absorção de ferro, cálcio, zinco e manganês; assim como maior teor de gordura, sendo os triglicerídeos, o lipídeo majoritário deste leite. Além disso, este leite é rico em micronutrientes como vitaminas, minerais e oligoelementos (ACCIOLY, 2009; KARRA; KIRKSEY, 1998).

O leite materno possui propriedades antioxidantes capazes de desativar os radicais livres no organismo do bebê, como as vitaminas (A, E, C), enzimas

(glutathione peroxidase, superóxido dismutase), metais (cobre, zinco e selênio) e outras moléculas (coenzima Q 10, melatonina). É válido ressaltar que esse potencial antioxidante é maior no leite inicial, chamado colostro e que pode aumentar a partir da ingestão de suplementação pela lactante (MATOS; RIBEIRO, GUERRA, 2015).

As vitaminas lipossolúveis A e E são altamente encontradas no leite humano; e em algumas situações, como em casos de parto prematuro ou em vivência em países com baixos recursos, os lactentes estarão com os níveis recomendados mais baixos, dependendo da dieta materna. Já as vitaminas D e K, são pouco encontradas ou escassas no leite materno, assim sendo importante a suplementação infantil (MORROW; DAWODU, 2019).

Em relação as vitaminas hidrossolúveis, as concentrações de tiamina (B1), niacina (B3) e ácido pantotênico (B5) vão aumentando significadamente durante o período de lactação. Já a B2 (riboflavina) e a B8 (colina) não se alteram ao longo do período da lactação. Além disso, as concentrações das vitaminas hidrossolúveis são influenciadas por dieta materna e pela idade gestacional, caso seja um parto prematuro (ALLEN, HAMPELL, 2019).

Os minerais também estão presentes no leite materno, sendo o cálcio, fosfato, sódio, magnésio, potássio, cloreto em maior quantidade. Já o ferro, cobre e manganês em pequenas quantidades. Vale ressaltar que, embora haja pequenas quantidades de ferro no leite materno, o lactente até 4 meses, não apresentará deficiência de ferro, já que o organismo do bebê possui reservas suficientes (ACCIOLY, 2009).

Ao comparar o leite materno com o leite de vaca industrializado, é possível observar a superioridade do leite materno em relação ao leite de vaca industrializado. O leite de vaca possui um elevado risco de causar alergia ao bebê já que possui a β -lactoglobulina. Além disso, o leite de vaca possui uma maior quantidade de proteínas, sobrecarregando os rins da criança (BRASIL, 2016).

4.2 Aleitamento materno exclusivo

Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil, o AME é a prática de oferecer apenas o leite materno direto da mama ou ordenhado ao bebê exclusivamente até 6 meses, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (WHO, 2011; BRASIL, 2015).

Antes dos seis meses, não há indicação ou vantagens de iniciar alimentação complementar, isso porque o leite materno é completo em aspecto nutricional para o bebê e além do que, a prática de introdução precoce de outros alimentos, pode trazer prejuízos para a saúde da criança, como aparecimento de diarreias, infecções respiratórias, menor absorção de nutrientes importantes presentes no leite materno, como o ferro e o zinco; e risco de desnutrição, caso haja uma troca de alimentos nutricionalmente inferiores comparados ao leite materno (ARAUJO et al., 2006; BRASIL, 2015).

A promoção do Aleitamento materno exclusivo é uma pauta pública importante. No cenário público do Brasil, dispõem-se de políticas e programas criados como apoio, promoção e proteção à prática do aleitamento materno, como: Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) – 2006; a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – 2011; a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) – 2012; a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno; e a Rede Cegonha – 2011 (BRASIL, 2015).

Além de políticas e programas públicos, na Constituição Federal de 1998, foi promulgado o direito de mães trabalhadoras; uma licença com caráter previdenciário à aquelas mulheres nos estágios finais da gravidez ou logo após o parto, como direito a 120 dias de folga. Posteriormente em 2008, foi ampliado os 120 dias, para 180 dias pela Lei N° 11.770. Dessa forma, com o direito de 6 meses de licença, que se equiparou a recomendação da OMS (Organização Mundial de Saúde) a amamentação exclusiva até os 6 meses (BRASIL, 1998; BRASÍLIA, 2008).

Para promover o sucesso da amamentação exclusiva é necessário que seja incentivado desde a gestação a prática de amamentação. No pré-natal,

principalmente para primíparas é um momento bastante favorável e importante, já que é a primeira vivência da gestante. Deste modo, o aconselhamento através de experiência prévias, discussão de mitos e crenças, das técnicas de posicionamento e pega da amamentação correta, como também a prevenção das complicações é importante para habilitar as mães (BRASIL, 2015).

O abandono da prática de amamentação, pode ocorrer devido a privação de apoio e de conhecimento da lactante. Para ocorrer a concretização do ato de amamentação é imprescindível a assistência familiar, de agentes de saúde, enfermeiros e médicos, também pós alta hospitalar. E também necessária uma rede de apoio antes e pós alta hospitalar para que seja encorajado a prática, evitando frustrações e insegurança (PALHETA; AGUIAR, 2021).

O enfermeiro é o profissional que está mais perto da lactante. O profissional de enfermagem será responsável por promover ações educacionais a partir da compreensão sobre o seu contexto sociocultural e familiar. Essas ações são realizadas a partir de rodas de conversas, grupo para aconselhamento, pré-natal realizados na Atenção Básica. Além disso, a Equipe Saúde da Família (ESF) promove uma visita domiciliar no puerpério, na qual, é realizada os primeiros manejos nas primeiras mamadas (BATISTA; FARIAS 2013; ARAÚJO, et al., 2018).

4.3 A importância do Aleitamento Materno Exclusivo

O aleitamento materno é considerado um poderoso meio de sobrevivência infantil, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostram que aumentar as taxas de amamentação exclusivas até os seis meses de idade poderia salvar cerca de 6 milhões de vida. O leite materno é capaz de proteger uma criança, quando essa é menor em idade. Dessa forma, o aleitamento materno exclusivo é capaz de diminuir a mortalidade em 6 vezes em crianças menores que 2 meses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A enterocolite necrosante é uma doença que causa uma lesão na superfície do intestino, causando uma inflamação. Ocorre em recém-nascidos,

principalmente prematuros e ocorre em 1% a 5% de casos de bebês internados em UTIN (Unidade de terapia intensiva neonatal). O leite materno possui componentes celulares imunológicos e anti-inflamatórios que são capazes de promover uma imunidade passiva contra a enterocolite necrosante (NEU; WALKER, 2011; NOLAN; PARKS; GOOD, 2019).

A amamentação exclusiva é responsável por diminuir casos de diarreia infantil. Em um estudo realizado em crianças não amamentadas ou com amamentação inferior a seis meses que buscavam um serviço de atenção básica de Fortaleza, foi identificado que 9,6% das crianças mamaram por menos de seis meses e que 5,7% não mamaram, considerando-se que a amamentação é capaz de proteger crianças contra a diarreia que é a 2º causa de morte em crianças menores que 5 anos (ARAUJO et al., 2007; MENEGUESSI et al., 2015).

Crianças que são alimentadas de leite materno até 6 meses são internadas com menos frequência por diarreia, assim diz um estudo realizado com crianças com menos de um ano de vida nas capitais brasileiras e Distrito Federal (BOCOLLONI, 2011). Através de análises sanguíneas, ABDELL-HAFEEZ, 2013, mostrou que crianças que são amamentadas, os níveis séricos de IgE e TNF- α são menores, do que aquelas que não são amamentadas, demonstrando assim uma menor taxa de infecção por protozoários causadores de diarreia (ABDELL-HAFEEZ et al., 2013).

A amamentação diminui o risco de infecções respiratórias para o lactente. As doenças respiratórias são a causa de 1/3 das mortes e da metade das hospitalizações em crianças menores de cinco anos (WHO, 2005). Em um estudo realizado através de comparação de dois estudos da mesma cidade, no Rio grande do Sul, foi notado uma associação de baixa incidência de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e altos percentuais de crianças acometidas por infecção respiratória na cidade (VARGAS, SOARES, 2010).

O leite materno, principalmente o colostro é rico em anticorpos e elementos anti-infecciosos como o IgA, IgM, IgD, IgE, IgG, fagócitos, linfócitos, macrófagos que juntos e aliados a mucosa digestiva e respiratória, proporcionam a imunidade passiva ao bebê, além disso possuem oligossacarídeos que são

capazes de bloquear as bactérias responsáveis por causar pneumonia (VARGAS, 2010; PASSANHA 2010).

A composição do leite materno contém baixo teor de alergênicos, e há anticorpos que previnem alergias para o bebê. Além disso, pode ser um bom aliado para diminuir o risco de alergia à proteína do leite de vaca, como também dermatite atópica e asma. Sendo assim, o aleitamento materno pode conferir uma maior tolerância a sensibilização a alergênicos (BRASIL 2015).

Em 2007, foi publicado pela OMS um estudo que mostrou que amamentação exclusiva era capaz de diminuir a pressão 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 (BRASIL, 2015).

A duração do aleitamento materno está relacionada com a menor chance de a criança estar em sobrepeso e obesidade, isso porque há uma relação com a auto regulação de ingestão de alimentos das crianças amamentadas já que o leite materno possui todos os nutrientes recomendáveis para o organismo da criança, participando da programação metabólica da diferenciação das células (DEWEY, 2003; HAISMA et al., 2005; BRASIL 2015).

A prática do ato de amamentar, possibilita o desenvolvimento da musculatura facial da criança, fazendo com que a criança tenha o desenvolvimento de uma respiração correta, além disso é capaz de estimular e fortalecer a arcada dentária do bebê. Dessa forma, uma interrupção do aleitamento materno precoce pode ocasionar em complicações motora-oral como mastigação, deglutição, fala, oclusão dentária e respiração. (NASCIMENTO, 2021; BRASIL, 2015).

O aleitamento materno contribui para um melhor desenvolvimento cognitivo. Em 2012, Kafouri et al. mostraram que em adolescentes entre 12 e 18 anos, a duração do aleitamento materno exclusivo foi preditora do aumento da espessura cortical nos lóbulos parietais superiores e inferiores. Já em 2019, Blesa et al., realizou uma pesquisa com bebês com 33 semanas de vida, onde avaliaram o consumo de leite materno e a conectividade cerebral, a partir de imagens obtidas em exame de Ressonância (RMN), dessa forma foi visto que

os bebês que foram amamentados com >75% dos dias de atendimento hospitalar tiveram associação com a maior conectividade no mapa de conexão neural. (KAFOUR et al., 2012; BLESA et al., 2019).

A amamentação possui vantagens não só para os bebês. as mães também são beneficiadas com essa prática. Desde 2002, é comprovado que a amamentação é capaz de diminuir o risco de câncer de mama. O Collaborative Group On Hormonal Factors In Breast Cancer constatou que o risco de desenvolver a doença, diminuía 4,3% a cada 12 meses de duração de amamentação (BERAL et al., 2004).

Também é descrito na literatura que a amamentação é capaz de reduzir o risco de câncer de ovário. Já foi visto que a duração da amamentação foi significativa e inversamente relacionada a tumores não mucinosos, mas não a tumores mucinosos (TUNG, et al., 2003). Riman em 2012, avaliou os fatores reprodutivos e outros em relação ao risco de câncer epitelial de ovário em 655 mulheres suecas de 50 a 74 anos e 3.899 controles e identificou que a amamentação promove uma forte proteção contra câncer de células claras, enquanto esse efeito não foi observado para outras histologias ou em geral.

A amamentação pode ser um método anticoncepcional para a mãe. A ovulação nos primeiros seis meses após o parto está relacionada com o número de mamadas, nessa etapa, a prolactina age fazendo a supressão da ovulação. Além disso, a amamentação é capaz de promover a perda gradual de peso da mãe e causa uma involução uterina mais rápida através da liberação da ocitocina no ato de amamentar (BRASIL, 2015; ACCIOLY, 2016).

Vale salientar que a amamentação promove o vínculo afetivo mãe-filho trazendo efeitos psicológicos positivos para criança e para mãe, oferecendo aconchego a criança e criando relações afetivas. Outro ponto importante que merece ser destacado, é a possibilidade de isenção de despesas já que é subsídio natural e com a amamentação não há a necessidade de compras de mamadeiras, esterilizadores e etc. (BRASIL, 2015; MARTINS 2013).

4.4 Fatores Associados a Interrupção do AME

O AME é uma prática em que seus determinantes são relacionados com instruções ou estratégias educativas realizadas no pré-natal e pós-parto. Uma pesquisa realizada em Campina Grande, no estado da Paraíba, com 14 mulheres nutrizas maiores de dezoito anos; que estavam no período de um a seis meses após o parto e em AM exclusivo ou misto mostrou que um dos maiores preditores da interrupção da AME eram a crença na produção insuficiente de leite; dificuldade de pega da mama; intercorrências com o neonato e intercorrências mamárias (AMARAL et al., 2015).

Daltro et al., 2021, realizou uma pesquisa entre 60 mães de crianças com até 18 meses na cidade de Patos no estado da Paraíba, onde apenas 17,6% das mães fizeram a amamentação exclusiva só até os seis meses de idade da criança. Cerca de 70% das mães possuíam ensino superior, o que seria importante acerca das informações de prática de amamentação, além disso, todas as mães (100%), relataram ter realizado pré-natal.

É válido ressaltar que cada mãe e o seu bebê, é um caso único. Em 2014 foi observado que não houve correlação entre o tempo de AME e as variáveis: estado civil, idade materna, peso do recém-nascido e orientações recebidas entre as mães entrevistadas. Nesse estudo foi identificado que as dificuldades para amamentar foram norteadas em impressão de leite fraco ou pouco leite, a volta ao trabalho ou ao estudo e trauma mamilar (ROCCI, FERNANTES, 2014).

Mães trabalhadoras também sentem dificuldade para realizar a prática de AME. Em uma pesquisa realizada com 200 mulheres trabalhadoras formais que retornaram ao trabalho antes de a criança completar seis meses de vida em São Paulo, foi visto que cerca de 82,9% das mães desmamaram seus bebês após o quarto mês. Além disso, houve relação da não participação do programa de incentivo a amamentação, assim como a falta do direito de amamentar 30 minutos durante a jornada de trabalho e a chance de desmamar antes do 4º mês (BRASILEIRO et al., 2012).

Em 2020, foi relatado que idade anos de estudos, estado civil, número de filhos e classe econômica, não obtiveram relação estatística com a prevalência da AME em mães e lactentes da cidade de São Luís, Maranhão. Já em relação

a participação de programas sociais houve uma elevada frequência de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida das crianças, sendo de 93,3%, isso pode estar associado a implementação desses programas na rotina das UBS (Unidade Básica de Saúde), que do mesmo modo agem em incentivo a prática de amamentação exclusiva (PINHEIRO, BARBOSA, CONCEIÇÃO, 2020).

O uso de mamadeiras e chupetas, conhecidos como bicos artificiais podem ser preditores para causar recusa do bebê ao seio da mãe. O uso de chupeta, em especial é considerado a menor duração de AME. Uma pesquisa realizada no Distrito Federal e em algumas capitais brasileiras mostram que o uso de chupeta é o fator que mais interfere na amamentação exclusiva, principalmente pela alta prevalência de uso em crianças menores que 1 ano de vida (BUCCINI et al., 2017).

Em um outro estudo realizado em um Banco de Leite entre 2009 e 2011 com 9.474 mães, foi visto que houve 38,4% de prevalência do aleitamento materno exclusivo entre os lactentes que usavam chupeta, sendo menor que a prevalência dos que não usavam chupeta, sendo 61,6% de AME. Já para mamadeira, no mesmo estudo foi observado que 13,5% dos que usavam mamadeira estavam em AME, um valor muito menor comparado aos que usavam mamadeira e não estavam em AME (86,5%) (PELLEGRINELLI et al., 2015).

Mariano et al., em 2016, avaliou 63 mulheres em situação de violência por parceiro íntimo na gestação atual, onde foram identificadas no pré-natal no Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM) - MATER, situado no município de Ribeirão Preto, São Paulo. Nesse estudo foi possível identificar que 17,59% das mulheres sofriam violência por parceiro íntimo. Embora o estudo não mostrando significância estatística entre violência por parceiro íntimo e duração da AME, 40,43% que referiram violência psicológica e 23,40% das que referiram violência física não estava praticando o AME.

No estudo de Salustiano et al., 2012 com 667 crianças menores de seis meses (datas de nascimento, que compareceram ao segundo dia da Campanha de Multivacinação do município de Uberlândia (MG) foi mostrado que o trabalho

materno fora de casa e uso de chupetas, foram mais associados ao abandono do AME, sendo o uso da chupeta o fator com aumento de mais de quatro vezes a chance de desmame. Já o fato de as mães serem múltiparas e fazer o atendimento puerperal na rede pública, mostrou que esses fatores podem ser preditores na proteção para a AME.

Oliveira et al., 2015, comenta que a interferência da figura da mulher que já vivenciou a maternidade, como a mãe da lactante, ou uma avó, tia, irmã pode trazer experiências negativas para realidade da lactante. No estudo, foi possível identificar que especificamente a figura da avó a materna se configura como fator negativo para a manutenção do aleitamento materno, principalmente o exclusivo, já que foi possível observar a prática de uso de chás e crença do leite insuficiente, baseado em crenças e conhecimentos de seus antepassados.

A introdução de chá, águas, sucos e complementação com fórmulas infantis antes do 6º meses, configuram em interrupção da amamentação exclusiva. A pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 1996, mostrou que 1,9% das crianças menores de um mês já recebiam outros leites, 25,7% recebiam outros líquidos e 11,2% recebiam mingau, já em 2006 na mesma pesquisa, mostrou que 29,3% das crianças haviam sido alimentados com leite não-materno, outros 19,5% com mingau e 9,8% com sucos (BRASIL, 2009).

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Desenho do Estudo

O estudo é do tipo transversal, de caráter quantitativo.

5.2 Local de Estudo

Foi desenvolvido no município da Vitória de Santo Antão, localizado na Zona da Mata Sul de Pernambuco. A pesquisa faz parte de um estudo maior denominado “Práticas Alimentares de Menores de dois anos em Vitória de Santo Antão, Pernambuco”, realizado em 2017.

5.3 Público Alvo

Crianças menores de 6 meses residentes em Vitória de Santo Antão.

5.4 Amostragem

O Estudo é proveniente de um banco de dados de uma pesquisa maior intitulada “Práticas Alimentares de Menores de dois anos em Vitória de Santo Antão”, cedida pela pesquisadora, conforme documento em APÊNDICE A. A pesquisa maior, contém um quantitativo de 647 crianças menores de 2 anos. Porém, para o presente estudo foram estudadas somente as crianças com idade menor ou igual a 6 meses, sendo excluídas todas as mães entrevistadas menores que 18 anos, totalizando uma amostra total de 93 crianças.

Na construção da amostra maior foi realizado um sorteio através do Biostat versão 5.3 para escolha dos setores censitários e domicílios, sendo escolhidos 83 dos 169 setores censitários de Vitória de Santo Antão que considerando uma proporcionalidade geográfica, foi selecionado 70 na área urbana e 13 na rural.

5.5 Coletas de Dados

Para a coleta de dados foi realizado um questionário (ANEXO A) para que fossem apuradas informações, como: dados maternos e da saúde e nutrição das crianças, condições socioeconômicas e registro do consumo alimentar do recordatório de 24 horas. A atual pesquisa teve como ênfase as variáveis sociais,

demográficas, econômicas e clínicas para a identificação de fatores que contribuem na interrupção da amamentação exclusiva em crianças menores de 6 meses.

O questionário foi aplicado através de entrevistadores capacitados, composta por nutricionistas e sanitaristas, através de um treinamento de 40 horas, dividido em 20 aulas de teoria e 20 aulas de prática, assim foram abordados no treinamento todas as normas do projeto e o método de preenchimento do questionário.

5.5.1 Variáveis do Estudo

No estudo atual, apenas variáveis sociais, demográfica, socioeconômicas foram utilizadas, como:

- Local de Moradia: área urbana ou área rural;
- Número de Pessoas por domicílio: Sendo de 1-3 pessoas, de 4-5 pessoas ou >5;
- Renda familiar: renda mensal total das pessoas moradoras do domicílio; sendo as opções sem renda (a família possui trabalho informal ou vivem de ajuda de terceiros), até um 1 salário mínimo, de 1 a 2 salários mínimos, ou maior que 2 salários mínimos;
- Trabalho Materno: Qual o tipo de trabalho da mãe da criança, se não trabalhava ou se era comerciante, professora, doméstica, agricultura e outro;
- Inscrição no Programa Bolsa Família (BPF): Se a família era inscrita ou não no Programa;
- Idade materna (anos): Se a mãe possuía ≥ 18 anos, de 19 a 30 ou >30 anos;
- Idade das Crianças: Se o bebê tinha <3 meses ou de 3 a 6 meses;
- Número de consultas pré-natal: Se a mãe fez um total de ≤ 6 consultas de pré-natal ou ≥ 7 consultas;
- Local de realização do pré-natal: Se era em ESF (Estratégia Saúde da Família), Hospital Público, Hospital Privado, Público + Privado.

- Idade Gestacional no nascimento em semanas: Se o bebê nasceu em Prematuridade moderada a severa (25 a 33 semanas), Prematuridade leve (34 a 36 semanas), A termo (37-41 semanas) ou Pós Termo (42 ou mais).

-Paridade: Se a mãe, pariu pela primeira vez (Primíparas) ou pariu pela 2° vez ou mais (Multíparas).

- Tipo de Parto: Se o bebê nasceu por método cesáreo ou natural.

5.6 Aspectos Éticos

Os procedimentos descritos foram submetidos, analisados e aprovados pelo comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CAAE 32276914.6.0000.5208). As mães assinaram o TCLE (ANEXO B).

5.7 Análise dos Dados

Para a digitação do banco de dados, após coleta, foi utilizado o *Microsoft Office Excel*, versão 2013 e depois todos os dados foram exportados para o Software *EpiInfo 7.0*. Para avaliar as características sociais, econômicas, demográficas e clínicas foram utilizadas o Teste Exato de Fisher, com intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

Para análise de prevalência de aleitamento materno exclusivo construído um gráfico no software Microsoft Excel e para verificar a associação das variáveis demográficas, econômicas, sociais das crianças menores de 6 meses, com o aleitamento materno exclusivo também foi utilizado o Teste de Chi-Squared e Teste Exato de Fischer.

6 RESULTADOS

Na tabela 1, encontra-se a distribuição de características sociais, econômicas, demográficas e clínicas das crianças. A maioria das famílias (86,2%) residia em local urbano e eram constituídas 4-5 pessoas por domicílio (49,46%).

Em relação as variáveis econômicas, foi possível observar que a renda prevalente na amostra foi de até 1 salário mínimo, sendo cerca de 40,86%. As mães das crianças, majoritariamente não trabalhavam (79,57%) e cerca de 60,22% das famílias, possuíam inscrição no Programa Bolsa Família.

Para as variáveis demográficas, a maioria das mães possuía idade de 19 a 30 anos sendo cerca de 70,96% da amostra total. As crianças possuíam idade de 3 a 6 meses (60,22%). Para as variáveis clínicas, foi possível identificar que todas as mães fizeram o pré-natal (100,0%) e que 82,14% realizaram 7 consultas ou mais.

Também, foi verificado que 61,29% das mães realizaram o pré-natal em ESF (Estratégia Saúde da Família); e 19,35% teria realizado o pré-natal em serviço particular. Cerca de 78,49% das crianças apresentaram idade gestacional entre 37 a 41 semanas, classificadas como *A Termo*. A maioria das mães eram múltiparas (59,14%) e cerca de 53,76% pariram por parto normal.

Tabela 1: Características sociais, econômicas, demográficas e clínicas das crianças menores de 6 meses do município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017

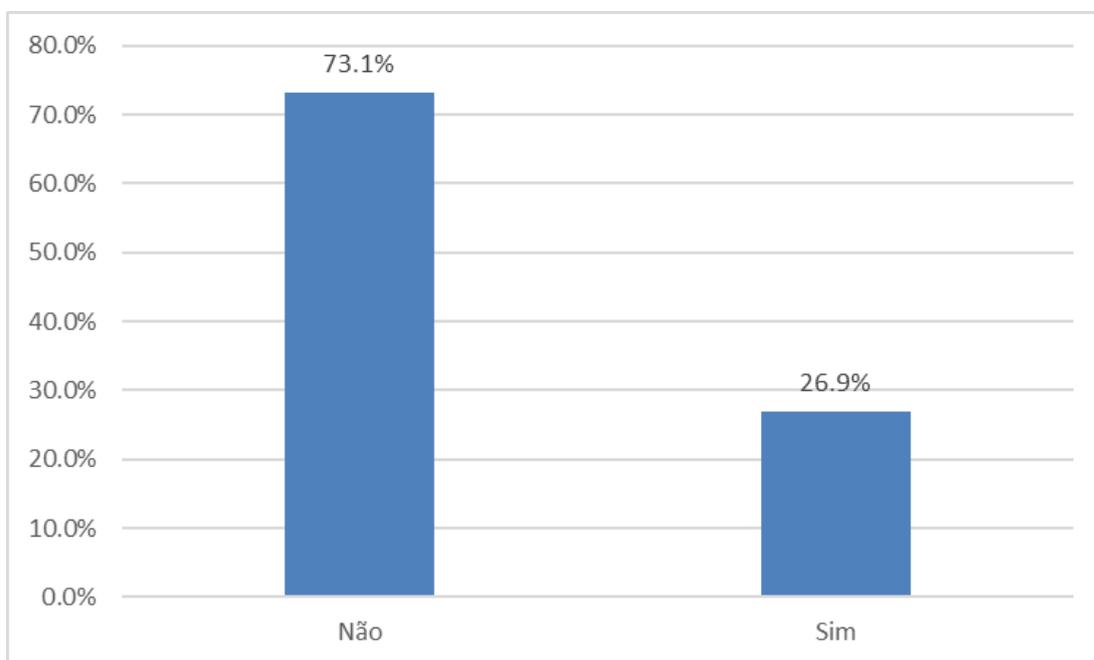
Características da amostra (n= 93)	n	%	IC.95%
Variáveis Sociais			
Local de Moradia			
Área Urbana	80	86,02	77,28-92,34
Área Rural	13	13,98	7,66-22,72
Número de pessoas no domicílio			
1-3	36	38,71	28,78-49,38
4-5	46	49,46%	38,93-60,03
>5	11	11,83%	6,05-20,18
Variáveis Econômicas			
Renda Familiar			
Sem renda	3	3,23	0,67-9,14
Até 1 salário mínimo	38	40,86	30,77-51,54
1 a 2 salários	19	20,43	12,77-30,05
>2 salários mínimos	10	10,75	5,28-19,89
Sem informação	23	24,73	16,37-34,76
Trabalho Materno			
Não Trabalha	74	79,57	69,95-87,23
Comércio	9	9,68	4,52-17,58
Professora	1	1,08	0,03-5,85
Agricultora	3	3,23	0,67-9,14
Outro	6	6,45	2,40-13,52
Inscrição no Programa Bolsa Família (BPF)			
Sim	37	60,22	49,54-70,22
Não	56	39,78	29,78-50,46
Variáveis demográficas			
Idade Materna (anos)			
≥ 18	7	7,53	3,08-14,90
19 a 30	66	70,96	60,64-79,92
> 30 anos	20	21,51	13,66-31,24
Idade das Crianças			
< 3 meses	37	39,78	29,78-50,46
3 a 6 meses	56	60,22	49,54-70,22
Variáveis Clínicas			
Número de Consultas Pré-natal			
≤ 6	18	17,86	10,35-27,74

≥ 7	72	82,14	72,26-89,65
Local de Realização do Pré-Natal			
ESF	57	61,29	50,62-71,22
Hospital público	16	17,20	10,17-26,43
Hospital privado	18	19,35	11,89-28,85
Público + Privado	2	2,16	0,26-7,55
Idade Gestacional no Nascimento			
Prematuridade moderada a severa (25 a 33 semanas)	2	2,15	0,26-7,55
Prematuridade Leve (34 a 36 semanas)	9	9,68	4,52-17,58
A termo (37 – 41 semanas)	73	78,49	68,76-86,34
Pós-Termo (Mais de 42 semanas)	5	5,38	1,77-12,10
Sem informação	4	4,30	1,18-10,65
Paridade			
Primíparas	38	40,86	30,77-51,54
Múltiparas	55	59,14	48,46-69,23
Tipo de Parto			
Cesário	42	45,16	34,81-55,83
Natural	50	53,76	43,12-64,16
Sem informação	1	1,08	0,03-5,85

Fonte: A Autora, 2022.

No gráfico 1, observou-se a prevalência do aleitamento materno exclusivo em todas as crianças menores de 6 meses. Verificou-se que a prevalência foi de aproximadamente de 26,9% de crianças que estavam em amamentação exclusiva, sem uso de água, chás e sucos.

Gráfico 1: Prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017.



Fonte: A Autora, 2022

Na tabela 2, foi avaliado a prevalência de aleitamento materno em relação as variáveis. Nas variáveis sociais, o local de moradia com maior taxa de aleitamento materno exclusivo foi a área rural com 30,77% e não demonstrou significância estatística. Já na variável de número de pessoas por domicílio, possuir >5 pessoas por domicílio, apresentou 36,36% de prevalência de aleitamento materno exclusivo, porém, também sem significância estatística.

Nas variáveis econômicas, 66,67% das famílias das crianças não possuíam renda em relação a prevalência ao AME, porém sem significância estatística. Com a variável trabalho materno, mães que trabalhavam no comércio possuíam maior taxa de aleitamento materno exclusivo (55,56%), sem significância. Além disso, ter inscrição no bolsa família indicou 32,43% de prevalência de aleitamento materno exclusivo, sem significância estatística.

Para as variáveis demográficas, a idade materna de 18 anos possuiu maior prevalência de aleitamento materno exclusivo, sendo de 71,43% com significância estatística ($p < 0,005$). Já em relação a idade das crianças, 32,14% de 3 a 6 meses estavam em aleitamento materno exclusivo, porém esses dados não demonstraram nenhuma significância estatística.

Já com as variáveis clínicas, foi possível analisar que houve a prevalência de 27,54% da amostra de crianças em aleitamento materno exclusivo cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, porém sem significância estatística. Em relação ao local de realização do pré-natal, houve maior prevalência de AME (38,89%) das mães que fizeram pré-natal em hospital público, também sem significância estatística.

Em relação a idade gestacional, nascer com prematuridade moderada a severa (25 a 33 semanas) possui elevada prevalência de associação com o aleitamento materno exclusivo, sem a significância estatística. Em relação ao número de partos, as análises mostraram que ser mães multíparas houve prevalência de 34,55%, com significância estatística ($p=0,05$). Ter parto natural demonstrou 28,0% de prevalência de aleitamento materno exclusivo, porém não houve significância estatística.

Tabela 2: Variáveis sociais, econômicas, demográficas e clínicas das crianças menores de 6 meses e sua associação com o aleitamento materno exclusivo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017

VARIÁVEIS	Aleitamento materno exclusivo				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Variáveis sociais					
Local de Moradia					
Área Urbana	21	26,25	59	73,75	0,7423
Área Rural	4	30,77	9	69,23	
Número de Pessoas por domicílio					
1-3	8	22,22	28	77,78	0,6233
4-5	13	28,26	33	71,74	
>5	4	36,36	7	63,64	
Variáveis Econômicas					
Renda Familiar					
Sem renda	2	66,67	1	33,33	0,5453
Até 1 salário	11	28,95	27	71,05	
1 a 2 salários	4	21,05	15	78,95	
>2 salários mínimos	2	20,0	8	80,0	
Sem informação	6	26,09	17	73,91	
Trabalho Materno					

Não Trabalha	17	22,97	57	77,03	0,1143	
Comércio	5	55,56	4	44,44		
Professora	0	0,00	1	100,0		
Doméstica	0	0,00	0,00	0,00		
Agricultura	3	0,00	3	100,00		
Outro	25	3	3	50,00		
Inscrição no Programa Bolsa Família (BPF)						0,3485
Sim	12	32,43	25	67,57		
Não	13	23,21	43	76,79		
Variáveis demográficas						
Idade materna (anos)						
18 anos	5	71,43	2	28,57	0,0204*	
19 a 30	16	24,24	50	75,76		
>30	4	20,0	16	80,0		
Idade das Crianças	n	%	n	%		
<3 meses	7	18,92	30	81,08	0,232	
3 a 6 meses	18	32,14	38	64,86		
Variáveis Clínicas						
Número de consultas pré-natal						
≤ 6	4	26,67	14	76,33	1,00	
≥ 7	13	27,54	50	72,46		
Local de realização do pré-natal						
ESF	16	28,07	41	71,93	0,2862	
Hospital Público	2	12,05	14	87,50		
Hospital Privado	7	38,89	11	61,11		
Público + Privado	0	0,00	2	100,00		
Idade Gestacional no nascimento em semanas						
Prematuridade moderada a severa (25 a 33 semanas)	2	100,0	0	0,00	0,1517	
Prematuridade leve (34 a 36 semanas)	1	11,11	8	88,89		
A termo (37-41 semanas)	20	27,40	53	75,60		
Pós Termo (42 ou mais)	1	20,0	4	80,0		
Sem informação	1	25,0	3	75,0		
Paridade						
Primíparas	6	15,79	32	84,21		0,0578*

Múltiparas	19	34,55	36	65,45	0,8148
Tipo de Parto					
Cesário	11	26,19	31	73,81	
Natural	14	28,0	36	72,00	
Sem informação	0	0,00	1	100,0	

Fonte: A Autora, 2022.

7 DISCUSSÃO

No presente estudo a prevalência de AME foi de 26,9%. Resultados próximos foram encontrados em uma pesquisa realizada nas unidades básicas em Nova Imperatriz em Imperatriz, Maranhão, com 42 puérperas entre 18 e 37 anos. Nesse estudo, cerca de 26,2% de mães praticaram o AME até os seis meses (SANTOS RIBEIROS et al., 2022).

Prevalências maiores, foram encontradas em SANTOS ZAVA et al., 2021, no qual, foi realizado uma pesquisa com 15 mulheres com filhos até 06 meses de idade em Cachoeiro de Itapemirim-ES e cerca de 36,36% dos participantes que estavam praticando o aleitamento materno exclusivo. Já na cidade de Cascavel, Paraná, em 2017, a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 89,8% das mulheres da pesquisa, e as participantes o realizaram com duração de até o 4º mês (CONTERNO et al., 2017).

Em uma pesquisa realizada no Cariri, no Ceará, com 177 crianças com mães iguais ou acima de 18 anos, apenas 38,9% das crianças avaliadas foram amamentadas, exclusivamente, até os seis meses de vida (TAVARES et al., 2020). Um estudo realizado, também, em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, entre as crianças menores de seis meses e com mães de 14 a 54 anos, menos da metade (44,4%) estavam em AME (LIMA, 2020).

Esses resultados mostram que a prevalência de amamentação exclusiva ainda é muito baixa no Brasil, já que nas últimas 3 décadas, BOCCOLINNI, et al. 2017 mostrou que a prevalência de AME no Brasil é de 40%, sendo uma prevalência muito abaixo do preconizado pela OMS, que seria de 90 a 100%. Dessa forma, é justo a importância do acompanhamento e vigilância para a

melhor promoção, proteção e apoio a essa prática (SANTOS et al., 2019; BACCOLINI, 2017; UNICEF, 2017).

No presente estudo buscou-se investigar quais foram os fatores sociais, econômicos, demográficos e clínicos que estavam associados da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco. E encontrou-se que as variáveis: idade materna e paridade apresentaram associação com o AME.

A pesquisa atual, o local de moradia que possuiu maior prevalência em relação com o AME, foi a zona rural com 36,36% de porcentagem. Em um estudo realizado em município de Balneário Gaivota, Santa Catarina, foi possível observar a prevalência de AME, também em zona rural, com 62,5%. (FERMIANO, 2020). Esses achados mostram que mães que moram em zona rural amamentam exclusivamente seu bebê, já que a maioria das mães que moram em área rural não possuem trabalho fora de casa, o que estimularia a prática contínua do AME (SALUSTIANO, 2012).

Em relação ao número de pessoas por domicílio, a pesquisa atual mostrou que houve prevalência de AME em 36,36% de residências com mais de 5 pessoas por domicílio. Em um estudo realizado em comunidades quilombolas de Alagoas, Brasil, no ano de 2018, foi observado que possuir um número menor que 4 pessoas por domicílio (59,5%), possuía um risco maior de interrupção da AME (ARAUJO et al., 2021). O resultado da atual pesquisa, pode estar relacionado ao fato de que a maioria das famílias vivem com apenas 1 salário mínimo ou menos e quanto maior a família, essa renda será mais diluída e conseqüentemente, isso afetará a condição econômica, dessa forma, praticar o AME é financeiramente confortável já que não possui custo (BRASIL, 2006).

A renda familiar na pesquisa atual, apresentou associação de prevalência de 66,67% de AME em relação a família sem renda, que são famílias que estão em processo de trabalho informal ou vivem de ajuda de terceiros. Resultados próximos, foi observado em BARBOSA et al, 2018, no qual foi observado que possuir uma renda familiar menor que um salário mínimo há uma prevalência de 76,9% com associação com a AME, podendo ser um fator de proteção para a manutenção da AME até os 6 meses; isso porque o AME é um tipo de alimentação que não gera nenhum custo financeiro a família e adicionar outras

fontes de alimentação, demandaria aporte financeiro (BRASIL, 2006; BARBOSA, 2018).

Nessa pesquisa, cerca de 55,56% de mães que trabalhavam em comércio realizaram o AME. Dados apostos foram encontrados em SANTOS ZAVA et al., 2021, onde 60% das mães da amostra da pesquisa, eram donas de casa e não praticavam o AME. Em BARBOSA et al, 2018 também mostrou uma prevalência de 79,6% de AME entre mães que não trabalhavam.

Já em semelhança com a pesquisa atual, SOUZA et al., 2021 mostraram a prevalência de prática de AME de 53,33% das mães que trabalhavam fora de casa. Isto pode ser explicado porque atualmente, o artigo 396 da CLT, preconizam que as mães que possuem vínculo de trabalho formal (CLT) podem fazer duas pausas por dia de meia hora, destinados a amamentar seu filho ou ordenhar leite materno de até 6 meses, assegurando a prática de aleitamento materno exclusivo (OLIVEIRA et al., 2020).

Em relação a Inscrição no Programa Bolsa Família, cerca de 32,43% das mães possuíam cadastro no programa e praticavam o AME na presente pesquisa, resultados semelhantes foram encontrados em SANTOS, 2018, no qual foram analisados a prevalência de AM em crianças na alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica e respectivamente 100,0%; 71,4%; 71,4% entre as mães cadastradas no programa bolsa família faziam AM.

Outro estudo realizado por CAMINHA (2009), em 18 municípios do estado de Pernambuco, também mostrou uma maior prevalência (11,35%) de AME entre as mães cadastradas no Programa Bolsa Família em relação as não cadastradas. Em outro estudo, realizado por TAVARES et al., 2020 também mostraram a alta prevalência de 44,6% de cadastro no PBF e AME. Esses resultados mostram que o PBF é capaz de manter o AME, já que para estar inserido neste programa é necessário que a mãe esteja fazendo o pré-natal e pós-natal e nessas assistências, é estimulado a prática e importância do AME (BICHIR, 2010).

Em relação a idade das crianças, a prevalência de AME na presente pesquisa foi maior entre 3 a 6 meses, sendo de 32,14%. Resultados opostos foram observados em DOS SANTOS ZAVA et al (2021), que mostrou que houve prevalência de 28,57% das mães que amamentaram de forma exclusiva por

menos de um mês de vida do bebê e apenas 14,28% amamentou de forma exclusiva entre três e cinco meses.

Ainda sobre a idade das crianças e a sua associação com o aleitamento materno, FERREIRA et al., (2018), mostraram que em seu estudo realizado em uma maternidade da cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil; a prevalência de AME diminui ao passar dos meses, sendo de 39,2% no primeiro mês a 6,5% no 6º mês. Os resultados da atual pesquisa, podem estar relacionados com a chance da interrupção do aleitamento materno exclusivo ocorrer logo no início de vida do bebê, já que nessas fases iniciais, a mãe pode sofrer com fissuras mamárias, ingurgitamento mamário, mastite e adicionar fórmulas ou água e assim interrompendo o AME (DANTAS, 2020; ANDRADE, 2018).

Para a idade das mães, o presente estudo teve maior prevalência de aleitamento materno exclusivo entre mães com 18 anos, sendo de 71,43%, com significância estatística. Em FERREIRA et al (2018) foi possível observar dados divergentes, onde a maior prevalência de aleitamento materno exclusivo foi com as mães entre 20 e 30 anos, representando cerca de 46%.

Em um estudo realizado em Unidades Básicas de Saúde no município de Alfenas, no Sul de Minas Gerais, mostrou que haviam 93,33% de prevalência de mães com mais de 20 anos e faziam a prática de AME (DE SOUZA et al., 2021). Embora alguns artigos mostrem que mães com idades mais baixas são desfavoráveis a prática do AME ((BOCCOLINI et al., 2017; (CAMINHA et al., 2015), para a atual pesquisa, na qual, as mães com 18 anos obtiveram a maior prevalência de AME e com significância estatística, é possível refletir que esse resultado pode estar relacionado com a disponibilidade de tempo pelo fato da mãe não exercer ainda, nenhum trabalho externo (LIMA DA COSTA, 2021).

Em 100% das crianças que foram estudadas, as mães que praticavam o AME, realizaram o pré-natal. Dessa forma, é válido ressaltar que o pré-natal é um momento importante para se trabalhar o incentivo da prática do AME, já que, a partir dele, é trabalhado a promoção, proteção e apoio ao AM através de retiradas de dúvidas, esclarecimentos de técnicas de pega correta, da interferência do uso de água, chás, fórmulas infantis; fortalecendo a confiança e as capacidades maternas em amamentar (PEDRAZA, 2019).

Quanto ao número de consultas pré-natais, os resultados em associação com AME foram entre mães que fizeram 7 ou mais consultas com 27,54% de prevalência; diferente de FERREIRA, et al. 2018 que mais da metade da amostra (51,8%) que realizou até seis ou menos consultas e praticavam a AME e cerca de 54,2% tinha realizado mais de seis consultas pré-natais, não praticavam o AME. Os resultados da pesquisa atual mostram que ao fazer maior quantidade de consultas pré-natais, mais acesso a informações as mães terão sobre a prática do AME e assim aumentam o tempo de prática (DOMINGUES, 2012).

A respeito do local de pré-natal, os resultados em relação ao AME, a pesquisa atual, mostrou uma maior prevalência do AME entre pré-natais realizados em hospital privado, sendo de 27,54%. Dados divergentes foram observados em Ferreira et al, 2018, onde houve uma prevalência de 60,8% das mães que fizeram seu pré-natal em posto de saúde. Realizar o pré-natal em hospital privado e prevalência com o AME, pode estar relacionado a chance dessas mães terem acesso a consultoria particular sobre amamentação, onde puderam aprender sobre a importância da prática do AME (CHAVES et al., 2019).

Nessa pesquisa, para a idade gestacional ao nascer e associação com o AME, houve prevalência de 100% para idade gestacional com prematuridade moderada a severa, que corresponde a nascimento com 25 a 33 semanas. Em um estudo realizado em um Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com 116 mães e seus Recém Nascidos Pré-Termo internados numa Unidade de Internação Neonatal (UIN), foi possível observar resultados opostos a pesquisa atual, visto que a prevalência de início de AME foi de 60,8% em prematuros com >35 semanas ao nascer (AZEVEDO, 2013).

Na pesquisa de Santos (2018) também foi possível observar que a amamentação entre recém-nascido pré-termo de maior idade gestacional (≥ 34 semanas) tiveram maior prevalência, com (100,0%; 71,4%; 64,3%) na alta hospitalar, no 2º e 4º mês respectivamente. Os resultados da pesquisa atual podem estar relacionados com a importância do AME para as crianças com prematuridade, já que o AM é responsável por auxiliar na recuperação do neonato, trazendo todas as necessidades nutricionais e células de defesa para

o seu sistema imunológico (BORGES, 2020; FEFERBAUM; SILVA; MARCO, 2012).

Com o número de gestações, a atual pesquisa, mostrou que as mães múltiparas possuíam maior prevalência de aleitamento materno exclusivo, com prevalência de 34,55%, com significância estatística. Resultados semelhantes foram encontrados em FERREIRA et al., (2018), que 34,9% das mães que praticavam o AME possuíam duas gestações. BARBOSA et al (2018) também mostrou uma maior prevalência de 61,5% de AME entre mães que não eram primíparas. Esses dados mostram que mães múltiparas praticam mais AME, devido sua maior experiência em manejo na prática de AM, além de ter mais informações acerca da importância do AME e como praticá-lo (NEVES et al., 2020; BATISTA et al., 2022).

No que diz respeito ao tipo de parto, os resultados dessa pesquisa mostraram que havia uma prevalência de 28,0% de mães que tiveram o tipo de parto normal em associação com o AME. Em estudo realizado em um município do norte do Estado de Minas Gerais também mostrou uma prevalência maior de AME (56,4%) entre mães que tiveram parto normal (BARBOSA, 2018). Esses dados podem estar relacionados ao fato de que com o parto normal, o bebê possui contato com a vagina da mãe, estimulando a maior produção de leite, além disso no parto natural a mãe possui o toque de pele mãe e filho imediatamente pós parto, dessa forma estimulando o vínculo mãe e filho que ajuda na prática de AME (VIEIRA et al.,2019; FERMIANO, 2020).

8 CONCLUSÕES

Diante dos expostos, fica evidente que a prevalência de AME de bebês de até 6 meses em Vitória de Santo Antão ainda é muito baixa, e os fatores que podem influenciar na interrupção do aleitamento materno exclusivo entre essas crianças são a idade materna e paridade. Dessa forma, é imprescindível que haja a intervenção de políticas públicas; assim como, a intensificação de orientações nos cuidados pré-natais acerca das informações sobre o AME.

Com esses resultados, é esperado que a pesquisa atual traga subsídios para novos estudos que mostrem a associação de variáveis comportamentais com a interrupção do aleitamento materno exclusivo como crenças e mitos, uso de bico artificiais, traumas mamilares e apoio paterno na cidade da Vitória de Santo Antão. Além disso, é possível que a baixa prevalência de AME demonstrada no atual estudo, sirva de incentivo para as políticas públicas da cidade para promoção do AME.

REFERÊNCIAS

ABDEL-HAFEEZ, Ekhlal Hamed et al. Breast-feeding protects infantile diarrhea caused by intestinal protozoan infections. **The Korean journal of parasitology**, Seoul, v. 51, n. 5, p. 519, 2013.

ACCIOLY, E. et al. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria* 2ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009, 649p.

ALLEN, Lindsay H.; HAMPEL, Daniela. Water-soluble vitamins in human milk factors affecting their concentration and their physiological significance. In: *Human Milk: Composition, Clinical Benefits and Future Opportunities*. **Karger Publishers**, Basel, p. 69-81. 2019.

AMARAL, Luna Jamile Xavier et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, p. 127-134, 2015.

ANDRADE, Liciane Ferreira de Oliveira. **Aleitamento materno exclusivo e fatores de interrupção precoce**. 2018. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018.

ARAÚJO, Márcio Flávio Moura et al. A prevalência de diarreia em crianças não amamentadas ou com amamentação por tempo inferior a seis meses. **Ciência, cuidado e saúde**, Ceará, v. 6, n. 1, p. 76-76, 2007.

ARAÚJO, Jessica Gomes de et al. **Amamentação na primeira hora de vida do bebê: hora de ouro**. 2018. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso. Enfermagem. Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes, 2018.

ARAÚJO, Vanessa Gabrielle dos Santos et al. Transtorno mental comum e interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em mulheres quilombolas: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, p. 485-496, 2021.

ARAÚJO, M. F. M. et al. O papel imunológico e social do leite materno na prevenção de doenças infecciosas e alérgicas na infância. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 7, n. 3, p. 91-97, 2006.

AZEVEDO, Melissa de; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz da. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após alta hospitalar. **Revista HCPA**. Porto Alegre, RS. Vol. 33, n. 1 (2013), p. 40-49, 2013.

BARBOSA, Gessandro Elpídio Fernandes et al. Dificuldades iniciais com a técnica da mamada e impacto na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, p. 517-526, 2018.

BATISTA, Ana Luísa Chaves et al. **Associação de fatores maternos com a prática de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses em lactentes nascidos a termo**. 2022. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, 2022.

BATISTA, Kadydja Russell de Araújo; FARIAS, Maria do Carmo Andrade Duarte de; MELO, Wanderson dos Santos Nunes de. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro v. 37, p. 130-138, 2013.

BERAL, V. et al. Collaborative group on hormonal factors in breast cancer: breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83000 women with breast cancer from 16 countries. **Lancet**, London, v. 363, n. 9414, p. 1007-1016, 2004.

BLESA, Manuel et al. Early breast milk exposure modifies brain connectivity in preterm infants. **Neuroimage**, Orlando v. 184, p. 431-439, 2019.

BICHIR, R. M. O bolsa família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. **Revista Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n.87, p.115129, 2010.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira; BOCCOLINI, Patrícia de Moraes Mello. Relação entre aleitamento materno e internações por doenças diarreicas nas crianças com menos de um ano de vida nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2011.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 51, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica, Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2015. E-book. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDS 2006: pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**: relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal; 1998.

BRASIL. Lei nº 11.770, **Lei da Licença-maternidade, de 9 de setembro de 2008**. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-

maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei n.8.212 de julho de 1991. Brasília, 9 de setembro de 2008.

BRASILEIRO, Aline Alves et al. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 642-648, 2012.

BUCCINI, Gabriela dos Santos et al. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. **Maternal & Child Nutrition**, v. 13, n. 3, p. e12384, Oxford, 2017.

CAMINHA, M. de F. C. **Aleitamento materno no Estado de Pernambuco: distribuição**. 2009. Dissertação (Doutorado em Nutrição) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa et al. Fatores de risco para a não amamentação: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, p. 193-199, 2015.

CAMINHA, M. F. C. et al. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Rev. Brasileira de saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, n.1, p. 25-37, 2010.

CARVALHO MR, Tavares LAM. **Amamentação bases científicas**. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

CHAVES, Anne Fayma Lopes et al. Percepção das mulheres que receberam consultoria em amamentação. **Enfermagem em Foco**, São Paulo, v. 10, n. 5, 2019.

CONTERNO, Júlia Reis et al. ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO AOS SEIS MESES DE VIDA. **Varia Scientia-Ciências da Saúde**, Cascavel, v. 4, n. 1, p. 8-16.

DANTAS, Bárbara Peixoto et al. A importância do enfermeiro na assistência ao aleitamento materno: os cuidados na amamentação nos diferentes cenários. **Saúde Coletiva (Barueri)**, Osasco, v. 10, n. 57, p. 3417-3428, 2020.

DALTRO, M. C. de S. L.; VALE, U. da C. .; SOUSA, M. N. A. de; CASTRO, B. A. ; SUÁREZ, L. de A. B.; BEZERRA, A. L. D. Factors that influence the interruption of exclusive breastfeeding in nursing mothers. **Brazilian Journal of Production Engineering – BJPE**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 153–162, 2021.

DEWEY, K. G. Is breastfeeding protective against child obesity? **J. Hum. Lact.**, Charlottesville, v. 19, p. 9-18, 2003

DE SOUZA, Thaiany Goulart et al. Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno exclusivo: contribuições para as políticas públicas. **HU Revista**, Juiz de Fora -MG, v. 47, p. 1-8, 2021.

DIAS, E. G.; FREITAS, A. L. S. A.; MARTINS, H. C. S. C.; MARTINS, K. P.; SILVEIRA ALVES, J. C. Vantagens da Amamentação e Alterações no estilo de vida do lactante. **Revista Contexto & Saúde**, [S. l.], v. 16, n. 31, p. 25–33, 2016.

SANTOS ZAVA, Daiane Marcelle Rêis; CONTARINE, Eduarda Silva; BAPTISTINI, Renan Almeida. FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO E MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO. **Cadernos Camilliani**, Cachoeira de Itapemirim, ES., v. 17, n. 3, p. 2227-2249, 2021.

SANTOS RIBEIRO, Antonia Karoline Farias et al. ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: CONHECIMENTOS DE PUÉRPERAS NA ATENÇÃO BÁSICA. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, São Paulo, v. 96, n. 38, 2022.

DO NASCIMENTO, Glaube Hadassa Coelho et al. A influência do aleitamento materno para o desenvolvimento da criança. Research, **Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 14, 2021.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Adequacy of prenatal care in the National Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

ENANI, Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - 2019: Resultados preliminares - **Indicadores de aleitamento materno no Brasil**. UFRJ: Rio de Janeiro, 2019.

FRANÇA, D. N.; COSTA, M. A. A.; **Relação entre a amamentação e o desenvolvimento da musculatura orofacial**. 2014. 14p. Dissertação (Graduação em Odontologia) - Universidade Tiradentes, Aracaju, 2017.

FAWZY, Ashraf et al. Early weaning increases diarrhea morbidity and mortality among uninfected children born to HIV-infected mothers in Zambia. **Journal of Infectious Diseases**, Chicago, v. 203, n. 9, p. 1222-1230, 2011.

FERREIRA, Hellen Livia Oliveira Catunda et al. Fatores associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. **Ciencia & saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 683-690, 2018.

FERMIANO, Cássia Aparecida Machado Miguel. **Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados no município de Balneário Gaivota – SC. 2020. 75f**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, 2020.

GRACIETE, O. V.; LUCIANA R. S.; TATIANA, O. V. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. v. 80, n.5, 2004.

HAISMA, H. et al. Complementary feeding with cow's milk alters sleeping metabolic rate in breast-fed infants. **J. Nutr.**, Springfield, v. 135, p. 1889, 2005.

KAFOURI, Salomi et al. Breastfeeding and brain structure in adolescence. **International Journal Of Epidemiology**, London, v. 42, n. 1, p.150-159, 21 nov. 2012

KARRA, Mihira V.; KIRKSEY, Avanelle. Variation in zinc, calcium, and magnesium concentrations of human milk within a 24-hour period from 1 to 6 months of lactation. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, New York, v. 7, n. 1, p. 100-106, 1988.

LIMA, Niedja Maria da Silva. **Práticas alimentares de menores de dois anos em Vitória de Santo Antão, Pernambuco**. 2020. Tese (Doutorado em Nutrição) Programa de Pós-Graduação em Nutrição do Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

LIMA DA COSTA, Ruth Silva et al. Percepções de mães adolescentes sobre aleitamento materno. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v. 10, n. 1, p. 60-66, 2021.

LISBOA, Isabele Ferreira; DOS REIS VAZ, Jaquelyny; CARNIEL, Francieli. Perfil da Amamentação em Lactantes Atendidas na Rede Básica de Saúde do Município de Ji-Paraná-RO. **Revista Contexto & Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 35, p. 84-90, 2018

MARIANO, Laura Marina Bandim et al. Aleitamento materno exclusivo e autoeficácia materna entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, São Paulo, v. 25, 2016.

MARTINS, Maria Zilda. Benefícios da amamentação para saúde materna. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, Brasil, v. 1, n. 3, p. 87-97, 2013.

MATOS, Carla; RIBEIRO, Marta; GUERRA, António. Breastfeeding: Antioxidative properties of breast milk. **Journal of Applied Biomedicine**, Czech Republic, v. 13, n. 3, p. 169-180, 2015.

MENEGUESSI, Geila Marcia et al. Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, p. 721-730, 2015.

MORGANO, Marcelo A. et al. Composição mineral do leite materno de bancos de leite. **Food Science and Technology**, v. 25, p. 819-824, 2005.

MORROW, Ardythe L.; DAWODU, Adekunle. Fatty acids and fat-soluble vitamins in breast milk: Physiological significance and factors affecting their concentrations. In: Human Milk: Composition, Clinical Benefits and Future Opportunities. **Karger Publishers**, Basel 2019. p. 57-67.

NEVES, Renata Oliveira et al. A paridade pode influenciar na alimentação do lactente nos primeiros seis meses de vida?. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 25, p. 4593-4600, 2020.

NEU, Josef; WALKER, W. Allan. Necrotizing enterocolitis. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 364, n. 3, p. 255-264, 2011.

NOLAN, Lila S.; PARKS, Olivia B.; GOOD, Misty. A review of the immunomodulating components of maternal breast milk and protection against necrotizing enterocolitis. **Nutrients**, Basel, v. 12, n. 1, p. 14, 2019.

OLIVEIRA, Carolina Sampaio de et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, p. 16-23, 2015.

PASSANHA, Adriana et al. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 351-360, 2010.

PALHETA, Quezia Aline Ferreira; AGUIAR, Maria de Fatima Rodrigues. Importância da assistência de enfermagem para a promoção do aleitamento materno. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, [S.l.], v. 8, p. e5926-e5926, 2021.

PASSANHA, Adriana et al. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 351-360, 2010.

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Duração do aleitamento materno e sua associação com características maternas e orientações sobre incentivo à amamentação recebidas no pré-natal em unidades básicas de Saúde da Família de um município do Nordeste Brasileiro. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 43189, 2019.

PELLEGRINELLI, Ana Luiza Rodrigues et al. Influência do uso de chupeta e mamadeira no aleitamento materno exclusivo entre mães atendidas em um Banco de Leite Humano. **Revista de nutrição**, Campinas v. 28, p. 631-639, 2015.

PINHEIRO BARBOSA, Késya Irene; CONCEIÇÃO, Sueli Ismael Oliveira da. Fatores sociodemográficos maternos associados ao aleitamento materno exclusivo. **Revista Cuidarte**, Calle, v. 11, n. 1, 2020.

REA, Marina F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, p. s142-s146, 2004.

ROCCI, Eliana; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, p. 22-27, 2014.

RIMAN, Tomas et al. Risk factors for invasive epithelial ovarian cancer: results from a Swedish case-control study. **American journal of epidemiology**, Baltimore, v. 156, n. 4, p. 363-373, 2002.

SALUSTIANO, Letícia Pacífico de Queiroz et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 28-33, 2012.

SILVA, Vera AAL et al. Aleitamento materno: indicadores e fatores associados à amamentação exclusiva num aglomerado urbano subnormal assistido pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 95, p. 298-305, 2019.

SANTOS, Eryka Maria dos et al. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1211-1222, 2019.

SANTOS, Kennia Kiss Borges. Prática do aleitamento materno em crianças prematuras acompanhadas em um hospital de referência para recém-nascidos de alto risco. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santão Antão, 2018.

SALUSTIANO, Letícia Pacífico de Queiroz et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 34, p. 28-33, 2012.

SANTOS, Rayra Pereira Buriti et al. Importância do colostro para a saúde do recém-nascido: percepção das puérperas. **Rev. enferm. UFPE on line**, [S.l.], p. 3516-3522, 2017.

SOUZA, J. P. B.; MENDES, L. L.; BINOTI, M. L. Perfil do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência da cidade de Juiz de Fora – MG. **Rev. APS.**, Juiz de fora, 19(1), p. 67-76, jan./mar. 2016.

TAVARES, Aline Muniz Cruz et al. Fatores que interferem na duração do aleitamento materno de crianças na Região Metropolitana do Cariri cearense. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 47367, 2020.

Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TBCA). Universidade de São Paulo (USP). **Food Research Center (FoRC)**. Versão 7.1. São Paulo, 2020.

TUNG, Ko-Hui et al. Fatores reprodutivos e risco de câncer epitelial de ovário por tipo histológico: um estudo multiétnico caso-controle. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 158, n. 7, pág. 629-638, 2003.

UNICEF, World Health Organization. **Global Breastfeeding Scorecard, 2017: Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes**. New York; 2017.

VIEIRA, Francilene de Souza et al. Childbirth Influence Towards the Weaning During Puerperium Period/Influência do Parto Sobre o Desmame No Puerpério. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro v. 11, n. 2, p. 425-431, 2019.

VITOLLO, Márcia Regina. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. 2. ed. São Paulo, Rubio, 2014.

World Health Organization (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA**. Genebra: WHO; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **Working group on breast feeding: science and society**. Pontif Acad Sci Doc, v. 20, p. 1-33, 199

APÊNDICE**APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA**

NIEDJA MARIA DA SILVA LIMA

AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que cederemos ao/à pesquisador/a (Lizandra Henrique de Farias), o acesso aos arquivos de base de dados de pesquisa) para serem utilizados na pesquisa: (Fatores associados a interrupção do aleitamento materno exclusivo na cidade de Vitória de Santo Antão), que está sob a orientação da Profa. Dra. Michelle Figueiredo Carvalho.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Niedja M^o S. Lima

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição ou pessoa por ele delegada

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

Nº DO QUESTIONÁRIO:		QUEST
SETOR CENSITÁRIO/ BAIRRO		SETOR
DATA DA ENTREVISTA:		DATA
NOME DA MULHER:		
NOME DA CRIANÇA:		
ENDEREÇO/ PONTO DE REFERÊNCIA:		
CONTATO:		
IDENTIFICAÇÃO		
1	Local de moradia: (1) Área urbana (2) Área rural	AREA:
2	Data de nascimento da mãe:	NASC
DADOS DO PRÉ-NATAL REFERIDOS PELA MULHER		
3	A senhora fez pré-natal? (1)SIM (0)NÃO Se sim ir para a questão 4, se não assinalar (8) Não se aplica na questão 4 e ir para a questão 5.	FEZPREN: ____
4	Onde realizou o pré-natal? (1) ESF (2) Hospital público (3) Hospital privado (4) Público + Privado (8) Não se aplica Se em ESF, qual? _____	PRENATAL: ____ QUALESF: ____
DADOS DE SAUDE REFERIDOS PELA MULHER		
5	Quantas gestações a senhora teve? _____	NGEST _____
6	Ingeriu bebida alcoólica durante a última gestação? (1) SIM (0) NÃO SE SIM, QUANTAS VEZES POR SEMANA?	BEBIDAG ____ FBEBIDAG ____
7	Fumou durante a última gestação? (1) SIM (0) NÃO SE SIM, quantos cigarros por dia? _____ (8) Não se aplica	FUMOUG ____ CIGARROG _____
DADOS GESTACIONAIS COLETADOS DO CARTÃO DA GESTANTE		
8	Data da última menstruação:	DUM:
9	Total do número de consultas durante o pré-natal:	NCONSULT
DADO REFERIDO PELA MULHER		
10	Na última gestação ingeriu suplementação de: (1) Apenas ferro (2) Apenas ácido fólico (3) Ferro e Ácido fólico (0) Não recebeu	SUPMENTG ____
11	Recebeu suplementação com a megadose de vitamina A no pós-parto (1) SIM (0) NÃO	VITAMINA: _____
DADOS DE EDUCAÇÃO EM SAUDE REFERIDOS PELA MULHER		
12	Participou de alguma atividade educativa no pré-natal na última gestação? Assinalar (1) SIM (0) NÃO Grupos de gestantes () Palestras educativas em domicílio () Palestras educativas na unidade de saúde () Orientação individual no ambulatório ()	GRUGES ____ PEDUDOM ____ PEDUUSF ____ ORINAMB ____
DADOS DO NASCIMENTO COLETADOS DO CARTÃO DA CRIANÇA:		
13	Data de nascimento	DATACRI
14	Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	SEXOC:
15	Tipo de parto: (1) Cesárea (2) Normal (3) Fórceps	PARTO:
16	Idade gestacional do parto (em semanas gestacionais):	IDADEPOS:
17	Peso da criança ao nascer (em gramas): _____	PNASCER: _____
18	Comprimento ao Nascer (cm): _____	CNASCER: _____
19	Perímetro Cefálico (cm): _____	PCNASCER _____
20	APGAR1' ____ 5' ____	APGAR1 ____ APGAR5 ____
DADOS DE MORBIDADE		

21	A criança teve diarreia nos ÚLTIMOS 15 DIAS? (1) SIM Quantos dias? _____ (0) NÃO Caso NÃO, pular para a questão 24 e assinalar (8) não se aplica na 22 e 23.	DIASEM _____ QTDIA _____
22	SE TEVE DIARREIA: Você deu para algo de beber à criança para tratar a diarreia? Assinalar (1) SIM (0) NÃO Se sim: Soro Caseiro () Soro pacote (LAFEPE/ Farmácia) () Chá () Suco () Outro líquido () Qual? _____	TEVEDIA: _____ SOROCAS _____ SOROPAC _____ CHA _____ SUCO _____ OUTRO _____ QUALLIQU _____
23	A criança continuou a amamentação/alimentação enquanto ela estava com diarreia? (1) SIM (0) NÃO (8) Não se aplica	ALIMDIAR _____
24	A criança apresentou algumas dessas doenças nos últimos quinze dias? Tosse (1) SIM (0) NÃO Febre (1) SIM (0) NÃO Cansaço (1) SIM (0) NÃO	TOSSEMES _____ FEBRE _____ CANSACO _____
25	A criança foi levada para consulta de puericultura? (1) SIM (0) NÃO Se sim, onde (1) Rede pública (2) Rede Particular/convênio	FEZCONSU _____ LOCATEND _____
26	A criança foi internada nos últimos quinze dias? (1) SIM quantas vezes? _____ (0) NÃO	INTERNA _____ INTERNAV _____
DADOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO NO PRÉ NATAL REFERIDOS PELA MULHER		
27	No pré-natal da última gestação recebeu orientação sobre o aleitamento materno? (1) SIM (0) NÃO SE SIM, IR PARA A QUESTÃO 28; SE NÃO IR PARA A QUESTÃO 29	ORIAM _____
28	Onde foi realizada a orientação sobre o aleitamento materno na última gestação? (1) Durante a consulta de pré-natal (2) Palestras (3) Grupos de gestantes (4) Em casa (2) (8) Não se aplica	LUGAM _____
DADOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO NA MATERNIDADE REFERIDOS PELA MULHER		
29	Realizou aleitamento materno após o parto? (1) SIM (0) NÃO Se não ir para questão 31 e assinalar (8) Não se aplica na questão 30.	ALEPOSP: _____
30	Em quanto tempo realizou aleitamento materno após o parto? (1) ≤ 30 minutos (3) >1 a ≤ 2 horas (5) > 4 a ≤ 6 horas (2) >30 min ≤ 1 hora (4) >2 a ≤ 4 horas (6) > 6 horas (8) Não se aplica	ALEIH: _____
DADOS DE APOIO SOCIAL NO ALEITAMENTO MATERNO REFERIDOS PELA MULHER		
31	A gestação dessa criança foi planejada? (1) SIM (0) NÃO	PLANGEST _____
32	Alguém incentivou a prática de aleitamento materno na gestação dessa criança? (1) SIM (0) NÃO Se NÃO ir para questão 34 e assinalar (8) Não se aplica na questão 33	INCETAM _____
33	Quem incentivou a prática do aleitamento materno na gestação dessa criança? Assinalar (1) SIM (0) NÃO (8) Não se aplica Médico () Enfermeiro () Mãe () Companheiro () Amigos ()	INCEMED _____ INCEENF _____ INCEMAE _____ INCECOMP _____ INCEAMI _____ INCEOUT _____ INCEQUA _____

	Outro ()	
34	A sra. amamentou ou ainda amamenta essa criança? (1) SIM (0) NÃO Se NÃO ir para a questão 43. E assinalar não se aplica (8) nas questões 35 até 42.	AMULTG _____
35	Quando a sra decidiu que iria amamentar essa criança? Ler as alternativas para a mãe. 1. Antes da gestação 2. Durante o primeiro trimestre	QUANDOAM _____
	3. Durante o segundo trimestre 4. Durante o terceiro trimestre 5. Após o nascimento da criança	
36	Qual o principal motivo que fez com que você decidisse amamentar? 1. Saúde da criança 2. Incentivo de familiares 3. Incentivo de amigos 4. Incentivo de profissionais de saúde 5. Pela relação de custo-benefício da amamentação 6. Outro Qual:	MDECIAM _____
37	A sra tem / teve tempo para amamentar? (1) SIM (0) NÃO	TEMPAM _____
38	A sra teve experiência prévia com o aleitamento materno? (1) SIM (0) NÃO	EXPREVAM _____
39	A sra se sente/ sentia confortável para amamentar em lugares públicos? (1) SIM (0) NÃO	AMLUGPUB _____
40	A sra está/ estava satisfeita com a experiência do aleitamento materno? (1) SIM (0) NÃO	SATISAM _____
41	A sra se sente/ sentia motivada para continuar o aleitamento materno? (1) SIM (0) NÃO	MOTAM _____
42	O seu companheiro ofecere/ofereceu algum tipo de ajuda para que você pudesse realizar o aleitamento materno? (1) SIM (0) NÃO	AJUCOMP _____
43	Qual o principal motivo de não ter amamentado ou não continuar o aleitamento materno? 1) Não tinha leite (2) Tinha leite fraco (3) Apresentou problemas na mama (fissura, ingurgitamento, mastite) (4) Doença que impediu a amamentação (5) recusa da criança (6) Outro Qual: _____	MOTPAROU _____
DADOS DE ALEITAMENTO MATEÑO E DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR		
44	A criança está mamando? (1) SIM (0) NÃO Se SIM, pular para a questão 45. Se NÃO, pular para a 49 e colocar (8) não se aplica nas questões 45, 46, 47 e 48.	CONTMA: _____
45	A criança mamou ontem? (1) SIM (0) NÃO Se não pular para a questão 37 e colocar (8) não se aplica nas questões 34, 35 e 36	MAM: _____
46	Quantas vezes a criança mamou ontem?	MAMONT: _____
47	Em média, ontem quanto tempo (minutos) por mamada a criança fica no peitosugando?	TEMP: _____
48	A criança está em Aleitamento Materno Exclusivo, sem receber inclusive água, chá ou suco? (1) SIM (0) NÃO Se a resposta for SIM pular para a questão 54 e colocar (8) não se aplica nas questões 49,50,51,52, e 53.	AMEXCL: _____

	Se NÃO, assinale (8) não se aplica na questão 49 e pule para a questão 50.	
49	Com que idade (em dias) a criança parou de mamar? _____ (8) não se aplica (criança continua mamando)	PARAM: __ ____
50	<p>Quais são os alimentos consumidos pela criança (1) SIM (0) NÃO Não perguntar os alimentos listados, somente marcar os alimentos referidos pela mãe.</p> <p>1. () Água</p> <p>2. () Chá com açúcar</p> <p>3. () Chá sem açúcar</p> <p>4. () Fórmula infantil com açúcar</p> <p>5. () Fórmula infantil sem açúcar</p> <p>6. () Mingau com açúcar</p> <p>7. () Mingau sem açúcar</p> <p>8. () Leite de vaca com açúcar</p> <p>9. () Leite de vaca sem açúcar</p> <p>10. () Leite de cabra com açúcar</p> <p>11. () Leite de cabra sem açúcar</p> <p>12. () Suco de Fruta natural comaçúcar</p>	<p>AGUA _____</p> <p>CHACAC _____</p> <p>CHASAC _____</p> <p>FORMCAC _____</p> <p>FORMSAC _____</p> <p>MINGCAC _____</p> <p>MINGSAC _____</p> <p>LVACACAC _____</p> <p>LVACASAC _____</p> <p>LCABCAC _____</p> <p>LCABSAC _____</p> <p>SFRUTCAC _____</p> <p>SFRUTSAC _____</p>
	<p>13. () Suco de Fruta natural sem açúcar</p> <p>14. () Iogurte</p> <p>15. () Fruta</p> <p>16. () Comida de sal</p> <p>17. () Hortaliças</p> <p>18. () Folhas verdes escuras</p> <p>19. () Carnes</p> <p>20. () Ovo</p> <p>21. () Feijão</p> <p>22. () Cereais e tubérculos</p> <p>23. () Embutidos</p> <p>24. () Bebidas industrializadas adoçadas</p> <p>25. () Alimentos salgados industrializados</p> <p>26. () Alimentos doces industrializados</p> <p>27. () Outro</p> <p>Qual: _____</p>	<p>IOGURTE _____</p> <p>FRUTA _____</p> <p>COMIDSAL _____</p> <p>HORTALIC _____</p> <p>FVERDEES _____</p> <p>CARNES _____</p> <p>OVO _____</p> <p>FEIJAO _____</p> <p>CERTUBER _____</p> <p>EMBUTID _____</p> <p>BEBINDAD _____</p> <p>ALSALIND _____</p> <p>ALDOCIND _____</p> <p>OUTROAL _____</p> <p>QOUTROAL _____</p>

51	Desses alimentos, qual foi o primeiro que você ofereceu à criança? _____ Obs: Codificar de acordo com os números acima correspondente a cada alimento. Com que idade (em dias) a criança recebeu esse alimento? _____ Obs.: Essa idade não pode ser maior do que a registrada na questão 49.	ALIMENT _____ IDACOM _____
52	Alguém recomendou a introdução dos alimentos? (1)SIM (2) NÃO Se não, ir para a questão 54 e assinalar (8) não se aplica na questão 53.	RECOMEN _____
53	Quem recomendou a introdução dos alimentos? (1) Mãe (2) Sogra (3)Médico (4) Nutricionista (5) Enfermeiro (6) Agente Comunitário de Saúde (7) Outro	RECALIM _____ OUTRECAL _____
ALEITAMENTO MATERNO CRUZADO		
54	A Sra. amamentou outra criança? (1) SIM (0) NÃO Se não ir para a questão 57.	AMA _____
55	Qual foi a razão pela qual a Sra. amamentou outra criança? (1) Mãe da criança não tinha leite (2) Mãe da criança tinha leite fraco (3) Mãe da criança apresentou problemas na mama (fissura, ingurgitamento, mastite) (4) Doença da mãe da criança que impediu amamentação (5) Tinha muito leite (6) Outro Qual? _____	RAZAOAMA _____ OUTRAZAO _____
56	Qual sua relação com a mãe da outra criança? (1) Irmã (5) Vizinha (2) Mãe (6) Amiga (3) Cunhada (7) Outro Qual? _____ (4) Prima	RELAMA _____ QUALAMA _____
57	Sua criança foi amamentada por outra mulher? (1) SIM (0) NÃO Se SIM, ir para a questão 58. SE NÃO marcar não de aplica (8) nas questões 58,59 e pular para a questão 60.	CRIAC _____
58	Qual foi a razão pela qual sua criança foi amamentada por outra mulher? (1) Não tinha leite (2) Tinha leite fraco (3) Apresentou problemas na mama (fissura, ingurgitamento, mastite) (4) Doença que impediu a amamentação (5) Outra mulher tinha muito leite (6) Outro Qual? _____	RAZAOAC _____ OUTRAAC _____
59	Quem amamentou sua criança? (1) Irmã	QUEMAC _____ QUALAC _____
	(2) Mãe (3) Cunhada (4) Prima (5) Vizinha (6) Amiga (7) Outro Qual? _____	
DADOS COMPLEMENTARES DA CRIANÇA		
60	A criança faz/fez uso de chupeta? (1) SIM (0) NÃO	CHUPETA:
61	A criança faz/fez uso de mamadeira ou chuquinha? (1) SIM (0) NÃO	MAMAD:
DADOS SOCIOECONÔMICOS		

62	Quantos anos a senhora estudou?	ANESCM										
63	Qual a sua ocupação? (0) Não trabalha (1) Comércio (2) Professora (3) Doméstica (4) Agricultora (5) Outro _____	OCUP _____ OUTOCU										
64	Trabalhou durante a gravidez? (1) SIM (0) NÃO SE NÃO, PASSAR PARA A QUESTÃO 67.	ATRAGRAV										
65	Qual o seu trabalho durante a gravidez? (1) Comércio (2) Professora (3) Empregada Doméstica (4) Agricultora (6) Outro _____ (8) Não se aplica	OCUPG _____ OCUPOUT _____										
66	Teve direito à licença-maternidade após o término da gestação? (1) SIM QUANTOS DIAS? _____ (0) NÃO (8) Não se aplica	LICMAT _____ DIALIC _____										
67	Mora com o companheiro? (1) SIM (0) NÃO	MCOMP										
68	Quantas pessoas moram neste domicílio?	PESTOTAL										
69	Pessoas que trabalharam/receberam no último mês alguma renda destinada ao sustento da família: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Identificação*</th> <th style="width: 30%;">R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> *Identificação: (01) Entrevistada (02) Companheiro (03) Filho(a) (04) Sogro/Sogra (05) Pai (06) Mãe (07) Avô/Avó (08) Irmão/Irmã (09) Outro parente;	Identificação*	R\$									RENDA _____ IDENTR1 _____ IDENTR2 _____ IDENTR3 _____ IDENTR4 _____
Identificação*	R\$											
70	Quem é o chefe da família? (1) Companheiro (2) Entrevistada (3) Outro:	CHEFEF _____										
71	Quantos anos o chefe da família estudou? _____	ANESCC _____										
72	A família está inscrita no PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)? (1) SIM Se sim, quanto recebeu no último mês? R\$: _____ (0) NÃO	INSCPBF QUATPBF _____										
DADOS DOMICILIO												
OBSERVAR: As questões 72,73,74,75, 76 e 77 não devem ser perguntadas e sim respondidas por meio da observação do entrevistador.												
73	Tipo de Moradia: (1) Casa (2) Apartamento (3) Quarto/Cômodo	TIPO										
74	Paredes: (1) Alvenaria/Tijolo (3) Taipa sem reboco (5) Madeira (2) Taipa com reboco (4) Tijolo +Taipa (6) tecido/papelão/plástico	PAREDE:										
75	Piso: (1) Cerâmica/Lajota (3) Cimento (2) Madeira (4) Terra (barro)	PISO:										
76	Teto: (1) Laje de concreto (2) Telha de barro (3) Telha de amianto (Brasilit)	TETO:										

	(4) palha/papelão/plástico	(5) Gesso ou PVC	
77	Iluminação elétrica:	(1) SIM (0) NÃO	LUZ:
78	Rua:	(1) Asfaltada/ pavimentada (0) Terra/ Cascalho	RUA ____
79	Qual o regime de ocupação do domicílio? Ler as alternativas para a mãe. (1) Própria, já paga (3) Alugada (5) Invasida (2) Própria, em aquisição (4) Cedida		REGIME:
80	Qual o tipo de abastecimento de água? (1) Com canalização interna: (2) Sem canalização interna:		ABAGUA
81	Qual a origem da água? (1) Rede geral (2) Nascente / rio (3) Cisterna (4) Cacimba / poço (5) Chafariz / fonte		ORIAGUA:
82	A senhora faz algum tratamento na água de beber? (0) Sem tratamento (1) Fervida (2) Filtrada (3) Fervida + Filtrada (4) Coada (5) Fervida+ Filtrada + Coada (6) Mineral (7) Purificador de água		TRATA:
83	A casa tem banheiro? (1) SIM Quantos:_____ (0) NÃO		BANHEIRO: QTBANHE:
84	Quantos cômodos têm na sua casa? _____		CMDTOTAL: _____ CMDDORME:
85	Quantidade de empregados mensalistas? _____		QTEMPRE: _____
86	A senhora possui os seguintes bens funcionando? Ler as alternativas para a mãe: (1) SIM (0) NÃO () Televisão –Cores quantos: _____ () Geladeira/ quantos: _____ () Freezer quantos: _____ () Lava roupa quantos: _____ () secadora roupa quantos: _____ () Micro-ondas quantos: _____ () Ar condicionado quantos: _____ () Motocicleta quantos: _____ () Carro quantos: _____ () /DVD quantos: _____ () Computador/Notebook quantos: _____		TVCOR: _____ QTVCOR: _____ GELA: _____ QGELA: FREZZER: QFREZZER: _____ LAVAROU: _____ QLAVAROU: _____ SECAROU: _____ QSECAROU: _____ MICROO: _____ QMICROO: _____ ARCOND: _____ QARCOND: _____ MOTO: _____ QMOTO: _____ CARRO: _____ QCARRO: _____ DVD: _____ QDVD: COMPUT: QCOMPUT:
AVALIAÇÃO ANTROPOMETRICA			
89	Peso da criança (em gramas): _____ , _____		PESO: _____ , _____

90	Comprimento (cm): , ,	COMPRIM1: _____, ____ COMPRIM2: _____, ____
91	Perímetro Cefálico (cm): , ,	PC1: _____, ____ PC2: _____, ____
ENTREVISTADOR:		COD _____

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Consumo alimentar, estado nutricional antropométrico e de ferro em crianças menores de dois anos do município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco

Solicitamos a Sra, a sua participação e a de seu filho(a) como voluntários(as) na pesquisa denominada “Consumo alimentar, estado nutricional antropométrico e de ferro em crianças menores de dois anos do município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco” que está sob a responsabilidade da professora Mônica Maria Osório. Telefone para contato: 96322666, e-mail: mosorio@ufpe.br. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a alimentação de seu filho(a) e a relação da alimentação com a saúde e nutrição, no município de Vitória de Santo Antão-PE. Para a sua participação e de seu filho(a) será necessário que a Sra. responda a questionários nos quais serão obtidas informações sobre suas condições socioeconômicas, demográficas, de saúde e nutrição por meio de perguntas, avaliação do estado nutricional e coleta de amostra de sangue por punção venosa. De posse dessas informações, poderemos conhecer a situação de saúde, alimentação e nutrição, identificando distúrbios nutricionais específicos, como a anemia e, dessa maneira, contribuir para o planejamento de intervenções que venham a melhorar o consumo alimentar e diminuir os problemas nutricionais encontrados. No decorrer da pesquisa, a Sra. estará recebendo os resultados de seu filho(a) da avaliação nutricional e de exames de sangue e, se necessário, o seu filho(a) será encaminhado(a) para a assistência adequada no serviço de saúde local. Durante a pesquisa, é possível que a senhora se sinta constrangida em responder algumas perguntas sobre a sua saúde e alimentação e as coletas de sangue venham a causar determinado desconforto. O entrevistador e técnico de laboratório estarão capacitados para solucionar este tipo de problema. Em qualquer dessas circunstâncias a Sra. poderá se recusar a responder qualquer pergunta ou a coletar a amostra de sangue. A sua participação e a de seu filho(a) na pesquisa é livre, podendo a Sra. recusar ou retirar o consentimento de sua participação ou de seu filho(a) em qualquer momento da pesquisa por qualquer motivo e a recusa não lhe trará qualquer prejuízo de ordem pessoal. A Sra. também fica ciente de que participando dessa pesquisa, não haverá qualquer custo, como também não haverá qualquer compensação em termos financeiros ou materiais. Está garantido que o seu nome e o de seu filho(a) não aparecerá em nenhuma publicação desse estudo e que é necessário que a senhora inicialmente autorize esta pesquisa por meio da assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando de posse de uma cópia desse consentimento. A outra cópia será arquivada no Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco. Se a Sra. se recusar a participar da pesquisa, não haverá qualquer problema. E aceitando participar, em qualquer momento, a Sra. poderá tirar dúvidas ou solicitar novas informações, consultando a pesquisadora responsável pelos contatos abaixo ou outro pesquisador envolvido nesta pesquisa. Após a leitura (ou a escuta da

leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informada. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais eu e meu filho(a) seremos submetidos(as), dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Fica claro para mim que minha participação e a de meu filho(a) são voluntárias e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade da minha participação e do meu filho(a) neste estudo.

Local e data:

Identidade da voluntária:

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE:

Assinatura de testemunha(s):

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: MÔNICA MARIA OSÓRIO DE CERQUEIRA
Endereço: Rua Raul Azedo 205/1801 – Boa Viagem – Cel: 81.96322666 – Email:
mosorio@ufpe.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sala
4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: 2126 8588 – e-mail:
cepccs@ufpe.br.