



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI**  
**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA**

**PRISCILA VERAS SANTOS**

**DESMAME PRECOCE EM CRIANÇAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

**TERESINA**  
**2014**

PRISCILA VERAS SANTOS

DESMAME PRECOCE EM CRIANÇAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado- TCM,  
apresentado à Coordenação do Programa de  
Mestrado Profissional em Saúde da Família do  
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como  
requisito para obtenção do título de Mestre em  
Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: A saúde da família no ciclo  
vital.

Orientador: Prof. Dra. Maria do Carmo de  
Carvalho e Martins

TERESINA  
2014

## FICHA CATALOGRÁFICA

S237d

SANTOS, Priscila Veras

Desmame precoce em crianças atendidas na estratégia saúde da família / Priscila Veras Santos. Orientadora Prof. Dr. Maria do Carmo de Carvalho e Martins.

Teresina: UNINOVAFAPI, 2014.

82. p.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família)

1. Desmame precoce; 2. Estratégia saúde da família; 3. Aleitamento materno. I. Título.

CDD 616.39

PRISCILA VERAS SANTOS

**DESMAME PRECOCE EM CRIANÇAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM  
apresentado à Coordenação do Programa de Mestrado  
Profissional em Saúde da Família do Centro  
Universitário UNINOVAFAPI, como requisito para  
obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Data da Aprovação 10/07/2014

**BANCA EXAMINADORA**

  
Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins-UFPI/UNINOVAFAPI (Presidente)

  
Profa. Dra. Adriana de Azevedo Paiva - UFPI (1ª Examinadora)

  
Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety - UNINOVAFAPI (2ª Examinador)

  
Profa. Dra. Carmen Viana Ramos - UNINOVAFAPI (Suplente)

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer inicialmente ao Senhor, Deus Pai Todo Poderoso, pelo amor infinito e misericordioso. Sinto que cuida sempre de mim e zela pela minha segurança e felicidade.

Agradeço aos meus três grandiosos tesouros, meus pais Itamar e Conceição e meu irmão e melhor amigo Itamar Filho pelo amor, companheirismo e união todos os dias de minha vida.

Aos meus familiares que foram meus incentivadores no decorrer do mestrado.

A todos meus amigos, Nathália, Márcia, Lucilene, Vanha, Andressa, Andréia, Ana Karolina, Moisés meu forte abraço.

As minhas colegas do mestrado, em especial, Isabela, Líndia, Keila, Fernandina, Misterly, Luciane, Ana Paula e Ana Karolinne grandes amigas, parceiras, solidárias, pela convivência rica e prazerosa.

Agradeço a minha orientadora, Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins, pela orientação e conhecimento transmitido.

Aos componentes da banca examinadora, Profa. Dra. Adriana de Azevedo Paiva e Prof. Fabrício Ibiapina Tapety e Profa. Dra. Carmen Viana Ramos, obrigada, pela disponibilidade e pelas contribuições tão valiosas para o estudo.

A equipe de coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNINOVAFAPI, excelentes professores e funcionários que, com seu trabalho, valorizam e apóiam a busca do conhecimento científico. Agradeço em especial a coordenadora Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura e às colaboradoras Gelsemânia e Elizângela, pelo acolhimento afetuoso e sempre resolutivo.

“Não temas, porque eu sou contigo; não te assombres, porque eu sou o teu Deus;  
eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a minha destra fiel”.

Isaías 41:10

## RESUMO

O aleitamento materno (AM) consiste em uma estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança. O aleitamento materno exclusivo (AME) é considerado o método ideal para alimentar crianças menores de seis meses de vida, sendo a partir dessa idade iniciada a introdução adequada de alimentação complementar. A prevalência do desmame precoce no Brasil é considerada muito alta e, são necessárias novas abordagens que valorizem as ações efetivas na promoção, proteção e apoio ao AM. O objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência de desmame precoce em lactentes atendidos na Estratégia Saúde da Família em município da região norte do estado do Piauí e fatores a ele associados. Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória realizada com 241 crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família, no período de dezembro de 2013 a março de 2014. Para obtenção dos dados sociodemográficos, dados relacionados ao nascimento, à alimentação da criança, à assistência à saúde, e sobre o apoio à amamentação foi usado um formulário com questões fechadas já utilizadas em uma pesquisa regional sobre desmame. Os dados referentes à caracterização econômica foram obtidos através do questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa como de aspectos socioeconômicos e de assistência pré-natal e no nascimento. A prevalência de desmame precoce foi de 58,51%, e as maiores proporções de desmame precoce ocorreram em crianças com idade entre um e três meses. Observou-se que 87,5 % daquelas na faixa etária de zero a cinco meses e 76,4 % daquelas com idade entre seis e 12 meses recebiam leite materno. Verificou-se que 35,2 % das mães tinham idade entre 20 e 25 anos. A criança participante do estudo não foi o primeiro filho para 51 % das mulheres pesquisadas, sendo o desmame precoce realizado por 54,4 % das multíparas. Os fatores associados com o desmame foram pertencer à classe econômica B/C, e ter recebido orientação sobre amamentação no pré-natal. Verificou-se que a prevalência do desmame precoce foi elevada, e considerada semelhante à prevalência nacional e para o estado do Piauí. E que o presente estudo contribui com informações que possibilitem o planejamento de medidas que estimulem do aleitamento materno exclusivo e para a redução do desmame precoce.

**Palavras-chave:** Desmame precoce. Estratégia saúde da família. Aleitamento materno.

## **ABSTRACT**

Breastfeeding (AM) consists of a natural strategy of bond, affection, protection and nourishment for the child. Exclusive breastfeeding (EBF) is considered the ideal method to feed children under six months of life, and from that age started the appropriate introduction of complementary feeding. The prevalence of early weaning in Brazil is considered too high, and new approaches are needed that enhance effective action in the promotion, protection and support of AM. The aim of this study was to determine the prevalence of early weaning in children attending the Family Health Strategy in a city of northern Piauí state and factors associated with it. This is a quantitative, descriptive and exploratory research conducted with 241 children attending the Family Health Strategy in the period from December 2013 to March 2014. To obtain the sociodemographic data, data related to birth, infant feeding, health care, and on support for breastfeeding was used a form with closed questions already used in a regional research on weaning. Data on economic characteristics were obtained from the questionnaire for Economic Classification Criteria of Brazil Brazilian Association of Research Companies such as socioeconomic aspects and prenatal care and birth. The prevalence of early weaning was 58.51 %, and larger proportions of early weaning occurred in children aged one and three months. It was observed that 87.5 % of those aged zero to five months and 76.4 % of those aged between six and 12 months were breast-fed. It was found that 35.2 % of mothers were aged between 20 and 25 years. The child participating in the study was not the first child to 51% of women surveyed, with early weaning done by 54.4 % of multiparous. Factors associated with weaning were belong to economy class B / C, and have received guidance on breastfeeding during prenatal care. It was found that the prevalence of early weaning was high, and considered similar to national prevalence and the state of Piauí. And that this study provides information that allows planning measures to encourage exclusive breastfeeding and the reduction of early weaning.

**Keywords:** Weaning. Family health strategy. Breast feeding.

## RESUMEN

La lactancia materna (LM) se compone de una estrategia natural de enlace, afecto, protección y alimento para el niño. La lactancia materna exclusiva (LME) se considera el método ideal para alimentar a los niños menores de seis meses de vida , ya partir de esa edad se inició la introducción de la alimentación complementaria apropiada. La prevalencia de destete precoz en Brasil se considera demasiado alto, y se necesitan nuevos enfoques que potencian la acción efectiva en la promoción, protección y apoyo de AM. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de destete precoz en niños que asisten a la Estrategia Salud de la Familia en una ciudad del estado y el norte de Piauí factores asociados a ella. Es la investigación cuantitativa , descriptivo y exploratorio realizado con 241 niños que asisten a la Estrategia Salud de la Familia en el período de diciembre 2013 a marzo 2014. Para obtener los datos sociodemográficos, datos relacionados con el nacimiento, la alimentación infantil , cuidado de la salud , y en el apoyo a la lactancia materna se utilizó un formulario con preguntas cerradas que ya se utilizan en una investigación regional sobre el destete. Los datos sobre las características económicas se obtuvieron a partir del cuestionario para los Criterios de Clasificación Económica de la Asociación Brasileña de Empresas de Investigación de Brasil como los aspectos socioeconómicos y la atención prenatal y nacimiento. La prevalencia de destete precoz era 58.51 % , y una mayor proporción de destete precoz se produjo en niños de uno y tres meses. Se observó que el 87,5% de los mayores de cero a cinco meses y el 76,4 % de las personas con edades comprendidas entre los seis y 12 meses fueron amamantados . Se encontró que 35,2 % de las madres tenían entre 20 y 25 años . El niño que participa en el estudio no fue el primer hijo de 51 % de las mujeres encuestadas, con el destete precoz hecho por el 54,4 % de las multíparas. Los factores asociados con el destete fueron pertenecen a la clase turista B / C, y han recibido orientación sobre la lactancia materna durante la atención prenatal. E encontró que la prevalencia de destete precoz fue alta , y considera similar a la prevalencia nacional y el estado de Piauí. Y que este estudio proporciona información que permite a las medidas de planificación para fomentar la lactancia materna exclusiva y la reducción de destete precoz .

**Palabras clave:** Destete. Estrategia de salud familiar. Lactancia materna.

## LISTAS DE GRÁFICOS E TABELAS

**Gráfico 1-** Distribuição de desmame precoce em crianças de 0 a 2 anos atendidas pela Estratégia de Saúde da Família, em município do Piauí, entre dezembro 2013 a março 2014.....37

**Gráfico2-** Idade do desmame precoce em crianças de 0 a 2 anos idade atendidas na Estratégia de Saúde da Família, em município do Piauí, entre dezembro 2013 a março 2014.....38

**Tabela 1-** Aleitamento materno, consumo de outros leites e de outros alimentos em crianças atendidas pela Estratégia Saúde da Família em município do Piauí, entre dezembro de 2013 a março de 2014 .....40

**Tabela 2-** Desmame precoce em crianças de 0 a 2 anos idade atendida na Estratégia Saúde da Família, em município do Piauí, entre dezembro de 2013 a março de 2014, segundo características socioeconômicas.....42

**Tabela 3-** Desmame precoce em crianças de 0 a 2 anos atendidas na Estratégia Saúde da Família, em município do Piauí, entre dezembro de 2013 a março de 2014, segundo característica de assistência à saúde.....47

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**ABEP**- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

**AME**- Aleitamento Materno Exclusivo

**AM**- Aleitamento Materno

**CAAE**- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

**CLT**- Consolidação das Leis do Trabalho

**DP**- Desmame Precoce

**ESF**- Estratégia Saúde da Família

**HIV**- Human Immunodeficiency Virus

**IHAC**- Iniciativa Hospital Amigo da Criança

**NBCAL**- Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes

**OMS**- Organização Mundial da Saúde

**PNIAM**- Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

**QI**- Quociente de Inteligência

**SPSS**- *Software Statistical Package for the Social Science*

**TCLE**- Termo de Consentimento Livre Esclarecido

**WHO**- World Health Organization

## SUMÁRIO

|                                                                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                        | <b>11</b> |
| 1.1 Objetivos .....                                                                                              | 15        |
| 1.1.1 Objetivo Geral .....                                                                                       | 15        |
| 1.1.2 Objetivos Específicos .....                                                                                | 15        |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                                                                                | <b>17</b> |
| 2.1 Aspectos históricos da amamentação .....                                                                     | 17        |
| 2.2 Programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno .....                                                | 17        |
| 2.3 Cenário nacional e regional da amamentação .....                                                             | 18        |
| 2.4 Benefícios do aleitamento materno .....                                                                      | 19        |
| 2.5 Fatores que dificultam a amamentação .....                                                                   | 21        |
| 2.6 Fatores que favorecem a amamentação .....                                                                    | 23        |
| <b>3 METODOLOGIA .....</b>                                                                                       | <b>25</b> |
| 3.1 Desenho e local do estudo .....                                                                              | 25        |
| 3.2 População e amostra .....                                                                                    | 25        |
| 3.3 Critérios de inclusão e de exclusão .....                                                                    | 26        |
| 3.4 Coleta de dados .....                                                                                        | 26        |
| 3.5 Critérios de classificação do aleitamento materno .....                                                      | 26        |
| 3.6 Variáveis do estudo .....                                                                                    | 27        |
| 3.7 Análise dos dados .....                                                                                      | 28        |
| 3.8 Aspectos éticos .....                                                                                        | 28        |
| 3.9 Riscos e benefícios .....                                                                                    | 28        |
| <b>4 RESULTADOS E ANÁLISE.....</b>                                                                               | <b>30</b> |
| 4.1 Manuscrito: Desmame precoce em crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família em município do Piauí ..... | 30        |
| 4.2 Produto: Folder Desmame adequado– orientações e informações para as mães.....                                | 60        |
| <b>5 CONCLUSÃO .....</b>                                                                                         | <b>61</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                          | <b>62</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>                                                                                           | <b>69</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                                                                              | <b>78</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) é considerado o método ideal para alimentar crianças menores de seis meses de vida, sendo a partir dessa idade recomendada a introdução adequada de alimentação complementar. O aleitamento materno (AM) constitui-se na mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2009a). A implementação das ações de proteção e promoção do AM e da adequada alimentação complementar depende de esforços coletivos intersetoriais, e representa enorme desafio para o sistema de saúde em uma perspectiva de abordagem integral e humanizada (BRASIL, 2009b).

Segundo Parada *et al.* (2005), a promoção do AM deveria ser vista como ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. Promover essa ação pode ser um bom exemplo de política pública que envolve a família, comunidade, governo e sociedade civil, com baixo custo e excelente impacto sobre o desenvolvimento infantil. No aspecto econômico, Barros *et al.* (2009) afirmam que se todos os brasileiros nascidos em 1995 tivessem sido amamentados até os seis meses de vida, teriam sido poupados 423,8 milhões de litros de leite e 296,6 milhões de reais.

Apesar de o AM ser uma prática universal, no Brasil é abandonada precocemente, estando sua duração ainda distante daquela recomendada da Organização Mundial da Saúde (OMS) (SOUZA; ESPÍRITO SANTO; GIUGLIANI, 2010). Nos últimos anos, houve muitos avanços importantes na promoção da amamentação. Nesse sentido, a promoção do AM é considerada como prioridade do governo brasileiro e, entre os avanços para sua promoção, o Ministério da Saúde criou uma Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao AM, que contempla as seguintes estratégias: Rede Amamenta Brasil; Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; Iniciativa Hospital Amigo da Criança; Proteção Legal ao Aleitamento Materno, Mobilização Social, Monitoramento dos Indicadores de Aleitamento Materno (CORRÊA; MONTEIRO; SOEIRO, 2011).

Contudo, apesar de ter ocorrido melhoria na prática do aleitamento materno nos últimos anos, a prevalência do aleitamento materno é baixa e sua duração é curta; o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida é raro, e o desmame precoce (DP) continua a ser um problema de saúde pública. Alimentos complementares são precocemente introduzidos para uma grande parte das

crianças, e esses são frequentemente deficientes em conteúdo energético e de nutrientes (BRASIL, 2002).

Quanto à situação nacional, segundo dados da Segunda Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno, desenvolvida pelo Ministério da Saúde em 2008, a prevalência de AME em menores de seis meses foi de 41% e em menores de quatro meses, de 51,2%. A proporção de crianças menores de quatro meses em AME superou aquela encontrada em 1999 (35,5%), quando foi realizada a Primeira Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno. Ainda com base na pesquisa acima citada, a região Nordeste apresentou a pior situação de AME em menores de seis meses (37,0%), e São Luís foi a primeira capital nordestina com maior prevalência de AME (46,7%), e Teresina na segunda colocação com 43,7%. Ao considerar o AM em crianças com idade entre 9 a 12 meses, a prevalência foi de 59,08% para a região Nordeste e de 76,92% em São Luís e 75% em Teresina, colocando essa cidade na segunda posição entre as capitais da região também para AM (BRASIL, 2009b).

A pesquisa realizada pela *World Health Organization* (WHO) (2000) em três continentes - Américas (Brasil), Ásia (Filipinas e Paquistão) e África (Gâmbia, Gana, e Senegal), evidenciou taxa de mortalidade por doenças infecciosas seis vezes maiores em crianças menores de dois meses não amamentadas quando comparadas com aquelas encontradas em crianças alimentadas com leite materno. A proteção contra mortes por diarreia foi muito maior que a proteção contra mortes por infecções respiratórias nos primeiros seis meses. Contudo, após esse período, a proteção assegurada pelo AM foi semelhantes para as duas doenças. A pesquisa chama a atenção para o fato de que, enquanto a proteção contra mortes por diarreia diminui dramaticamente com a idade, a proteção contra mortes por infecções respiratórias se mantém constante nos primeiros dois anos de vida.

Existem evidências científicas de que a amamentação é a melhor forma de alimentar a criança pequena. Nesse sentido Marques *et al.* (2004), com base em observação de ganho de peso adequado em crianças amamentadas exclusivamente nos seis primeiros meses de vida, referiram que o leite materno como fonte única de nutrientes é o alimento ideal para o crescimento adequado nos seis primeiros meses de vida sem necessidade de complementação.

O AM proporciona vários benefícios e entre eles cita-se que o ato de amamentar ultrapassa o prisma biológico e supre também necessidades

emocionais, favorecendo a relação entre mãe e filho. Um dos poucos estudos que exploraram a relação entre amamentação, apego e sensibilidade concluiu que o aleitamento materno até o final do primeiro ano de vida está associado a vínculo afetivo reforçado entre mãe e filho. Entre as mães que iniciaram a amamentação, as pontuações médias de sensibilidade nas interações com a criança foram maiores para aquelas que amamentaram por 12 meses, indicando que a vontade de amamentar por um tempo mais prolongado poderia ser considerada um fator indicativo de maior predisposição para interações com o bebê (BRITTON; BRITTON; GROWALDT, 2006).

Ademais, no que diz respeito à mãe, a amamentação está relacionada aos seguintes benefícios: ajuda a evitar nova gravidez, protege contra câncer de mama (BRASIL, 2009a), câncer de ovário, fraturas ósseas, além de menores riscos de morte por artrite (REA, 2004). Já os relacionados à criança incluem menores níveis séricos de colesterol na vida adulta; redução do risco de obesidade; proteção contra infecções; e menores chances de desenvolver alergias (BRASIL, 2009a). Além dos benefícios para a saúde da criança e da mulher, o AM propicia benefícios econômicos pelo baixo custo, proporcionando economia não somente por reduzir gastos com substitutos do leite materno, como também pela diminuição de custos com medicamentos e hospitalizações pela menor morbidade. Esse aspecto é especialmente importante em países subdesenvolvidos e em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde há enormes desigualdades sociais (CECCHETTI; MOURA, 2001).

A interrupção do aleitamento materno exclusivo antes do lactente ter completado seis meses de vida pode trazer prejuízos no desenvolvimento do bebê e está relacionada a taxas mais altas de mortalidade infantil (CABRAL; CAMPESTRINI, 2003). Na tentativa de controlar a situação, órgãos governamentais e não governamentais tem criado estratégias e campanhas no intuito de promover e fortalecer o aleitamento materno nos últimos trinta anos. O governo brasileiro elaborou diversas ações que direta e indiretamente incentivam a amamentação exclusiva a recém-nascidos e lactentes até os seis meses de vida, entre os quais estão o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM); Portaria sobre Alojamento Conjunto; Iniciativa Hospital Amigo da Criança; leis (licença maternidade de 180 dias e licença paternidade de cinco dias) e no mais, resoluções (SOUZA, 2006).

No âmbito da nova abordagem que valoriza as ações na proteção, promoção e o apoio ao AM, a Estratégia Saúde da Família (ESF) pode desenvolver atividades educativas tanto no período pré-natal quanto no pós-natal, buscando interação mais efetiva da equipe de saúde com as mulheres. Isso possibilita o conhecimento das experiências anteriores dessas mulheres e o significado da amamentação para elas, durante a gravidez e no puerpério, bem como de outros aspectos subjetivos que possam favorecer ou não o AM, e ainda, atuar nas intercorrências comuns no início da amamentação (PARADA *et al.*, 2005).

Em função de sua complexidade, a promoção da amamentação exige que o programa Estratégia Saúde da Família se organize como um todo para sua execução. Isso implica na atuação de diversos profissionais, em diversas frentes, quais sejam: pré-natal, captação da puérpera, visitas domiciliares, grupos e consultas de puericultura e até atividades intersetoriais. Trata-se, portanto, de uma ação integrada de todo um serviço e não apenas dos agentes comunitários de saúde (que muitos advogam serem os responsáveis por ações de promoção da saúde na equipe de Saúde da Família) no sentido de traçar estratégias de promoção da saúde (BECKER, 2001).

O desafio relacionado ao apoio à amamentação para toda a equipe da ESF é identificar as dificuldades das mães na amamentação e tentar saná-las em tempo hábil para que não seja interrompida, e ainda identificar as crenças sobre aleitamento materno que possam levar as mães e suas famílias ao desmame precoce, a fim de poder desmistificar estas idéias (MARTUCHELI, 2010). É importante destacar que não basta apenas conhecer os diversos benefícios proporcionados pela prática do aleitamento, sendo também fundamental o conhecimento sobre as tendências locais do padrão de amamentação, permitindo uma melhor avaliação nos serviços e ajustes nas práticas de promoção e incentivo ao AM (KUMMER *et al.*, 2000).

Diversos estudos realizados em diferentes regiões do país têm demonstrado a importância do AME no desenvolvimento social e econômico da sociedade, e tem demonstrado que em crianças que recebem leite materno adoecem menos e, por isso necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, contribuindo para minimizar as faltas dos pais ao trabalho.

Ademais, destaca-se a necessidade de identificar fatores associados com o desmame precoce em diferentes grupos populacionais, especialmente de cidades

das regiões norte e nordeste, bem como as dificuldades apontadas para a maior duração do AME.

O presente estudo ainda se justifica pela falta de estudos relacionados a esta temática na cidade de Parnaíba-PI e também com a importância de verificar a prevalência do desmame. Os resultados encontrados servirão como subsídios que poderão auxiliar no planejamento de intervenções pertinentes para as mães, de maneira a reduzir e/ou evitar a situação de desmame precoce, e nortear as condutas em relação ao AM e desmame. Dessa forma, poderão ajudar a melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida da população infantil, reduzindo ainda o aparecimento de doenças infecciosas como a diarreia, infecções respiratórias e urinárias.

#### Hipótese:

O aleitamento materno exclusivo e a alimentação complementar para crianças com idade inferior a dois anos de idade atendidas na Estratégia Saúde da Família são influenciados por condições socioeconômicas, de assistência à saúde, e esses fatores podem contribuir para o desmame precoce.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

- Verificar a prevalência de desmame precoce e fatores a ele associados em crianças atendidas na ESF em município da região norte do estado do Piauí.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- Avaliar a frequência e duração do aleitamento materno;
- Identificar a idade de aleitamento materno exclusivo e do desmame precoce;
- Analisar a relação do desmame precoce com as condições socioeconômicas e de assistência à saúde;

- Elaborar um folder a ser utilizado como material educativo auxiliar na promoção e proteção do aleitamento materno contendo orientações para mães sobre o desmame adequado.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Aspectos históricos da amamentação**

O ser humano sempre dependeu, no início da vida pós-natal, do leite materno para sua sobrevivência e, ao longo da história, a amamentação foi influenciada pelos valores culturais, muitos deles hoje considerados maléficos para essa prática. A base dos cuidados com as crianças do mundo ocidental tem suas raízes no conhecimento médico greco-romano e árabe (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

No século XVII as crianças eram consideradas seres imperfeitos, geradas pelo pecado e, devido a isto, eram tratadas com indiferença, rejeição e muitas vezes abandonadas. Neste contexto, a prática de alimentar as crianças era por meio da amamentação mercenária, e o envio das crianças para serem amamentadas por amas-de-leite generalizou-se em toda a Europa (BADINTER, 1985).

No Brasil, a construção da alimentação infantil sofreu influências políticas, econômicas e culturais, incluindo o tipo de colonização ocorrida. Até os séculos XVI e XVII o aleitamento materno em tribos indígenas brasileiras não havia sofrido influência europeia. Com a colonização, as portuguesas trouxeram o hábito da utilização das amas de leite, sendo esse papel exercido pelas escravas negras (SILVA, 1997). A dieta da criança, com a influência das mulheres africanas, passou a contar com papas e alimentos semissólidos (FREYRE, 2006).

No início do século XX surgiu como justificativa para desmame, a noção de “leite fraco”, que explicava a falta de êxito de algumas mães em amamentar, levando à construção social da hipogalactia (REA, 1990). De forma gradativa, ao longo do século XX, a mulher afastou-se da função de nutriz devido à desvalorização da prática de amamentar pelos próprios profissionais de saúde, pressões comerciais das indústrias de leite e produtos alimentícios, mudanças no estilo de vida da mulher e a falta de orientação e informação corretas sobre essa questão (SILVA *et al.*, 2005).

### **2.2 Programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno**

Desde 1980, quando foi encontrada prevalência de AM no Brasil em torno de 49%, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo múltiplas ações para promover,

proteger e apoiar o aleitamento materno, com campanhas a fim de sensibilizar políticos, autoridades de saúde, meios de comunicação e líderes comunitários para atuarem em favor do aleitamento materno, o que levou ao lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) no ano de 1981 (REA, 2003).

A partir do PNIAM outras políticas foram sancionadas em âmbito nacional, tais como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), Bancos de Leite Humano, Método Canguru de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso e, nos últimos anos, a implantação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (GIUGLIANI, 2000).

A legislação de proteção ao AM no Brasil é uma das mais avançadas do mundo. Com a Constituição Federal de 1988 foram assegurados alguns direitos que beneficiam a prática do aleitamento, tais como a ampliação para 120 dias da licença maternidade, e em 2008 foi expandida para 180 dias pelo governo federal, e garantindo ao pai o direito a cinco dias de licença paternidade (AGRELI, 2010).

### **2.3 Cenário nacional e regional da amamentação**

No Brasil, inquéritos epidemiológicos estimam que 61% das crianças são desmamadas precocemente, índice distante da recomendação de AME (WHO, 2002). Muito embora se reconheça a tendência ascendente do AM no País, dados da Segunda Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, revelam que a proporção de crianças em AME na idade de 180 dias é de 9,3% (BRASIL, 2009b).

O aumento na prática do aleitamento materno, decorrente das políticas implementadas nacionalmente, é observado em pesquisas nacionais. A prevalência do AME passou de 38,6% em 2006 para 41,0% em 2008 (VENÂNCIO *et al.*, 2010). O comportamento do AME nas regiões brasileiras mostra-se heterogêneo. A maior prevalência foi observada na região Norte (45,9%) e a menor na região Nordeste (37,0%), de acordo com a Segunda Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal em 2008 (BRASIL, 2009b). Em estudo sobre a situação do aleitamento materno no Piauí, Ramos *et al.* (2008)

demonstraram que 41,45 % das crianças receberam AME até os seis meses de vida e que 58% estiveram em AM até o final do primeiro ano de vida.

Especificamente em Teresina, o percentual das crianças amamentadas de forma exclusiva na idade de 180 dias foi de 8,4%. Estudo desenvolvido pelo Ministério da Saúde acerca da prevalência de amamentação em capitais brasileiras revelou que até o segundo mês de vida há uma adesão de 85,7% à prática da amamentação (BRASIL, 2009b). Todavia, quanto ao aleitamento exclusivo por seis meses, a situação é preocupante, visto que nesse estudo nenhuma capital brasileira cumpriu a determinação da OMS, que preconiza AME até o sexto mês de vida e, a partir dessa idade, a introdução da alimentação complementar, simultânea ao aleitamento, até os dois anos.

Embora a amamentação seja um procedimento natural, é comum encontrar mães que não aderem a tal prática, e que fazem o desmame precoce (CAMINHA *et al.*, 2011). Esse consiste na interrupção do aleitamento materno antes do lactente ter completado seis meses de vida, independentemente de a decisão ser materna ou não, e do motivo de tal interrupção. Tal interrupção pode estar relacionada a fatores como valores culturais, déficit educacional da nutriz, retorno materno ao mercado de trabalho ou condições socioeconômicas precárias (ARAUJO *et al.*, 2007).

Pesquisa sobre representações sociais do desmame precoce realizada em Teresina revelou contradições entre sentimentos positivos e negativos e posicionamentos favoráveis e desfavoráveis que se interpõem aos atributos culturais, socioeconômicos e psicossociais, contribuindo para as concepções que a mulher tem de si, do ato de amamentar e das implicações, nas emoções e nas relações sociais. É necessário ressaltar que a implementação dos programas de incentivo ao AM deve ser desenvolvida em consonância com as comunidades, compreendendo que assistência e apoio ao aleitamento materno não podem estar restritas aos aspectos biológicos (SILVA; MOURA; SILVA, 2007).

## **2.4 Benefícios do aleitamento materno**

Os benefícios da amamentação são inegáveis para o crescimento e desenvolvimento das crianças do ponto de vista biopsicossocial e também para a saúde da mulher, mãe, família, sociedade e planeta, sendo, desse modo, um ato essencial para o ser humano. Contudo, essa prática pode sofrer influências culturais,

econômicas e sociais que desestimulam as mães que almejam amamentar seus filhos, culminando quase sempre em desmame precoce. Vários são os questionamentos acerca dessa prática, sustentando-se em fatores considerados multicausais, dentre eles a influência familiar, tida como elemento que tanto pode facilitar quanto também dificultar o AM (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

A amamentação é considerada uma estratégia importante de sobrevivência infantil pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pela OMS e por órgãos de proteção à criança. A proteção conferida pelo leite humano contra infecções comuns em crianças repercute na redução da mortalidade infantil. Aproximadamente 13% a 15% de todas as mortes de crianças abaixo de cinco anos em todo o mundo poderiam ser prevenidas com o aleitamento materno; e cerca de 50% dessas mortes são causadas por doenças respiratórias, e 66% por diarreia (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

De acordo com Leal *et al.* (2008), o aleitamento materno tem papel dos mais importantes na prevenção da obesidade, hipertensão arterial, controle do perfil lipídico e da intolerância a glicose. O baixo custo dessa estratégia favorece sua implantação nos países em desenvolvimento como o Brasil, onde infelizmente a doença cardiovascular cresce a níveis epidêmicos.

O efeito mais dramático da não amamentação é a mortalidade infantil decorrente da privação do alimento básico que é o LM, que protege contra infecções comuns, diarreia e doenças respiratórias (GIUGLIANI, 2000). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), há evidências de que o aleitamento materno contribui para o desenvolvimento cognitivo. Crianças amamentadas apresentam vantagem nesse aspecto quando comparadas com as não amamentadas, principalmente aquelas com baixo peso ao nascer. Os mecanismos envolvidos na possível associação entre aleitamento materno e melhor desenvolvimento cognitivo ainda não são totalmente conhecidos. Alguns defendem a presença de substâncias no leite materno que otimizam o desenvolvimento cerebral; outros acreditam que fatores comportamentais ligados ao ato de amamentar e à escolha do modo como alimentar a criança são os responsáveis.

Entre os principais benefícios do AM para a mãe estão a menor frequência de doenças como o câncer de mama e alguns cânceres ovarianos, fraturas ósseas, além de menor risco de morte por artrite reumatoide, redução do risco de osteoporose aos 65 anos e menor probabilidade de desenvolver esclerose múltipla.

Outros benefícios incluem a amenorreia pós-parto e, consequente, maior espaçamento intergestacional, bem como o retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente e o menor sangramento uterino pós-parto (REA, 2004).

## 2.5 Fatores que dificultam amamentação

Várias alegações maternas são referidas para o desmame precoce, as quais estão relacionadas com fatores sociais, biológicos, culturais e econômicos (PARIZOTTO; ZORZI, 2008). Neste sentido, segundo Ramos e Almeida (2003), dentre os motivos alegados para o desmame precoce estão leite *fraco* ou *pouco*, intercorrência puerperal da mama, falta de experiência, inadequação entre as necessidades da mãe e as do bebê, interferências externas, trabalho, ambiguidade entre o querer/poder amamentar e entre o fardo/desejo. Situações como o trabalho fora do lar, problemas mamários, conhecimento insuficiente e a introdução precoce de alimentos podem estar entre os principais fatores que levam as mulheres a desmamarem precocemente seus filhos (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Quanto às intercorrências mamárias, no estudo de Castro *et al.* (2009) as mais frequentes entre as puérperas foram ingurgitamento mamário (28,3%), fissuras mamilares (7,6%) e mastite (2,8%). Segundo Giugliani (2000), o ingurgitamento mamário discreto é normal e não requer intervenção. Por outro lado, ingurgitamento excessivo ocorre com mais frequência entre as primíparas cerca de 3 a 5 dias após o parto. E, entre os fatores que favorecem o aparecimento dessa situação estão produção de leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê. Esses problemas poderiam ser prevenidos se as mulheres fossem orientadas quanto às técnicas adequadas de amamentação e ordenha. Dessa forma, uma medida eficaz para prevenção do ingurgitamento consiste na amamentação em livre demanda, iniciada logo após o parto e com técnica correta.

As fissuras, na maioria das vezes, são originadas por técnica inadequada ou incorreta da amamentação (posicionamento ou pega incorreta) e são consideradas como um importante fator relacionado ao desmame, e por essa razão, a sua prevenção é primordial. Na maioria das vezes, são portas de entrada da bactéria *Staphylococcus aureus*, agente etiológico mais comum em 50% a 60% dos casos (GIUGLIANI, 2004). Segundo a WHO (2000), esse problema geralmente ocorre

entre a segunda e terceira semanas pós-parto, e acomete, em média, de 2% a 6% das mulheres que amamentam. É necessário considerar que a fissura mamilar é mais comum nos primeiros meses de lactação, época em que a amamentação está se estabelecendo, sendo assim necessária a identificação das causas dessa afecção para possível intervenção e prevenção do desmame precoce (VIEIRA *et al.*, 2010).

A mastite é um processo inflamatório da mama, ocasionado por infecção bacteriana, que ocorre em virtude do excesso de leite concentrado nos ductos ou canais por onde escoar o leite. Compressas quentes antes das mamadas podem promover a drenagem do leite, e compressas frias após as mamadas ou nos intervalos podem aliviar os sintomas. A antibioticoterapia está indicada na presença de um dos seguintes critérios: (1) contagem de células e de colônias e cultura no leite indicativas de infecção; (2) sintomas graves desde o início do quadro; (3) fissura mamilar visível; e (4) não-regressão dos sintomas após 12 a 24 horas da remoção efetiva do leite acumulado (GIUGLIANI, 2004).

Na pesquisa de Issler *et al.* (2010), analisando as relações de trabalho, os autores destacaram que o desmame precoce afeta uma população basicamente composta de empregadas domésticas, diaristas ou autônomas, sem nenhuma das prerrogativas garantidas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e que, por falta de opção, voltam ao trabalho muito precocemente. A necessidade de trabalhar induz, muitas vezes, a interrupção da amamentação pela dificuldade de a mãe manter a criança em sua companhia durante a jornada de trabalho.

Com relação ao conhecimento dos benefícios do leite materno para seus filhos, as mães sabem que o correto é amamentá-los exclusivamente durante os seis primeiros meses de vida. Porém, as contradições entre posicionamentos favoráveis e desfavoráveis, dúvidas e dificuldades à prática do aleitamento materno contribuem para que muitas delas o interrompam precocemente. Já as dificuldades encontradas pelas mães para lidar com o choro e a fome da criança, associadas à concepção de que a composição e a quantidade do leite são insatisfatórias às necessidades da criança contribuem para a introdução precoce de alimentos, e como justificativa para a interrupção do aleitamento materno (FROTA *et al.*, 2009).

Assim, é de fundamental importância que a mulher sinta-se adequadamente assistida nas suas dúvidas e dificuldades para que elas possam assumir com mais segurança o papel de mãe e provedora do aleitamento de seu filho. Cabe então aos

profissionais e ao serviço de saúde o compromisso de realizar um atendimento de qualidade a essas mães de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não meramente uma obrigação (ARAÚJO *et al.*, 2008).

## **2.6 Fatores que favorecem a amamentação**

A prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. Para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte não só dos profissionais de saúde, mas da sua família e da comunidade. Não basta que ela opte pelo aleitamento materno, também são extremamente necessários a opinião e o incentivo das pessoas que a cercam, sobretudo, dos maridos/companheiros, das avós da criança e de outras pessoas importantes para a mãe (BRASIL, 2009a).

A família precisa ser inserida no contexto da mulher-nutriz e, conseqüentemente, na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. No estudo de Teixeira *et al.* (2011) ficou claro que, no cotidiano, as mulheres-avós são as que mais apoiam suas filhas e noras nos cuidados com o novo ser, o recém-nascido.

Em relação às estratégias de promoção e incentivo ao aleitamento materno é importante apontar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) de iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, uma vez que apresenta diferentes benefícios, entre os quais podem ser citados: manter o bebê aquecido; estabilizar a respiração e a frequência cardíaca; propiciar que mãe e filho se conheçam e estabeleçam vínculo; auxiliar o bebê a mamar de maneira mais eficiente; ajudar na prevenção da hemorragia pós-parto; aumentar a duração do AM; e possibilitar a ingestão do colostro, o que consiste na primeira imunização do recém-nascido (CORRÊA; MONTEIRO; SOEIRO, 2011).

Estudo feito por Narchi *et al.* (2009) mostrou que os índices de AME foram maiores nos casos em que mãe e bebê permaneceram constantemente juntos após o parto, quando os nascimentos ocorreram em hospitais amigos das crianças e após partos normais, demonstrando que a assistência recebida pela mulher durante o parto e nascimento influenciam a amamentação. É importante frisar que a extensão da duração da amamentação não depende de estratégias isoladas, mas sim da

combinação de diferentes intervenções colocadas em prática em todo o ciclo gravídico-puerperal.

Segundo Martins (2011), os programas de promoção do aleitamento materno devem ser direcionados não somente às mulheres como também aos profissionais de saúde, contribuindo para esclarecer dúvidas quanto ao manejo da lactação, e aumentando assim a habilidade e a confiança materna na capacidade de amamentar. E, no caso dos profissionais destacando a importância das orientações do aleitamento materno no período pré e pós-natal para a promoção de amamentação bem sucedida. Além disso, tais programas devem também chamar a atenção para a necessidade de apoio e envolvimento da família nas tarefas domésticas visando minimizar o cansaço físico materno.

A investigação sobre o aleitamento materno e fatores associados ao desmame possibilita o planejamento de ações dos profissionais de saúde, da família e da comunidade, as quais podem contribuir para aumentar as taxas de AME, bem como sua duração do AME no município, garantindo ao binômio mãe\filho os benefícios advindos dessa prática

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Desenho e local do estudo**

Esta pesquisa é de natureza quantitativa, descritiva e exploratória, e teve como cenário para o desenvolvimento do estudo o município de Parnaíba. O local do estudo foi selecionado considerando a carência de estudos sobre este tema e por se tratar do segundo maior município do estado do Piauí. O município de Parnaíba conta com uma população de aproximadamente 145.705 mil habitantes, e está localizado ao norte e na planície litorânea, a 360 km de Teresina, capital do estado (BRASIL, 2010).

O serviço de saúde da atenção primária do referido município conta com 33 equipes de Estratégia Saúde da Família na zona urbana e quatro na zona rural. As equipes escolhidas para o estudo foram aquelas que contavam com equipes multiprofissionais de saúde da família completas, sendo o número total de crianças cadastradas nessas equipes igual a 641 crianças. O período de realização do estudo foi de dezembro de 2013 a março de 2014.

#### **3.2 População e amostra**

A população do estudo foi composta pelas 641 crianças menores de dois anos de idade atendidas pelas 15 equipes da ESF residentes na zona urbana do município de Parnaíba-PI selecionadas para o estudo, bem como pelas mães dessas crianças.

O tamanho da amostra foi calculado considerando margem de erro de 5%, nível de confiança de 95%, e população finita de 641 crianças, resultando em amostra de 241 crianças. A amostragem foi do tipo não probabilística, e foram incluídas informações de todas as crianças e mães atendidas em cada dia de coleta, em que foi previamente estabelecido que seriam os dias destinados a atendimento infantil nas unidades de saúde.

### **3.3 Critérios de inclusão e de exclusão**

Foram incluídas no estudo as crianças atendidas na ESF com até dois anos de idade cujas mães compareceram à unidade de saúde durante o período de coleta de dados nos dias destinados a atendimento infantil, em razão de serem os dias em que há maior número de mães e crianças nas unidades básicas de saúde. Foram excluídas duas crianças cujas mães eram portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV), 04 crianças prematuras (idade gestacional <37 semanas) e/ou com baixo peso ao nascer (peso <2.500 g), e 15 por não estarem acompanhadas pelas mães no momento da entrevista.

### **3.4 Coleta de dados**

O instrumento para a coleta de dados foi um formulário (ANEXO A) e questionário (ANEXO B) utilizado por Campana (2008) em pesquisa regional sobre desmame realizada em Londrina-PR, e que contém questões fechadas para obtenção de informações sobre dados socioeconômicos da mãe, dados relacionados ao nascimento, à alimentação da criança, à assistência à saúde, e sobre o apoio à amamentação que foi analisado para calcular o tempo de AME e a idade de DP, bem como para identificar os alimentos utilizados na alimentação complementar.

Adicionalmente foram obtidos dados referentes à caracterização econômica por meio do questionário Critério de Classificação Econômica Brasil da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa) (ABEP, 2000). Este critério não tem a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”, sendo a divisão de mercado definida por ele exclusivamente de classes econômicas, ou seja, ele cumpre a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas (ABEP, 2000). O formulário e o questionário foram aplicados pelos pesquisadores com as mães das crianças incluídas no estudo.

### **3.5 Critérios de classificação do aleitamento materno**

Para avaliação do AM e AME foi considerado como critério de partida a idade de abandono e a de interrupção do AME ou do AM. A classificação do tipo de

aleitamento materno foi baseada nos critérios da WHO (2007), conforme a seguir apresentado.

- Aleitamento Materno Exclusivo: situação em que a criança não recebe, além do leite materno, diretamente do peito ou dele extraído nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas e xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos;
- Aleitamento Materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

### **3.6 Variáveis do estudo**

Foram estudadas variáveis relacionadas à mãe, à assistência à saúde e à alimentação da criança. Em relação às variáveis relacionadas às mães das crianças foram incluídas: idade, escolaridade, se primeiro filho ou não; a categorização econômica familiar (propriedade de bens duráveis); escolaridade do companheiro e convivência com este; exercício de trabalho remunerado quando engravidou; gozo de licença-maternidade; e duração da jornada de trabalho durante a gravidez.

Já as variáveis relacionadas à assistência à saúde utilizadas foram: existência de acompanhamento profissional no pré-natal; fonte financiadora do pré-natal; idade gestacional em que teve início o pré-natal; e número de consultas realizadas. Quanto à assistência ao parto, foram avaliados aspectos como: nascimento em IHAC; fonte financiadora do parto; tipo de parto; permanência de mãe e filho em alojamento conjunto; e tempo em dias de permanência hospitalar do filho.

Quanto às atividades de apoio à amamentação foram analisadas as seguintes variáveis: orientações sobre amamentação durante o período de pré-natal, na internação, no momento da alta hospitalar, nas reuniões de grupo de gestantes, e nas visitas domiciliares de profissionais da ESF; ajuda profissional na prática da amamentação durante a internação; participação em grupos de gestantes e como teve conhecimento sobre existência do grupo; visitas domiciliares de profissionais da ESF durante o puerpério.

Por fim, as variáveis relacionadas à alimentação da criança incluíram: tempo após o parto para o início da amamentação; o tipo de alimentação recebida pela criança, época de abandono do AME e da AM; e época de introdução dos outros alimentos.

### 3.7 Análise dos dados

Inicialmente os dados foram organizados mediante a revisão manual dos formulários. As respostas das perguntas fechadas foram codificadas para facilitar as análises. A seguir foi construído um banco de dados com o objetivo de corrigir as inconsistências. Nas análises foram utilizados os programas Microsoft Office Excel 2007 e *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0. As variáveis estudadas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa. Para testar associação entre variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, considerando o nível de significância estabelecido em  $p < 0,05$ . O teste de Fisher foi usado quando existiam menos que cinco observações em uma célula. Para variável em que foi encontrada associação estatisticamente significativa foi realizado teste de regressão logística binária.

### 3.8 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Uninovafapi, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 23179813.2.0000.5210. Ressalta-se que foram obedecidos todos os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Participaram da pesquisa as crianças cujas mães concordaram com a inclusão das informações relacionadas nas variáveis de estudo mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APENDICE A).

### 3.9 Riscos e benefícios

Esta pesquisa não gerou conflito de interesses nem foi de encontro a princípios éticos que provocassem danos ou que pudessem comprometer o bem-estar físico, social ou mental dos seus participantes. Sua execução estava relacionada a riscos mínimos relacionados apenas com a obtenção de informação sobre amamentação, sem pressupor riscos à saúde. Para isso foi realizada a aplicação de um formulário (ANEXO A) e de um questionário (ANEXO B) com

duração de poucos minutos, em ambiente reservado para minimizar quaisquer possíveis desconfortos ou constrangimentos.

Entre os benefícios do estudo destaca-se que sua realização possibilitou verificar se aleitamento materno e o desmame das crianças atendidas estavam sendo realizados de maneira adequada e, nos casos em que não estavam, permitiu a realização de orientações individualizadas para a sua adequação. Além disso, os resultados obtidos na pesquisa possibilitaram a obtenção de informações que poderão ser utilizadas para a indicação ou proposição de intervenções pertinentes à situação de desmame precoce, de forma a contribuir para o melhor acompanhamento do aleitamento materno e o desenvolvimento de políticas e programas voltados para a realidade local.

## 4 RESULTADOS E ANÁLISE

### 4.1 Manuscrito

Desmame precoce em crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família em  
município do Piauí

Early weaning in children attending the Health Strategy Piaui municipality in Family

El destete precoz en niños que asisten a la municipalidad Estrategia de Salud de  
Piauí en Familia

**Priscila Veras Santos.** Nutricionista, Mestre, Pós-graduação em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail:

[priscilasantos00@gmail.com](mailto:priscilasantos00@gmail.com)

**Maria do Carmo de Carvalho e Martins.** Nutricionista, Professora Pós-doutora, Pós-graduação em Ciências Biológicas, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [mcmartins@uninovafapi.edu.br](mailto:mcmartins@uninovafapi.edu.br)

**Fabício Ibiapina Tapey.** Cirurgião-dentista, Professor Pós-doutor, Pós-Graduação em Odontologia Clínica, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [ftapety@uninovafapi.edu.br](mailto:ftapety@uninovafapi.edu.br)

**Adriana de Azevedo Paiva.** Nutricionista, Professora Doutora, Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Piauí. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [aapaiva@ufpi.edu.br](mailto:aapaiva@ufpi.edu.br)

**Fernandina Maria Neiva Santos Fonseca.** Médica, Mestre, Pós-graduação em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [fmfonseca95@hotmail.com](mailto:fmfonseca95@hotmail.com)

**Ana Karolinne da Silva Brito.** Nutricionista, residente multiprofissional em saúde, Hospital Universitário, Universidade Federal do Piauí. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [anakarolinnest@hotmail.com](mailto:anakarolinnest@hotmail.com)

**Autor responsável pela troca de correspondência**

Priscila Veras Santos

Rua: Almirante Gervásio Sampaio, 613

Centro

Cep: 64200-250 - Parnaíba (PI), Brasil

**Resumo**

**Objetivo:** Avaliar a prevalência de desmame precoce e fatores a ele associados em crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) em município do estado do Piauí. **Método:** pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória realizada com 241 crianças atendidas na ESF. A coleta dos dados foi usada um formulário e questionário e os dados analisados pelo software SPSS versão 20.0. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Uninovafapi, CAAE n° 23179813.2.0000.5210. **Resultado:** a prevalência de desmame precoce foi de 58,51%, e as maiores proporções de desmame precoce ocorreram em crianças com idade entre um e três meses. Os fatores associados com o desmame foram pertencer à classe econômica B/C, e ter recebido orientação sobre amamentação no pré-natal. **Conclusão:** a prevalência do desmame precoce foi elevada, e considerada semelhante à prevalência nacional e descrita para o estado do Piauí. **Descritores:** Desmame precoce. Estratégia saúde da família. Aleitamento materno.

**Abstract**

**Objective:** Assess the prevalence of early weaning and factors associated with it in children attending the Family Health Strategy (FHS) in the Piaui state of the municipality. **Method:** Quantitative, descriptive and exploratory research conducted with 241 children attending the ESF. Data collection was used a form and questionnaire and analyzed by SPSS software version 20.0. Research approved by the Ethics Committee of the University Center of Research Uninovafapi, CAAE n° 23179813.2.0000.5210. **Results:** The prevalence of early weaning was 58.51%, and larger proportions of early weaning occurred in children aged one and three

months. Factors associated with weaning were belong to economy class B/C, and have received guidance on breastfeeding during prenatal care. **Conclusion:** The prevalence of early weaning was high, and considered similar to national prevalence and described for the state of Piauí. **Descriptors:** Weaning. Family health strategy. Breast feeding.

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de destete precoz y los factores asociados a ella en los niños que asisten a la Estrategia de Salud de la Familia (ESF ) en el estado de Piauí del municipio. **Método:** la investigación cuantitativa , descriptivo y exploratorio realizado con 241 niños que asisten al FSE. La recolección de datos se utilizó un formulario y cuestionario y analizada por el software SPSS versión 20.0 . Investigación aprobado por el Comité de Ética del Centro Universitario de Investigaciones Uninovafapi, CAAE n° 23179813.2.0000.5210. **Resultados:** La prevalencia de destete precoz era 58.51 %, y una mayor proporción de destete precoz se produjo en niños de uno y tres meses. Los factores asociados con el destete fueron pertenecen a la clase turista B/C, y han recibido orientación sobre la lactancia materna durante la atención prenatal. **Conclusión:** la prevalencia de destete precoz fue alta , y considera similar a la prevalencia nacional y describió para el estado de Piauí. **Descriptores:** Destete. Estrategia de salud familiar. Lactancia materna.

## Introdução

O aleitamento materno exclusivo (AME) é considerado o método ideal para alimentar crianças menores de seis meses de vida, sendo a partir dessa idade recomendada a introdução adequada de alimentação complementar. O aleitamento materno (AM) constitui-se na mais sensível, econômica e eficaz intervenção para

redução da morbimortalidade infantil<sup>1</sup>. A implementação das ações de proteção e promoção do AM e da adequada alimentação complementar depende de esforços coletivos intersetoriais, e representa enorme desafio para o sistema de saúde em uma perspectiva de abordagem integral e humanizada<sup>2</sup>.

O aumento na prática do aleitamento materno, decorrente das políticas implementadas nacionalmente, tem sido descrito em pesquisas nacionais. A prevalência do AME passou de 38,6% em 2006 para 41,0% em 2008<sup>3</sup>. O comportamento do AME nas regiões brasileiras mostra-se heterogêneo, de acordo com a Segunda Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal em 2008, com maior prevalência na região Norte (45,9%) e menor na região Nordeste (37,0%)<sup>2</sup>.

Os benefícios da amamentação são inegáveis para o crescimento e desenvolvimento das crianças do ponto de vista biopsicossocial e também para a saúde da mulher-mãe, família, sociedade e planeta, sendo, desse modo, um ato essencial para o ser humano. Contudo, essa prática pode sofrer influência de fatores biológicos, culturais, econômicas e sociais, os quais podem desestimular as mães que almejam amamentar seus filhos, culminando quase sempre em desmame precoce<sup>4</sup>.

Considerando que a prática da amamentação pode ser fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz, para que ela seja bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte não só dos profissionais de saúde, mas da sua família e da comunidade. Não basta que ela opte pelo aleitamento materno, também são extremamente necessários à opinião e o incentivo das pessoas que a cercam, sobretudo dos maridos/companheiros, das avós da criança e de outras pessoas importantes para a mãe<sup>1</sup>.

A atenção coletiva para mães deve focar a valorização das ações na proteção, promoção e o apoio ao aleitamento materno. A Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas das gestantes e nutrizes, investindo em uma proposta interdisciplinar de assistência com ênfase na promoção da amamentação e educação para a saúde, contribuindo para a criação de hábitos saudáveis e prevenção de complicações<sup>5</sup>.

No Piauí, estudo sobre a situação do aleitamento materno no estado demonstrou que 41,45 % das crianças receberam aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e que 58% estiveram em aleitamento materno até o final do primeiro ano de vida<sup>6</sup>.

O presente estudo contribui com a produção de informações que servirão como subsídios que poderão auxiliar no planejamento de intervenções pertinentes para as mães, de maneira a reduzir e/ou evitar a situação de desmame precoce, e nortear as condutas em relação ao AM e desmame. O objetivo deste trabalho foi verificar a prevalência de desmame precoce e fatores a ele associados em crianças atendidas na ESF.

## **Metodologia**

O trabalho consistiu em estudo descritivo, quantitativo e exploratório, e foi desenvolvido no município de Parnaíba, escolhido por se tratar do segundo maior município do estado do Piauí e por não terem sido encontrados estudos sobre essa temática no referido município. Os serviços de saúde da atenção primária do referido município contam com 33 equipes da Estratégia Saúde da Família em toda zona urbana e quatro na zona rural. Porém, a pesquisa foi realizada com a população atendida apenas pelas 15 equipes da zona urbana que contavam com

equipes multiprofissionais de saúde da família completas, sendo um total de 641 crianças atendidas por essas equipes.

O tamanho da amostra foi calculado considerando margem de erro de 5%, nível de confiança de 95%, e população finita de 641 crianças, resultando em amostra de 241 crianças. A amostragem foi do tipo não probabilística, e foram incluídas informações de todas as crianças e mães atendidas nos dias de atendimento infantil nas unidades de saúde. Foram excluídas duas crianças cujas mães eram portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV), 04 crianças prematuras (idade gestacional <37 semanas) ou com baixo peso ao nascer (peso <2.500 g), e 15 por não estarem acompanhadas pelas mães no momento da entrevista. A coleta de dados foi realizada de dezembro de 2013 a março de 2014.

Para obtenção de informações sociodemográficas e daqueles relacionados ao nascimento, à alimentação da criança, à assistência à saúde, e sobre o apoio à amamentação, utilizou-se um formulário contendo questões fechadas, que foi previamente utilizado em pesquisa realizada na cidade de Londrina-PR<sup>7</sup>.

Os dados referentes à caracterização econômica foram obtidos através do questionário Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP (2000). Esse critério não tem a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”, sendo a divisão de mercado definida por ele exclusivamente de classes econômicas, ou seja, cumpre a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas<sup>8</sup>.

Inicialmente os dados foram organizados mediante a revisão manual dos formulários. As respostas das perguntas fechadas foram codificadas para facilitar as análises. A seguir foi construído um banco de dados com o objetivo de corrigir as inconsistências. Nas análises foram utilizados os programas Microsoft Office Excel

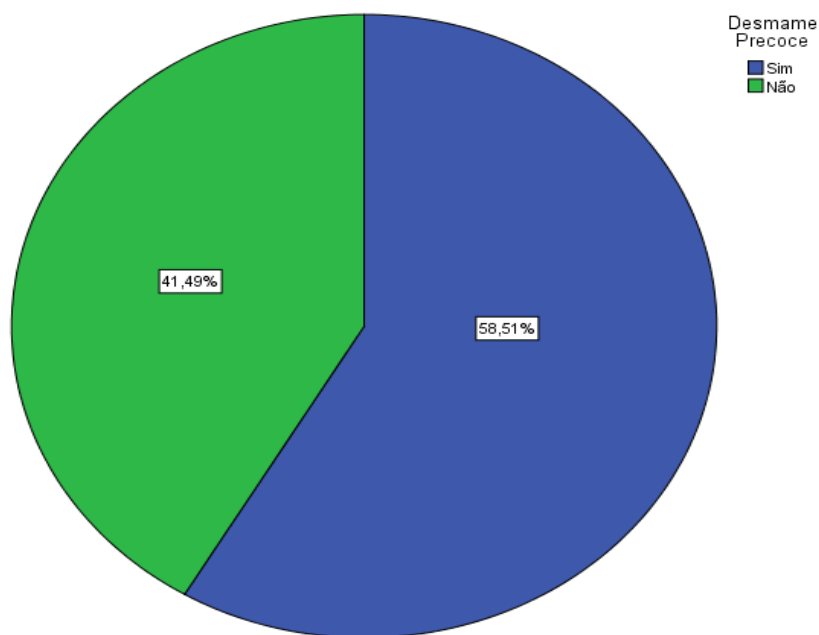
2007 e *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0. Para testar associação entre variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, considerando o nível de significância estabelecido em  $p < 0,05$ . O teste de Fisher foi usado quando existiam menos que cinco observações em uma célula. Para variável em que foi encontrada associação estatisticamente significativa foi realizado teste de regressão logística binária.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Uninovafapi, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n° 23179813.2.0000.5210. Participaram da pesquisa as crianças cujas mães concordaram com a inclusão das informações relacionadas com variáveis de estudo mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

## **Resultados e Discussão**

A prevalência de desmame precoce entre as 241 crianças com idade até dois anos, atendidas na ESF na zona urbana do município estudado foi de 58,5% (Gráfico1).

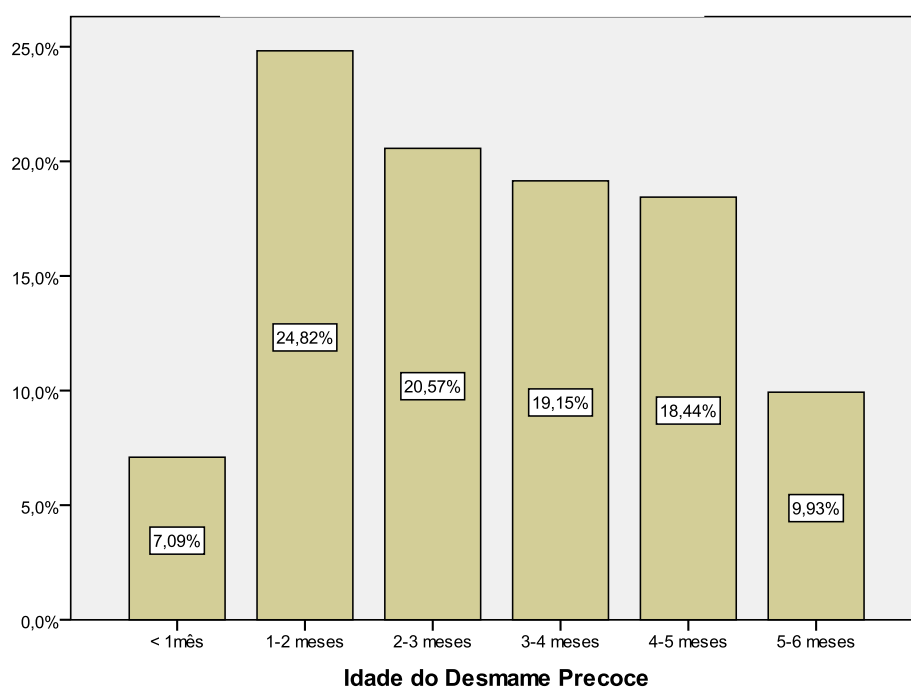
**Gráfico 1.** Distribuição de desmame precoce em crianças de 0 a 24 meses atendidas pela Estratégia de Saúde da Família, em município do Piauí, entre dezembro 2013 a março 2014.



Fonte: Pesquisa direta.

Em relação à idade em que ocorreu o desmame (gráfico 2), as maiores frequências foram encontradas nas faixas etárias de um a dois meses (24,82%) e de dois e três meses (20,57%). Dessa forma, é possível destacar que quase metade das crianças (45,39%) foram desmamadas entre um e três meses de vida. Esses resultados são diferentes daqueles encontrados em estudo realizado em Barra de Guabiraba e Gravatá (PE) com crianças de 12-24 meses cadastradas na ESF, em que a interrupção do aleitamento materno exclusivo ocorreu principalmente no primeiro e no segundo mês de vida, sendo mais frequente no primeiro mês (25%)<sup>9</sup>.

**Gráfico 2.** Idade do desmame precoce em crianças de 0 a 2 anos idade atendidas na Estratégia de Saúde da Família, em município do Piauí, entre dezembro 2013 a março 2014.



Fonte: Pesquisa direta

Neste estudo, a prevalência de AME até o 6º mês de vida foi igual a 41,49% (gráfico 1). Esses resultados estão em concordância com dados de estudos nacionais e regionais. Nesse sentido, na Segunda Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno, desenvolvida pelo Ministério da Saúde em 2008, a prevalência de AME em menores de seis meses no Brasil foi de 41%<sup>2</sup>. Também em estudo sobre a situação do aleitamento materno no Piauí, 41,45% das crianças receberam AME até os seis meses de vida e que 58% estiveram em AM até o final do primeiro ano de vida<sup>6</sup>. A prevalência de AME em Parnaíba foi ligeiramente maior que a encontrada para a região Nordeste em menores de seis meses (37,0%), e semelhante àquela encontrada em Teresina na Pesquisa Nacional de Prevalência do

Aleitamento Materno, com resultado que colocou essa cidade como a segunda capital nordestina com maior prevalência de AME (43,7%). Os resultados obtidos em Parnaíba são diferentes daqueles obtidos na cidade de Quixadá (CE) com 181 mães egressas de um Hospital Amigo da Criança no período de maio de 2007 a maio de 2008, em que a prevalência de AME aos quatro meses foi de 55,3% e de 46,2% aos seis meses<sup>10</sup>.

O AME nos seis primeiros meses tem se mostrado um fator importante no desenvolvimento do bebê. A importância dessa prática fica evidente ao se considerar que a ausência de amamentação ou sua interrupção precoce com introdução de outros tipos de alimentos na dieta da criança pode ter consequências potencialmente danosas à saúde do bebê, tais como a exposição precoce a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas e prejuízos ao processo de digestão<sup>11</sup>. Nesse sentido, em estudo realizado no Banco de Leite Humano (BLH) do Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI) de São Luís (MA) em 2008 foi avaliado o crescimento de 328 crianças em AME do nascimento aos seis meses de vida e foi observado que o crescimento linear esteve de acordo com o padrão de normalidade definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>12</sup>.

Entretanto, apesar de sistematicamente valorizado e recomendado, o AME está longe de ser uma prática universal, e o desmame precoce, especialmente nos grupos menos favorecidos, assume características de importante problema de saúde pública<sup>10</sup>.

Dentre os fatores que têm sido referidos e que podem levar as mães a interromperem o AME destacam-se as influências que essas sofrem na sua forma de pensar e agir com relação ao aleitamento materno, contribuindo para a introdução precoce de outros alimentos como água, sucos e leite, iniciando muitas vezes após

a alta hospitalar. Essas influências podem partir das amigas, mãe ou sogra, ou ainda pela falta de informação sobre a importância do aleitamento materno e de todos os nutrientes presentes no leite humano<sup>4</sup>.

Com relação ao consumo alimentar das crianças (tabela 1), observou-se que 87,5% daquelas na faixa etária de zero a cinco meses e 76,4% daquelas com idade entre seis e 12 meses recebiam leite materno. Além disso, entre as crianças com idade entre zero e cinco meses 59% não consumiam outros leites, e entre aquelas na faixa etária de 13 a 24 meses 94,7% consumiam outros tipos de alimentos.

**Tabela 1.** Aleitamento materno e consumo de outros leites e de outros alimentos por crianças atendidas pela Estratégia de Saúde da Família em município de Parnaíba, entre dezembro 2013 a março 2014.

|                                      |       | Idade (meses) |       |      |       |       |       |       |       |
|--------------------------------------|-------|---------------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                      |       | 0-5           |       | 6-12 |       | 13-24 |       | Total |       |
|                                      |       | n             | %     | n    | %     | n     | %     | N     | %     |
| Estava<br>recebendo leite<br>materno | Sim   | 49            | 87,5  | 55   | 76,4  | 57    | 50,4  | 161   | 66,8  |
|                                      | Não   | 7             | 12,5  | 17   | 23,6  | 56    | 49,6  | 80    | 33,2  |
|                                      | Total | 56            | 100,0 | 72   | 100,0 | 113   | 100,0 | 241   | 100,0 |
| Consumo de<br>outros leites          | Sim   | 23            | 41,0  | 63   | 87,5  | 96    | 85,0  | 182   | 75,5  |
|                                      | Não   | 33            | 59,0  | 9    | 12,5  | 17    | 15,0  | 59    | 24,5  |
|                                      | Total | 56            | 100,0 | 72   | 100,0 | 113   | 100,0 | 241   | 100,0 |
| Consumo de<br>outros<br>alimentos    | Sim   | 30            | 53,6  | 68   | 94,4  | 107   | 94,7  | 205   | 85,0  |
|                                      | Não   | 26            | 46,4  | 4    | 5,6   | 6     | 5,3   | 36    | 15,0  |
|                                      | Total | 56            | 100,0 | 72   | 100,0 | 113   | 100,0 | 241   | 100,0 |

|             |               |    |       |    |       |     |       |     |       |
|-------------|---------------|----|-------|----|-------|-----|-------|-----|-------|
| Criança em  | Consumiu      | 16 | 28,5  | 46 | 63,9  | 42  | 37,2  | 104 | 43,2  |
| aleitamento | outros leites |    |       |    |       |     |       |     |       |
| Materno     | Não consumiu  | 33 | 59,0  | 9  | 12,5  | 16  | 14,2  | 58  | 24,1  |
|             | outros leites |    |       |    |       |     |       |     |       |
|             | Não está em   | 7  | 12,5  | 17 | 23,6  | 55  | 48,6  | 79  | 32,7  |
|             | aleitamento   |    |       |    |       |     |       |     |       |
|             | materno       |    |       |    |       |     |       |     |       |
|             | Total         | 56 | 100,0 | 72 | 100,0 | 113 | 100,0 | 241 | 100,0 |

Fonte: Pesquisa direta.

Resultados diferentes daqueles aqui obtidos foram encontrados em outros estudos. Nesse sentido, em trabalho baseado em dados secundários oriundos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde foi demonstrado que a substituição do leite materno foi feita principalmente por outros tipos de leite<sup>13</sup>. A prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e de aleitamento complementado até os dois anos ou mais de idade da criança deve ser estimulada, uma vez que, de acordo a recomendação da OMS, a alimentação complementar deve ser iniciada somente a partir do sexto mês de vida. Ademais, não há vantagens em se iniciar a introdução de alimentação complementar antes dos seis meses, medida que pode até trazer prejuízos à saúde da criança<sup>1</sup>. O oferecimento de outros leites para crianças em situações desnecessárias deve ser inibido.

Também foi observado entre as crianças incluídas neste estudo que 50,4% continuavam a receber leite materno entre 13 e 24 meses de vida. Esse é um aspecto que merece destaque, haja vista que a continuação da amamentação após os seis meses de vida é benéfica, pois o leite materno contém numerosos fatores

imunológicos que protegem a criança contra infecções, além de conter gorduras que auxiliam no ganho de peso corporal<sup>2</sup>.

**Tabela 2.** Desmame precoce em crianças de 0 a 2 anos de idade atendidas na Estratégia de Saúde da Família segundo as características socioeconômicas no município de Parnaíba entre dezembro de 2013 a março de 2014.

| Característica socioeconômica          |               | Desmame precoce |     |      | p     |
|----------------------------------------|---------------|-----------------|-----|------|-------|
|                                        |               | N               | C   | %    |       |
| Faixa etária (anos)                    | ≤19           | 34              | 21  | 61,7 | 0,450 |
|                                        | 20 a 25       | 85              | 51  | 60,0 |       |
|                                        | 26 a 30       | 67              | 33  | 49,3 |       |
|                                        | 31 a 35       | 35              | 23  | 65,7 |       |
|                                        | > 35          | 20              | 13  | 65,9 |       |
| Escolaridade materna (anos) de estudo) | < 11          | 142             | 77  | 54,2 | 0,106 |
|                                        | ≥11           | 99              | 64  | 64,6 |       |
| Mora com companheiro                   | Sim           | 212             | 122 | 57,5 | 0,414 |
|                                        | Não           | 29              | 19  | 65,5 |       |
| Escolaridade paterna (anos de estudo)  | < de 11       | 104             | 63  | 60,5 | 0,593 |
|                                        | > de 11       | 97              | 53  | 54,6 |       |
|                                        | Não informado | 40              | 25  | 62,5 |       |
| Primeiro filho                         | Sim           | 118             | 74  | 62,7 | 0,194 |
|                                        | Não           | 123             | 67  | 54,4 |       |
| Trabalhou na gravidez                  | Sim           | 77              | 48  | 62,3 | 0,408 |
|                                        | Não           | 164             | 93  | 56,7 |       |

|                                    |               |     |    |      |       |
|------------------------------------|---------------|-----|----|------|-------|
| Licença maternidade                | Sim           | 41  | 26 | 63,4 |       |
|                                    | Não           | 35  | 22 | 62,8 | 0,609 |
|                                    | Não informado | 165 | 93 | 56,3 |       |
| Jornada de trabalho<br>(horas/dia) | < de 6        | 7   | 2  | 28,5 |       |
|                                    | 6-12          | 72  | 46 | 63,8 | 0,172 |
|                                    | Não informado | 162 | 93 | 57,4 |       |
| Classe econômica                   | B1/B2         | 26  | 16 | 61,5 |       |
|                                    | C1/C2         | 77  | 61 | 79,2 | 0,000 |
|                                    | D/E           | 138 | 64 | 46,4 |       |

\*Fonte: pesquisa direta. N = número total de mulheres no estrato, C = número de casos de desmame precoce.

Verificou-se que 152 mães (63%) eram adultas jovens, que estavam na faixa etária de 20 a 30 anos, sendo 85 (35,2%) tinham idade entre 20 e 25 anos. A idade materna também foi avaliada em estudo realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Fortaleza que 42% das mulheres encontravam-se na faixa etária de 15 a 25 anos e 46% entre 25 e 35<sup>14</sup>.

Na tabela 2 são apresentadas as características socioeconômicas das mães, segundo realização de desmame precoce. Os resultados encontrados nesta pesquisa mostram que mais de metade das mães tinha escolaridade inferior a 11 anos de estudo (59%), não havendo associação estatisticamente significativa com o desmame precoce. De forma semelhante, no estudo com crianças de 0-12 meses que faziam parte do Programa de Saúde da Família do município de Campina Grande/PB não foi encontrada associação entre desmame precoce e idade materna, escolaridade e renda familiar<sup>15</sup>.

Quanto aos antecedentes obstétricos (tabela 2), para mais de metade das mulheres pesquisadas a criança participante do estudo não foi o primeiro filho, sendo que 54,4% das multíparas realizaram o desmame precoce. Ademais, não houve associação estatisticamente significativa entre o fato de a criança ser ou não o primeiro filho. De forma semelhante, o desmame precoce não esteve associado à multiparidade entre puérperas que se encontravam no pós-parto imediato no Alojamento Conjunto de uma maternidade pública de Fortaleza, em que 30,12% realizaram desmame precoce, sendo que 95,4% delas já haviam amamentado anteriormente<sup>16</sup>.

A maioria das mulheres referiu morar com seu companheiro (88%), e informou a prática do aleitamento materno exclusivo (90,0%); embora 57,5% daquelas que referiram ter companheiro tenham realizado desmame precoce. Entre aquelas que não possuíam companheiro a frequência de desmame precoce atingiu 65,5%. Existem relatos diferentes entre trabalhos realizados nessa temática acerca dos fatores que podem contribuir para o desmame precoce. Assim, entre crianças de Porto Alegre (RS) que não recebiam LM aos quatro meses de vida 28,2% tinham pais que não se envolviam com seus cuidados, enquanto 34,2% eram filhos de pais que se envolviam, sugerindo que o envolvimento dos pais não é um fator crucial para o AM<sup>17</sup>. Por outro lado, a união estável pode ser um fator que contribui para maior duração do aleitamento materno, pois a atitude positiva do pai exerce um grande efeito na motivação e na capacidade da mãe para amamentar e, é importante que o homem seja estimulado a participar mais diretamente no incentivo a amamentação<sup>18</sup>.

Neste estudo mais de dois terços das mulheres não desenvolviam trabalho remunerado, e 71% delas conseguiram manter o AME até o sexto mês. Dentre as

que trabalhavam 62,3% realizaram desmame precoce. Contudo, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre desmame precoce e o fato de a mãe trabalhar ou não (tabela 2). Estes resultados relacionados com mulheres que não trabalhavam foram parecidos com aqueles encontrados em pesquisa realizada no Rio de Janeiro investigando as práticas alimentares das crianças menores de um ano de idade. Entre filhos de mulheres que não trabalhavam, a frequência de AME era duas vezes maior que naquelas cujas mães, no momento da entrevista, tinham alguma atividade ocupacional que as faziam ficar afastadas de casa<sup>19</sup>.

Da mesma forma, em outro trabalho realizado no Rio de Janeiro, o trabalho materno reduziu em 41% a chance de AME <sup>20</sup>. E, em pesquisa realizada em Teresina com duas equipes de Estratégia Saúde da Família no ano de 2007, o trabalho fora de casa e a inserção da mulher pobre no mercado de trabalho foram considerados fatores que contribuíram para o desmame<sup>21</sup> em virtude das dificuldades de conciliar suas atividades fora do lar e a inadequação ou ausência de suporte nos ambientes domésticos e de trabalho.

Ao considerar a realização de desmame precoce segundo gozo de licença maternidade, observou-se que ele foi referido por 63,4% das mulheres que tiveram licença maternidade e por 62,8% daquelas que não tiveram. Vale ressaltar que 68,5% das mulheres não souberam informar sobre licença maternidade e nesse estrato mais de metade das mulheres (56,3%) realizou desmame precoce (tabela 2). O desconhecimento em relação a esse benefício trabalhista pode ser observado não apenas entre as mulheres de Parnaíba-PI. Neste sentido, em estudo realizado em alojamento conjunto da unidade hospitalar na cidade de Horizonte-CE foi observado que 20,8% das mães disseram não saber o que significava licença

maternidade, desconhecendo, portanto, esse direito assegurado pela Consolidação das Leis Trabalhistas<sup>22</sup>.

A licença maternidade é um direito das mulheres garantido pela Constituição Federal de 1988 com o objetivo de assegurar a prática do aleitamento, assim, mediante incentivo fiscal, empresas privadas que aderirem ao Programa Empresa Cidadã, prorrogando para 180 dias a licença maternidade, recebem como benefício redução dos impostos<sup>2</sup>.

Em trabalho sobre a influência da prorrogação da licença maternidade para seis meses na duração do AME com as mães usuárias de um Centro de Educação Infantil na cidade de Maringá-PR, essa prorrogação possibilitou que as mães usuárias amamentassem exclusivamente seus filhos por tempo mais longo, mas ainda assim não pelos seis meses, conforme o recomendado pela OMS, e o principal motivo para a interrupção do AME referido por elas foi o retorno ao trabalho<sup>23</sup>.

Em relação à classe econômica, mais de metade das mães (57,2%) pertencia às classes econômicas D/E. Ao avaliar a relação entre classe e desmame, foi encontrada associação estatisticamente significativa entre pertencer às classes socioeconômicas B/C e a realização de desmame precoce ( $p=0,000$ ). Assim, foi possível observar que mulheres de classe econômicas mais altas não mantiveram o AME até o sexto mês. Resultados diferentes foram encontrados no estudo de <sup>24</sup>, cujo objetivo era descrever a situação alimentar e as condições de saúde de crianças menores de dois anos que frequentam creches públicas e filantrópicas do município de São Paulo, encontrando como fator de risco para o desmame precoce pertencer à classe econômica baixa.

**Tabela 3.** Desmame precoce em crianças de 0 a 2 anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família, segundo característica de assistência à saúde, no município de Parnaíba entre dezembro 2013 a março 2014.

| Característica de assistência à saúde |                     | Desmame Precoce |     |      | p     |
|---------------------------------------|---------------------|-----------------|-----|------|-------|
|                                       |                     | N               | C   | %    |       |
| Financiamento do pré-natal            | SUS                 | 199             | 116 | 58,2 | 0,468 |
|                                       | Convênio/particular | 41              | 25  | 60,9 |       |
|                                       | Não fez             | 0,4             | 0   | 0    |       |
| Início do pré-natal                   | 1º trimestre        | 179             | 99  | 55,3 | 0,088 |
|                                       | 2º trimestre        | 61              | 42  | 68,8 |       |
|                                       | Não fez             | 1               | 0   | 0    |       |
| Número de consultas                   | < 6                 | 68              | 46  | 67,6 | 0,071 |
|                                       | ≥6                  | 173             | 95  | 54,9 |       |
| Parto em IHAC                         | Sim                 | 161             | 101 | 62,7 | 0,059 |
|                                       | Não                 | 80              | 40  | 50   |       |
| Financiamento do parto                | SUS                 | 210             | 124 | 59,0 | 0,657 |
|                                       | Convênio/particular | 31              | 17  | 54,8 |       |
| Tipo de parto                         | Normal              | 135             | 74  | 54,8 | 0,189 |
|                                       | Cesáreo             | 106             | 67  | 63,2 |       |
| Alojamento conjunto                   | Integral            | 214             | 126 | 58,8 | 0,943 |
|                                       | Parcial             | 11              | 6   | 54,5 |       |
|                                       | Sem alojamento      | 16              | 9   | 56,2 |       |

|                                                       |                     |     |     |      |                |
|-------------------------------------------------------|---------------------|-----|-----|------|----------------|
| Tempo de internação                                   | < 3 dias            | 214 | 126 | 58,8 | 0,741          |
|                                                       | > 3 dias            | 27  | 15  | 55,5 |                |
| Orientação sobre amamentação no pré-natal             | Sim                 | 192 | 110 | 57,2 | <b>0,021</b>   |
|                                                       | Não                 | 45  | 31  | 68,8 | <b>**0,006</b> |
|                                                       | Não fez pré-natal   | 4   | 0   | 0    |                |
| Orientação sobre amamentação em grupos de gestantes   | Sim                 | 88  | 46  | 57,2 | 0,136          |
|                                                       | Não                 | 153 | 95  | 62,0 |                |
| Orientação sobre amamentação na internação hospitalar | Sim                 | 158 | 94  | 59,4 | 0,688          |
|                                                       | Não                 | 83  | 47  | 56,6 |                |
| Orientação sobre amamentação na alta hospitalar       | Sim                 | 186 | 109 | 58,6 | 0,956          |
|                                                       | Não                 | 55  | 32  | 58,1 |                |
| Orientação sobre amamentação de VD de puerpério       | Sim                 | 156 | 93  | 59,6 |                |
|                                                       | Não                 | 85  | 48  | 56,4 | 0,636          |
| Orientação sobre amamentação VD no pós-natal          | Sim                 | 128 | 75  | 58,5 | 0,977          |
|                                                       | Não                 | 113 | 66  | 58,4 |                |
| Orientação sobre amamentação consultas pediátricas    | Sim                 | 149 | 91  | 61,0 | 0,587          |
|                                                       | Não                 | 50  | 27  | 54,0 |                |
|                                                       | Não foi ao pediatra | 42  | 23  | 54,7 |                |

\*Fonte: pesquisa direta. N = número total de mulheres no estrato, C = numero de casos de desmame precoce. \*\*regressão logística binária.

Na tabela 3 são apresentadas características de assistência à saúde segundo desmame precoce, sendo possível observar que entre mulheres com número de consultas no pré-natal inferior a seis o percentual de desmame precoce correspondeu a 67,6%. Entre as mães que tiveram número de consultas  $\geq 6$  consultas 54,9% realizaram AME. Concordando com este resultado, em estudo realizado em Montes Claros-MG as mulheres que realizaram menos de cinco consultas mantiveram aleitamento materno por tempo menor em relação àquelas que realizaram mais de cinco consultas<sup>25</sup>. O fato de mulheres com menos de cinco consultas no pré-natal amamentarem seus filhos por menos tempo pode estar relacionado ao menor acesso às informações sobre aleitamento fornecidas durante o pré-natal<sup>26</sup>.

Neste estudo 66,8% dos partos foram realizados em maternidade credenciada ao IHAC, e 62,7% das mães realizaram desmame precoce. Embora não tenha sido encontrada associação estatisticamente significativa entre essa variável e o desmame precoce, o valor de p foi marginal ( $p=0,059$ ) (tabela 3). Além disso, apesar da maioria dos partos terem sido realizados em IHAC o percentual de desmame precoce se manteve alto. Em estudo realizado em dois hospitais Amigos da Criança de Salvador-BA sobre avaliação da promoção do aleitamento materno, os resultados foram considerados insatisfatórios, pois ambos os hospitais não cumpriram três dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, que seriam: suporte ao aleitamento materno após o parto, aleitamento exclusivo durante a internação, encaminhamento para grupo de suporte ao aleitamento materno<sup>27</sup>.

A maioria das mulheres pesquisadas (79,7%) referiu ter recebido orientações sobre amamentação no período de pré-natal e, 57,2% informaram ter realizado desmame precoce. Para esta variável houve associação estatisticamente significativa com o desmame precoce ( $p=0,021$ ), e após aplicação de regressão logística binária foi encontrado risco da ocorrência de desmame precoce entre crianças cujas mães receberam orientação sobre amamentação no pré-natal de ( $p<0,006$ ) (tabela 3). Em estudo realizado em Uberaba (MG) em 2008 com puérperas em alojamento conjunto,<sup>28</sup> verificaram que 70,8% delas receberam orientações sobre aleitamento materno em seu pré-natal e muitas mulheres possuíam conhecimentos corretos relativos à preconização do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança.

A fonte financiadora do pré-natal mais usada foi o SUS (82,6%). Para maioria das mães o pré-natal foi iniciado até o primeiro trimestre (74,3%). A maioria dos partos foi realizada tendo como financiador o SUS (87,2%), com mais de metade das mulheres referindo partos normais (56%), com alojamento conjunto integral (88,7%), e duração de internação de até três dias (88,8%). Em relação às orientações acerca da amamentação, 63,5% não participaram de grupos de gestantes; e durante a internação 65,5% das mães receberam recomendações. No puerpério, 64,7% das mães foram visitadas em seu domicílio (VD) pela ESF; 53,1% eram VD mensais no pós-natal de profissionais da ESF e, 61,8% das mães foram orientadas sobre aleitamento pelo pediatra. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre essas variáveis e desmame precoce (Tabela 3).

As informações dadas pelos profissionais de saúde durante o pré-natal são muito importantes para o sucesso do aleitamento, embora sejam mais eficientes se associadas a informações passadas continuamente nos períodos perinatal e pós-

natal; e de forma conjunta com demais pessoas envolvidas no dia-a-dia da mãe, como familiares e amigos<sup>29</sup>.

Destaca-se a importância do puerpério imediato como fator decisivo para o sucesso da amamentação, pois é quando as mães enfrentam as maiores dificuldades com o aleitamento materno. A visita domiciliar pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família atende às especificidades e particularidades de cada família, como um instrumento cotidiano para ações de promoção da saúde<sup>30</sup>.

Qualquer que seja o fator que possa contribuir para a ocorrência de desmame precoce ele deve ser analisado. É importante procurar tornar o AM um ato de prazer e dedicação e não uma obrigação, de forma a contribuir para a qualidade de vida da mãe e seu filho. Assim, para reduzir o desmame precoce, cabe ao profissional de saúde incentivar o aleitamento materno, apoiando e instruindo a gestante e a nutriz, através do acompanhamento pré-natal cuidadoso, com formação de grupos de gestantes, onde as mães sintam o interesse em participar; ajudar na prática da amamentação durante a internação hospitalar, realizar VD durante o puerpério e, na promoção de campanhas de incentivo ao aleitamento.

### **Considerações finais**

A prevalência do desmame precoce foi elevada, e considerada semelhante à prevalência nacional e descrita para o estado do Piauí. Houve associação entre o desmame precoce, classe econômica B/C e ter recebido orientação sobre amamentação no pré-natal.

Os resultados encontrados podem contribuir com informações que possibilitem o planejamento de medidas que estimulem do aleitamento materno exclusivo e para a redução do desmame precoce. Para isso, deve haver

conscientização e incentivo da importância da amamentação e promoção do conhecimento acerca dos benefícios que pode trazer para a criança, a mãe, a família e a sociedade.

Cabe, assim, aos profissionais de saúde, principalmente da equipe ESF, propor novas alternativas quanto ao modo de transmitir seus conhecimentos às mães. A visita domiciliar é uma ótima sugestão, pois possibilita conhecer a realidade e os hábitos das puérperas e de sua família, além de fortalecer o vínculo entre profissional e paciente, potencializando a qualidade de vida pela prevenção de doenças e promoção da saúde.

## Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. Editora do Ministério da Saúde [Internet]. 2009a [cited 01 Jun 2015]. Disponível a partir: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf) .
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a 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 a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde [Internet]. 2009b [cited 01 jun 2015]. Disponível a partir:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_prevalencia\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf) .

3. Venancio SI, Escuder MM L, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2010 Aug [cited 01 Jun 2015] ; 86( 4 ): 317-324. Disponível a partir:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000400012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>.
4. Teixeira MA, Nitschke RG, Silva LW S. A prática da amamentação no cotidiano familiar - um contexto intergeracional influência das mulheres-avós. Revista Temática Kairós Gerontologia [Internet]. 2011 Jun [cited 01 Jun 2015]; 14 (3) : 205-221. Disponível a partir :  
<<http://www.revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6501/4713>>
5. Macedo JO. O papel da equipe saúde da família na promoção do aleitamento materno e prevenção do ingurgitamento mamário. Uberaba. Monografia [Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
6. Ramos CV, Almeida JAG de, Alberto NSMC, Teles JBM, Saldiva SRDM. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 Aug [cited 2015 June 01] ; 24( 8 ): 1753-1762. Disponível a partir Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000800004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800004&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800004>.

7. Campana, MFT. Aleitamento materno: prevalência e fatores associados em áreas de atuação de equipes de saúde da família. Londrina. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]- Universidade Estadual de Londrina; 2008.
8. Brasil.ABPE. Critério de classificação econômica Brasil. 2000. Disponível a partir Disponível em :  
<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>. > Acesso em: 28 abril 2014.
9. Silva,DC de , Santos CJM, Silva WMA. Perfil do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar em crianças de 12a24 meses atendidas em Estratégia de Saúde da Família(ESF) no interior de Pernambuco. VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências [Internet] 2010. Jan/ Jun [ cited 2015 June 01]; 3(1):86-94. Disponível a partir Available from:  
<http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/view/111/226> .
10. Pinheiro PM, Machado M M T, Lindsay AC, Silva AVS. Prevalência de Aleitamento Materno em mulheres egressas de um Hospital Amigo da Criança em Quixadá(CE). Rev. Rene. Fortaleza [Internate] 2010 Abr./Jun.[cited 2015 June 01]; 11(2): 94-102. Disponível a partir Available from:  
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/378/pdf> .
11. Carrascoza KC, Costa Júnior ÁL, & Moraes, Antônio BA . Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. Estudos de Psicologia (Campinas) [Internet]. 2005 Oct/ Dez [cited 2015 June 01] 22(4): 433-440. Disponível a partir Available from:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2005000400011&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000400011&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0103-166X2005000400011.
12. Jaldin MGM, Pinheiro FS, Santos AM dos, Muniz NC. Crescimento infantil comparado com as referências NCHS e o padrão WHO/2006. Rev. Nutr. [Internet]. 2013 Feb [cited 01 June 2015] ; 26( 1 ): 17-26. Disponível a partir: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732013000100002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732013000100002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732013000100002>.
  13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Ministério da Saúde [Internet]. 2009b [cited 01 June 2015]. Disponível a partir: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf).
  14. Andrade MP, Oliveira MIV, Bezerra Filho JG, Bezerra MGA, Almeida LS, Veras, MAC. Desmame precoce: vivencia entre mães atendidas em Unidades Básicas de Saúde em Fortaleza-Ceará. Rev. Rene Fortaleza [Internet]. 2009 Jan/Mar [cited 01 jun 2015]; 10 (1):104-113. Disponível a partir: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/446>
  15. Barros VO, Cardoso MAA, Carvalho DF, Gomes MMR, Ferraz NVA, Medeiros CCM. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr. [Internet] 2009 Ago.[cited 01 Jun 2015]; 34(2): 101-114. Disponível a partir: <http://files.bvs.br/upload/S/1519-8928/2009/v34n2/a101-114.pdf> .

16. Oliveira JS, Joventino ES, Dodt RCM, Veras JEGLF, Ximenes LB. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. Rev. Rene [Internet]. 2010 Out/Dez [cited 01 Jun 2015]; 11(4): 95-102. Disponível a partir: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/429>
17. Falceto OG, Fernandes CL, Baratojo C, Giugliani ERJ. Fatores associados ao envolvimento do pai nos cuidados do lactente. Rev. Saúde Pública[Internet].2008 [cited 01 June 2015]; 42(6):1034-1040. Disponível a partir: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000600009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600009&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000600009>.
18. Matos NJ, Oliveira VS de, Coelho MMF, Dodt RCM, Moura DJM. Percepção apoio dispensado pelo pai na manutenção do aleitamento materno. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2015 [cited 01 June 2015];9(5): 7819-25. Disponível a partir: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6185/12197>.
19. Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. Rev. bras. epidemiol.[Internet].2008 Sep.[cited 01 Jun 2015]; 11(3):442-452. Disponível a partir: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000300011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300011&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000300011>.
20. Rito RVVF, Oliveira MIC, Brito AS. Grau de cumprimento dos Dez Passos da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua associação com a prevalência de aleitamento materno exclusivo. J. Pediatr. (Rio J.)

- [Internet]. 2013 Oct [cited 01 Jun 2015]; 89( 5 ): 477-484. Disponível a partir: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000500010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000500010&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.02.018>.
21. Araújo OD, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, CAMPELO S A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2008 Aug [cited 01 Jun 2015 ]; 61(4): 488-492. Disponível a partir: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000400015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400015>.
22. Nogueira CMR. Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Souza - Horizonte- Ceará. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Profissional em Saúde Pública]- Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
23. Ferreira GR, Dartibale EF, Bercini LO. Influência da prorrogação da licença maternidade para seis meses na duração do aleitamento materno exclusivo. Rev Min Enferm. [Internet] 2013 Feb [cited 01 Jun 2015]; 17(2):398-404. Disponível a partir: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/658>.
24. Barbosa MB, Palma D, Domene S A, Taddei JAAC, Lopez FA. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. Rev. paul. pediatr. [Internet]. 2009 Sep [cited 01 June2015 ] ; 27( 3 ): 272-281. Disponível a partir: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)

- 05822009000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822009000300007>.
25. Caldeira AP, Goulart EMA. A situação do aleitamento materno em Monte Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. *Jornal de Pediatria* [Internet] 2000 [cited 01 Jun 2015]; 76(1):65-72. Disponível a partir: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-01-65/port.pdf>.
  26. Chaves RG, Lamounier JÁ, Cesar CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet] 2007 Jun [cited 01 Jun 2015]; 83(3): 241-246. Disponível a partir: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572007000400009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000400009&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572007000400009>.
  27. Souza MFL, Soares PL, Vieira TO, Vieira GO, Silva LR. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. *Rev. Paul. Pediatr.* [Internet] 2011 Dec. [cited 01 Jun 2015] 29 (4):502-508. Disponível a partir: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300022&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300022&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300022>.
  28. Fonseca MO, Parreira BF M, Douglas MC, Machado AR M. Aleitamento materno: conhecimento de mães admitidas no alojamento conjunto de um hospital universitário. *Ciência, Cuidado e Saúde* [Internet] 2011 Jan/Mar [cited 01 Jun 2015]; 10 (1):141-149. Disponível a partir: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11009/pdf>.

29. Souza NKT, Medeiros MP, Silva MA, Cavalcante SB, Dias RS, Valente FA.

Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. Com. Ciências Saúde [Internet] 2011[cited 01 Jun 2015]; 22(4): 231-238. Disponível a partir :

[http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011VOL22\\_3\\_5\\_%20Aspectos.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011VOL22_3_5_%20Aspectos.pdf)

30. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. Saúde debate [Internet] 2013 Jan/ Mar [ cited 01 Jun 2015]; 37 (96): 130-138.

Disponível a partir:

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/15.pdf> .

## 4.2 Produto - Folder Desmame adequado – orientações e informações para as mães.

**V** \*As carnes (boi e frango) e vísceras (fígado e coração) devem ser introduzidas moídas, desfiadas ou bem picadinhas;

**O** \*O ovo (clara e gema) deve ser introduzido aos seis meses, e deve ser avaliado por um profissional da equipe saúde da família e evitar o consumo se algum membro da família tiver alergia alimentar.

**C** \*Na papa principal devem ser utilizadas vegetais de cores diferentes: cor branca/ amarela( arroz, batata, batata doce, macarrão); cor verde (couve, brócolis, alface); de cor amarela (abóbora, cenoura).

**ê** \* A primeira papa poderá ser peneirada, passando rapidamente a ser amassada no garfo.

### Na hora do desmame

O aleitamento materno exclusivo é importante para as mães e bebês durante os seis primeiros meses de vida, assim o ato de amamentar torna-se mais eficiente.

A introdução dos alimentos após os seis primeiros meses de aleitamento exclusivo deve acontecer de forma lenta, conciliando três mamadas diárias ao final do primeiro ano de vida com a oferta dos alimentos, introduzir de forma gradual para que a criança aprenda a diferenciar sabores.



## Desmame adequado

Orientações e informações para mães





UNI  
NOVA FAPI  
CENTRO UNIVERSITÁRIO



MESTRADO  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
Reconhecido pelo CAPES  
Edital nº 2015/1



Produto elaborado a partir do TCM de mestrado intitulado: Desmame precoce em crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família de autoria de Priscila Veras Santos.

**V**

**O**

**C**

**ê**

**s**

**a**

**b**

**i**

**a**

**q**

**u**

**e**

|        | 7 meses                        | 8- 9 meses                     | 10-11 meses                                    | 12 meses                                                          |
|--------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Manhã  | Leite materno                  | Leite materno                  | Leite materno                                  | Leite materno ou leite de vaca                                    |
| Lanche | Papa de fruta ou fruta raspada | Papa de fruta ou fruta raspada | Papa de fruta                                  | Suco de frutas                                                    |
| Almoço | Papa salgada                   | Papa salgada                   | Papa salgada                                   | Refeição da família ou sopa                                       |
| Lanche | Papa de fruta ou leite materno | Papa de fruta ou leite materno | Papa de fruta / leite materno ou leite de vaca | Papa de frutas ou leite materno / leite de vaca ou suco de frutas |
| Jantar | Leite materno                  | Papa salgada                   | Papa salgada                                   | Refeição da família ou sopa                                       |
| Noite  | Leite materno                  | Leite materno                  | Leite materno                                  | Leite materno                                                     |

### Você sabia que...



\*Os sucos de frutas e água devem ser oferecidos em copos ou canecas para as crianças beberem após sete meses de idade.

\*No início do sétimo mês, não se deve adicionar sal à papa do bebê, pois ele não está acostumado com esse sabor.

\*As frutas devem ser oferecidas na forma de papa (banana, abacate) e raspas (maça, mamão).

\*Deve ser utilizar temperos naturais (alho, cebola, cebolinha, coentro, salsinha) e óleos de vegetais (milho, soja, girassol) em pouca quantidade.

## 5. CONCLUSÃO

A prevalência do desmame precoce foi elevada, e considerada semelhante à prevalência nacional e para o estado do Piauí. Maiores proporções de desmame precoce ocorreram em crianças com idade entre um e dois e de dois e três meses.

Os fatores associados com o desmame neste estudo foram pertencer à classe econômica B/C, e ter recebido orientação sobre amamentação no pré-natal. Diante do exposto, acredita-se que os resultados do presente estudo possam contribuir com informações que possibilitem o planejamento de medidas que estimulem do aleitamento materno exclusivo e para a redução do desmame precoce. Para isso, deve haver conscientização e incentivo da importância da amamentação e promoção do conhecimento acerca dos benefícios que pode trazer para a criança, a mãe, a família e a sociedade.

Também é necessário rever práticas de educação em saúde durante o pré-natal para melhorar conhecimento e adesão das mães ao aleitamento materno exclusivo e realização adequada do desmame. Os profissionais de saúde, principalmente da equipe ESF, devem propor novas alternativas quanto ao modo de transmitir orientações durante o pré-natal. A visita domiciliar é uma ótima sugestão, pois possibilita conhecer a realidade das gestantes e puérperas e de suas famílias, bem como suas práticas e crenças, as condições ambientais, físicas, de habitação e saneamento, além de fortalecer o vínculo entre profissional e paciente. Esse conhecimento e a implementação de programas de educação em saúde podem contribuir para melhorar a qualidade de vida pela prevenção de doenças e promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

AGRELI, R. M. **O aleitamento materno e as causas do desmame precoce: uma revisão bibliográfica**. 2010.36f. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

ANDRADE, M.P.; OLIVEIRA, M.I.V.; BEZERRA FILHO, J.G.; EZERRA, M.G.A.; ALMEIDA, L.S.; VERAS, M.A.C. Desmame precoce: vivencia entre mães atendidas em Unidades Básicas de Saúde em Fortaleza-Ceará. **Rev. Rene Fortaleza**,v.10 , n.1, p.104-113, 2009.

ARAÚJO, M. F. M.; FERREIRA, A. B.; GONDIM, K. M.; CHAVES, E.S. A prevalência de diarreia em crianças com uma amamentação ausente ou inferior a seis meses. **Rev Rene**. v. 8, n.3, p. 69-76, 2007.

ARAÚJO, O. D; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n.4, p 488-92, 2008.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.

BARBOSA, M.B.; PALMA, D.; DOMENE, S. A.; TADDEI, J.Á.A.C.; Lopez, F.A. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Rev. paul. pediatr**. v.27, n.3, p. 272-281, 2009.

BARROS, V.O.; CARDOSO, M.A.A.; CARVALHO, D.F.; GOMES, M.M.R.; FERRAZ, N.V.A.; MEDEIROS, C.C.M. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no Programa de Saúde da Família. **Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr**, v.34, n.2, p. 101-114, 2009.

BATISTA, K.R.A.; FARIAS, M.C.A.D.; MELO, W.S.N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde debate**, vol.37, n.96 ,p. 130-138 .2013.

BECKER; D. **No seio da Família: Amamentação e Promoção da Saúde no Programa de Saúde da Família**. 2001. 127f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz,Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. ABEP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. 2000. Disponível a partir Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>. > Acesso em: 28 abril 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos /** Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220770&search=piail|parnaiba>> Acesso em: 28 abril 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a 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 a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Ministério da Saúde, 2009c.

BRITTON, J. R; BRITTON, H. L; GRONWALDT, V. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. **Pediatrics**. v.118, n.5, p.1436-43, 2006.

CALDEIRA, A.P., GOULART, E.M.A. A situação do aleitamento materno em Monte Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n.1, p. 65-72. 2000

CABRAL; V.L.M., CAMPESTRINI S. Mães desejosas de amamentar enfrentam despreparo profissional. Programa de Aleitamento Materno. **Rev Palma**, v.3, n. 1, 2003.

CASTILHO, S. D.; BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 3, 2010.

CAMINHA, M. F. C. Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um programa saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p. 2245-2250, 2011.

CAMPANA, M.F.T. **Aleitamento materno: prevalência e fatores associados em áreas de atuação de equipes de saúde da família**. 2008. 121f. Dissertação

(Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, 2008.

CASTRO, K. F.; SOUTO, C.M.R.M.; RIGÃO, T.V.C.; GARCIA, T.R.; BUSTORFF, L.A.C.V.; BRAGA, V.A.B. Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. **Mundo saúde**. v. 33, n. 4, p. 433-439, 2009.

CARRASCOZA, K. C. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Revista Estudos de Psicologia**, nº. 22. Campinas, out.-dez, 2005.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A.; CESAR, C.C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **J. Pediatr. (Rio J.)** v.83, n.3, p. 241-246, 2007.

CECCHETTI, D. F. A.; MOURA, E. C. Prevalência do aleitamento materno na região noroeste de Campinas, São Paulo, Brasil, 2001. **Rev Nutr.** v.18 ,n.2, p. 201-8, 2001.

CORREA, M. A., MONTEIRO, M. O. , SOEIRO, R. L. **Promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno**. 2011. Disponível em:  
<[www.uff.br/psienf/incentivoaleitamen.pdf](http://www.uff.br/psienf/incentivoaleitamen.pdf). > Acesso em: 28 abr. 2014.

DAMIAO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 11, n. 3, p. 442-452, 2008 .

DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

FALCETO, O. G.; FERNANDES, C. L.; BARATOJO, C., GIUGLIANI, E. R. J. Fatores associados ao envolvimento do pai nos cuidados do lactente. **Rev. Saúde Pública** , vol.42, n.6, p.1034-1040. 2008.

FERREIRA, G.R.; DARTIBALE, E.F.; BERCINI, L.O. Influência da prorrogação da licença maternidade para seis meses na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev Min Enferm.**, v.17, n. 2, p.398-404, 2013.

FREYRE, G. **Casa-grande e senzala**. 47 ed. Rio de Janeiro: Global; 2006.

FONSECA, M.O.; PARREIRA, B.F.M.; DOUGLAS, M.C.; MACHADO, A.R.M. Aleitamento materno: conhecimento de mães admitidas no alojamento conjunto de um hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 141-149, 2011.

FROTA, M. A.; COSTA, F. L.; SOARES, S. D; SOUSA FILHO, O. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; CASIMIRO, C. F. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev. Rene.**, v.10, n.3, p.61-67, 2009.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**. v.76, n.3, p. 238-252, 2000.

\_\_\_\_\_. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J Pediatria**. v. 80,n. 5, p.147-54, 2004.

ISSLER, H.; DOUEK, P. C.; ANDRÉ, L. M.; GOLDFTEIN, S. R.; ISSA, L. J.; FUJINAMI, P. I.; ZAIA, P. F. V.; HASHIMOTO, S. Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo. **Pediatria (São Paulo)**. v. 32, n.2, p.113-120, 2010.

JALDIN, M.M; PINHEIRO, F. S.; SANTOS, A.M., MUNIZ, N.C. Crescimento infantil comparado com as referências NCHS e o padrão WHO/2006. **Rev. Nutr.**, v.26, n.1, p. 17-26 2013

KUMMER, S. C; GIUGLIANI, E. R. J; SUSIN, L. O; FOLLETO, J. L; LERMEN, N. R.; WU, Y. J; SANTOS, L.; CAETANO, M. B. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2000.

LEAL, G. N; ISSER, H.; GRISI, S. J. E.; RAMOS, J. L. O papel do Aleitamento Materno na prevenção da Síndrome Metabólica. **Pediatria São Paulo**. v.30, n.2, p.118-123, 2008.

MACEDO,J.O. **O papel da equipe saúde da família na promoção do aleitamento materno e prevenção do ingurgitamento mamário**. 2011.29 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2011.

MARTRUCHELI; K.C. **O enfermeiro e ao Aleitamento Materno na estratégia de Saúde da família**. 2010. 45 f. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Berilo, 2010.

MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Rev. chil. pediatr.** v. 77, n.5, p.99-105, 2004.

MARTINS, C. C.; VIEIRA, G. O; VIEIRA, T. O; MENDES, C. M. C. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. **Rev. baiana saúde pública**, v.35, n.1, p.167-178, 2011.

MATOS, N.J.; OLIVEIRA,N.S.;COELHO,M.M.F.; DODT, R.C.M.; MOURA, D.J.M. Percepção e apoio dispensado pelo pai na manutenção do aleitamento materno. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 9, n. 5, p. 7819-25, 2015.

NARCHI, N.Z.; FERNANDES, R.A.Q.; DIAS, L. A.; NOVAIS, D.H. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n.1, p.87-94, 2009.

NOGUEIRA, C.M.R. **Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Souza – Horizonte- Ceará.** 2009. 59f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, J. S.; JOVENTINO, E. S.; DODT, R. C. M.; VERAS, J. E. G. L. F.; XIMENES, L. B. Fatores associados ao desmame precoce entre multíparas. **Rev. Rene**, v. 11, n. 4, p. 95-102, 2010.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; WINCKLER, C.C.; WINCKLER, L. A.; WINCKLER, V. C. A situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.13, n.3, p.407-14, 2005.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **Revista Mundo da Saúde**, vol. 4, n. 32,p.466-74 São Paulo, 2008.

PINHEIRO, P.M.; MACHADO, M.M.T.; LINDSAY, A.C.; SILVA, A.V.S. Prevalência de Aleitamento Materno em mulheres egressas de um Hospital Amigo da Criança em Quixadá(CE). **Rev.Rene. Fortaleza** v.11, n.2, p.94-102, 2010.

RAMOS C. V.; ALMEIDA J. A. G. Alegações Maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**. v. 79(5): 385-90. 2003.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J.A.G.;ALBERTO, N.S.M.C.;TELE,J.B.M.; SALDIVA, S.R.D.M. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, Aug. 2008

REA, M. F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev. Saúde públ.**, n.24, 241-9, S. Paulo, 1990.

\_\_\_\_\_. A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration. **Cad Saúde Pública**. v.19, n. 1, p.S37-S45, 2003.

\_\_\_\_\_. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, supl. 5, p.142-146, 2004.

RITO, R.V V.F.; OLIVEIRA, M.I.C.; BRITO, A.S. Grau de cumprimento dos Dez Passos da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua associação com a prevalência de aleitamento materno exclusivo. **J. Pediatr. (RioJ.)** vol.89, n.5, p. 477-484, 2013.

SILVA, I. A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.** São Paulo: Robe; 1997.

SILVA, D.C.; SANTOS, C.J.M.; SILVA, W.M.A. Perfil do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar em crianças de 12 a 24 meses atendidas em Estratégia de Saúde da Família (ESF) no interior de Pernambuco. **VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências**, v.3, n.1, p.86-94, 2010.

SILVA, L.; VIEIRA, G.; DIAS, C. P. F.; DINIZ-SANTOS, D. R.; FERRAZ, F.; CARNEIRO G. Conhecimento materno sobre aleitamento: um estudo piloto realizado em Salvador, Bahia visando à elaboração de uma cartilha educativa. **R Ci méd biol**. v.4, n.3, p.187-94, 2005.

SILVA, M. B. C; MOURA, M. E. B.; SILVA, A. O. Desmame precoce: representações sociais de mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.1, p-31-50, 2007.

SOUZA, C.B; ESPÍRITO SANTO, D.C.; GIUGLIANI, E.R.J. **Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil**. 2010. Disponível em: <<http://mamamiaamamentar.files.wordpress.com/2010/12/texto-revista-francesa.pdf>> Acesso em: 26 mai. 2014.

SOUZA, M.H.N. **A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio**. 2006. Tese de Doutorado - (Escola de Enfermagem Anna Nery), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, N.K.T.; MEDEIROS, M.P.; SILVA, M.A.; CAVALCANTE, S.B.; DIAS, R.S.; VALENTE, F.A. Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. **Com. Ciências Saúde**, v.22, n.4, p.231-238, 2011.

SOUZA, M. F. L.; SOARES, P.L.; VIEIRA, T.O.; VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. **Rev. paul. pediatr.**, v. 29, n. 4, p. 502-508, Dec. 2011.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, G. R.; SILVA, L. W. S. A prática da amamentação no cotidiano familiar – um contexto intergeracional influência das mulheres-avós. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v.14, n.3, p.205-221, 2011.

VENÂNCIO, S. L.; ESCUDER, M. M. L.; SALDIVA, S. R. D. M.; GIUGLIANI, E. R. J. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**, v.86, n.4, p.317-24, 2010.

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

WHO COLLABORATIVE STUDY TEAM ON THE ROLE OF BREASTFEEDING ON THE PREVENTION OF INFANT MORTALITY. How much does breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases? A pooled analysis of six studies from less developed countries. **The Lancet**, v. 355, p. 451-455, 2000.

\_\_\_\_\_. Department of nutrition for health and development department of child and adolescent health and development. **The optimal duration of exclusive breastfeeding report of an expert consultation**. Geneva, WHO, 2002.

\_\_\_\_\_. Department of child and adolescent health and development. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Conclusions of consensus meeting held . Washington, WHO, 2007.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – FORMULÁRIO****N ° DO FORMULÁRIO:****A. N° DA FICHA DE NASCIDO VIVO:**

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Data de nascimento da criança:    /    /

Hospital amigo da criança? (1 )SIM ( 2 )NÃO

UBS: \_\_\_\_\_ Área/ ESF:                      Microárea:

**1. CARACTERIZAÇÃO DA MÃE****CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA MÃE**

▶ Você tem algum problema de saúde? ( ) sim ( ) não

▶ Se sim, quais? \_\_\_\_\_

▶ Faz algum tratamento? \_\_\_\_\_

▶ Atualmente, você toma algum tipo de medicamento? ( )sim ( )não

▶ Se, sim  
quais? \_\_\_\_\_

▶ Você fuma ou bebe bebidas alcoólicas? ( ) sim ( ) não

▶ Você já fez uso de alguma droga? ( ) sim ( ) não

▶ E hoje, você faz uso? ( ) sim ( ) não

Telefone da mãe: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Outro para contato: (\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_Nome da  
criança: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Você está estudando ou já estudou? ( ) sim ( ) não

**Se sim, qual foi a última série que você tinha completado quando seu filho nasceu?**

\_\_\_\_\_ (anos de estudo concluídos)

Você estava trabalhando quando engravidou? ( ) sim ( ) não

**Se sim, quantas horas você trabalhava por dia?\_\_\_\_\_ horas**

**Você teve licença maternidade? ( 1 )SIM ( 2 )NÃO**

Você exerce atividade remunerada?

( 1 )SIM, FORA DO LAR (ir para 1.14) ( 2 )SIM, NO LAR ( 3 )NÃO

**Se sim, quantas horas por dia você está trabalhando?\_\_\_\_\_ horas**

Você vive permanentemente com um companheiro? ( 1 )SIM ( 2 )NÃO

**Se sim, é o pai da criança? ( 1 )SIM ( 2 )NÃO**

Qual foi a última série e o grau que seu companheiro completou?\_\_\_\_\_

Esta criança é seu primeiro filho? ( 1 )SIM ( 2 )NÃO

## **2. DADOS DO NASCIMENTO**

Seu parto foi pelo SUS, convênio ou particular?\_\_\_\_\_

Após o nascimento, na maternidade, seu filho ficava no seu quarto?

( 1 )SIM, 24 HORAS ( 2 )SIM, 12 HORAS ( 3 )SEM ALOJAMENTO CONJUNTO

Quantos dias seu filho ficou no hospital?\_\_\_\_\_

## **3. DADOS SOBRE A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA**

No hospital, seu filho (a) mamou no peito? ( ) sim ( ) não

**Se sim, quanto tempo após o nascimento seu filho (a) iniciou a amamentação?**  
\_\_\_\_\_ horas de vida ( ) sala de parto ( ) não lembra

Durante a internação você foi orientada sobre como amamentar seu bebê?

( 1 )SIM ( 2 )NÃO

Durante a internação, alguém te ajudou na prática da amamentação?

( 1 )SIM ( 2 )NÃO

Qual alimentação seu filho recebeu durante o tempo que ele ficou no hospital?

\_\_\_\_\_

No momento da alta hospitalar, você foi orientada sobre amamentação?  
( 1 )SIM (ir para 3.8) ( 2 )NÃO

Seu filho mama no peito? ( ) sim ( ) não

**Se não, parou com que idade?** \_\_\_\_\_

A criança toma água ou chá? ( ) sim ( ) não

**Se sim, com que idade começou a dar água ou chá?** \_\_\_\_\_

A criança toma outro tipo de leite? ( ) sim ( ) não

**Se sim, com que idade foi introduzido?** \_\_\_\_\_

A criança já começou a tomar suco ou comer fruta? ( )sim ( )não

**Se sim, com que idade começou a dar fruta?** \_\_\_\_\_

A criança já começou a comer sopa ou papinha salgada? ( )sim ( ) não

**3.18 Se sim, com que idade começou a comer papinha?** \_\_\_\_\_

#### 4. DADOS DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

Você fez pré-natal? ( 1 )SIM ( 2 )NÃO

Seu pré-natal foi pelo SUS, convênio ou particular? \_\_\_\_\_

Onde você fez seu pré-natal? (no caso de resposta múltipla perguntar qual o serviço de saúde que foi mais usado pela mãe) \_\_\_\_\_

Quando você foi a sua primeira consulta pré-natal? \_\_\_\_\_

Quantas consultas de pré-natal você fez? \_\_\_\_\_

Durante seu pré-natal você foi orientada sobre amamentação?  
( 1 )SIM ( 2 )NÃO

#### 5. DADOS DA ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA

Seu filho foi levado para consulta depois do nascimento?

( 1 )SIM ( 2 )NÃO

**Se sim, quando foi a primeira vez?** \_\_\_\_\_

A assistência ao seu filho(a) é feita pelo SUS, convênio ou particular? \_\_\_\_\_

Onde ele foi levado? (no caso de resposta múltipla perguntar qual o serviço de saúde mais usado pela criança) \_\_\_\_\_

Quando foi a última vez que ele foi levado? \_\_\_\_\_  
Durante a(s) consulta(s) do seu filho, você foi orientada sobre amamentação?

---

#### **6. DADOS SOBRE AS ATIVIDADES DE APOIO À AMAMENTAÇÃO**

Você participou de algum grupo de gestantes? \_\_\_\_\_

Se sim, onde? \_\_\_\_\_

Como você ficou sabendo? \_\_\_\_\_

Durante as reuniões do grupo teve orientação sobre amamentação? \_\_\_\_\_

Você já recebeu alguma visita domiciliar dos profissionais do posto de saúde, depois do nascimento de seu filho(a)? \_\_\_\_\_

Quando foi a primeira vez? \_\_\_\_\_

Quantas visitas você já recebeu? \_\_\_\_\_

Durante a visita o(s) profissional(s) te orientou em relação à amamentação?

---

---

## APÊNDICE B– QUESTIONÁRIO CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP – CCEB)

### N ° DO QUESTIONÁRIO:

| Posse de itens               | Não tem | Tem 1 | Tem 2 | Tem 3 | Tem 4 |
|------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|
| Televisão em cores           | 0       | 2     | 3     | 4     | 5     |
| Rádio                        | 0       | 1     | 2     | 3     | 4     |
| Banheiro                     | 0       | 2     | 3     | 4     | 4     |
| Automóvel                    | 0       | 2     | 4     | 5     | 5     |
| Empregada mensalista         | 0       | 2     | 4     | 4     | 4     |
| Aspirador de pó              | 0       | 1     | 1     | 1     | 1     |
| Máquina de lavar             | 0       | 1     | 1     | 1     | 1     |
| Vídeo cassete e/ou DVD       | 0       | 2     | 2     | 2     | 2     |
| Geladeira                    | 0       | 2     | 2     | 2     | 2     |
| Freezer (separado ou duplex) | 0       | 1     | 1     | 1     | 1     |

### Grau de instrução do chefe de família

|                                                           |   |
|-----------------------------------------------------------|---|
| Analfabeto/primário incompleto                            | 0 |
| Primário completo (1a a 4a série) /ginasial incompleto    | 1 |
| Ginasial completo (5a a 8a série) /colegial incompleto    | 2 |
| Colegial completo (2o grau completo) /superior incompleto | 3 |
| Superior completo                                         | 5 |
| <b>Total ABEP</b>                                         |   |

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O respeito devido à **dignidade humana** exige que toda pesquisa se processe após **consentimento livre e esclarecido dos sujeitos**, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (IV, da Res. 466/2012, do CNS). Para esclarecimento informamos que, de acordo com a Resolução 466/2012, do CNS, é vedada ao responsável e ao participante pesquisado, individual ou coletivamente, **de caráter voluntário, qualquer forma de remuneração**. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver.

A Senhora está sendo consultada, como representante legal, sobre a autorização da participação de seu (sua) filho (a), que se encontra em atendimento nesta Unidade de Saúde, a participar de uma pesquisa por meio do fornecimento de informações sobre aspectos demográficos e socioeconômicos, dados relacionados à alimentação da criança e à assistência à saúde, dificuldades encontradas na prática do aleitamento materno e sobre a realização do desmame. A senhora precisa decidir se quer autorizar ou não a inclusão de seu (sua) filho(a) como participante da pesquisa. Após ser **esclarecida** sobre as informações a seguir, no caso de autorizar a participação seu (sua) filho(a) na pesquisa, assine este documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável pela pesquisa. **A senhora poderá retirar a autorização e recusar a participação de seu (sua) filho(a) de imediato e a qualquer tempo sem que com isto haja qualquer penalidade no atendimento dele (a) na Unidade de Saúde.**

### **ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:**

Título da Pesquisa: Desmame Precoce em Crianças Atendidas na Estratégia Saúde da Família em um Município do Piauí.

Pesquisador Responsável: Dr<sup>a</sup> Maria do Carmo de Carvalho e Martins; telefone (86) 9420-8330; e-mail: [mcmartins@uninovafapi.edu.br](mailto:mcmartins@uninovafapi.edu.br)

Pesquisador participante: Priscila Veras Santos; telefone (86) 9984-1056; e-mail [priscilasantos00@gmail.com](mailto:priscilasantos00@gmail.com)

A Senhora está sendo consultada, como representante legal, sobre a autorização para a participação de seu (sua) filho(a) sob sua responsabilidade na pesquisa intitulada DESMAME PRECOCE EM CRIANÇAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM UM MUNICÍPIO DO PIAUÍ. A pesquisa tem como objetivo determinar a prevalência de desmame precoce em lactentes atendidos na ESF em município do Piauí, e será realizada durante o período de dezembro de 2013 a janeiro de 2014. Os dados sobre desmame serão obtidos por meio de formulário contendo questões fechadas para obtenção de informações sobre aspectos demográficos, alimentação da criança e assistência à saúde, dificuldades encontradas para a prática do aleitamento materno e sobre a realização do desmame. Também será aplicado questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) contendo itens relacionados a aspectos socioeconômicos a serem respondidos pela senhora. O formulário e questionário serão aplicados em poucos minutos e para minimizar qualquer risco de constrangimento, utilizaremos uma sala reservada. Depois, esses dados serão analisados para avaliar a prática do aleitamento materno e justificativas para realização do desmame e identificar situações de desmame precoce e os possíveis fatores a ele associados. No final será elaborada uma cartilha para mães e profissionais da saúde contendo orientações sobre aleitamento materno e desmame adequado. A sua participação,

como representante legal, e da criança, como participante, é muito importante, a fim de contribuir para que o aleitamento materno e o desmame das crianças em Parnaíba, Piauí sejam realizados de maneira adequada e quando eles não estiverem acontecendo da maneira esperada, fique mais fácil descobrir o que fazer para tentar resolver os problemas. Além disso, a senhora saberá se a sua criança está sendo alimentada de maneira correta. A pesquisa será realizada pela pesquisadora Priscila Veras Santos sob orientação da Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins. No estudo sua identidade, assim como a da criança pela qual a senhora é representante legal serão mantidas em sigilo. Todos os cuidados e a abordagem serão realizados por profissional de saúde, com respeito, técnica padronizada, ambiente reservado e instrumentos adequados, buscando diminuir desconfortos e riscos para a senhora e a criança. A senhora, como responsável pelo participante terá o direito de recusar-se a mantê-lo como participante da pesquisa a qualquer tempo, sem nenhuma penalidade. Entre **os benefícios do estudo** destaca-se que sua realização possibilitará verificar se aleitamento materno e o desmame das crianças atendidas estão sendo realizados de maneira adequada e, nos casos em que isso não esteja ocorrendo, permitirá a realização de orientações individualizadas para a sua realização de maneira adequada, bem como encaminhamentos para avaliar as possíveis causas. Além disso, os resultados da pesquisa possibilitarão a indicação ou proposição de intervenções pertinentes à situação de desmame precoce, de forma a contribuir para o melhor acompanhamento do aleitamento materno e o desenvolvimento de políticas e programas voltados para a realidade local. Não haverá qualquer forma de pagamento ou gratificação financeira pela participação no estudo e caso a senhora se recuse a autorizar a participação do menor sob sua responsabilidade sua vontade será respeitada sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. A sua participação e da criança na pesquisa ocorrerão em um único momento, no dia da coleta de dados através da apresentação de respostas ao formulário e questionário pelo responsável. Contudo, a senhora terá acesso em qualquer momento antes, durante e após a realização de coleta de dados ao pesquisador responsável e pesquisador participante da pesquisa para maiores esclarecimento de eventuais dúvidas, inclusive através de ligações a cobrar, conforme contatos a seguir apresentados.

Pesquisador responsável: Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins; telefone (86) 9420-8330; e-mail: [mcmartins@uninovafapi.edu.br](mailto:mcmartins@uninovafapi.edu.br)

Pesquisadora participante Priscila Veras Santos; telefone (86) 9984-1056; e-mail [priscilasantos00@gmail.com](mailto:priscilasantos00@gmail.com)

Os pesquisadores comprometem-se, por meio deste termo, em respeitar os seguintes princípios éticos:

- Não divulgar o nome das pessoas que participarem deste estudo, seja no seu decorrer ou no seu encerramento;
- Não fornecer, em hipótese alguma, cópia de informações obtidas a pessoas estranhas, além do grupo de pesquisa.
- Permanecer acessíveis em qualquer etapa da pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou desistência do consentimento.

---

Priscila Veras Santos (CPF: 035999443-18)

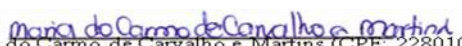
  
Maria do Carmo de Carvalho e Martins (CPF: 228010653-15)  
Pesquisador responsável

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_  
(CPF) \_\_\_\_\_ autorizo a minha participação do meu (minha) filho(a) como participante voluntário da pesquisa intitulada DESMAME PRECOCE EM CRIANÇAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO PIAUÍ que tem como pesquisadora principal Maria do Carmo de Carvalho Martins. Declaro que tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim sobre objetivos, procedimentos e benefícios da pesquisa, a ausência de desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, em conformidade com o estabelecido na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Declaro, ainda, que fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora \_\_\_\_\_ sobre a pesquisa e sobre minha decisão em autorizar a participação de meu (minha) filho(a) nesse estudo como participante de pesquisa e, sobre a possibilidade de a qualquer momento (antes ou durante a execução da mesma) recusar a participação na pesquisa em referência, sem penalidades e/ou prejuízos, retirando o nosso consentimento. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas, que não implica em riscos, dor ou danos para mim ou para meu (minha) filho (a), e que teremos garantia de acesso à pesquisa em qualquer tempo. Em caso de dúvida, sou ciente de que podemos procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Concordo em autorizar a participação **voluntária** de meu (minha) filho (a) nesta pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela criança participante na pesquisa

  
Maria do Carmo de Carvalho e Martins (CPF: 228010653-15)  
Pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador participante

### Observações Complementares:

**Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPI, Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro Uruguai, CEP: 64057-100, telefone: 2106 – 0726, ou pelo e-mail [cep@uninovafapi.edu.br](mailto:cep@uninovafapi.edu.br)**

## ANEXOS

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****FACULDADE DE SAÚDE,  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -**

Continuação do Parecer: 485.070

desmame.

Utilizar-se-á o software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 16.0 e Microsoft Office Excel 2007. As relações serão testadas por meio do teste qui quadrado e correlação de Pearson.

**Objetivo da Pesquisa:**

Determinar a prevalência de desmame precoce em lactentes atendidos na ESF em um município do Piauí. Caracterizar as mães e crianças quanto às variáveis demográficas e socioeconômicas, e da assistência à saúde e alimentação;

Analisar a época do abandono do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno;

Identificar os motivos apontados para o desmame precoce; Elaborar uma Cartilha sobre orientações para o desmame adequado para mães e profissionais da saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

É declarado que os participantes da referida pesquisa poderão sentir desconforto em compartilhar informações pessoais e confidenciais durante a abordagem, cuja execução está relacionada a riscos mínimos, apenas na obtenção de informações sobre amamentação, sem pressupor riscos à saúde. Os benefícios citados pelo projeto do estudo são verificar se aleitamento materno das crianças atendidas está sendo realizado na maneira correta e, nos casos em que isso não esteja ocorrendo, permitir encaminhamentos para avaliar as possíveis causas. Além disso, os resultados da pesquisa poderão indicar ou propor intervenções pertinentes à situação de desmame precoce, de forma a contribuir para o melhor acompanhamento do aleitamento materno e o desenvolvimento de políticas e programas voltados para a realidade local.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa representa um estudo de relevância para avaliação do desmame precoce na Estratégia de Saúde da Família e foi apresentada segundo o que estabelece a resolução 466/12. Não necessitamos realizar considerações éticas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Toda a documentação obrigatória foi toda apresentada.

**Recomendações:**

Não existem recomendações a serem feitas.

**Endereço:** Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123**Bairro:** Bairro do Uruguai**CEP:** 64.073-505**UF:** PI**Município:** TERESINA**Telefone:** (86)2106-0738**Fax:** (86)2106-0740**E-mail:** cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 485.070

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa está elaborado de acordo com as recomendações da Resolução CNS 466/12 e portanto, está em condições de ser aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado considerou que protocolo de pesquisa está aprovado, porque o mesmo encontra-se elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12.

TERESINA, 09 de Dezembro de 2013

Assinador por:

**FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br