

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-graduação em Ciências Fonoaudiológicas

**FATORES RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE EM BEBÊS NASCIDOS A
TERMO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA**

Sandra Raquel de Melo Gomes

Belo Horizonte

2023

Sandra Raquel de Melo Gomes

**FATORES RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE EM BEBÊS NASCIDOS A
TERMO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Fonoaudiológicas.

Orientadora: Dra. Renata Maria Moreira Moraes Furlan

Coorientadores: Dra. Andréa Rodrigues Motta e Dr. Estevam Barbosa de Las Casas

Belo Horizonte

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora: Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Isabela Almeida Pordeus

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Fernando Marcos dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretora da Faculdade de Medicina: Profa. Alamanda Kfoury Pereira

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina: Cristina Alvim

Coordenador Geral do Centro de Pós-Graduação: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Profa Eli lola Gurgel de Andrade

Chefe do Departamento de Fonoaudiologia: Profa. Denise de Oliveira Brandão

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS

Coordenadora: Luciana Macedo de Resende

Subcoordenadora: Patrícia Cotta Mancini

COLEGIADO

Profa. Sirley Alves da Silva Carvalho – titular

Profa. Aline Mansueto Mourão – suplente

Profa. Ana Cristina Cortes Gama – titular

Prof.a Letícia Caldas Teixeira – suplente

Prof.a Luciana Macedo de Resende – titular

Profa. Renata M. M. Moraes Furlan – suplente

Prof.a Amélia Augusta de Lima Friche - titular

Prof.a Stela Maris Aguiar Lemos – suplente

Ualisson Nogueira do Nascimento – discente titular

Nayara Ribeiro Gomes– discente suplente

G633f Gomes, Sandra Raquel de Melo.
Fatores relacionados ao desmame precoce em bebês nascidos a termo em uma maternidade pública [recursos eletrônicos]. / Sandra Raquel de Melo Gomes. - - Belo Horizonte: 2023.

66 f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Renata Maria Moreira Moraes Furlan.

Coorientador (a): Andréa Rodrigues Motta; Estevam Barbosa de Las Casas.

Área de concentração: Ciências Fonoaudiológicas.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Desmame. 2. Aleitamento Materno. 3. Nutrição da Criança. 4. Fatores Sociodemográficos. 5. Maternidades. 6. Hospitais Públicos. 7. Dissertação Acadêmica. I. Furlan, Renata Maria Moreira Moraes. II. Motta, Andréa Rodrigues. III. Las Casas, Estevam Barbosa de. IV. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. V. Título.

NLM: WS 125



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
COLEGIADO DO CURSO PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS
FOLHA DE APROVAÇÃO

**FATORES RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE EM BEBÊS NASCIDOS A TERMO EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA**

SANDRA RAQUEL DE MELO GOMES

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada, no dia **PRIMEIRO DE MARÇO DE 2023**, pela Banca Examinadora designada pelo [Colegiado do Programa de Pós- Graduação Ciências Fonoaudiológicas da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

MONALISE COSTA BATISTA BERBERT

UFCSPA

AMÉLIA AUGUSTA DE LIMA FRICHE

UFMG

ANDRÉA RODRIGUES MOTTA

UFMG

ESTEVAM BARBOSA DE LAS CASAS

UFMG

RENATA MARIA MOREIRA MORAES FURLAN- ORIENTADOR

UFMG

Belo Horizonte, 01 de março de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Monalise Costa Batista Berbert, Usuário Externo**, em 02/03/2023, às 14:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Estevam Barbosa de Las Casas, Diretor(a)**, em 02/03/2023, às 16:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria Moreira Moraes Furlan, Membro**, em 02/03/2023, às 16:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Rodrigues Motta, Professora do Magistério Superior**, em 02/03/2023, às 21:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amelia Augusta de Lima Friche, Professora do Magistério Superior**, em 26/03/2023, às 22:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2103142** e o código CRC **7D05249B**.

Agradecimentos

Ao Marcelo, por todo o apoio, paciência, parceria e compreensão quando não pude estar presente.

Ao meu filho João, pelo amor, carinho e por entender minha ausência.

A minha mãe Marta pelo cuidado comigo e com minha família e pelas orações diárias.

À Renata por toda orientação e conhecimento compartilhado, sem ela, não seria possível a conclusão desse trabalho. Por sua paciência, carinho e amizade e por acreditar em mim.

À Andréa pela orientação, pelo carinho e gentileza, pela disponibilidade e por todo conhecimento compartilhado.

Ao Estevam pela orientação, pelo conhecimento compartilhado, pela atenção, parceria e paciência.

À fonoaudióloga e amiga querida Mirelly pela colaboração e disponibilização dos dados.

Às minhas colegas do HOB, que torceram e me apoiaram durante todo o percurso.

À querida Flávia, amiga e parceira, por estar comigo desde o início.

Aos membros da banca examinadora pela disponibilidade para leitura e correção deste trabalho.

Minha gratidão, respeito e admiração.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil recomendam aleitamento materno exclusivo (AME) até o 6º mês e de forma complementada até 2 anos. Entretanto, apesar de ser fisiológico, amamentar é um processo complexo que é influenciado por vários fatores, sendo que atualmente o AME alcança apenas 45,8% das crianças até 6 meses de vida. O desmame precoce é comprometedor para o desenvolvimento infantil, tendo impacto também no desenvolvimento motor oral. Diante disso, conhecer e entender os fatores que afetam a continuidade do AM é importante para que se consiga pensar em estratégias para auxiliar a mulher no processo de amamentação e evitar os problemas relacionados ao desmame precoce. O objetivo deste estudo, foi, portanto, entender como os fatores socioeconômicos, da gestação e do parto se relacionam com a situação da alimentação no sexto mês de vida de recém-nascidos a termo. Trata-se de um estudo observacional, longitudinal, descritivo, de abordagem quantitativa, constituído por 98 puérperas, mães de bebês termos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Metropolitano Odilon Behrens sob o parecer número 4.480.984. A coleta de dados foi estruturada pela captação dos dados referentes à história clínica e ao momento do parto - consultados nos prontuários dos bebês, seguida da aplicação de dois questionários estruturados às puérperas, com questões referentes a dados sociodemográficos, dados pré e pós gestacionais e da alimentação do bebê no 6º mês. Foi realizada análise descritiva dos dados, por meio da distribuição de frequência das variáveis categóricas, e análise inferencial utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson, sendo significativas associações com $p \leq 0,05$. A maioria das mães que participaram do estudo tinha idade entre 21 e 35 anos (75,5%), eram solteiras (65,3%), tinham ensino médio completo (73,5%), eram pardas (63,3%), tinham renda familiar de dois salários mínimos ou mais (55,1%) e trabalhavam como autônoma ou em casa (63,3%). Dentre as pesquisadas 83,7% referiram ter realizado 6 ou mais consultas de pré-natal, 55,1% tiveram parto normal, 53,1% eram multíparas e 60,2% delas apresentaram queixas sobre amamentação. Quanto aos bebês, 56,1% eram do sexo masculino, 89,8% encontrava-se em AME no momento da alta hospitalar pós-parto, 83,7% não receberam AME até o 6º mês de vida, 64,3% não tinham mais contato com o leite materno no 6º mês, 34,7% estavam em aleitamento artificial no 6º mês, 56,1%

já tinham iniciado a introdução alimentar ao 6º mês sendo que 41,8% iniciou a papa a partir do 5º mês. Houve associação entre aleitamento materno exclusivo no 6º mês e escolaridade materna, em que foi observado que mães com ensino médio mantinham menos o AME, quando comparadas com mães com ensino superior. Na análise de associação entre a oferta de papa até o 6º mês e dados sociodemográficos e pré/pós-natais, houve associação entre a período da oferta de papa e renda familiar. Observou-se que as famílias com maior renda iniciaram a oferta de papa posteriormente, quando comparadas com as famílias de menor renda. As demais associações não apresentaram resultados com significância estatística. Diante disso, é possível concluir que a obtenção de informações e o conhecimento em relação à amamentação, bem como à introdução alimentar no período adequado, são favoráveis à manutenção do leite materno por um período maior.

Palavras chave: Desmame, Aleitamento Materno, Nutrição da Criança, Fatores Sociodemográficos.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) and the Ministry of Health (MH) of Brazil recommend exclusive breastfeeding (EBF) up to the 6th month and in a complementary way up to 2 years. However, despite being physiological, breastfeeding is a complex process that is influenced by several factors, and currently EBF reaches only 45,8% of babies up to 6 months of age. Early weaning is compromising for child development. In view of this, knowing and understanding the factors that affect the continuity of BF is important so that one can think of ways to help women in the breastfeeding process and avoid problems related to early weaning. Therefore, the objective of this study was to understand how socioeconomic factors, pregnancy and childbirth are related to the situation of feeding in the sixth month of life of full-term newborns. This is an observational, longitudinal, descriptive study with a quantitative approach, consisting of 98 postpartum women, mothers of full-term babies. The study was approved by the Research Ethics Committee of the HMOB under report number 4.480.984. Data collection was structured by capturing data referring to the clinical history and the moment of delivery – consulted in the babies' medical records, followed by the application of two structured questionnaires to the mothers, with questions related to sociodemographic data, pre and post gestational data and the baby food in the 6th month. A descriptive analysis of the data was performed, through the frequency distribution of categorical variables, using Pearson's chi-square test, with significant associations with $p \leq 0,05$. Most of the mothers who participated in the study were aged between 21 and 35 years old (75,5%), single (65,3%), had finished high school (73,5%), mixed race (63,3%), had a family income of two minimum wages or more (55,1 %) and worked as self-employed or at home (63,3%). 83,7% of the women reported having had 6 or more prenatal consultations, 55,1% had a normal delivery, 53,1% were multiparous and 60,2% had complaints about breastfeeding. As for the babies, 56,1% were male, 89,8% were on EBF at the time of postpartum hospital discharge, 83,7% had not received EBF until the 6th month of life, 64,3% had no more contact with breast milk in the 6th month, 34,7% were on artificial feeding in the 6th month, 56,1% had already started the introduction of food in the 6th month and 41,8% started porridge at the 5th month. There was an association between exclusive breastfeeding in the 6th month and maternal education, in which it was observed that

mothers with secondary education maintained EBF less, when compared to mothers with higher education. In the analysis of the association between the offer of porridge up to the 6th month and sociodemographic and pre/postnatal data, there was an association between the period of offering porridge and family income. It was observed that families with higher income started offering porridge later, when compared to families with lower income. The other associations did not show statistically significant results. In view of this, it is possible to conclude that access to information and knowledge regarding breastfeeding, as well as the introduction of food in the appropriate period, are favorable to the maintenance of breast milk for a longer period.

Keywords: Weaning, Breast Feeding, Child Nutrition, Sociodemographic Factors

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análise de associação entre aleitamento materno exclusivo no 6º mês e dados demográficos e pré/pós-natais	42
Tabela 2	Análise de associação entre aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e escolaridade categorizada par a par	43
Tabela 3	Análise de associação entre o tipo de aleitamento e dados demográficos e pré/pós-natais	44
Tabela 4	Análise de associação entre iniciou oferta de papa e dados demográficos e pré/pós-natais	45
Tabela 5	Análise de associação entre estar em aleitamento materno e dados demográficos e pré/pós-natais	46
Tabela 6	Análise de associação entre meses de início da oferta de papa e dados demográficos e pré/pós-natais	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Aleitamento artificial
AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AMC	Aleitamento materno complementado
AMM	Aleitamento materno misto
CoDAS	<i>Communication Disorders, Audiology and Swallowing</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HMOB	Hospital Metropolitano Odilon Behrens
LCPUFAs	<i>Long chain polyunsaturated fatty acids</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-nascido
RNT	Recém-nascido termo
RNPT	Recém-nascido prematuro
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1.0 Introdução -----	15
1.1 Objetivos -----	20
2.0 Revisão Bibliográfica -----	21
2.1 Aleitamento materno -----	21
2.2 Dificuldades na amamentação (fatores que influenciam na continuidade da amamentação ou no desmame precoce) -----	23
2.3 Implicações do desmame precoce -----	25
2.4 Rede de apoio -----	27
3.0 Metodologia -----	33
4.0 Resultados -----	36
4.1 Folha de rosto do artigo -----	36
4.2 Introdução -----	37
4.3 Métodos -----	38
4.4 Resultados -----	40
4.5 Discussão -----	49
4.6 Conclusão -----	54
4.7 Referências -----	54
5.0 Considerações finais -----	57
6.0 Anexos e apêndices -----	58
6.1 Anexo 1: Termo de aprovação do CEP -----	58
6.2 Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -----	62
6.3 Apêndice 2: Questionário estruturado para aplicação no hospital -----	63
6.4 Apêndice 3: Questionário estruturado – seis meses pós parto -----	66

1. INTRODUÇÃO

Amamentar é um processo de múltiplas faces que estimula a interação entre mãe e filho, promove a construção de afeto, segurança e acolhimento. Além disso, o aleitamento materno (AM) exerce papel primordial no desenvolvimento da criança, atendendo suas demandas nutricionais, imunológicas e psicológicas ⁽¹⁾.

A composição do leite materno, em volume adequado, é capaz de garantir um estado nutricional adequado ao bebê e, por naturalmente conter anticorpos, fortalece o sistema imunológico e promove a defesa do organismo contra infecções ⁽²⁾. A amamentação ainda traz como benefícios à criança a diminuição do risco de hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade, além de contribuir na redução de mortes por causas evitáveis até cinco anos de idade ⁽³⁾. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apontam que a amamentação é capaz de prevenir mais de seis milhões de mortes de crianças menores de 12 meses, a cada ano, em todo o mundo ⁽⁴⁾.

A prática de amamentar traz também benefícios para a saúde da mulher, como a proteção para o câncer de mama e ovário, menor chance de fraturas ósseas por osteoporose, aumento do espaço intergestacional e diminuição do risco de hemorragias no pós-parto ⁽⁵⁾.

O Ministério da Saúde (MS), resguardado pela OMS, recomenda que o recém-nascido receba o leite materno na primeira hora de vida e permaneça tendo acesso a ele até, pelo menos, 2 anos de idade. Até os seis meses de vida, orienta-se que o lactente receba apenas o leite materno, configurando o aleitamento materno exclusivo (AME). Neste período, o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades da criança, não sendo necessária, nem mesmo, a oferta de água ou outros líquidos (exceto medicamentos); a hidratação do bebê é garantida pelo teor de água presente na composição do leite da mãe ⁽²⁾.

A II Pesquisa de Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, apontou valores abaixo das recomendações para o AM e AME. A média de duração do AM foi de 11,2 meses e o AME, por sua vez, teve uma média de duração de 1,8 meses - apenas 41,0% das crianças até 6 meses de vida recebiam AME ⁽⁶⁾. Posteriormente, o Estudo Nacional de Alimentação e

Nutrição Infantil realizado em 2019 (ENANI 2019) ao investigar a prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de dois anos apontou melhora desses indicadores, entretanto ainda abaixo das recomendações. Segundo o ENANI 2019, a duração mediana do AM foi de 15,9 meses e do AME de 3 meses. Apesar do aumento da conscientização da sociedade sobre a importância da amamentação, atualmente o AME alcança apenas 45,8% dos bebês até 6 meses de vida, número ainda abaixo da meta mundial estabelecida pela OMS: pelo menos, 70% das crianças com menos de 6 meses de vida estejam em AME até 2030 ⁽⁷⁾.

O Brasil já conta com políticas públicas de incentivo e apoio ao aleitamento materno, em busca da melhora desses valores. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição, estabelecida em 2013 (PNAN 2013), ressalta a importância de que a Rede de Atenção em Saúde constitua-se em uma rede de apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, de forma a incentivar e favorecer a prática do AME até o 6º mês de vida e o AMC até os 2 anos de idade, bem como a doação do leite humano nos serviços de saúde ⁽⁸⁾. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, estabelecida em 2018 (PNAISC 2018), por sua vez, reforça a importância das ações de promoção, proteção e apoio ao AM, à exemplo da iniciativa Hospital Amigo da Criança, Rede Brasileira de Bancos de Leite e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. A PNAISC 2018 corrobora ainda a atenção especial às legislações para a mulher trabalhadora que amamenta, bem como o aconselhamento em AM, principalmente na atenção primária em saúde ⁽⁹⁾.

Mesmo conhecendo os inúmeros benefícios do AM, o processo de amamentar pode representar medos, dificuldades e inseguranças para a mulher, relacionados aos múltiplos contextos que ela pode estar inserida. Há uma diversidade de fatores que podem influenciar o AME e a continuidade do AM, como a carga cultural e de vivências das pessoas que estão ao redor da mãe; a falta de experiência da mãe com a amamentação, levando a possíveis dores e traumas mamilares; a falta de apoio e orientação profissional para que a mulher consiga vivenciar um processo de amamentação confortável; além de crenças e mitos relacionados à amamentação e ao leite materno que a mãe é exposta durante todo o período de lactação ⁽¹⁰⁾.

Paralelo a isso, é conhecido que a interrupção do aleitamento materno antes do tempo preconizado pelo MS compromete o crescimento e desenvolvimento da criança. Em países desenvolvidos o desmame precoce, associado ao aleitamento

artificial, levou ao aumento da obesidade infantil e alergias; enquanto nos países em desenvolvimento, foram identificados desnutrição, infecções (principalmente respiratórias) e diarreia ⁽¹¹⁾.

O desmame precoce tem impacto também no desenvolvimento motor oral. A falta de estímulo do aleitamento materno prejudica a postura e força das estruturas orofaciais, podendo afetar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala ^(12,13).

Diante disso, conhecer e entender os fatores que afetam a continuidade do AM é importante para que se consiga pensar em maneiras de ajudar a mulher no processo de amamentação e evitar os problemas relacionados ao desmame precoce.

A inspiração para este estudo se deu a partir da minha atuação enquanto profissional da área de Fonoaudiologia. Ainda durante a graduação despertei o interesse para os estudos de neonatologia e amamentação. Com o objetivo de aprofundar os conhecimentos no assunto, nos anos 2018 e 2019, fiz residência em Saúde da Criança, com enfoque em neonatologia, pelo Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HMOB), situado em Belo Horizonte – Minas Gerais. Ao término do período de residência, continuei na instituição assumindo o cargo de referência de Fonoaudiologia na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde permaneço até hoje. Além da atuação no serviço público, também realizo atendimentos no setor privado com amamentação, que tem sido meu objeto de estudo ao longo desses anos. Na minha prática clínica, observo que as mulheres, mesmo conhecendo os inúmeros benefícios trazidos pelo aleitamento materno, ainda demonstram muitas dúvidas sobre o processo e muitas vezes não sabem lidar de forma efetiva com a amamentação após o nascimento do seu bebê.

Este estudo configura-se como produção indispensável para defesa da dissertação do mestrado acadêmico em Ciências Fonoaudiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Constituem o presente volume: objetivos, revisão bibliográfica, metodologia, resultados e considerações finais, sendo que, o capítulo de resultados, consiste de um artigo científico que será submetido na revista CoDAS. Atendendo às exigências da resolução 01/2015 que regulamenta o formato de dissertações do Curso de Pós-Graduação em Ciências

Fonoaudiológicas da Faculdade de Medicina da UFMG, a descrição detalhada dos procedimentos empregados encontra-se no capítulo de metodologia.

Referências:

1 - 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. Disponível em:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>.

2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf>.

3 – Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança campanha na Semana Nacional de Amamentação. Fran Martins – Ministério da Saúde. Publicado em: 01/08/2022; atualizado em: 05/08/2022. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/ministerio-da-saude-lanca-campanha-na-semana-nacional-de-amamentacao>>.

4 - Oliveira KD, Marques I. Situação do aleitamento materno no Brasil: uma revisão. Rev Enfer Unisa. 2011;12(1):73-8.

5 - Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90.

6 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>.

7 – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. – Documento eletrônico. – Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em:<<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>>.

8 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

9 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

10 - Lima APC, Nascimento DS, Martins MMF. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. J. Health Biol Sci. 2018;6(2):189–96.

11 – Nabate KMC, Menezes RKS, Aoyama EA, Lemos LR. As principais consequências do desmame precoce e os motivos que influenciam esta prática. ReBIS. 2019;1(4): 24-30

12 – Bomfim VVBS, Macedo MCTC, Cavalcante INV, Araujo AKS, Sousa ICM, Silva MEWB, et al. Consequência do desmame precoce para a criança. *Research, Society and Development*. 2021; 10(11).

13 – Boronat-Catalá M, Bellot-Arcís C, Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM, Catalá-Pizarro M. Does breastfeeding have a long-term positive effect on dental occlusion? *J Clin Exp Dent*. 2019; 11(10): e947- e951.

1.1 Objetivos

Este estudo tem como objetivo geral analisar como os fatores socioeconômicos, da gestação e do parto se relacionam com a situação da alimentação no sexto mês de vida de recém-nascidos a termo.

São objetivos específicos deste trabalho:

- Investigar dados socioeconômicos de mães de recém-nascidos a termo no Hospital Odilon Behrens;
- Investigar dados da gestação e do parto de recém-nascidos a termo no Hospital Odilon Behrens;
- Investigar a situação da alimentação, no 6º mês de vida, de bebês nascidos a termo no Hospital Odilon Behrens;
- Verificar associação entre os dados socioeconômicos, da gestação e do parto de recém-nascidos a termo no Hospital Odilon Behrens e a situação da alimentação no 6º mês de vida.

2.0 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Aleitamento materno

O leite materno é um alimento único, natural e poderoso. Segundo dados do Ministério da Saúde, até hoje não existe outra estratégia capaz de causar o impacto que o leite materno tem na redução da mortalidade infantil ⁽¹⁾. É uma fonte valiosa de nutrientes e anticorpos para o bebê, além de fortalecer o vínculo entre mãe e filho, com influências na saúde da criança por toda vida ⁽¹⁾.

Apesar dos esforços e avanços da indústria para a produção de fórmulas infantis adequadas ao consumo de crianças pequenas, por meio da manipulação de leite de mamíferos, o leite materno ainda é considerado inigualável ⁽²⁾. Isso se deve à complexidade de sua composição, contando com a presença de compostos bioativos, bem como sua influência no desenvolvimento cognitivo e afetivo das crianças, que não são possíveis de adicionar nos processos industriais ⁽³⁾.

Os componentes do leite materno variam de acordo com as necessidades nutricionais do lactente ao longo do seu crescimento ⁽³⁾. As concentrações de proteínas, lipídeos e carboidratos complexos sofrem alterações em uma única mamada, bem como durante todo o período de lactação, de forma a sempre atingir as necessidades da criança ⁽⁴⁾.

O leite materno de um recém-nascido prematuro (RNPT) será diferente, por exemplo, do leite da mãe de um recém-nascido termo (RNT) ⁽⁵⁾. O leite produzido pela mãe do RNPT atende às necessidades do bebê naquele momento, sendo que, nas primeiras quatro semanas pós-parto, conterà maior concentração de nitrogênio, proteínas com função imunológica, lipídios totais, ácidos graxos de cadeia média, vitaminas A, D e E, cálcio, sódio e energia quando comparado ao leite da mãe de um RNT ⁽⁵⁾.

Quanto aos compostos bioativos, o leite humano conta com a presença de micróbios, oligossacarídeos e outras substâncias que desempenham um papel fundamental no desenvolvimento de uma microbiota saudável e conseqüentemente contribuem para a saúde infantil ⁽⁴⁾.

Além dos benefícios já relatados até aqui: redução de mortalidade infantil, atendimento às necessidades nutricionais e auxílio no desenvolvimento da microbiota, ainda é possível citar a contribuição do ato de amamentar ao desenvolvimento cognitivo e emocional do bebê – a troca de calor, os cheiros, sons, olhares e toques são entendidos como importantes estímulos para a criança ⁽¹⁾. Outro ponto importante é o estímulo ao desenvolvimento da musculatura orofacial, com contribuição na redução de futuros problemas respiratórios, na forma de mastigar e deglutir, na fala e no alinhamento dos dentes ⁽¹⁾.

Diante disso e tendo em vista que os dois primeiros anos de vida são os mais decisivos para o crescimento e desenvolvimento da criança, a OMS e o MS orientam o AME nos seis primeiros meses de vida e a continuidade do aleitamento materno, de forma complementada com outros alimentos, até, pelo menos, os 2 anos de idade ^(1, 2). Não há uma recomendação de idade máxima para receber o leite materno; a amamentação pode permanecer enquanto for desejada pela mulher e pela criança, desde que não traga prejuízos para nenhuma das partes ^(1, 2).

Desde 1991 é preconizada pela OMS a oferta exclusiva de leite materno até os seis meses de idade ⁽⁶⁾. A OMS define o AME quando a criança tem contato apenas com o leite materno, seja direto da mama ou ordenhado, ou até mesmo leite humano pasteurizado de outra fonte, e não recebe outros líquidos ou sólidos, com exceção de medicamentos ⁽⁷⁾.

É consenso entre as sociedades científicas a importância do AME até os primeiros seis meses de vida ⁽⁸⁾. Isso justifica-se por seus vários fatores contribuintes para a saúde da criança: criação de vínculo, troca de calor, proteção e estímulos afetivo, motor e ambiental; composição específica adequada para idade gestacional e idade de vida; presença de fatores imunes; contribuição no desenvolvimento das microbiotas digestiva, cutânea e respiratória; presença de ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa (LCPUFAs), minerais e vitaminas que desempenham papel fundamental no desenvolvimento cerebral, garantindo, por exemplo, o potencial genético da inteligência ⁽⁸⁾.

Pensando na saúde da mulher, quanto mais tempo durar o processo de amamentação, maiores serão as vantagens para o seu organismo ⁽²⁾. O ato de amamentar auxilia na prevenção do câncer de mama, ovário e útero, além de reduzir

o risco do desenvolvimento de diabetes tipo 2 ⁽²⁾. Acrescido a isso, amamentar contribui para a saúde mental da mulher, promovendo autoestima, autoconfiança e conseqüentemente o seu empoderamento ⁽²⁾.

O leite materno é também mais econômico e sustentável quando comparado às fórmulas infantis ⁽²⁾. Pelo fato de ser produzido pelo organismo da mulher, não exige preparo e, desta forma, há economia de tempo, água e gás, além de poupar recursos financeiros que seriam dispensados na compra das fórmulas ⁽²⁾. É possível relatar também que, por ser um alimento natural, é produzido e fornecido sem poluição e sem impactos ambientais ⁽²⁾.

2.2 Dificuldades na amamentação (fatores que influenciam na continuidade da amamentação ou no desmame precoce)

Apesar de ser fisiológico, amamentar é um processo complexo que é influenciado por vários fatores ⁽¹⁾. A amamentação envolve tentativas, erros e acertos, sendo um processo que exige dedicação e tranquilidade da mulher ⁽¹⁾. Para exercer este papel, que é um direito dela e da criança, é preciso que a mãe conte com uma rede de apoio que lhe ofereça suporte suficiente para que ela se permita errar, persistir e acertar, sem peso e estresse ⁽¹⁾.

Aspectos emocionais, culturais, familiares, sociais e ambientais interferem diretamente na decisão de amamentar ⁽⁹⁾. No início da amamentação, as dificuldades mais comuns são posicionamento da mãe e do bebê; pega correta do bebê; problemas mamários, dores e desconforto ao amamentar; dúvida sobre a duração das mamadas para satisfazer o lactente e incertezas quanto à produção láctea ⁽⁹⁾. Nesse sentido, observa-se que a falta de informação sobre a amamentação é o que reforça as inseguranças, dificuldades e as dores e problemas mamários durante a lactação ⁽¹⁰⁾. Fica evidente, então, a carência de apoio e orientação de profissionais da saúde neste período ⁽¹⁰⁾.

Quanto à interferência cultural, seu papel influenciador na decisão da mulher em amamentar fica claro na crença enraizada socialmente do “leite fraco” ⁽¹¹⁾. As pessoas acreditam que se o bebê está chorando é porque, necessariamente, não está saciado/ está com fome - esta percepção as leva a crer que o leite materno é

insuficiente e “fraco”; ou ainda, a falta de conhecimento das fases do leite materno (colostro, leite de transição e leite maduro) e da sua evolução leva as pessoas a acreditarem no leite “ralo” ⁽¹¹⁾. Esse pensamento é frequentemente utilizado como justificativa para não prosseguir com o AME ⁽¹¹⁾. No processo de complementar o leite materno com fórmulas, muitas vezes, acabam sendo inseridos bicos artificiais e, por vezes, até mesmo outros tipos de alimentos antes do período adequado ⁽¹¹⁾.

Tais práticas configuram-se como fatores de risco para o desmame precoce – a presença de mamadeiras e chupetas pode modificar o padrão de sucção do bebê, o que irá resultar na recusa ao seio da mãe e, por conseguinte, o número de mamadas será reduzido, o que levará à redução do estímulo à produção de leite materno ⁽¹²⁾. Quanto à oferta de outros alimentos antes do período recomendado, a criança estará sujeita a cólicas e/ou diarreia, bem como problemas futuros, já que o organismo do bebê ainda não está maduro para metabolizar essas substâncias antes dos seis meses ⁽¹²⁾. Ademais, na presença de outros alimentos, o número de mamadas tende a reduzir, gerando o mesmo ciclo dos bicos artificiais ⁽¹²⁾.

A influência dos familiares próximos e das pessoas presentes na rotina da mãe tem grande importância na sua escolha quanto à amamentação ⁽¹⁰⁾. Entretanto, se a mulher se sente bem preparada e contou com orientações e apoio profissional durante o período gestacional e pós-parto, é mais provável que ela consiga ponderar as opiniões e experiências ao seu redor ⁽¹⁰⁾.

O retorno ao trabalho fora de casa também exerce influência para o desmame precoce ⁽⁹⁾. O curto período da licença maternidade e a falta de estrutura para ordenha e armazenamento adequado do leite materno nos locais de trabalho dificultam a permanência da amamentação ⁽⁹⁾. É reconhecida a existência de Políticas de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, entretanto nem sempre elas são abordadas de maneira satisfatória, contribuindo, algumas vezes, com o fim da amamentação ⁽¹³⁾. Dependendo do local de trabalho, pode haver constrangimento diante da exposição do seio materno, condições insalubres para ordenha e armazenamento do leite, falta de informação e interesse da empresa quanto às políticas de amamentação, e, até mesmo, dificuldade da mãe em praticar a ordenha antes do retorno ao trabalho ⁽¹³⁾. As demandas domiciliares também podem contribuir para a redução ou até mesmo fim da amamentação – muitas vezes as mulheres acabam tendo sobrecarga no

trabalho doméstico e, desta forma, não têm tempo suficiente para à dedicação ao AME ou manutenção do AM ⁽¹³⁾.

Em uma revisão de literatura, Pinheiro et al. (2022) ⁽¹²⁾ apontam que algumas variáveis sociodemográficas também interferem no processo de amamentar, como a escolaridade materna, idade materna e renda familiar. Mães com pouca idade, com menor nível de escolaridade, que não possuem companheiro fixo e com menor tempo disponível tendem a desmamar precocemente os bebês ⁽¹⁴⁾.

Vasconcelos et al. (2020) ⁽¹⁰⁾ apontaram que mães com pouca ou nenhuma escolaridade desconhecem a importância do aleitamento materno exclusivo para a saúde da criança. Ainda neste estudo, relataram que mães com menos de 8 anos de escolaridade tenderam a abandonar o AME, ao passo que mães com mais de 8 anos de estudo permaneceram mais tempo em AME ⁽¹⁰⁾. Outro ponto levantado é que as mulheres com renda igual ou menor que 1 salário mínimo tiveram maior chance de desmamar precocemente ⁽¹⁰⁾.

É interessante abordar também a interferência do número de filhos na continuidade do AM. A experiência com os filhos anteriores pode exercer influência na decisão da mulher sobre amamentar ou não ⁽¹²⁾. As primíparas, mães de primeira viagem, tendem a amamentar por menos tempo – primeiro contato com o processo de amamentar, sem muita experiência e com baixa procura a ajuda de profissionais ⁽¹²⁾. Por outro lado, as múltíparas contam com mais experiência da(s) gestação(ões) anterior(es) ⁽¹²⁾.

2.3 Implicações do desmame precoce

O desmame precoce é considerado um problema de saúde pública, com ocorrência cada vez maior no Brasil ⁽¹⁴⁾. Quase metade dos desmames precoces acontecem entre o segundo e o terceiro mês pós-parto (42,5%) e 22,5% entre o terceiro e quarto mês de vida do bebê ⁽¹⁴⁾. Outro dado impactante é que 17,5% dos lactentes não chegam ao segundo mês de vida com AME – desmame extremamente precoce ⁽¹⁴⁾.

O desmame é o término ou interrupção da amamentação ⁽²⁾. É um processo que deve acontecer naturalmente e não de forma forçada ⁽²⁾. O esperado é que aconteça por volta de 2 anos, ou mais, quando a criança vai apresentar, naturalmente, menor interesse nas mamadas; consumo variado de alimentos; segurança na relação com a mãe, não dependendo do peito como consolo e preferência por brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar ⁽²⁾.

O desmame precoce, por sua vez, é um processo abrupto, não respeitando os sinais de prontidão da criança ⁽¹²⁾. É o encerramento da amamentação antes do tempo recomendado, muitas vezes, somado à introdução de outros tipos de alimentos antes dos seis meses de vida ⁽¹²⁾. Ressalva-se aqui algumas situações especiais que necessitam de substituição parcial ou total do aleitamento materno, condições da mãe ou da criança: mães infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (antineoplásico e radiofármacos, por exemplo), fase aguda da doença de chagas, criança portadora de galactosemia, entre outras ⁽⁷⁾.

A interrupção precoce da oferta de leite materno pode resultar em problemas de saúde ao lactente ⁽¹²⁾. Esses danos podem ocorrer principalmente nos primeiros meses de vida, quando os sistemas imunológico e gastrointestinal do bebê são imaturos e, portanto, mais favoráveis ao desenvolvimento de reações de hipersensibilidade, a exemplo das alergias e intolerâncias alimentares ⁽¹²⁾. O desmame precoce é relacionado também ao desenvolvimento motor-oral incompleto e prejuízos no processo de digestão (contato com proteínas estranhas e complexas para o bebê e contato com agentes infecciosos), levando a maior propensão a diarreias ⁽¹²⁾. Ademais, é demonstrado na literatura científica que crianças não amamentadas ou amamentadas por pouco tempo tendem a ter maior risco de desenvolvimento de obesidade infantil, doenças cardiovasculares e diabetes ^(12,15).

O desmame precoce ou a escolha por amamentar por mais tempo são influenciados pelos mesmos fatores: adesão ao pré-natal, motivação materna, conhecimento sobre o processo de amamentação e leite materno, apoio familiar, profissional e social e os aspectos emocionais da mãe ⁽¹⁵⁾. É fundamental entender que a mulher é protagonista desse processo e por isso merece ser valorizada, compreendida, escutada, apoiada e orientada sem julgamentos ou preconceitos ⁽¹⁾.

2.4 Rede de apoio

Por ser um momento de grande valor para a mulher e criança, por seu impacto na saúde de ambos e no estabelecimento de vínculo, é importante que todos participem do processo de amamentação: o pai da criança, o companheiro ou companheira da mãe, familiares, amigos, colegas de trabalho que já passaram ou não por esta experiência, creches, escolas, profissionais de saúde e o Estado ⁽²⁾. A amamentação envolve todos e é importante que a mulher seja fortalecida por esta rede de apoio; mas vale ressaltar que as escolhas e desejo da mulher devem sempre ser priorizados e respeitados ⁽²⁾.

Os membros familiares exercem papel de destaque e são tidos como referência para o apoio e encorajamento das mulheres que amamentam ⁽¹⁶⁾. A possibilidade de compartilhar conhecimentos, hábitos e experiências, bem como a companhia destas pessoas é fundamental para garantir o início e continuidade do AM ⁽¹⁶⁾. O papel da família nesta etapa é entendido como o cuidado com a mãe, ajuda no cuidado da criança e auxílio com as tarefas domésticas; entretanto essas funções, na maioria das vezes, ainda são vinculadas a uma figura feminina da família (mãe, sogra, avós, cunhada, irmã...) ⁽¹⁶⁾.

Em paralelo a isso, alguns estudos apontam o marido como principal vetor de encorajamento e apoio no ato de amamentar, com potencial de prolongar a amamentação até os períodos recomendados pela OMS ⁽¹⁷⁾. Entretanto, o homem, muitas vezes por falta de orientação, não sabe o que fazer para ajudar a mulher neste processo ⁽¹⁷⁾. É fundamental que o homem conheça e tenha consciência da importância do seu papel diante do nascimento de um filho, englobando os cuidados com o bebê/criança, bem como os cuidados com a mulher, principalmente no período de lactação ⁽¹⁷⁾.

Além dos familiares, é importante que a mulher receba apoio da comunidade e do ambiente que trabalha ⁽¹³⁾. Desde a Constituição Federal de 1988, é garantida à mulher, como forma de incentivo e proteção ao AM, a licença maternidade de 120 dias sem prejuízo de emprego e salário ⁽¹³⁾. Em 2008, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro, prolongou, de forma facultativa, a licença maternidade para 180 dias, mediante acordo entre sindicatos de empresas e empregados – válidos tanto para trabalhadoras da

esfera privada como pública ⁽¹³⁾. Entretanto, por ser uma determinação facultativa, na maioria das vezes, as mulheres acabam tendo que retornar ao trabalho após os 120 dias de licença, quando o bebê ainda tem 4 meses e, segundo orientações do MS e OMS, precisaria receber leite materno de forma exclusiva ⁽¹³⁾.

É direito da mulher trabalhadora que amamenta ter acesso no trabalho a uma sala de apoio a amamentação, em que será possível a retirada e armazenamento do seu leite em condições higiênico-sanitárias adequadas; se for possível e desejado pela mulher, é aceito, desde que acordado na empresa, levar o bebê ou pedir que alguém o leve ao trabalho para que seja amamentado; são previstos também dois intervalos de 30 minutos cada, para que a mulher amamente ou faça a extração e armazenamento do leite ⁽¹⁸⁾.

Quanto ao papel dos profissionais de saúde, pensando em uma estrutura de saúde adequada para acolher e orientar as mulheres neste período, a OMS e o Unicef propuseram os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. O documento sugere ⁽¹⁹⁾:

- 1° Ter uma Política de Aleitamento Materno que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
- 2° Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar a Política;
- 3° Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;
- 4° Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;
- 5° Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;
- 6° Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;
- 7° Praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 horas por dia;
- 8° Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;
- 9° Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;
- 10° Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação após a alta.

Diante disso, espera-se que os profissionais de saúde atuem de forma mais preparada no atendimento às famílias que estão vivenciando o período de amamentação ⁽⁷⁾. É esperado maior conhecimento técnico por parte dos profissionais, mas principalmente, que a sua atuação tenha um olhar atento e abrangente, capaz de entender o contexto sociocultural e familiar que a mulher está inserida, levando em conta seus aspectos emocionais, econômicos e a rede social de apoio que a envolve ⁽⁷⁾. Assim o profissional conseguirá cuidar do bebê e da mãe, de forma a valorizá-la, reconhecê-la como protagonista deste processo, dando-lhe suporte para superar medos, dificuldades e inseguranças ⁽⁷⁾.

Reforça-se, desta forma, o papel fundamental dos profissionais da saúde no apoio às mulheres durante gestação e período de amamentação no que diz respeito a orientações e esclarecimentos sobre os benefícios da amamentação, manejos no ato de amamentar, cuidados com o bebê e cuidados com a saúde materna ⁽¹⁰⁾. Diante deste apoio, a mulher tende a se sentir mais segura e empoderada para realizar este papel ⁽¹⁰⁾.

Referências:

1 –Brasil. Ministério da Saúde. Leite Materno: o primeiro contato do bebê com a comida de verdade. Categoria Saúde e Vigilância Sanitária. Publicado em: 06/08/2020; atualizado em: 29/07/2021. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/noticias/2021/leite-materno-o-primeiro-contato-do-bebe-com-a-comida-de-verdade>>.

2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf>.

3 – Costa CP, Melo FM, Bell V. Fórmulas Infantis: indicação, função e constituição. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 2021; 27:18–23.

4 –Santos MPMC, Pereira TG, Freitas MTS. A influência do leite materno na microbiota intestinal do recém-nascido. *Braz J Develop*. 2020; 6(11):93400-93411.

5 – Santos M. Análise do leite materno de recém-nascidos a termo e prematuros internados em UTI neonatal. São Paulo: Universidade Santo Amaro, 2018. Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Neonatologia.

6- Silva AX, Martins GFR, Cavalcanti MD, França PCG, Júnior AOS, Gomes JA. Assistência de enfermagem no aleitamento materno exclusivo: uma revisão integrativa. *Braz J Health Rev*. 2019;2(2):989–1004.

7 -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. Disponível em:<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>.

8 – Almeida CAN, Filho DR, Weffort VRS, Ued FV, Almeida CCJN, Nogueira FB et al. Primeiros 2.200 dias de vida como janela de oportunidade de atuação multidisciplinar relativa à origem desenvolvimentista de saúde e doença: posicionamento da Associação Brasileira de Nutrologia. *IntJ Nutrol*. 2022; 15:1-22.

9 –Carreiro JA, Francisco AA, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV, Coca KP. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(4):430-8.

10 - Vasconcelos TC, Barbosa DJ, Gomes MP. Fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebê. *Revista Pró-UniverSUS*. 2020;11(1):80–7.

11 - Silva ACR, Bastos RP, Pimentel ZNS. Desmame precoce: uma revisão sistemática. REAS. 2019; 30: e1013.

12 - Pinheiro ALB, Oliveira MFPL, Almeida SG. Consequências do desmame precoce: uma revisão de literatura. e-Acadêmica. 2022;3(1)e2131112.

13 - Andrade HS, Pessoa RA, Donizete LCV. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-11.

14 – Nabate KMC, Menezes RKS, Aoyama EA, Lemos LR. As principais consequências do desmame precoce e os motivos que influenciam esta prática. ReBis. 2019;1(4):24-30.

15 – Codignole IF, Carvalho ACF, Rezende MM, Souza AM, Santos GB. Fatores que levam ao desmame precoce durante a amamentação. Res Soc Develop. 2021;10(16):e22101623085.

16 - Arantes BMN, Szczerepa SB, Muller EV, Ravelli APX, Rufino BM, Borges PKO. Possibilidades de assistência ao aleitamento materno: um panorama sobre as redes de apoio à amamentação. Braz J Develop. 2020;6(3):16132–6.

17 – Siqueira FPC, Silva JCC, Mazzetto FMC, Marques SRA, Prado JTO. Compreensão do papel do homem no processo de amamentação sob ótica dos profissionais de saúde. Atas CIAQ –Investigação Qualitativa em Saúde. 2019.

18 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mulher_trabalhadora_amamenta.pdf>.

19 –Brasil. Ministério da Saúde. Assistência às mulheres em fase de aleitamento: conheça os dez passos para o sucesso da amamentação. Fran Martins – Ministério da Saúde. Publicado em: 18/08/2022. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/assistencia-as-mulheres-em-fase-de-aleitamento-conheca-os-dez-passos-para-o-sucesso-da-amamentacao>>.

3.0 METODOLOGIA

Este estudo é caracterizado como transversal com componente de acompanhamento. A amostra foi obtida por conveniência, sendo constituída por 98 puérperas, mães de bebês termos, internados no setor Alojamento Conjunto do Hospital Metropolitano Odilon Behrens. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HMOB) sob o parecer número 4.480.984 (Anexo 1). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

O HMOB é integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1989 e se configura como um hospital geral. É credenciado como hospital de ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde e, por isso, contribui para o processo de formação acadêmica e de especialização de profissionais em saúde. O hospital é considerado referência no atendimento à gravidez de alto risco em Minas Gerais. A sua maternidade é classificada pelo Ministério da Saúde de alto risco tipo 2, ou seja, de maior complexidade. O hospital conta com setores que atendem a gestante e o bebê desde a internação para o parto até a alta hospitalar no pós-parto: Maternidade, Alojamento Conjunto, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo).

Foram considerados critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, o filho ser recém-nascido termo (idade gestacional maior ou igual a 37 semanas), estar amamentando o filho internado na unidade Alojamento Conjunto e aceitar e ter o desejo de amamentar.

Foram considerados como critérios de exclusão: mães cujos recém-nascidos apresentaram doenças congênitas cardíacas ou pulmonares severas e síndromes genéticas. Estas condições clínicas podem interferir na amamentação, pois condicionam o recém-nascido a apresentar maiores riscos de incoordenação durante as funções de sucção, deglutição e respiração, assim como alterações estruturais orofaciais. Também foram excluídas as mães portadoras de doenças ou procedimentos terapêuticos que apresentassem contraindicação para o aleitamento materno ou que pudessem ter alguma interferência neste. Ainda foram excluídas mães que não responderam o segundo questionário da pesquisa.

A coleta de dados inicial se deu nos meses de janeiro e fevereiro de 2020 e foi estruturada pela captação dos dados referentes a história clínica e ao momento do parto - consultados nos prontuários dos bebês, seguida da aplicação de dois questionários estruturados às puérperas.

O primeiro questionário (Apêndice 2), constituído de duas partes, foi aplicado durante a internação hospitalar, no pós-parto. A primeira parte deste questionário corresponde a dados sociodemográficos (idade materna, cor/raça, estado civil, escolaridade, profissão e renda familiar) e aos dados das gestações anteriores (número de filhos) e a segunda parte deste questionário investiga os dados referentes à gestação atual (número de consultas de pré-natal, sexo do bebê, tipo de parto, aleitamento exclusivo na alta hospitalar e queixas sobre amamentação).

O segundo questionário (Apêndice 3) foi aplicado seis meses após o nascimento da criança, por contato telefônico - 126 participantes não foram localizadas nesta etapa, sendo excluídas do estudo. O questionário foi constituído pelas seguintes perguntas sobre a situação da alimentação atual do bebê: “esteve em aleitamento exclusivo até o 6° mês?” – opções de resposta: sim ou não; “tipo de aleitamento no 6° mês?” – opções de resposta: aleitamento materno exclusivo (AME - que corresponde ao contato apenas com leite materno), aleitamento materno complementado (AMC - quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo), aleitamento materno misto ou parcial (AMM - quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite) e aleitamento artificial (AA – quando a criança recebe apenas outro tipo de leite que não o materno); “está em aleitamento materno?” – opções de respostas: sim ou não; “iniciou a oferta de papa?” – opções de resposta: sim ou não; e “período de início da papa”- opções de resposta: durante a aplicação do questionário as participantes respondiam esta pergunta de forma livre – para melhor análise dos dados as pesquisadoras optaram por categorizar as respostas em “até o 4° mês” e “a partir do 5° mês”, correspondendo à uma introdução alimentar precoce ou não. Nesta variável ainda foi considerada a categoria “não se aplica” – para aqueles bebês que no momento do contato telefônico ainda não tinham iniciado a oferta da papa.

Os dados dos dois questionários foram registrados em uma planilha do Microsoft Excel e, posteriormente, submetidos à análise estatística. Configuram-se

como variáveis respostas desta pesquisa a presença de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, a presença de algum tipo de aleitamento ao sexto mês, o tipo de aleitamento que está sendo realizado no sexto mês, a presença da oferta de papa no sexto mês e com quantos meses foi iniciada a oferta de papa. Como variáveis explicativas foram avaliadas: idade materna, estado civil, escolaridade, cor/raça, profissão, renda familiar, número de filhos, tipo de parto, realização do pré-natal, sexo do bebê, ocorrência de aleitamento materno exclusivo (AME) na alta hospitalar e queixas sobre a amamentação.

Foi realizada análise descritiva dos dados, por meio da distribuição de frequência das variáveis categóricas. Para as análises de associação foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, sendo consideradas como associações estatisticamente significantes as que apresentaram valor de $p \leq 0,05$. Foi realizada ainda, uma análise par a par, utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson, entre as categorias da escolaridade materna e o aleitamento materno exclusivo até o 6° mês, em que foram consideradas como associações estatisticamente significantes as que apresentaram valor de $p \leq 0,05$. Para entrada, processamento e análise dos dados foi utilizado o software SPSS, versão 25.0.

4.0 RESULTADOS

4.1 Folha de rosto do artigo

FATORES RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE EM BEBÊS NASCIDOS A TERMO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

FACTORS RELATED TO EARLY WEANING IN BABIES BORN AT TERM IN A PUBLIC MATERNITY

Sandra Raquel de Melo Gomes¹; Andréa Rodrigues Motta²; Estevam Barbosa de Las Casas³ e Renata Maria Moreira Moraes Furlan⁴

¹ Programa de pós-graduação em Ciências Fonoaudiológicas, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5204517X>

² Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1582-3785>

³ Departamento de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6078-8408>

⁴ Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7588-9316>

Conflito de interesses: nada a declarar.

Endereço para correspondência: Sandra Raquel de Melo Gomes. Programa de pós-graduação em Ciências Fonoaudiológicas, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil, CEP: 30130-100. E-mail: sandrafono@icloud.com

Contribuição dos autores

Declaramos que SRMG participou da ideia inicial do artigo, revisão da literatura, coleta dos dados e escrita do artigo; RMMMFM foi responsável pela elaboração da proposta do projeto, escrita do artigo e orientação geral do trabalho; ARM e EBLC coordenaram o trabalho.

4.2 Introdução

O leite materno é o alimento mais apropriado para nutrição do bebê, sendo que na sua impossibilidade é orientado o uso de fórmulas infantis, que são o que se tem de mais próximo ao leite materno ⁽¹⁾. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil recomendam que o recém-nascido receba o leite materno ainda na primeira hora de vida e o mantenha de forma exclusiva até o sexto mês ⁽¹⁾. Após este período, orientam a manutenção do aleitamento materno de forma complementada com outros alimentos, até, pelo menos, 2 anos de idade ⁽¹⁾.

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil realizado em 2019 (ENANI 2019) ao investigar a prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de dois anos apontou que o tempo médio da oferta do leite materno tem sido abaixo das recomendações – o aleitamento materno (AM) é praticado em média por 15,9 meses e o aleitamento materno exclusivo (AME) é realizado, em média, por apenas 3 meses ⁽²⁾- apenas 45,8% das crianças até 6 meses de vida recebem AME. Este cenário está distante da meta estabelecida pela OMS: pelo menos, 70% das crianças com menos de 6 meses de vida estejam em AME até 2030 ⁽²⁾.

Com relação aos benefícios para a saúde do bebê, o aleitamento materno é fonte de nutrientes e anticorpos, contribui na redução da mortalidade infantil, fortalece vínculo entre mãe e filho, estimula o desenvolvimento motor e oral, contribui no desenvolvimento das microbiotas digestiva, cutânea e respiratória, além de ter influência positiva na saúde da criança por toda vida ^(1,3). Quanto à saúde da mulher, o ato de amamentar previne câncer de mama, ovário e útero, reduz o risco do desenvolvimento de diabetes tipo 2 e contribui para a sua saúde mental ⁽¹⁾.

Apesar de todos estes benefícios, a decisão por amamentar não é algo imediato e simples; dependendo do contexto que a mulher estiver inserida, a amamentação pode ser um momento de dificuldades e inseguranças, sendo influenciada por cargas culturais e emocionais. No período da gestação e pós parto, a mulher é exposta a muitas opiniões, crenças e relatos de vivências das pessoas do seu ciclo de convivência, que podem estimular ou não a amamentação. As crenças e mitos relacionados à amamentação e ao leite materno, bem como o surgimento de dores e traumas mamilares - muitas vezes consequentes da falta de experiência materna,

associados à falta de apoio e orientação de profissionais da saúde, podem ser motivadores do desmame precoce ⁽⁴⁾.

Diante destas dificuldades, o leite materno acaba sendo complementado ou substituído por fórmulas infantis e, até mesmo, por outros alimentos, o que pode resultar no desmame do bebê ⁽⁵⁾. A oferta da fórmula com mamadeira pode alterar o padrão de sucção do bebê, resultando em maior dificuldade de sucção no seio materno e, por sua vez, levar à recusa deste e conseqüentemente a uma redução na produção do leite materno por falta de estímulo ⁽⁶⁾. A oferta de outros alimentos de forma precoce expõe a criança ao risco de cólicas e/ou diarreia, visto que o organismo do bebê ainda não está preparado para trabalhar com estas substâncias antes dos seis meses ⁽⁶⁾. Na presença de outros alimentos, o número de mamadas tende a reduzir, o que também resultará no menor estímulo e menor produção do leite materno ⁽⁶⁾.

Desta maneira, conhecendo os benefícios que o leite materno traz, é importante conhecer os fatores que influenciam na continuidade do AM, para que seja possível entender e criar maneiras de apoiar as mães neste processo, evitando os prejuízos relacionados ao desmame precoce. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi analisar como os fatores socioeconômicos, da gestação e do parto se relacionam com a situação da alimentação no sexto mês de vida de recém-nascidos a termo.

4.3 Métodos

Trata-se de um estudo transversal com componente de acompanhamento. A amostra foi obtida por conveniência, sendo constituída por 98 puérperas, mães de bebês termos, internados no setor Alojamento Conjunto do Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HMOB). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMOB sob o parecer número 4.480.984. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram considerados critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, o filho ser recém-nascido termo (idade gestacional maior ou igual a 37 semanas), estar amamentando o filho internado na unidade Alojamento Conjunto e aceitar e ter o desejo de amamentar.

Foram considerados como critérios de exclusão: mães cujos recém-nascidos apresentaram doenças congênitas cardíacas ou pulmonares severas e síndromes genéticas. Estas condições clínicas podem interferir na amamentação, pois condicionam o recém-nascido a apresentar maiores riscos de incoordenação durante as funções de sucção, deglutição e respiração, assim como alterações estruturais orofaciais. Também foram excluídas as mães portadoras de doenças ou procedimentos terapêuticos que apresentassem contraindicação para o aleitamento materno ou que pudessem ter alguma interferência neste. Ainda foram excluídas mães que não responderam o segundo questionário da pesquisa.

A coleta de dados inicial se deu nos meses de janeiro e fevereiro de 2020 e foi estruturada pela captação dos dados referentes a história clínica e ao momento do parto - consultados nos prontuários dos bebês, seguida da aplicação de dois questionários estruturados às puérperas.

O primeiro questionário, constituído de duas partes, foi aplicado durante a internação hospitalar, no pós-parto. A primeira parte deste questionário corresponde a dados sociodemográficos (idade materna, cor/raça, estado civil, escolaridade, profissão e renda familiar) e aos dados das gestações anteriores (número de filhos) e a segunda parte deste questionário investiga os dados referentes à gestação atual (número de consultas de pré-natal, sexo do bebê, tipo de parto, aleitamento exclusivo na alta hospitalar e queixas sobre amamentação).

O segundo questionário (Apêndice 3) foi aplicado seis meses após o nascimento da criança, por contato telefônico - 126 participantes não foram localizadas nesta etapa, sendo excluídas do estudo. O questionário foi constituído pelas seguintes perguntas sobre a situação da alimentação atual do bebê: “esteve em aleitamento exclusivo até o 6º mês?” – opções de resposta: sim ou não; “tipo de aleitamento no 6º mês?” – opções de resposta: aleitamento materno exclusivo (AME - que corresponde ao contato apenas com leite materno), aleitamento materno complementado (AMC - quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo), aleitamento materno misto ou parcial (AMM - quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite) e aleitamento artificial (AA – quando a criança recebe apenas outro tipo de leite que não o materno); “está em aleitamento materno?” – opções de respostas: sim ou não; “iniciou a oferta de papa?” – opções de resposta:

sim ou não; e “período de início da papa”- opções de resposta: durante a aplicação do questionário as participantes respondiam esta pergunta de forma livre – para melhor análise dos dados as pesquisadoras optaram por categorizar as respostas em “até o 4° mês” e “a partir do 5° mês”, correspondendo à uma introdução alimentar precoce ou não. Nesta variável ainda foi considerada a categoria “não se aplica” – para aqueles bebês que no momento do contato telefônico ainda não tinham iniciado a oferta da papa.

Os dados dos dois questionários foram registrados em uma planilha do Microsoft Excel e, posteriormente, submetidos à análise estatística. Configuram-se como variáveis respostas desta pesquisa a presença de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, a presença de algum tipo de aleitamento ao sexto mês, o tipo de aleitamento que está sendo realizado no sexto mês, a presença da oferta de papa no sexto mês e com quantos meses foi iniciada a oferta de papa. Como variáveis explicativas foram avaliadas: idade materna, estado civil, escolaridade, cor/raça, profissão, renda familiar, número de filhos, tipo de parto, realização do pré-natal, sexo do bebê, ocorrência de AME na alta hospitalar e queixas sobre a amamentação.

Foi realizada análise descritiva dos dados, por meio da distribuição de frequência das variáveis categóricas. Para as análises de associação foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, sendo consideradas como associações estatisticamente significantes as que apresentaram valor de $p \leq 0,05$. Foi realizada ainda, uma análise par a par, utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson, entre as categorias da escolaridade materna e o aleitamento materno exclusivo até o 6° mês, em que foram consideradas como associações estatisticamente significantes as que apresentaram valor de $p \leq 0,05$. Para entrada, processamento e análise dos dados foi utilizado o software SPSS, versão 25.0.

4.4 Resultados

A maioria das mães que participaram do estudo tinha idade entre 21 e 35 anos (75,5%). A menor parte delas tinha idade acima de 35 anos (10,2%) e 14,3% tinham idade menor que 20 anos. Quanto ao estado civil, 64 mães eram solteiras (65,3%) e 34 mães eram casadas (34,7%). No que diz respeito à escolaridade, a maioria tinha ensino médio completo (73,5%) e o restante dividiu-se igualmente entre ensino fundamental e ensino superior, com percentual de 13,3% respectivamente. Quanto à

classificação de cor/raça, a maior parte das participantes se classificou como parda (63,3%), seguida da classificação preta (22,4%), branca (11,2%) e, por fim, amarela, com o menor percentual (3,1%). Grande parte das mães trabalhava como autônoma ou em casa (63,3%) e apenas 36,7% tinham trabalho em empresa; 55,1% delas relataram uma renda familiar de dois ou mais salários mínimos e 44,9% relataram renda de até um salário mínimo.

Em relação às consultas de pré-natal, 83,7% das mulheres relataram ter realizado 6 ou mais consultas e 15,3% realizaram até 6 consultas. Quanto ao tipo de parto, 55,1% das mulheres tiveram parto normal e 44,9% parto cesárea, sendo que 53,1% das mães eram multíparas e 46,9% primíparas. No que diz respeito aos bebês, 56,1% eram do sexo masculino e 43,9% do sexo feminino. A maioria (89,8%) deles encontrava-se em AME no momento da alta hospitalar pós-parto e apenas 10,2% não estavam em AME neste momento.

Quanto aos dados relativos ao aleitamento materno, foi observado que 60,2% das mulheres apresentaram queixas sobre amamentação e 39,8% não relataram qualquer queixa. As principais queixas mencionadas foram fissuras/ escoriações mamárias (n= 12) e dor ao amamentar (n=9), sendo que 18 mulheres se queixaram destes dois aspectos juntos. A maior parte dos bebês (83,7%) não recebeu AME até o 6º mês de vida e apenas 16,3% estavam em AME nesta idade. Quanto à presença do aleitamento materno no sexto mês, 64,3% dos bebês não tinham contato com o leite materno e apenas 35,7% permaneciam em amamentação materna. O tipo de aleitamento predominante no 6º mês de vida foi o aleitamento artificial (34,7%), seguido do aleitamento misto (31,6%), aleitamento complementado (17,3%) e, por fim, com menor percentual, o aleitamento materno exclusivo (16,3%). Em relação à introdução alimentar, 56,1% dos bebês já tinham iniciado essa fase e 43,9% não tinham tido contato com a papa. A maioria dos bebês iniciou a papa a partir do 5º mês (41,8%), 17,3% deles iniciou a papa com 4 meses ou antes e 40,8% da amostra não se aplica esta variável.

Ao realizar análise de associação entre estar em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida com os dados sociodemográficos, dados das gestações anteriores e dados da gestação atual (Tabela 1), foi possível observar que houve associação com significância estatística entre aleitamento materno exclusivo no 6º mês e escolaridade materna. Por meio de análise par a par entre as categorias da

escolaridade e aleitamento materno exclusivo até o 6º mês (Tabela 2), observou-se diferença estatística entre o ensino superior e o ensino médio ($p = 0,01$). A partir desta análise foi possível observar que mães com ensino médio mantinham menos o aleitamento materno exclusivo, quando comparadas com mães com ensino superior. As demais associações não revelaram resultado com significância estatística.

Tabela 1 – Análise de associação entre aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e dados demográficos e pré/pós-natais

Variáveis	Aleitamento exclusivo 6º mês		Valor de p	
	Sim N (%)	Não N (%)		
Idade da mãe				
	Até 20 anos	2 (12,5)	12 (14,6)	0,931
	21 a 35 anos	12 (75,0)	62 (75,6)	
	Acima de 35 anos	2 (12,5)	8 (9,8)	
	Total	16 (100,0)	82 (100,0)	
Estado civil				
	Solteira	10 (62,5)	54 (65,9)	0,797
	Casada	6 (37,5)	28 (34,1)	
	Total	16 (100,0)	82 (100,0)	
Escolaridade materna				
	Fundamental	3 (18,8)	10 (12,2)	0,004*
	Médio	7 (43,8)	65 (79,3)	
	Superior	6 (37,4)	7 (8,5)	
	Total	16 (100,0)	82 (100,0)	
Cor/Raça				
	Preto	5 (31,3)	17 (20,7)	0,603
	Amarelo	1 (6,2)	2 (2,4)	
	Branco	2 (12,5)	9 (11,0)	
	Pardo	8 (50,0)	54 (65,9)	
	Total	16 (100,0)	82 (100,0)	
Profissão				
	Autônomo ou em casa	9 (56,3)	53 (64,6)	0,525
	Trabalha em empresa	7 (43,7)	29 (35,4)	
	Total	16 (100,0)	82 (100,0)	
Renda familiar				
	Até um salário mínimo	6 (37,5)	38 (43,6)	0,515
	Dois ou mais salários mínimos	10 (62,5)	44 (53,7)	
	Total	16 (100,0)	82 (100,0)	
Número de filhos				
	Primípara	11 (68,8)	35 (42,7)	0,056
	Múltipara	5 (31,2)	47 (57,3)	
	Total	16 (100,0)	82 (100,0)	
Tipo de parto				
	Cesária	10 (62,5)	34 (41,5)	0,122
	Normal	6 (37,5)	48 (58,5)	
	Total	16 (100,0)	82 (100,0)	
Pré-natal				
	Até seis consultas	2 (12,5)	13 (16,0)	0,720
	Seis consultas ou mais	14 (87,5)	68 (84,0)	
	Total	16 (100,0)	81 (100,0)	

Teste Qui-quadrado de Pearson

Legenda: N = número de indivíduos, varia devido a dados faltantes; *= valor de $p \leq 0,05$

(Cont.) Tabela 1 – Análise de associação entre aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e dados demográficos e pré/pós-natais

Variáveis	Aleitamento exclusivo 6º mês			Valor de p
	Sim N (%)	Não N (%)		
Sexo do bebê				
Feminino	7 (43,8)	36 (43,9)		0,991
Masculino	9 (53,6)	46 (56,1)		
Total	16 (100,0)	82 (100,0)		
Aleitamento exclusivo na alta hospitalar				
Sim	15 (93,8)	73 (89,0)		0,568
Não	1 (6,3)	9 (11,0)		
Total	16 (100,0)	82 (100,0)		
Queixas sobre amamentação				
sim	9 (53,6)	50 (61,0)		0,724
Não	7 (43,8)	32 (39,0)		
Total	16 (100,0)	82 (100,0)		

Teste Qui-quadrado de Pearson

Legenda: N = número de indivíduos, varia devido a dados faltantes; *= valor de $p \leq 0,05$

Tabela 2 – Análise de associação entre aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e escolaridade categorizada par a par

Variáveis	Aleitamento exclusivo 6º mês			Valor de p
	Sim N (%)	Não N (%)	Total N (%)	
Escolaridade materna categorizada				
Fundamental	3 (23,1)	10 (76,9)	13 (100,0)	0,169
Médio	7 (9,7)	65 (90,3)	72 (100,0)	
Escolaridade materna categorizada				
Fundamental	3 (23,1)	10 (76,9)	13 (100,0)	0,216
Superior	6 (46,2)	7 (53,8)	13 (100,0)	
Escolaridade materna categorizada				
Médio	7 (9,7)	65 (90,3)	72 (100,0)	0,001*
Superior	6 (46,2)	7 (53,8)	13 (100,0)	

Teste Qui-quadrado de Pearson

Legenda: N = número de indivíduos, varia devido a dados faltantes; *= valor de $p \leq 0,05$

A análise de associação entre tipo de aleitamento no sexto mês e dados sociodemográficos e pré/pós-natais (Tabela 3) revelou que não houve resultado com significância estatística em quaisquer das associações analisadas.

Tabela 3 – Análise de associação entre o tipo de aleitamento e dados demográficos e pré/pós-natais

Variáveis	Tipo de aleitamento					Valor de p
	AME N (%)	Aleit.Com. N (%)	Misto N (%)	Artificial N (%)	Total N (%)	
Idade da mãe						
Até 20 anos	2 (14,3)	1 (7,1)	6 (42,9)	5 (35,7)	14 (100,0)	0,881
21 a 35 anos	12 (16,2)	15 (20,3)	22 (29,7)	25 (33,8)	74 (100,0)	
Acima de 35 anos	2 (20,0)	1 (10,0)	3 (30,0)	4 (40,0)	10 (100,0)	
Estado civil						
Solteira	10 (15,6)	9 (14,1)	21 (32,8)	24 (37,5)	64 (100,0)	0,636
Casada	6 (17,6)	8 (23,5)	10 (29,4)	10 (29,4)	34 (100,0)	
Escolaridade materna						
Fundamental	3 (23,0)	2 (15,4)	2 (15,4)	6 (46,2)	13 (100,0)	0,056
Médio	7 (9,7)	14 (19,4)	25 (34,7)	26 (36,2)	72 (100,0)	
Superior	6 (46,2)	1 (7,7)	4 (30,8)	2 (15,3)	13 (100,0)	
Cor/Raça						
Preto	5 (22,7)	1 (4,5)	6 (27,3)	10 (45,5)	22 (100,0)	0,692
Amarelo	1 (33,3)	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,4)	3 (100,0)	
Branco	2 (18,2)	2 (18,2)	3 (27,3)	4 (36,3)	11 (100,0)	
Pardo	8 (12,9)	14 (22,6)	21 (33,9)	19 (30,6)	62 (100,0)	
Profissão						
Autônomo ou em casa	9 (14,5)	12 (19,4)	17 (27,4)	24 (38,7)	62 (100,0)	0,482
Trabalha em empresa	7 (19,4)	5 (13,9)	14 (38,9)	10 (27,8)	36 (100,0)	
Renda familiar						
Até um salário mínimo	6 (13,6)	10 (22,7)	12 (27,3)	16 (36,4)	44 (100,0)	0,526
Dois ou mais salários mínimos	10 (18,5)	7 (13,0)	19 (35,2)	18 (33,3)	54 (100,0)	
Número de filhos						
Primípara	11 (23,9)	6 (13,1)	18 (39,1)	11 (23,9)	46 (100,0)	0,058
Múltipara	5 (9,6)	11 (21,1)	13 (25,0)	23 (44,3)	52 (100,0)	
Tipo de parto						
Cesária	10 (22,7)	9 (20,5)	11 (25,0)	14 (31,8)	44 (100,0)	0,290
Normal	6 (11,2)	8 (14,8)	20 (37,0)	20 (37,0)	54 (100,0)	
Pré-natal						
Até seis consultas	2 (13,3)	4 (26,7)	3 (20,0)	6 (40,0)	15 (100,0)	0,586
Seis consultas ou mais	14 (17,1)	13 (15,9)	28 (34,1)	27 (32,9)	82 (100,0)	
Sexo do bebê						
Feminino	7 (16,3)	8 (18,6)	11 (25,6)	17 (39,5)	43 (100,0)	0,688
Masculino	9 (16,4)	9 (16,4)	20 (36,3)	17 (30,9)	55 (100,0)	
Aleitamento exclusivo alta hospitalar						
Sim	15 (17,0)	17 (19,3)	27 (30,7)	29 (33,0)	88 (100,0)	0,361
Não	1 (10,0)	0 (0,0)	4 (40,0)	5 (50,0)	10 (100,0)	
Queixas sobre amamentação						
Sim	9 (15,3)	14 (23,7)	16 (27,0)	20 (33,3)	59 (100,0)	0,206
Não	7 (17,9)	3 (7,7)	15 (38,5)	14 (35,9)	39 (100,0)	

Legenda: N = número de indivíduos; AME= Aleitamento materno exclusivo; Aleit.Comp.= Aleitamento complementado

Na análise de associação entre a oferta de papa até o 6º mês e dados sociodemográficos e pré/pós-natais (Tabela 4), houve associação com significância estatística entre a variável oferta de papa e renda familiar. Observou-se que as famílias com maior renda iniciaram a oferta de papa posteriormente, quando comparadas as famílias de menor renda. As demais associações não apresentaram resultados com significância estatística.

Tabela 4 – Análise de associação entre iniciou oferta de papa e dados demográficos e pré/pós-natais

Variáveis	Iniciou a oferta de papa		Valor de p	
	Sim N (%)	Não N (%)		
Idade da mãe				
	Até 20 anos	8 (14,5)	4 (14,8)	0,881
	21 a 35 anos	41 (74,6)	21 (77,8)	
	Acima de 35 anos	6 (10,9)	2 (7,4)	
	Total	55 (100,0)	27 (100,0)	
Estado civil				
	Solteira	33 (60,0)	21 (77,8)	0,111
	Casada	22 (40,0)	6 (22,2)	
	Total	55 (100,0)	27 (100,0)	
Escolaridade materna				
	Fundamental	8 (14,5)	2 (7,4)	0,608
	Médio	42 (76,4)	23 (85,2)	
	Superior	5 (9,1)	2 (7,4)	
	Total	55 (100,0)	27 (100,0)	
Cor/Raça				
	Preto	10 (18,2)	7 (25,9)	0,669
	Amarelo	2 (3,6)	0 (0,0)	
	Branco	6 (10,9)	3 (11,1)	
	Pardo	37 (67,3)	17 (63,0)	
	Total	55 (100,0)	27 (100,0)	
Profissão				
	Autônomo ou em casa	38 (69,1)	15 (55,6)	0,228
	Trabalha em empresa	17 (30,9)	12 (44,4)	
	Total	55 (100,0)	27 (100,0)	
Renda familiar				
	Até um salário mínimo	30 (54,5)	8 (29,6)	0,033*
	Dois ou mais salários mínimos	25 (45,5)	19 (70,4)	
	Total	55 (100,0)	27 (100,0)	
Número de filhos				
	Primípara	22 (40,0)	13 (48,1)	0,483
	Múltipara	33 (60,0)	14 (51,9)	
	Total	55 (100,0)	27 (100,0)	
Tipo de parto				
	Cesária	25 (45,5)	9 (33,3)	0,295
	Normal	30 (54,5)	18 (66,7)	
	Total	55 (100,0)	27 (100,0)	
Pré-natal				
	Até seis consultas	10 (18,2)	3 (11,5)	0,447
	Seis consultas ou mais	45 (81,8)	23 (88,5)	
	Total	55 (100,0)	26 (100,0)	

Teste Qui-quadrado de Pearson

Legenda: N = número de indivíduos, varia devido a dados faltantes; *= valor de $p \leq 0,05$

(Contin.) Tabela 4 – Análise de associação entre iniciou oferta de papa e dados demográficos e pré/pós-natais

Variáveis	Iniciou a oferta de papa		Valor de p
	Sim N (%)	Não N (%)	
Sexo do bebê			
Feminino	25 (45,5)	9 (33,3)	0,295
Masculino	30 (54,5)	18 (66,7)	
Total	55 (100,0)	27 (100,0)	
Aleitamento exclusivo na alta hospitalar			
Sim	51 (92,7)	22 (81,5)	0,126
Não	4 (7,3)	5 (18,5)	
Total	55 (100,0)	27 (100,0)	
Queixas sobre amamentação			
Sim	35 (63,6)	15 (55,6)	0,481
Não	20 (36,4)	12 (44,4)	
Total	55 (100,0)	27 (100,0)	

Teste Qui-quadrado de Pearson

Legenda: N = número de indivíduos, varia devido a dados faltantes; *= valor de $p \leq 0,05$

Não foi identificada associação com significância estatística ao realizar análise entre estar em aleitamento materno ao sexto mês e dados sociodemográficos e pré/pós-natais, descritos na Tabela 5.

Tabela 5 – Análise de associação entre estar em aleitamento materno e dados demográficos e pré/pós-natais

Variáveis	Está em aleitamento materno		Valor de p
	Sim N (%)	Não N (%)	
Idade da mãe			
Até 20 anos	2 (10,5)	10 (15,9)	0,595
21 a 35 anos	16 (84,2)	46 (73,0)	
Acima de 35 anos	1 (5,3)	7 (11,1)	
Total	19 (100,0)	63 (100,0)	
Estado civil			
Solteira	11 (57,9)	43 (68,3)	0,404
Casada	8 (42,1)	20 (31,7)	
Total	19 (100,0)	63 (100,0)	
Escolaridade materna			
Fundamental	2 (10,5)	8 (12,7)	0,801
Médio	16 (84,2)	49 (77,8)	
Superior	1 (5,3)	6 (9,5)	
Total	19 (100,0)	63 (100,0)	
Cor/Raça			
Preto	1 (5,3)	16 (25,4)	0,193
Amarelo	0 (0,0)	2 (3,2)	
Branco	2 (10,5)	7 (11,1)	
Pardo	16 (84,2)	18 (60,3)	
Total	19 (100,0)	63 (100,0)	

Teste Qui-quadrado de Pearson

Legenda: N = número de indivíduos, varia devido a dados faltantes

(Cont.) Tabela 5 – Análise de associação entre estar em aleitamento materno e dados demográficos e pré/pós-natais

Variáveis	Está em aleitamento materno		Valor de p	
	Sim N (%)	Não N (%)		
Profissão				
	Autônomo ou em casa	13(68,4)	40 (63,5)	0,694
	Trabalha em empresa	6 (31,6)	23 (36,5)	
	Total	19 (100,0)	63 (100,0)	
Renda familiar				
	Até um salário mínimo	10 (52,6)	28 (44,4)	0,530
	Dois ou mais salários mínimos	9 (47,4)	35 (55,6)	
	Total	19 (100,0)	63 (100,0)	
Número de filhos				
	Primípara	7 (36,8)	28 (44,4)	0,557
	Múltipara	12 (63,2)	35 (55,6)	
	Total	19 (100,0)	63 (100,0)	
Tipo de parto				
	Cesárea	10 (52,6)	24 (38,1)	0,260
	Normal	9 (47,4)	39 (61,9)	
	Total	19 (100,0)	63 (100,0)	
Pré-natal				
	Até seis consultas	5 (26,3)	8 (12,9)	0,163
	Seis consultas ou mais	14 (73,7)	54 (87,1)	
	Total	19 (100,0)	62 (100,0)	
Sexo do bebê				
	Feminino	9 (47,4)	27 (42,9)	0,728
	Masculino	10 (52,6)	36 (57,1)	
	Total	19 (100,0)	63 (100,0)	
Aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar				
	Sim	19 (100)	54 (85,7)	0,081
	Não	0 (0,0)	9 (14,3)	
	Total	19 (100,0)	63 (100,0)	
Queixas sobre amamentação				
	Sim	15 (78,9)	35 (55,6)	0,067
	Não	4 (21,1)	28 (44,4)	
	Total	19 (100,0)	63 (100,0)	

Teste Qui-quadrado de Pearson

Legenda: N = número de indivíduos, varia devido a dados faltantes

A associação entre idade (em meses) com que iniciou a ofertada de papa e dados sociodemográficos e pré/pós-natais encontra-se na Tabela 6. Foi possível observar que não houve associação com significância estatística em quaisquer dos resultados analisados.

Tabela 6 – Análise de associação entre meses de início da oferta de papa e dados demográficos e pré/pós-natais

Variáveis	Quantos meses iniciou a papa		Valor de p	
	Até 4º mês N (%)	A partir 5º mês N (%)		
Idade da mãe				
	Até 20 anos	3 (17,6)	6 (14,6)	0,959
	21 a 35 anos	12 (70,6)	30 (73,2)	
	Acima de 35 anos	2 (11,8)	5 (12,2)	
	Total	17 (100,0)	41 (100,0)	
Estado civil				
	Solteira	9 (52,9)	27 (65,9)	0,356
	Casada	8 (47,1)	14 (34,1)	
	Total	17 (100,0)	41 (100,0)	
Escolaridade materna				
	Fundamental	3 (17,6)	5 (12,2)	0,709
	Médio	12 (70,6)	33 (80,5)	
	Superior	2 (11,8)	3 (7,3)	
	Total	17 (100,0)	41 (100,0)	
Cor/Raça				
	Preto	4 (23,5)	7 (17,1)	0,118
	Amarelo	2 (11,8)	0 (0,0)	
	Branco	2 (11,8)	4 (9,8)	
	Pardo	9 (52,9)	30 (73,1)	
	Total	17 (100,0)	41 (100,0)	
Profissão				
	Autônomo ou em casa	11 (64,7)	29 (70,7)	0,652
	Trabalha em empresa	6 (35,3)	12 (29,3)	
	Total	17 (100,0)	41 (100,0)	
Renda familiar				
	Até um salário mínimo	11 (64,7)	20 (48,8)	0,268
	Dois ou mais salários mínimos	6 (35,3)	21 (51,2)	
	Total	17 (100,0)	41 (100,0)	
Número de filhos				
	Primípara	6 (35,3)	16 (39,0)	0,790
	Múltipara	11 (64,7)	25 (61,0)	
	Total	17 (100,0)	41 (100,0)	
Tipo de parto				
	Cesária	7 (41,2)	18 (43,9)	0,849
	Normal	10 (58,8)	23 (56,1)	
	Total	17 (100,0)	41 (100,0)	
Pré-natal				
	Até seis consultas	2 (11,8)	9 (22,0)	0,368
	Seis consultas ou mais	15 (88,2)	32 (78,0)	
	Total	17 (100,0)	41 (100,0)	
Sexo do bebê				
	Feminino	4 (23,5)	19 (46,3)	0,106
	Masculino	13 (76,5)	22 (53,7)	
	Total	17 (100,0)	41 (100,0)	

Teste Qui-quadrado de Pearson

Legenda: N = número de indivíduos. Este valor varia em relação as demais tabelas devido aos bebês incluídos na categoria “não se aplica” (N=40) – correspondente aos bebês que no sexto mês ainda não tinham iniciado a papa.

(Cont.) **Tabela 6** – Análise de associação entre meses de início da oferta de papa e dados demográficos e pré/pós-natais

Variáveis	Quantos meses iniciou a papa		Valor de p
	Até 4º mês N (%)	A partir 5º mês N (%)	
Aleitamento exclusivo na alta hospitalar			
Sim	16 (94,1)	38 (92,7)	0,844
Não	1 (5,9)	3 (7,3)	
Total	17 (100,0)	41 (100,0)	
Queixas sobre amamentação			
Sim	11 (64,7)	26 (63,4)	0,926
Não	6 (35,3)	15 (36,6)	
Total	17 (100,0)	41 (100,0)	

Teste Qui-quadrado de Pearson

Legenda: N = número de indivíduos. Este valor varia em relação as demais tabelas devido aos bebês incluídos na categoria “não se aplica” (N=40) – correspondente aos bebês que no sexto mês ainda não tinham iniciado a papa.

4.5 Discussão

Neste estudo foi encontrada associação significativa entre aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e escolaridade materna. Notou-se que em cada categoria de escolaridade (ensino fundamental, ensino médio e ensino superior) a maioria das mães não estava em amamentação exclusiva até o 6º mês. A maior parte das mães do presente estudo tinha ensino médio completo (73,5%) e dentre elas 90,3% não mantiveram amamentação exclusiva até o 6º mês. Entretanto, foi possível identificar, por avaliação par a par, que as mães com ensino superior amamentaram mais até o sexto mês de forma exclusiva do que as mães que possuíam ensino médio.

Esses achados são similares ao que a literatura aponta. Silva et al. (2019) ⁽⁵⁾, em uma revisão de literatura, apontaram que a escolaridade mais baixa é um fator relacionado ao desmame precoce. Referem que o fato desse grupo ter menos informação explicaria o porquê de deixarem de amamentar corretamente e de retirarem mais cedo a amamentação.

Em concordância, Vasconcelos et al. (2020) ⁽⁷⁾, também em uma revisão integrativa, reforçaram que mulheres com pouca ou nenhuma instrução desconhecem a importância do AME para a saúde do bebê. Encontraram nesta revisão que mães com menos de oito anos de escolaridade (ensino fundamental incompleto) tendem a abandonar o AME. Esses dados são reafirmados por Nabate et al. (2019) ⁽⁸⁾ que

apontaram que mães com menor nível de escolaridade demonstram tendência significativa à prática do desmame.

Outros autores ⁽⁹⁾ também referem que a baixa escolaridade está associada à menor duração do aleitamento materno. Essa afirmação vem baseada em um estudo que utilizou dados da Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição de Pernambuco (PESN), de 1991, 1997 e 2006, que apontou que mulheres com nove ou mais anos de escolaridade apresentaram maior prevalência de AME ao sexto mês quando comparadas àquelas com menor escolaridade, bem como configurou a maior escolaridade como fator de proteção na duração do AME. Tais autores concluem que o maior número de consultas no pré-natal pode incentivar a continuidade do aleitamento materno entre as mães com escolaridade mais baixa, visto que as consultas são um espaço de oportunidade para a realização de orientações e fortalecimento de conhecimentos sobre o processo de amamentar.

Em uma pesquisa realizada a partir da perspectiva materna sobre os condicionantes da amamentação, o grupo de mães ouvidas apontou como desafiador conciliar a amamentação exclusiva, que atende os desejos e necessidades da criança, com a rotina que engloba os interesses da mulher. Isso gera conflitos internos e relacionais entre o papel de mãe e os vários papéis e desejos como mulher. O grupo aponta, ainda, que, na maioria das vezes, a amamentação, ou seja, o papel de mãe é priorizado. Entretanto, atender constantemente a demanda da criança acaba gerando cansaço e passa a ter sentido de obrigação, o que é visto por essas mulheres como desestimulante para a manutenção da amamentação. Manter este elo permanente com a criança no dia a dia é uma experiência complexa e de enfrentamento e pode ser entendido pela mulher como uma condição de privação da sua liberdade ⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, considerando que em cada categoria de nível de escolaridade, do presente estudo, a maioria das mulheres não amamentou de forma exclusiva até o sexto mês e visto que os achados no presente estudo apontam que a maioria das mulheres tinha idade entre 21 e 35 anos, possuía ensino médio como nível de escolaridade e era autônoma ou trabalhava em casa, pode-se imaginar que estas mães poderiam estar priorizando outros papéis sociais, além do papel de mãe. Rocha et al. (2018) ⁽¹⁰⁾, a partir destas perspectivas levantadas pelas mães, reforçam a importância de a mulher receber apoio da família, dos profissionais de saúde e de

outros para que consiga encontrar o equilíbrio entre o seu papel enquanto mãe e seus desejos enquanto mulher, vivenciando a amamentação de forma saudável.

Outro ponto de destaque nos resultados do presente estudo foi a associação estatisticamente significativa entre renda familiar e a oferta precoce de papa. Dentre as mães que não tinham iniciado a oferta de papa aos filhos até o 6º mês, grande parte tinha maior renda familiar (dois ou mais salários mínimo).

Melo et al. (2021) ⁽¹¹⁾, em estudo realizado com pais de crianças de 0 a 2 anos de três escolas privadas de Belo Horizonte e Contagem, identificaram correlação entre os aspectos de escolaridade, ocupação fora de casa, renda familiar e ter plano de saúde com o conhecimento dos pais sobre introdução alimentar infantil. Os pais com maior conhecimento sobre introdução alimentar tinham maior escolaridade, trabalhavam fora de casa, possuíam maior renda familiar e contavam com um plano de saúde.

A literatura sugere que quanto maior o conhecimento sobre a alimentação complementar, menor é a chance de a introdução alimentar ser realizada precocemente. Além disso, a determinação da escolha sobre a composição da alimentação da criança se relaciona diretamente com o poder de compra das famílias, o que sofre influência direta da renda familiar. A alimentação da criança abrange, portanto, aspectos socioculturais e econômicos ⁽¹¹⁾.

Giesta et al. (2019) ⁽¹²⁾, em estudo realizado com mães de crianças de 4 a 24 meses internadas na pediatria ou emergência pediátrica de um hospital terciário na cidade de Porto Alegre, apontaram que, apesar de grande parte das mães (62,6%) ter recebido algum tipo de orientação sobre alimentação complementar por profissionais de saúde, foram constatadas baixa prevalência de AME e introdução alimentar inadequada. Associado a isso, observou-se alta prevalência de alimentos ultra processados introduzidos antes dos seis meses de vida. Estas práticas inadequadas estiveram mais presentes entre as mães de menor renda familiar, menor escolaridade, idade mais avançada e multíparas.

Avaliando a caracterização da amostra do presente estudo, em que a maioria das mulheres tem renda familiar de dois ou mais salários mínimo, são multíparas e dentre elas a maior parte dos filhos está em aleitamento artificial, pode-se inferir que estas mães não iniciaram oferta de papa precocemente por ter condições financeiras

para manter a oferta de fórmulas infantis. Quando se consegue manter a fórmula infantil, de forma atender 100% a necessidade da criança, não se identifica a necessidade de inserir outros alimentos para satisfazê-la.

Entender a relação do nível socioeconômico das famílias com o início precoce da alimentação complementar e a oferta inadequada de alimentos para esta fase é imprescindível. Isso viabiliza a criação de políticas de saúde que garantam práticas alimentares adequadas desde o início da alimentação e que permaneçam ao longo da infância, adolescência e vida adulta ⁽¹³⁾.

A alimentação complementar foi introduzida às crianças do presente estudo, na maior parte das vezes, no 5º mês (41,8%). Os demais lactentes dividiram-se nas categorias até o 4º mês (17,3%) e não se aplica (40,8%). Os achados do estudo de Melo et al. (2021) ⁽¹¹⁾ vão em concordância ao demonstrarem que, na sua amostra, a introdução alimentar se deu, na maior parte das vezes, entre 0 e 5 meses, de forma precoce ao considerar o que é preconizado pelo MS e OMS. A introdução alimentar precoce normalmente está associada ao desmame precoce. Dessa forma, os fatores que influenciam na decisão de parar de amamentar, acabam conseqüentemente incentivando a oferta da alimentação complementar antes do recomendado ^(14,15).

A introdução alimentar precoce é frequente em diversos países, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento ⁽¹⁶⁾. Um estudo realizado em países do Oriente Médio apontou que 78,6% das crianças do Iraque, 70% das crianças dos Emirados Árabes e 52,9% das crianças do Líbano recebem alimentação complementar entre 4 e 6 meses de vida, não seguindo as recomendações da OMS ⁽¹⁷⁾. Nesse mesmo sentido, um estudo multicêntrico com países europeus constatou que 25% das crianças avaliadas tiveram o início da alimentação complementar antes do 4º mês de vida. Pontuaram ainda que no 6º mês de vida, ao menos, 90% das crianças haviam consumido alimentos sólidos ⁽¹⁸⁾.

Relacionado ao tipo de aleitamento no sexto mês, um ponto que chama atenção no presente estudo é que a maior parte dos bebês não estava em AME e tão pouco em aleitamento materno. Dos lactentes avaliados, 34,7% estavam em aleitamento artificial e o restante dividiu-se nas outras categorias. Associado a isso observa-se que 60,2% das mães apresentaram alguma queixa relacionada à amamentação, o

que pode ter levado à interrupção da amamentação e conseqüentemente ao desmame precoce.

Torquato et al. (2018) ⁽¹⁹⁾, ao avaliarem o padrão de aleitamento materno de crianças de 0 a 24 meses de idade, também constataram que a maioria das crianças não estava em aleitamento materno. Ressalta-se que aquelas com idade inferior ou igual a 6 meses, em sua grande parte, não estavam recebendo leite materno nem de forma complementada, tão pouco exclusivamente. Torquato et al. reforçam que a crença do leite materno ser insuficiente e/ou fraco é ainda muito forte e enraizada e tem grande influência na decisão das mães em ofertar outros tipos de alimentos (água, suco, outros leites e alimentos sólidos) antes dos seis meses.

Pinheiro et al. (2022) ⁽¹⁵⁾, por sua vez, pontuam que muitas vezes em decorrência de dores e traumas mamilares as lactantes decidem não seguir com a amamentação, mesmo conhecendo a importância e benefícios da amamentação exclusiva até o 6º mês da criança. Barbosa et al. (2018) ⁽²⁰⁾ também identificaram uma alta frequência de desmame precoce nos primeiros meses de vida do bebê. Em concordância à Pinheiro et al. (2022) ⁽¹⁵⁾, pontuaram como fatores associados ao fim do AME os problemas mamários, observados ainda na maternidade e que se mantiveram. Dores e problemas nas mamas são um dos principais aspectos que promovem a descontinuidade do aleitamento materno. Nesse estudo reconheceram também que outras queixas maternas como as dificuldades iniciais com a posição para amamentar, dúvidas com a pega e interação entre mãe e lactente são pontos que podem interferir na prática adequada e manutenção do aleitamento materno.

Algumas limitações devem ser consideradas neste estudo. O número de participantes foi reduzido e isso está ligado ao curto período de duração da coleta de dados. Ainda há de se considerar o cenário da coleta: hospital com características específicas - hospital Metropolitano que é referência no atendimento de gravidez de alto risco. Além disso, a memória materna pode ser considerada um ponto de viés ao estudo, já que a aplicação do segundo questionário contou com perguntas que dependia das lembranças maternas. Ainda assim, este estudo mostra-se de relevância à literatura ao passo que permite um maior conhecimento de como dados socioeconômicos, da gestação e do parto se relacionam com a situação da alimentação no sexto mês de vida do bebê. Esse entendimento dá luz a estratégias

que podem auxiliar a mulher no processo de amamentação, bem como na introdução alimentar evitando o desmame precoce e suas consequências.

4.6 Conclusão

Houve associação entre escolaridade materna e presença de AME no sexto mês – mães com ensino superior amamentam mais até o sexto mês de vida de forma exclusiva quando comparadas às mães com ensino médio. Outra associação identificada foi entre renda familiar e oferta de papa ao sexto mês, sendo que as mães com maior renda não iniciaram a alimentação complementar antes do sexto mês.

4.7 Referências

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf>.

2 – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. – Documento eletrônico. – Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em:<<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>>.

3 - Almeida CAN, Filho DR, Weffort VRS, Ued FV, Almeida CCJN, Nogueira FB et al. First 2,200 days of life as a window of opportunity for multidisciplinary action regarding the developmental origin of health and disease: positioning of the. Brazilian Association of Nutrology. IntJNutrol. 2022; 15:1-22.

- 4 - Lima APC, Nascimento DS, Martins MMF. The practice of breastfeeding and the factors that take to early weaning: integrative review. *J Health Biol Sci.* 2018;6(2):189–96.
- 5 - Silva ACR, Bastos RP, Pimentel ZNS. Early ablactation: a systematic review. *REAS.* 2019;30: e1013.
- 6 - Pinheiro ALB, Oliveira MFPL, Almeida SG. Consequences of early weaning: a literature review. *E-Academica.* 2022;3(1):e2131112.
- 7 - Vasconcelos TC, Barbosa DJ, Gomes MP. Factors that interfere with exclusive breastfeeding during the baby's first six months of life. *Revista Pró-UniverSUS.* 2020;11(1):80–7.
- 8 - Nabate KMC, Menezes RKS, Aoyama EA, Lemos LR. Main consequences of early weaning and the motives that influence this practice. *ReBis.* 2019;1(4):24-30.
- 9 – Fernandes RC, Hofelmann DA. Intention to breastfeed among pregnant women: association with work, smoking, and previous breastfeeding experience. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2020;25(3):1061–72.
- 10 - Rocha GP, Oliveira MCF, Ávila LBB, Longo GZ, Cotta RMM, Araújo RMA. Conditioning factors for exclusive breast feeding from the mother's perspective. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(6).
- 11 - Melo NKL, Antonio RSC, Passos LSF, Furlan RMMM. Influential aspects of the introduction of infant food. *Distúrb Comum.* 2021; 33(1):14–24.
- 12 – JM Giesta, Zoche E, Corrêa RS, Bosa VL. Associated factors with early introduction of ultra-processed foods in feeding of children under two years old. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2019;24(7):2387–97.
- 13 - Dallazen C, Silva SA, Gonçalves VSS, Nilson EAF, Crispim SP, Lang RMF et al. Introduction of inappropriate complementary feeding in the first year of life and

associated factors in children with low socioeconomic status. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(2):e00202816.

14 – Araújo SC, Souza ADA, Bonfim ANA, Santos JB. Intervening factors of early weaning during exclusive breastfeeding. *REAS*. 2021;13(4):1-8.

15 - Pinheiro ALB, Oliveira MFPL, Almeida SG. Consequences of early weaning: a literature review. *e-Acadêmica*. 2022;3(1):e2131112.

16 - Murari CPC, Arciprete APR, Sponholz FG, Monteiro JCS. Early introduction of complementary feeding in infants: comparing adolescent and adult mothers. *Acta Paul Enferm*. 2021;34: eAPE01011.

17 - Nasreddine L, Zeidan MN, Naja F, Hwalla N. Complementary feeding in the MENA region: practices and challenges. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2012;22(10):793–8.

18 - Alvisi P, Brusa S, Alboresi S, Amarri S, Bottau P, Cavagni G et al. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. *Ital J Pediatr*. 2015;41(1):36.

19 - Torquato IMB, Lima AGA, Neto VLS, Júnior FACP, Collet N, França JRFS et al. Standard for breastfeeding of children. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(10):2514–21.

20 - Barbosa GEF, Pereira JM, Soares MS, Pereira LB, Pinheiro L, Caldeira AP. Initial difficulties with breastfeeding technique and the impact on duration of exclusive breastfeeding. *Rev Bras Saúde Materno- Infantil*. 2018;18(3):527–37.

5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecendo a complexidade do leite materno - de composição inigualável, e dos seus inúmeros benefícios para saúde infantil, bem como para saúde da mulher, e de acordo com as recomendações do MS e OMS em relação à amamentação, é sugerido que a oferta do leite materno seja entendida como o caminho mais natural e esperado para a nutrição do bebê. Entretanto, a amamentação envolve vários aspectos e a decisão por amamentar/permanecer amamentando ou não são influenciados pelos mesmos fatores: adesão ao pré-natal, motivação materna, conhecimento sobre o processo de amamentação e leite materno, apoio familiar, profissional e social e os aspectos emocionais da mãe. A mulher deve ser vista e entendida como protagonista dessa ação, tendo seus desejos e opiniões levados em consideração.

Diante disso, é importante conhecer os fatores que estão relacionados à decisão da mãe em manter ou não a amamentação. Desta forma, é possível que a mulher seja compreendida em meio aos seus medos, inseguranças e dúvidas em relação ao processo de amamentar e, a partir disso, os familiares e amigos, bem como os profissionais de saúde tenham um direcionamento de como apoiá-la neste momento. Nesse sentido, recebendo apoio e orientação, é esperado que a escolha em manter ou não a amamentação seja mais consciente, de forma a respeitar seus desejos enquanto mãe e mulher, e levando em consideração a saúde do bebê. Vale ressaltar que o aleitamento materno deve ser incentivado e apoiado até o ponto em que não represente prejuízos, em qualquer sentido, para a mãe ou para o bebê.

Perante o exposto no presente estudo, é possível concluir que o acesso à informação e o conhecimento em relação à amamentação, bem como à introdução alimentar no período adequado, são favoráveis a manutenção do leite materno por um período maior. Evidencia-se então, a importância dos profissionais de saúde quanto à orientação e esclarecimentos em relação ao leite materno e ao processo de amamentar, considerando suas transições, relatando as dificuldades, mas também realçando os benefícios para o binômio mãe-filho. Dessa forma, os profissionais de saúde passam mais segurança para a mulher e favorecem um processo de amamentação mais tranquilo e saudável.

6.0 ANEXOS E APÊNDICES

6.1 ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO DO CEP

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON
BEHRENS-MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES DE IDADE DE RECÉM-NASCIDOS TERMO E OS PRINCIPAIS FATORES RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE

Pesquisador: MIRELLY SABRINA SANTOS SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40528220.3.0000.5129

Instituição Proponente: Hospital Municipal Odilon Behrens-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.480.984

Apresentação do Projeto:

O aleitamento materno é a maneira mais eficaz para atender às demandas imunológicas, psicológicas, nutricionais e o desenvolvimento de uma criança no seu primeiro ano de vida. A OMS recomenda a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida do bebê e a continuidade da amamentação até os dois anos de idade ou mais. Entretanto mesmo conhecendo os inúmeros benefícios trazidos pelo aleitamento materno, muitas vezes as mulheres não sabem de forma efetiva como lidar com a amamentação quando seu bebê nasce, sendo assim, torna-se muito importante que essas recebam as orientações devidas dos profissionais de saúde com o intuito de facilitar e auxiliar a mãe nesse momento e evitar o desmame precoce. **OBJETIVO:** Diante do exposto, esse estudo tem o objetivo de verificar se as informações recebidas pelas mães interferem no aleitamento materno exclusivo e quais os fatores associados ao desmame precoce de recém-nascidos termo. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo, de abordagem quantitativa, com mães de bebês nascidos a termo em um hospital público de Belo Horizonte. Para a coleta de dados serão utilizados dois questionários que serão aplicados às mães foram desenvolvidos pela pesquisadora especificamente para este estudo. Os dados serão registados em uma planilha do Microsoft Excel e posteriormente analisados por meio de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e por meio de distribuição de frequência para as variáveis categóricas.

Endereço: Rua Formiga 50 Sala 108

Bairro: São Cristóvão

CEP: 31.110-430

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-6120

E-mail: cephob@gmail.com

**HOSPITAL MUNICIPAL ODILON
BEHRENS-MG**

Continuação do Parecer: 4.480.984

Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão serão: mães com idade superior a 18 anos, mães de recém-nascidos termo (maior de 37 semanas) que estiverem amamentando os filhos internados juntamente a elas na unidade Alojamento Conjunto no período de janeiro e fevereiro de 2020, e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As mães participantes da pesquisa deverão aceitar e ter o desejo de amamentar e estarem dispostas a responder o último questionário, que será realizado seis meses após o primeiro contato.

Critério de Exclusão:

Não serão incluídas nessa pesquisa as mães de recém nascidos que apresentem doenças congênitas cardíacas ou pulmonares severas e síndromes genéticas, por apresentarem maiores riscos de incoordenação durante às funções de sucção, deglutição e respiração, assim como alterações estruturais que possam interferir na amamentação. No que se refere às condições maternas, serão excluídas as mães portadoras de doenças ou procedimentos terapêuticos que contraindiquem ou que possam interferir no aleitamento materno.

Objetivo da Pesquisa:**OBJETIVOS:****Geral:**

Verificar se as informações recebidas pelas mães interferem no aleitamento materno exclusivo e quais os fatores associados ao desmame precoce de recém-nascidos termo.

Específicos:

Verificar se as mães de recém-nascidos termo receberam, no período pré e pós-natal, orientações sobre amamentação, benefícios do aleitamento materno exclusivo, tempo ideal de manter o AME, pega correta, posicionamento do recém-nascido ao seio, uso de chupetas e mamadeiras e cuidado com as mamas.

Investigar dados socioeconômicos, gineco-obstétricos e referentes à gestação atual das mães de bebês nascidos a termo.

Verificar a prevalência da amamentação exclusiva aos 6 meses em bebês nascidos a termo.

Correlacionar a prevalência da amamentação exclusiva aos 6 meses em bebês nascidos a termo com as características das orientações recebidas pelas mães, com dados socioeconômicos da família, com os antecedentes gineco-obstétricos e com os dados da gestação atual.

Endereço: Rua Formiga 50 Sala 108**Bairro:** São Cristóvão**CEP:** 31.110-430**UF:** MG**Município:** BELO HORIZONTE**Telefone:** (31)3277-6120**E-mail:** cephob@gmail.com

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON
BEHRENS-MG



Continuação do Parecer: 4.480.984

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios descritos pela pesquisadora:

RISCOS

"Os possíveis prejuízos (risco mínimo) são a possibilidade de constrangimento e cansaço ao responder o questionário."

BENEFÍCIOS

"A pesquisa oferece como possíveis benefícios às participantes o conhecimento procedente a pesquisa, que irá contribuir para o desenvolvimento de alternativas para intervir no atual problema e a participante que apresentar necessidade receberá intervenção terapêutica para solucionar suas demandas."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresentado no Hospital Metropolitano Odilon Behrens, como requisito parcial para conclusão da Residência Multiprofissional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados e estão de acordo com as normas vigentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem impedimento ético para sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-HOB recomenda a Pesquisadora:

- 1) Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil;
- 2) Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel);
- 3) Apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do estudo a cada 06 (seis) meses e o sumário dos resultados ao término do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Formiga 50 Sala 108

Bairro: São Cristóvão

CEP: 31.110-430

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-6120

E-mail: cephob@gmail.com

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON
BEHRENS-MG



Continuação do Parecer: 4.480.984

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1666130.pdf	26/11/2020 16:19:35		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	26/11/2020 16:18:54	MIRELLY SABRINA SANTOS SILVA	Aceito
Outros	Apendice_2_Questionario.pdf	24/11/2020 21:51:10	MIRELLY SABRINA SANTOS SILVA	Aceito
Outros	Apendice_1_Questionario.pdf	24/11/2020 21:49:18	MIRELLY SABRINA SANTOS SILVA	Aceito
Declaração de concordância	termo_de_responsabilidade.pdf	24/11/2020 21:44:33	MIRELLY SABRINA SANTOS SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	18/11/2020 21:03:08	MIRELLY SABRINA SANTOS SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PREVALENCIA_DE_ALEITAMENTO_MATERNO_EXCLUSIVO_ATE_OS_SEIS_MESES_DE_IDADE_DE_RECEM_NASCIDOS_TERMOS_E_OS_PRINCIPAIS_FATORES_RELACIONADOS_AO_DESMAME_PRECOCE.pdf	18/11/2020 21:00:45	MIRELLY SABRINA SANTOS SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 22 de Dezembro de 2020

Assinado por:
MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SALLES
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Formiga 50 Sala 108

Bairro: São Cristóvão

CEP: 31.110-430

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-6120

E-mail: cephob@gmail.com

6.2 APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente termo em atendimento à Resolução 466/12, destina-se a esclarecer a participante da pesquisa intitulada PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES DE IDADE DE RECÉM-NASCIDOS TERMO E OS PRINCIPAIS FATORES RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE”, sob responsabilidade da pesquisadora Mirelly Sabrina Santos Silva, do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Metropolitano Odilon Behrens. Por meio deste termo, queremos convidá-la a participar da pesquisa cujo objetivo é correlacionar a taxa de amamentação materna exclusiva até os seis meses de idade de recém-nascidos termo com as orientações recebidas pela mãe no período pré e pós-natal e os principais fatores relacionados ao desmame precoce. Sua participação consiste em responder às perguntas de dois questionários que serão aplicados pelas pesquisadoras um antes a alta hospitalar e um após seis meses da alta. Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo caso não queira participar. Você poderá retirar-se desta pesquisa a qualquer momento, apenas entrando em contato com a pesquisadora responsável. Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo. Seus dados serão manuseados somente pela pesquisadora e não será permitido o acesso a outras pessoas. Os materiais com suas informações ficarão guardados sob a responsabilidade das pesquisadoras com a garantia de sigilo. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, porém, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade. Além de cooperar para a realização desta pesquisa, caso você apresente alguma necessidade será encaminhada aos serviços de apoio disponíveis no hospital. O presente estudo pode implicar no constrangimento ou frustração ao refletir sobre as perguntas, ao responder aos questionários. Caso esse procedimento gere algum desconforto você não precisa realizá-lo.

Consentimento para participação:

Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecida quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetida e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico. Este termo será assinado em duas vias, sendo uma para mim e outra para os pesquisadores responsáveis.

Eu, _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Assinatura do Participante

Qualquer dúvida entrar em contato com CEP do Hospital Metropolitano Odilon Behrens Tel. 31- 3277-5309, localizado na R. Formiga, 50 – São Cristóvão, Belo Horizonte – MG, ou com a pesquisadora por meio do telefone (31) 99417-9452 (Mirelly Silva)

6.3 APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA APLICAÇÃO NO HOSPITAL

		DATA:	
PARTE I - IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIOECONÔMICOS			
NOME:			
DATA DE NASCIMENTO:		IDADE:	
NATURALIDADE:		Nº PRONTUÁRIO:	
ENDEREÇO:		TELEFONES:	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva	ESCOLARIDADE Fundamental: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto Médio: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto Superior: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	COR/RAÇA <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo	
PROFISSÃO: <input type="checkbox"/> autônomo <input type="checkbox"/> Trabalho em uma empresa <input type="checkbox"/> Trabalho em casa		Nº DE PESSOAS QUE MORAM NA CASA:	
Qual a renda aproximada da família? <input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 2 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 3 salários mínimos			
FUMANTE? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		FAZ USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
PARTE II - DADOS DAS GESTAÇÕES ANTERIORES			
G: _____ P: _____ A: _____		Número de filhos:	
Amamentou exclusivamente os outros filhos? Quanto tempo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
F1: <input type="checkbox"/> menos de 6 meses <input type="checkbox"/> de 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> Mais de 12 meses			
F2: <input type="checkbox"/> menos de 6 meses <input type="checkbox"/> de 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> Mais de 12 meses			
F3: <input type="checkbox"/> menos de 6 meses <input type="checkbox"/> de 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> Mais de 12 meses			
Teve problemas durante a(s) amamentação(es) anterior(es)? <input type="checkbox"/>			
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			

Quais foram seus principais motivos para NÃO amamentar seus filhos?	
<input type="checkbox"/> pouca produção de leite <input type="checkbox"/> bebê não pegou meu seio <input type="checkbox"/> não posso amamentar por não amamentar	<input type="checkbox"/> leite fraco <input type="checkbox"/> outros. _____ <input type="checkbox"/> optei
Gostou da experiência de amamentar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
PARTE III - DADOS REFERENTES À GESTAÇÃO ATUAL	

Idade Gestacional: Gravidez foi planejada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Realizou pré-natal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não n° de consultas () 1 a 4 () 4 a 6 () 7 a 8 () + de 8
Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Cesária <input type="checkbox"/> Normal	Data de Nascimento:
Dados do bebê ao nascimento: Peso: <input type="checkbox"/> PIG <input type="checkbox"/> AIG <input type="checkbox"/> GIG	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Como você se encontra emocionalmente? <input type="checkbox"/> Possui histórico de depressão <input type="checkbox"/> Encontra-se emocionalmente cansada <input type="checkbox"/> Considera-se bem emocionalmente <input type="checkbox"/> Outros	
Você amamentou seu bebê na primeira hora após o parto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Você recebeu orientações sobre a amamentação durante seu pré-natal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Onde? <input type="checkbox"/> posto de saúde <input type="checkbox"/> atendimento domiciliar do SUS <input type="checkbox"/> atendimento da rede privadas	
Quem realizou essas orientações? <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> outros: _____	
De que forma você recebeu essas orientações? <input type="checkbox"/> Atendimento individual <input type="checkbox"/> Atendimento em grupo <input type="checkbox"/> Conversa espontânea <input type="checkbox"/> Cartilhas informativas	
Sobre o que? <input type="checkbox"/> Pega e posicionamento do bebê ao seio <input type="checkbox"/> Uso de chupetas e mamadeiras <input type="checkbox"/> Benefícios do aleitamento materno <input type="checkbox"/> Tempo ideal de amamentação AME <input type="checkbox"/> Cuidados com as mamas <input type="checkbox"/> Outros: _____	

<p>Você recebeu orientações sobre a amamentação durante o pós-parto no hospital? () Sim () Não</p>		
<p>Quem realizou essas orientações? () médico () enfermeiro () fonoaudiólogo () técnico de enfermagem () outros: _____</p>		
<p>De que forma você recebeu essas orientações? () Atendimento individual () Atendimento em grupo () Conversa espontânea () Cartilhas informativas</p>		
<p>Sobre o que? () Pega e posicionamento do bebê ao seio () Uso de chupetas e mamadeiras () Benefícios do aleitamento materno () Tempo ideal de manter o AME () Cuidados com as mamas () Outros: _____</p>		
<p>Você considera que essas orientações foram importantes?</p>		<p>() Sim () Não</p>
<p>A orientação te ajudou a amamentar?</p>		<p>() Sim () Não</p>
<p>Você está amamentando atualmente?</p>		<p>() Sim () Não</p>
<p>O bebê está em aleitamento materno exclusivo? () Sim () Não</p>		<p>() Não</p>
<p>Se não, qual tipo de aleitamento ele se encontra? () Aleitamento misto () Aleitamento artificial</p>		

<p>Em caso de aleitamento misto ou artificial, qual a causa? () pouca produção de leite () bebê não pegou no seio () não posso amamentar () optei por não amamentar () leite fraco () outros: _____</p>		
<p>O bebê faz uso de algum bico artificial?</p>		<p>() Sim () Não</p>
<p>Se sim, qual? () Chupeta () mamadeira () bico intermediário de silicone</p>		<p>() bico intermediário de silicone</p>
<p>Você sente que seu leite é suficiente para seu bebê? () Sim () Não</p>		<p>() Não</p>
<p>Você tem alguma queixa nesse momento? () Fissuras mamárias () Escoriações () Dor ao amamentar () Outros: _____</p>		<p>() Escoriações () Outros: _____</p>

6.4 APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO - SEIS MESES PÓS

PARTO

	DATA:
NOME DA MÃE:	
NOME DO BEBÊ:	
PARTEI-DADOS REFERENTES À SITUAÇÃO ATUAL DA MÃE E BEBÊ	
O bebê está em aleitamento materno exclusivo? () Sim () Não	
Se não, qual tipo de alimentação ele se encontra? () Aleitamento artificial () Aleitamento materno () papa	
*poderá ser assinalada mais de uma opção.	
Você já iniciou a oferta de papinhas? () Sim () Não	
Com quantos meses? () antes dos três meses () 4 meses () 5 meses () após seis meses	
Durante esse período pós alta hospitalar você recebeu alguma orientação no posto de saúde ou de algum profissional de saúde sobre a amamentação? () Sim () Não	
Em caso de aleitamento misto, quando ocorreu? () primeiros 15 dias () primeiro mês () segundo mês () terceiro mês () quarto mês () quinto mês () sexto mês	
Em caso de desmame, quando ocorreu: () primeiros 15 dias () primeiro mês () segundo mês () terceiro mês () quarto mês () quinto mês () sexto mês	
<p>Motivo que deixou o AME antes dos 6 meses de idade</p> <p>() Substituição do LM por produtos industrializados () pouca produção de leite () bebê não pegou o seio</p> <p>() não posso mais amamentar devido a questões de saúde () optei por não amamentar</p> <p>() voltei ao trabalho () meu leite era fraco () problemas nas mamas (fissuras)</p> <p>() Crenças, culturas e estilo de vida (queda dos seios) () outros: _____</p>	
Você tem desejo de retomar a amamentação? () Sim () Não	