



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

AIRTON LIMA NORONHA JUNIOR

**FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME
PRECOCE EM LACTENTES SAUDÁVEIS ATENDIDOS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO NORDESTE
DO BRASIL**

ARACAJU (SE)

2015

AIRTON LIMA NORONHA JUNIOR

**FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME
PRECOCE EM LACTENTES SAUDÁVEIS ATENDIDOS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO NORDESTE
DO BRASIL**

Monografia apresentada à Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial
para conclusão do curso de Medicina do
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosana Cipolotti

ARACAJU (SE)

2015

AIRTON LIMA NORONHA JUNIOR

**FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME
PRECOCE EM LACTENTES SAUDÁVEIS ATENDIDOS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO NORDESTE
DO BRASIL**

Monografia apresentada à Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial
para conclusão do curso de Medicina do
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Aracaju, ____/____/____

Autor: Airton Lima Noronha Junior

ARACAJU (SE)

2015

AIRTON LIMA NORONHA JUNIOR

**FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME
PRECOCE EM LACTENTES SAUDÁVEIS ATENDIDOS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO NORDESTE
DO BRASIL**

Monografia apresentada à Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial
para conclusão do curso de Medicina do
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Aracaju, ____/____/____

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosana Cipolotti

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

ARACAJU (SE)

2015

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado saúde e força para superar as muitas dificuldades.

À Universidade Federal de Sergipe, instituição que me permitiu realizar o sonho de ser médico.

À minha orientadora Rosana Cipolotti, pelo suporte e pela paciência nessa empreitada.

Aos meus pais e à minha namorada, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus amigos, Arnaldo Alves Lima Junior e Thiago Reis Santana, por me ajudarem em todas as etapas da realização dessa monografia.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AMC	Aleitamento materno complementado
AMP	Aleitamento materno predominante
AMM	Aleitamento materno misto
MS	Ministério da saúde
OMS	Organização mundial de saúde
HU	Hospital Universitário
UFS	Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO DA LITERATURA	10
2.1	ALEITAMENTO MATERNO.....	10
2.1.1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
2.1.2	RECOMENDAÇÕES	11
2.1.3	BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO	12
2.2	DESMAME	17
2.2.1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	17
2.2.2	RECOMENDAÇÕES.....	17
2.2.3	ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR.....	18
2.2.4	DESMAME PRECOCE	19
	REFERÊNCIAS	23
3	NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	28
3.1	INFORMAÇÕES GERAIS	28
3.2	PROCESSO DE REVISÃO	30
3.3	TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS.....	29
3.4	ORIENTAÇÕES GERAIS	30
3.5	PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO.....	30
4	ARTIGO ORIGINAL	37
4.1	RESUMO	38
4.2	INTRODUÇÃO	39
4.3	MÉTODOS	41
4.4	RESULTADOS	42
4.5	DISCUSSÃO	46
4.6	TABELAS	50
4.7	AGRADECIMENTOS	52
	REFERÊNCIAS DO ARTIGO	53
	APÊNDICE 1.....	55

1 INTRODUÇÃO

Amamentação é um tema que continua a merecer atenção no Brasil, pois, apesar das muitas evidências científicas e dos esforços em esclarecer a população sobre sua superioridade e suas diversas vantagens, as taxas de aleitamento materno continuam aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

Classifica-se o aleitamento materno (AM) em (OMS, 2007):

- Aleitamento materno exclusivo (AME): Criança recebe apenas leite humano, à exceção de soro de hidratação oral e medicamentos.
- Aleitamento materno predominante (AMP): Além do leite humano, recebe também, água, suco de frutas, chás, e outros fluidos em quantidade limitada.
- Aleitamento materno complementado (AMC): A criança recebe também sólidos ou semissólidos, com o objetivo de complementar o leite materno.
- Aleitamento materno misto (AMM): Além do leite materno, ela recebe também outros tipos de leite.

O desmame se caracteriza pela introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida, incluindo águas, chás ou sucos, na alimentação da criança, diminuindo a ingestão do leite materno, sendo dito precoce quando este ocorre antes dos seis meses de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009). O desmame precoce continua sendo fato constante em diversos estudos sobre aleitamento materno no Brasil. Na pesquisa mais recente sobre a prevalência de AME, realizada pelo Ministério da Saúde nas capitais e publicada em 2009, foi identificado que a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do aleitamento materno complementado, de 341,6 dias (11,38 meses). A prevalência do AME em crianças menores de seis meses, residentes em Aracaju, por esse mesmo estudo, foi de 35% (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009).

As causas do desmame precoce incluem fatores ligados ao binômio mãe-filho, como: a forte cultura da mamadeira, os mitos a respeito da amamentação (leite fraco, flacidez das mamas, dentre outros), a falta de informação correta às mães nos serviços de saúde, as rotinas hospitalares incompatíveis com o início e a duração do aleitamento materno, a propaganda indiscriminada de substitutos do leite materno, a dificuldade no cumprimento das leis que protegem as mães trabalhadoras que

amamentam. Porém, os fatores mais associados ao desmame precoce (e que podem fazer parte do mesmo problema) parecem mesmo ser a técnica inadequada e a percepção inadequada da produção de leite pela mãe (SPENCER, 2015), a qual acha que está produzindo em quantidade insuficiente (o que raramente pode ser real, ou seja, a mãe de fato produz pouco).

A OMS, a Academia Americana de Pediatria (AAP) e o Ministério da Saúde recomendam o AME até os seis meses de idade, por reconhecerem seus benefícios na saúde, tanto das crianças quanto de suas genitoras.

A amamentação não exclusiva é recomendada a partir dos seis meses (pois o AME já não consegue cobrir todas as necessidades da criança) devendo ser mantida até os dois anos ou mais (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009). São benefícios do aleitamento materno: contato entre pele da mãe e do bebê, proteção contra processos infecciosos do trato respiratório e do trato gastrointestinal, presença de imunoglobulina A no leite materno, desenvolvimento adequado dos músculos da mastigação, fornecimento adequado de ferro para o lactente, menor incidência de alergias alimentares (SCHANLER, 2015). Entre os benefícios para mãe estão, no curto prazo, mais rápida recuperação do peso corporal anterior à gestação, involução uterina mais rápida, redução da resposta ao estresse, e prolongamento do período anovulatório pós-parto. Em longo prazo, comprovadamente reduz o risco de câncer de mama e de ovário e parece diminuir o risco de osteoporose e doenças cardiovasculares (SCHANLER, 2015).

Em relação aos malefícios do não aleitamento ou do desmame precoce sabe-se que essas crianças são mais propensas a desenvolver diarreia, otite média, pneumonia, sepse, infecção de trato urinário e meningite durante o primeiro ano de vida. Além disso, a utilização precoce de mamadeiras pode causar alterações na respiração nasal e no processo mastigação/deglutição, além de prejuízo na fala. Alguns estudos referem que o desmame precoce também pode estar associado à dificuldade da construção de vínculo afetivo entre a mãe e o bebê (SAMPAIO, 2010). Em longo prazo, está associado em alguns estudos, a maior risco de câncer na infância, obesidade e desenvolvimento de diabetes tipo I (SPENCER, 2015).

A amamentação não exclusiva é recomendada a partir dos seis meses de vida, pois a partir dessa idade o lactente, além de já apresentar a maturidade fisiológica e neuromuscular necessária para receber alimentação não láctea, necessita desse aporte alimentar complementar para suprir suas necessidades

nutricionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009). A transição alimentar deve ser realizada de forma gradual e não abrupta, com a retirada progressiva do leite materno das principais refeições da criança. Os primeiros alimentos introduzidos devem ser as frutas, na forma de papas com posterior introdução de alimentos cada vez mais sólidos, sendo que antes dos sete meses a criança deve estar recebendo três refeições ao dia (duas papas de frutas e uma papa salgada) e ao final do primeiro ano de vida, deve estar recebendo uma refeição láctea ao acordar (desjejum), uma fruta no lanche da manhã, uma refeição básica da família no final da manhã (almoço), mais uma fruta no lanche da tarde e uma refeição básica da família no final da tarde (jantar), além do leite materno sob livre demanda (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009).

Levando-se em conta os malefícios da interrupção do AME e a possível interferência de fatores culturais-regionais no processo de desmame precoce, justifica-se o presente estudo como forma de se identificar fatores que interferem no aleitamento materno de lactentes saudáveis, e, a partir daí, propor medidas de educação em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ALEITAMENTO MATERNO

2.1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Amamentar é muito mais do que nutrir. O aleitamento materno é a forma mais natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil, essencial para consolidação do binômio mãe-filho. São descritos inúmeros benefícios da amamentação sobre outras formas de alimentação na criança, principalmente nos seis primeiros meses de vida. O leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança pequena, sendo mais bem digerido pelo trato gastrointestinal ainda em desenvolvimento do lactente. Esse leite é capaz de suprir sozinho todas as necessidades nutricionais nos primeiros seis meses de vida e continua como importante fonte de nutrientes no segundo ano, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas. Mesmo assim, as taxas de aleitamento materno no Brasil estão bastante aquém do recomendado, constituindo um sério problema da saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009).

Classificamos o aleitamento materno conforme as definições da OMS. Aleitamento materno exclusivo (AME) é realizado quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Aleitamento materno predominante (AMP) ocorre quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais. Já no aleitamento materno complementado (AMC) a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo e não substituí-lo. Outros tipos de leite não são considerados alimento complementar. Finalmente, no aleitamento materno misto

(AMM) a criança recebe apenas leite, o materno e outros tipos (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009).

2.1.2 RECOMENDAÇÕES

As recomendações mais recentes são para que o aleitamento seja realizado de forma exclusiva até o sexto mês de vida do lactente e de forma complementada até os dois anos ou mais. A introdução de outros alimentos durante os primeiros seis meses de vida pode trazer prejuízos para saúde do bebê como mais episódios de diarreia, mais hospitalizações por doenças respiratórias, menor absorção de ferro e zinco, entre outros. No segundo ano de vida o leite materno preserva sua importância nutricional, fornecendo vitaminas, proteínas e calorias em grande quantidade, mantendo sua proteção contra doenças infecciosas. Estudo realizado em três continentes concluiu que existia um risco quase duas vezes maior de morte por infecção em crianças não amamentadas durante o segundo ano de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009).

As necessidades energéticas variam conforme a idade. De zero a dois meses, 100 a 110 kcal/kg por dia. A partir de três a cinco meses de idade, 85 a 95 kcal/kg por dia. Já de seis a oito meses, 80 a 85 kcal/kg por dia. E finalmente, de nove a onze meses, 80 kcal/kg por dia. (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, 2001).

Um aspecto que pode contribuir para o insucesso da amamentação é a posição e pega incorretas, as quais podem acarretar formação de lesões mamárias (abrasões, fissuras) e numa menor saída de leite das mamas. A OMS destaca quatro pontos fundamentais para pega adequada e mais quatro para o posicionamento adequado. A pega correta inclui boca do bebê bem aberta, com o lábio inferior evertido e o queixo tocando a mama, sendo que a aréola deve ficar mais visível acima da boca. Em relação ao posicionamento, recomenda que o rosto do bebê esteja de frente para mama, com nariz na altura do mamilo e corpo próximo ao da genitora, deixando seu tronco e cabeça alinhados. Em um estudo anterior que investigou amostra mães que procuraram o serviço de puericultura do Hospital Escola da cidade do Recife-PE na primeira consulta pós-parto, Silva e colaboradores encontraram que mais de 50% dessas mulheres apresentavam técnica incorreta, associando o erro na técnica com maior prevalência de fissuras mamárias (SILVA,

2011). Em outro estudo, realizado em Porto Alegre com mães selecionadas no alojamento conjunto do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, observou-se associação significativa entre melhor técnica de amamentação ao final do primeiro mês e maiores índices de AME na mesma ocasião, além de também associar a técnica incorreta com lesões mamilares. (WEIGERT, 2005).

2.1.3 BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO

Os benefícios do aleitamento materno comparado com outras formas de alimentação durante os dois primeiros anos de vida, em especial dentro dos seis primeiros meses, são bem conhecidos e comprovados. Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de cinco anos em todo o mundo por causas preveníveis (Jones, 2003) e, segundo a OMS, quase seis milhões de vidas estão sendo salvas a cada ano pelo aumento das taxas de amamentação exclusiva. A mortalidade por doenças infecciosas é seis vezes maior em menores de dois meses não amamentados, com diminuição da proteção à medida que a criança cresce, mas se mantém duas vezes maior no segundo ano de vida. Sabe-se que a proteção do aleitamento é mais importante em crianças de menor nível socioeconômico. A OMS relata que para bebês cujas mães apresentam menor escolaridade o risco de morrer era 7,6 vezes maior em crianças não amamentadas menores que um ano comparadas com as amamentadas, enquanto que nas crianças cujas mães têm melhor escolaridade, esse risco era 3,5 vezes maior (Organização Mundial da Saúde, 2000).

Evidências apontam para o aleitamento materno como fator de proteção contra diarreia na infância, principalmente em crianças de menor nível socioeconômico, influenciando não só na incidência como na gravidade do quadro (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009). Diarreias podem ser responsáveis por 35% a 86% das mortes infantis evitáveis (Escuder, 2003). A associação da amamentação como fator de proteção contra diarreia já é conhecida há muito. Estudo longitudinal realizado nas Filipinas em 1983 e 1984 observou risco relativo crescente de diarreia a partir da interrupção do AME nas crianças com dois meses de idade. A introdução de alimentos não nutritivos acarretou risco três vezes maior de desenvolvimento de diarreia, subindo para um risco 13 vezes maior a partir da suplementação com alimentos nutritivos e 17 com a interrupção do aleitamento

(Popkin, 1989). Um estudo que buscava mostrar a redução das taxas de internação hospitalar por diarreia entre os anos de 1999 e 2008 no Brasil, justificado pelo incremento na prevalência do aleitamento materno nesse período, verificou que o aumento da prevalência de crianças com menos de quatro meses em amamentação exclusiva esteve associado à diminuição das taxas de internação por diarreia nas crianças com menos de um ano de vida, com redução de até duas vezes deste percentual (BOCCOLINI, 2012). Uma metanálise de cinco estudos verificou que o AM pode reduzir a mortalidade por diarreias nos primeiros seis meses de vida do lactente, reduzindo seu impacto após esse período, mas ainda apresentando significância entre o sexto e decimo primeiro mês de vida (Organização Mundial de Saúde, 2000).

Estudos realizados em diferentes partes do mundo já demonstraram que o aleitamento materno é fator de proteção para infecções respiratórias, sendo este maior quando o aleitamento é exclusivo durante os seis primeiros meses, diminuindo a gravidade do quadro, além da incidência (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009). Em estudo realizado em Pelotas (RS), a chance de uma criança menor de três meses internar por pneumonia foi 61 vezes maior na população não amamentada, comparada com aquelas amamentadas exclusivamente, enquanto o risco de hospitalização por bronquiolite foi sete vezes maior em crianças amamentadas por menos de um mês. (ALBERNAZ, 2003; CESAR, 1999). Em estudo de 1985, realizado em cidade interior de São Paulo, foi observada relação inversa entre ocorrência de otite média e duração da amamentação, com incidência de 51,9% entre crianças amamentadas até os dois meses e 28,8% entre aquelas amamentadas até os seis meses (Barros Filho, 1985). Em outro estudo realizado no interior de São Paulo, o aleitamento materno se mostrou fator de proteção de problemas respiratórios, em especial o AME, o qual diminuiu a frequência de uso de serviços de saúde por problemas respiratórios, além de diminuir os casos de hospitalização em geral entre crianças que mamaram exclusivamente além do primeiro mês de vida (VIANNA, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, o risco de alergia ao leite de vaca, dermatite atópica, asma e outros tipos de alergia são diminuídos com a amamentação, principalmente se realizada nos primeiros meses de vida de forma exclusiva, enquanto que a exposição ao leite de vaca nos primeiros dias de vida parece aumentar o risco de alergia (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009).

Trabalhos mais recentes e de grande amostragem, mostraram que o aleitamento materno exclusivo por pelo menos três meses não foi significativamente protetor contra o desenvolvimento de dermatite atópica (FLEISCHER, 2014), contrariando os resultados de um estudo prospectivo realizado na Bielorrússia, que mostrou diminuição de 46% na incidência de eczema atópico nas crianças cujas mães receberam suporte na iniciação e manutenção do aleitamento materno, em comparação àquelas cujas mães não receberam tal assistência (KRAMER, 2001). Assim como com a dermatite atópica, estudos em relação à asma também apresentaram resultados conflitantes. As revisões e metanálises apontam para o aleitamento (independente de duração ou exclusividade) como fator de proteção para sibilância apenas nos primeiros dois anos de vida, perdendo seu efeito protetor em crianças mais velhas e adolescentes, principalmente em crianças de alto risco para asma (DOGARU, 2014; WRIGHT, 2001; SEARS, 2002). Com relação à rinite alérgica, uma metanálise baseada em seis estudos prospectivos entre os anos de 1966 e 2000, mostrou um risco menor de rinite alérgica em crianças que foram amamentadas, porém não foi estatisticamente significativo (MIMOINE BLOCH, 2002). Uma revisão sistemática mostrou evidência de benefício do AME por pelo menos quatro meses contra alergia ao leite de vaca, pelo menos até os 18 meses de vida (LIAO, 2014).

Evidências sugerem que o aleitamento materno apresenta benefícios também em longo prazo, na prevenção de diabetes, hipertensão e hipercolesterolemia. A OMS publicou em 2007 uma revisão sobre esse assunto, concluindo que indivíduos amamentados apresentaram menores pressões sistólicas e diastólicas (redução de 1,2mmHg e 0,5mmHg respectivamente), menores níveis de colesterol total (redução de aproximadamente 7mg/dl) e risco 37% menor de desenvolver *diabetes mellitus* tipo 2 (HORTA, 2007). A proteção contra o *diabetes mellitus* tipo 2 estende-se inclusive para a mulher que amamenta, com redução de 15% na incidência para cada ano de lactação (STUEBE, 2005). Exposição precoce ao leite de vaca é considerada fator de risco para desenvolvimento de *diabetes mellitus* tipo 1, podendo aumentar a chance de seu aparecimento em 50%. Verificou-se também, em estudos que avaliaram relação entre obesidade em crianças com mais de três anos de idade e tipo de alimentação no início da vida, menor frequência de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas. Em revisão realizada pela OMS, indivíduos amamentados tiveram chance 22% menor de vir a

apresentar sobrepeso/obesidade (DEWEY, 2003). Constatou-se também, que o leite de vaca altera o metabolismo durante o sono de crianças, podendo esse fato estar diretamente associado com o desenvolvimento de obesidade (HAISMA, 2005).

Associa-se também ao aleitamento materno, um melhor desenvolvimento de cavidade bucal, aparelho estomatognático e fonação. A sucção é um reflexo realizado pelo bebê desde a vida intrauterina e na amamentação. Nesta, as estruturas do aparelho estomatognático, coordenadas pelo sistema nervoso central, buscam harmonia da sucção com os processos de respiração e deglutição. No desenvolvimento a sucção é considerada a primeira fase da mastigação, pois envolve os mesmos grupamentos musculares e, portanto, a mastigação adequada no adulto dependerá de uma boa sucção na fase de lactência. A amamentação é fundamental no desenvolvimento adequado dos órgãos fonoarticulatórios, que envolvem língua, lábios, mandíbula, maxilares, bochechas, palato mole e duro, assoalho da boca, musculatura oral e arcadas dentárias, pois por meio da sucção do peito exercita por mais tempo e da forma mais adequada esses órgãos. O ato de sugar o seio materno favorece o equilíbrio das forças musculares de contenção interna e externa, refletindo não só na mastigação futura, como também na fala, respiração e deglutição. Por outro lado, na falta do aleitamento e no desmame precoce, o processo de sucção tende a ocorrer de forma rápida e passiva, minimizando o trabalho da musculatura peribucal e levando à aquisição de hábitos deletérios. Os problemas potencialmente encontrados são o comprometimento do equilíbrio da musculatura orofacial e do crescimento craniofacial, alterações no sistema estomatognático e problemas oclusais. Todos esses são proporcionais ao período, intensidade e frequência com que esses hábitos são praticados. (LOPES, 2013)

O aleitamento materno traz benefícios, não só para o lactente, mas também para a nutriz. Além da proteção contra *diabetes mellitus* tipo 2 já mencionada, serve como método contraceptivo, impõe menor custo financeiro para nutrição do bebê, promove vínculo afetivo entre mãe e filho e traz proteção contra diversos tipos de doença incluindo câncer de mama (câncer de maior mortalidade no sexo feminino no Brasil). Como método anticoncepcional, sabe-se que é excelente nos primeiros seis meses após o parto (98% de eficácia) desde que a mãe esteja realizando AME e não tenha ainda menstruado. O menor custo do aleitamento é bem entendido quando se avalia que o gasto médio mensal com a compra de fórmulas lácteas

infantis para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida no Brasil variou entre de 38% a 133% do salário mínimo em 2004, dependendo da marca da fórmula infantil usada, sem falar nos gastos com doenças, as quais essas crianças são mais propensas a apresentar (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009).

O aleitamento é sabidamente um importante fator protetor contra o câncer de ovário e de mama. Metanálise de seis estudos mostrou que quando o tempo de aleitamento total na vida é maior do que doze meses observou-se um decréscimo significativo do risco de carcinoma epitelial de ovário quando comparado a mulheres que nunca amamentaram (IP, 2009). Já uma grande análise de dados que incluíam 47 estudos epidemiológicos, estimou que para cada 12 meses de aleitamento, tem-se uma redução percentual de 4,3 no risco relativo de câncer de mama (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002).

O recém-nascido, apesar do longo tempo de gestação, é neurologicamente imaturo e assim seria naturalmente dependente do leite materno para sua sobrevivência, assim como do cuidado e apoio dos pais para promoção de sua integração social, proteção, estímulo ao psiquismo e motilidade. A sobrevivência infantil depende da presença da mãe e sua habilidade de amamentar, condição parcialmente reflexa, parcialmente aprendida (CORRÊA, 1996). A amamentação carrega significado que transcende a esfera biológica e constitui um momento singular na formação psíquica do bebê e bem-estar psíquico da mãe, prevenindo também distúrbios no desenvolvimento infantil e vínculo mãe-filho quando bem vivenciada. Estudos associando o aleitamento com o vínculo criado pelo binômio mãe-filho, destacam que as mulheres que optaram por amamentar eram mais responsivas aos sinais das crianças no início da vida, associando a sensibilidade materna à intenção e duração pretendida de amamentar já durante o pré-natal.

Deve-se destacar, porém, que a decisão de amamentar abrange fatores relacionados ao conhecimento, aspectos interpessoais e subjetivos. A mãe que amamenta deve levar em consideração o impacto que receberá, envolvendo empenho físico, mental e afetivo, adaptação e necessidade de apoio de várias origens, exigindo-se, portanto, tempo na tomada de decisão inclusive da descontinuação do aleitamento (SAMPAIO, 2010).

2.2 DESMAME

2.2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O desmame é definido como a cessação do aleitamento materno. Devemos entendê-lo como o fim de um processo gradual e natural de substituição do leite materno por outros alimentos, os quais proverão a alimentação básica da criança. O desmame abrupto deve ser desencorajado, pois o bebê pode se sentir rejeitado pela mãe, gerando insegurança e rebeldia, além de que, para mãe, pode precipitar ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de tristeza e depressão. O desmame natural e gradual, proporciona transição mais fácil e menos estressante para mãe e bebê, preenche as necessidades da criança (fisiológicas, imunológicas, psicológicas) até ela estar madura suficiente para ser desmamada e, pelo menos em teoria, fortalece a relação mãe-filho. Muitas vezes, porém, o aleitamento pode vir a ser interrompido apesar do desejo da mãe em mantê-lo (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009).

Para psicologia, Winnicott fala que um bom desmame depende inicialmente de um processo de amamentação bem conduzido, indicando que a criança teria alguma coisa da qual poderia ser desmamada, sendo o seio objeto perdido e sua falta o incentivaria na busca por objetos substitutos (SAMPAIO, 2010).

2.2.2 RECOMENDAÇÕES

Antes do desmame ser realizado, devem ser avaliados tanto a criança quanto a mãe, procurando sinais de maturidade de ambas as partes que indiquem estarem prontos para esse processo, entre os quais: idade maior do que um ano, menos interesse nas mamadas, aceita variedade de outros alimentos, é segura na sua relação com a mãe, aceita outras formas de consolo, que não o seio materno, aceita não ser amamentada em certas situações, consegue dormir sem mamar no peito, mostra pouca ansiedade quando encorajada a não mamar naquele momento, faz e/ou prefere fazer outras atividades com a mãe ao invés de mamar.

Os fatores maternos modificadores do sucesso no desmame em idade adequada são: mãe deve estar segura de que quer (ou deve) desmamar, entendimento da mãe de que o processo pode ser lento e demandar energia,

(especialmente se a criança ainda não parece pronta), flexibilidade, paciência e compreensão, além de suporte e atenção adicionais à criança e ausência de outras mudanças concomitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009).

O desmame pode ser iniciado pela mãe ou pela própria criança. Quando estas iniciam o desmame normalmente o fazem entre dois e quatro anos de idade. A duração do processo vai variar de criança para criança, sendo que algumas podem levar meses até completar a transição (ENGER, 2015).

Existem técnicas para a realização do desmame que facilitam e padronizam o processo para os pais. A opção recomendada pelo Ministério da Saúde é eliminar uma a duas mamadas a cada semana. Outras opções incluem encurtar as sessões de amamentação ou aumentar o tempo entre as mamadas. Como as crianças se interessam mais na primeira e última mamada do dia (quando sua necessidade de conforto é maior), podem ser retiradas primeiro as mamadas do meio do dia. O aleitamento antes de dormir e no meio da madrugada são as últimas e mais difíceis de serem retiradas. Mesmo com o desmame lento, as mães precisam ficar atentas para sinais de mastite, como dor, vermelhidão ou aumento de sensibilidade (ENGER, 2015).

2.2.3 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

O desmame para ser realizado de forma gradual precisa da introdução de outras formas de nutrição, suplementando o leite materno e eventualmente o substituindo por completo ao final do processo. O leite materno é o alimento ideal nos primeiros seis meses, pois supre sozinho todas as necessidades nutricionais do lactente. Após esse período, a alimentação complementar se torna necessária para suplementar energia, ferro, vitaminas e oligoelementos. Ao final do primeiro ano, aproximadamente metade das necessidades energéticas advém da alimentação complementar (DURYEA, 2015). Estudo anterior acompanhou o estado nutricional de crianças maiores de 12 meses através da avaliação do peso e altura e observaram que esses marcadores pioravam com o prolongamento do AME após os seis meses de vida, com maior prevalência de baixo peso para altura em comparação a crianças adequadamente desmamadas (VICTORA, 1984).

A alimentação complementar começa a ser aceita pelos bebês a partir dos quatro meses de idade, mas a preferência é para que se comece apenas aos seis.

Estudos mostram que a taxa de crescimento é a mesma quando comparadas crianças que introduziram o AMC no quarto mês e as que introduziram ao sexto mês, porém este último grupo apresenta menores índices de infecção gastrointestinal (DURYEA, 2015).

A introdução de alimentos sólidos deve ser adiada até o lactente conseguir sentar com apoio e apresentar bom controle da cabeça e pescoço, entre outros marcos do desenvolvimento, como adequado controle de tronco e a extinção do reflexo de protrusão da língua. Introdução de alimentação sólida antes de quatro meses é potencialmente prejudicial ao lactente, podendo resultar em aspiração da comida, excesso de calorias fornecidas e aumento da carga renal de soluto, com consequente aumento do risco de obesidade (DURYEA, 2015).

Ao sexto mês, o desenvolvimento neuromotor, a tolerância e maturação gastrointestinal e renal (assim como a capacidade de absorver nutrientes) atingiram nível ideal para começar a receber alimentação sólida. Mesmo assim, a introdução deverá ser feita de forma progressiva. Os primeiros alimentos introduzidos devem ser as frutas, na forma de papas com posterior introdução de alimentos cada vez mais consistentes, sendo que antes dos sete meses a criança deve estar recebendo três refeições ao dia (duas papas de frutas e uma papa salgada) e ao final do primeiro ano de vida, deve estar recebendo uma refeição láctea ao acordar (desjejum), uma fruta no lanche da manhã, uma refeição básica da família no final da manhã (almoço), mais uma fruta no lanche da tarde e uma refeição básica da família no final da tarde (jantar), além do leite materno sob livre demanda, não devendo receber mais do que 900ml de leite materno ou fórmula láctea por dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009).

2.2.4 DESMAME PRECOCE

Se o processo de desmame, a introdução de outros alimentos na dieta da criança, ocorrer antes dos seis meses de vida, este é dito precoce. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, os fatores mais frequentemente associados com esse fenômeno são produção insuficiente de leite materno, rejeição do seio pela criança, trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”, hospitalização da criança e problemas nas mamas (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009). A recusa do bebê por vezes

denuncia a própria dificuldade materna na amamentação, sendo que a mãe acaba alegando um fator socialmente aceitável para sua falha (Queiroz, 2005).

O fator mais comumente associado com o desmame precoce é o fornecimento insuficiente de leite materno. Na grande maioria dos casos a produção de leite está na verdade adequada, porém a mãe tem uma falsa sensação de que produz pouco leite. Isso pode ser devido a vários fatores, como a perda de peso fisiológica da criança nas primeiras semanas de vida, falsa impressão de crescimento inadequado do bebê, grande frequência de mamadas diárias, ansiedade da mãe, entre outros, sendo que na maioria dos casos uma boa avaliação clínica, um bom acompanhamento e aconselhamento por parte do profissional de saúde podem ser suficientes para resolver o problema e manter a criança em aleitamento. Apesar de raros, existem distúrbios que afetam direta ou indiretamente a produção do leite materno como o desenvolvimento insuficiente das mamas durante a gravidez, cirurgias prévias na mama, doença hipertensiva específica da gravidez, ovários policísticos, já que nesses casos pode existir realmente um crescimento inadequado caso a criança esteja em AME (SPENCER, 2015). Apesar de frequentemente utilizados na prática, não existe nenhuma comprovação científica de que o uso de estimuladores da galactogenese como metoclopramida e a domperidona seja benéfico para pacientes com sensação de produção inadequada de leite materno e seu uso não deve ser recomendado (SACHS, 2013). É importante salientar também que o estresse e o estado emocional da mulher (depressão, ansiedade) prejudicam diretamente a produção do leite ao interferirem na ação da ocitocina e prolactina, além de levarem a síntese de peptídeos supressores nas células glandulares mamárias (RAMOS, 2003).

A segunda causa mais associada ao desmame precoce é genericamente classificado como “problemas de mama”, os quais incluem lesões de mamilos, vasoconstricção de mamilo, ingurgitamento mamário, obstrução ductal, infecções de mamas e mamilos, dermatites e psoríase (SPENCER, 2015). Em estudo que entrevistou 194 mulheres em Campinas-SP, 48,4% delas declarou que tiveram problemas no seio como dor, inflamação, mastite, problemas de pega ou de bico, uso de medicamentos que atrapalhou a amamentação (VIANNA, 2002). Já em estudo realizado em dois hospitais de Santos- SP, a incidência dos problemas de mama entre as mães e referidos como causadores de dificuldades para amamentar foi de 26,7% e 29,8%, entre o nascimento do bebê e a primeira consulta de retorno,

ocorrendo com menos frequência no período de observação superior a 30 dias (CORRÊA, 1996).

Estudos epidemiológicos realizados no Brasil e no mundo mostraram que as mulheres alegam motivos semelhantes para o desmame, referenciando mais comumente como causas para o desmame “leite insuficiente”, “leite fraco”, “recusa do bebê”, “doença da mãe”, “doença do bebê”, termos genéricos que aparecem de forma universal (VIANNA, 2002). Os motivos que acabam levando ao desmame precoce ainda não estão totalmente esclarecidos e, pela sua importância em termos de saúde pública, merecem ser estudados. Sua dificuldade de elucidação provém do fato de que apesar de ser um processo natural, a amamentação é condicionada por diversos fatores socioculturais e ideológicos, além de depender do estilo de vida da lactante e de eventos não controláveis (doença da mãe ou de bebê).

Estudos anteriores tentaram relacionar ao desame, desde fatores sociodemográficos e econômicos (idade trabalho e escolaridade materna, número de filhos) à falta de suporte social e apoio familiar à mãe que amamenta (VIANNA, 2002). Um estudo realizado em Campinas-SP enfatizou a importância da intenção da mãe em amamentar por mais de seis meses como um dos principais fatores que prorrogam o desmame precoce, destacando a importância da preparação psicológica da mãe para o sucesso da amamentação. Os autores destacam como fatores associados à maior duração do AME: famílias com menos de três pessoas, escolaridade paterna superior a oito anos e presença de irmão, avaliando a influência de cada uma dessas características no período de vida em que se encontra o bebê. O único fator que influenciou diretamente e positivamente em todas as faixas etárias e o único que obteve influência significativa após a oitava semana de vida foi a intenção prévia da mãe em amamentar por mais de seis meses, ou seja, as mães que declararam intenção de amamentar por períodos maiores, o fizeram na prática, sendo que o tempo mediano de AME dessas mães foi de 17,23 semanas, enquanto o tempo mediano de AME do grupo de mulheres que referiram intenção de amamentar por menos de seis meses foi de 6,34 semanas (VIANNA, 2002). No Canadá, onde um estudo mostrou resultados semelhantes, com média de 36,9 semanas de aleitamento total para mulheres com intenção previa de amamentar, enquanto o outro grupo obteve média de 26,4 semanas (RATNER, 1999). Destaca-se assim a importância da intenção de amamentar como fator decisivo na prevenção do desmame precoce.

A necessidade de melhorar o tempo médio de AME entre os bebês nascidos no Brasil justifica a realização do presente estudo. Assim, através dele, buscou-se conhecer e compreender as razões de natureza social, cultural, religiosa e orgânica que podem interferir na opção pelo AME e no processo de desmame.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica, nº 23. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO), WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) AND UNITED NATIONS UNIVERSITY (UNU): Human Energy Requirements. Chapter 2: Energy requirements of infants from birth to 12 months. Available at: <http://www.fao.org/docrep/007/y5686e/y5686e05.htm>. Acesso em: 18/10/2015

SILVA, Isadora Maria Delmiro et al. **TÉCNICA DA AMAMENTAÇÃO: PREPARO DAS NUTRIZES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL ESCOLA, RECIFE-PE.** *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Fortaleza, v. 12, n. esp, p. 1021-7. 2011.

Weigert EM, Giugliani ER, França MC, de Oliveira LD, Bonilha A, do Espírito Santo LC, et al. **Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação.** *J Pediatra (Rio J)*. 2005;81:310-6.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, [S.l.], v. **362**, p. 65-71, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, [S.l.], v. **355**, p. 451-5, 2000.

Escuder MML, Venâncio SI, Pereira JCR. **Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil.** *Rev Saude Publica* 2003; 37(3):319-325.

POPKIN, B.M.; AKIN, J.S.; FLIEGER, W.; WONG, E.L. **Breast-feeding trends in the Philippines, 1973 and 1983.** *Am. J. Public Health*, **79**(1): 32-5, 1989

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. **Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio De Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1857-1863. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. **Lancet** 2000; 355(9202):451-455.

ALBERNAZ, E. P.; MENEZES, A. M.; CESAR, J. A. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 37, p. 37, 2003.

CESAR, J. A. et al. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *B.M.J.*, [S.l.], v. 318, p. 1316-20, 1999.

BARROS FILHO, A. de A.; BARBIERI, M.A; SANTORO, J.R. Influência da duração do aleitamento materno na morbidade de lactentes. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, 99:594-602, 1985

VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo. **Consumo alimentar, amamentação e saúde infantil** / Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna. **Campinas**, SP : [s.n.], 2002.

FLEISCHER, David M. **The impact of breastfeeding on the development of allergic disease**. 2014. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/the-impact-of-breastfeeding-on-the-development-of-allergic-disease>. Acesso em: 18/10/2015

DOGARU CM, NYFFENEGGER D, PESCATORE AM, et al. Breastfeeding and childhood asthma: systematic review and meta-analysis. **Am J Epidemiol** 2014; 179:1153.

WRIGHT AL, HOLBERG CJ, TAUSSIG LM, MARTINEZ FD. Factors influencing the relation of infant feeding to asthma and recurrent wheeze in childhood. **Thorax** 2001; 56:192.

SEARS MR, GREENE JM, WILLAN AR, et al. Long-term relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults: a longitudinal study. **Lancet** 2002; 360:901.

KRAMER MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. **JAMA** 2001; 285:413.

Mimouni Bloch A, Mimouni D, Mimouni M, Gdalevich M. Does breastfeeding protect against allergic rhinitis during childhood? A meta-analysis of prospective studies. **Acta Paediatr** 2002; 91:275.

LIAO SL, LAI SH, YEH KW, et al. Exclusive breastfeeding is associated with reduced cow's milk sensitization in early childhood. **Pediatr Allergy Immunol** 2014; 25:456

HORTA, B. L. et al. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. **Geneva: World Health Organization**, 2007.

STUEBE, A. M. et al. Duration of lactation and incidence of Type 2 Diabetes. **J.A.M.A.**, [S.I.], v. 294, p. 2601-10, 2005.

DEWEY, K. G. Is breastfeeding protective against child obesity? *J. Hum. Lact.*, [S.I.], v. 1, p. 19: 9-18, 2003.

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

LOPES, Teresinha Soares Pereira. Perfil de amamentação e desmame de crianças atendidas em um programa odontológico de atenção materno-infantil e suas

implicações nas características morfológicas funcionais do sistema motor oral. Campinas, SP : (s.n), 2013.

IP S, CHUNG M, RAMAN G, et al. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. **Breastfeed Med** 2009; 4 Suppl 1:S17

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. **Lancet** 2002; 360:187.

CORRÊA, Ana Maria Segall. Aleitamento materno: estudo sobre o impacto das práticas assistenciais. / Ana Maria Segall Corrêa. Campinas, SP ; (s.n), 1996

SAMPAIO, Marisa Amorim et al. **Psicodinâmica Interativa Mãe-Criança e Desmame. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Recife, v. 26, n. 4, p. 613-621. 11/2010.

ENGER, Lisa. **Weaning from breastfeeding: (Beyond the Basics)**. 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/weaning-from-breastfeeding-beyond-the-basics>. Acesso em: 18/10/2015

DURYEA, Teresa K. **Introducing solid foods and vitamin and mineral supplementation during infancy**. 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/introducing-solid-foods-and-vitamin-and-mineral-supplementation-during-infancy>. Acesso em: 18/10/2015

VICTORA, C. G., VAUGHAN, J. P., MARTINES, J. C., & BARCELOS, L. B. (1984). Is prolonged breast-feeding associated with malnutrition? **American Journal of Clinical Nutrition**, 39, 307-314.

Queiroz, T. C. N. (2005). Do desmame ao sujeito. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SACHS HC, Committee On Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. **Pediatrics** 2013; 132:e796.

SPENCER, Jeanne. **Common problems of breastfeeding and weaning**. 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/common-problems-of-breastfeeding-and-weaning>. Acesso em: 18/10/2015.

RAMOS, Carmen V.; ALMEIDA, João A.G. Alegações maternas para o desmame: Estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**. Rio De Janeiro, 06/2003. Caderno p. 385-90.

RATNER, P.A.; JOHNSON, J.L.; BOTTORFF, J.L. - Smoking relapse and early weaning among postpartum women: is there an association? **Birth**, 26 (1): 76 – 82, 1999.

3 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

REVISTA: Jornal de Pediatria (JPed)

3.1 INFORMAÇÕES GERAIS

O Jornal de Pediatria é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com circulação regular desde 1934. Todo o conteúdo do Jornal de Pediatria está disponível em português e inglês no site <http://www.jpmed.com.br>, que é de livre acesso. O Jornal de Pediatria é indexado pelo Index Medicus/MEDLINE (<http://www.pubmed.gov>), SciELO (<http://www.scielo.org>), LILACS (<http://www.bireme.br/abd/P/lilacs.htm>), EMBASE/Excerpta Medica (<http://www.embase.com>), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases (<http://www.siicsalud.com>), Medical Research Index (<http://www.purplehealth.com/medical-research-index.htm>) e University Microfilms International.

O Jornal de Pediatria publica resultados de investigação clínica em pediatria e, excepcionalmente, de investigação científica básica. Aceita-se a submissão de artigos em português e inglês. Na versão impressa da revista, os artigos são publicados em inglês. No site, todos os artigos são publicados em português e inglês, tanto em HTML quanto em PDF. A grafia adotada é a do inglês americano. Por isso, recomenda-se que os autores utilizem a língua com a qual se sintam mais confortáveis e confiantes de que se comunicam com mais clareza. Se um determinado artigo foi escrito originalmente em português, não deve ser submetido em inglês, a não ser que se trate de uma tradução com qualidade profissional.

Observação importante: A língua oficial de publicação do Jornal de Pediatria é o inglês e todo o site de submissão é apresentado exclusivamente em inglês.

3.2 PROCESSO DE REVISÃO (PEER REVIEW)

Todo o conteúdo publicado pelo Jornal de Pediatria passa por processo de revisão por especialistas (peer review). Cada artigo submetido para apreciação é encaminhado aos editores, que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência do Jornal de Pediatria e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais. A seguir, remetem o artigo a dois revisores

especialistas na área pertinente, selecionados de um cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e ao local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, o Conselho Editorial os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Conforme a necessidade, um determinado artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos e, a qualquer momento, pode ter sua recusa determinada. Cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final.

3.3 TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS

O Jornal de Pediatria aceita a submissão espontânea de artigos originais, artigos especiais e cartas ao editor.

Artigos originais incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que quatro.

Artigos que relatam ensaios clínicos com intervenção terapêutica (clinical trials) devem ser registrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos listados pela Organização Mundial da Saúde e pelo International Committee of Medical Journal Editors. Na ausência de um registro latino-americano, o Jornal de Pediatria sugere que os autores utilizem o registro www.clinicaltrials.gov, dos National Institutes of Health (NIH). O número de identificação deve ser apresentado ao final do resumo.

Artigos especiais são textos não classificáveis nas demais categorias, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

Cartas ao editor devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados no Jornal de Pediatria. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, incluindo no máximo seis referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta. São publicados, mediante convite, editoriais, comentários e artigos de revisão. Autores não convidados podem também submeter

ao Conselho Editorial uma proposta para publicação de artigos dessas classificações.

Editoriais e comentários, que geralmente se referem a artigos selecionados, são encomendados a autoridades em áreas específicas. O Conselho Editorial também analisa propostas de comentários submetidas espontaneamente.

Artigos de revisão são avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância clínica, com ênfase em fatores como causas e prevenção de doenças, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico – em geral são escritos, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência. Metanálises são incluídas nesta categoria. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta de artigo de revisão, com um roteiro. Se aprovado, o autor pode desenvolver o roteiro e submetê-lo para publicação. Artigos de revisão devem limitar-se a 6.000 palavras, excluindo referências e tabelas. As referências bibliográficas devem ser atuais e em número mínimo de 30.

3.4 ORIENTAÇÕES GERAIS

O arquivo original – incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas – deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>).

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé, em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

3.5 PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

• Página de rosto:

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

a) título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado;

- b) título abreviado (para constar no topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
- c) nome de cada um dos autores (primeiro nome e o último sobrenome; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
- d) apenas a titulação mais importante de cada autor;
- e) endereço eletrônico de cada autor;
- f) informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
- g) a contribuição específica de cada autor para o estudo;
- h) declaração de conflito de interesse (escrever “nada a declarar” ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
- i) definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
- j) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
- k) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
- l) fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
- m) contagem total das palavras do texto, excluindo resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;
- n) contagem total das palavras do resumo;
- o) número de tabelas e figuras.

• **Resumo:**

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. Não se devem colocar no resumo palavras que identifiquem a instituição ou cidade onde foi feito o artigo, para facilitar a revisão cega. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado conforme descrito a seguir:

• **Resumo de artigo original:**

Objetivo: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística dos achados.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Após o resumo, inclua de três a seis palavras-chave que serão usadas para indexação. Utilize termos do Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. Quando não estiverem disponíveis descritores adequados, é possível utilizar termos novos.

▪ **Abreviaturas:**

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

▪ **Texto:**

O texto dos artigos originais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) **Introdução:** sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

b) **Métodos:** descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os

autores ou, na falta deste, por outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

c) Resultados: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.

d) Discussão: deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações quando pertinentes.

▪ **Agradecimentos:**

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

▪ **Referências bibliográficas:**

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, também conhecido como o estilo Uniform Requirements, que é baseado em um dos estilos do American National Standards Institute, adaptado pela U.S. National Library of Medicine (NLM) para suas bases de dados. Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) para informações sobre os formatos recomendados para uma variedade de tipos de referências. Podem também consultar o site “sample references” (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), que contém uma lista de exemplos extraídos ou baseados em Citing Medicine, para uso geral facilitado; essas amostras de referências são mantidas pela NLM. As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos.

Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word. Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão “no prelo” Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação “observação não publicada” ou “comunicação pessoal” entre parênteses no corpo do artigo. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM “List of Serials Indexed for Online Users”, disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”. Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/>.

▪ **Tabelas:**

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas com letras sobrescritas em ordem alfabética. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo \pm .

▪ **Figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc.):**

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo. As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto e branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em

computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

▪ **Legendas das figuras:**

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

▪ **Lista de verificação:**

Como parte do processo de submissão, os autores são solicitados a indicar sua concordância com todos os itens abaixo; a submissão pode ser devolvida aos autores que não aderirem a estas diretrizes.

1. Todos os autores concordam plenamente com a Nota de Copyright.
2. O arquivo de submissão foi salvo como um documento do Microsoft Word.
3. A página de rosto contém todas as informações requeridas, conforme especificado nas diretrizes aos autores.
4. O resumo e as palavras-chave estão na língua de submissão (inglês ou português), seguindo a página de rosto.
5. O texto é todo apresentado em espaço duplo, utiliza fonte tamanho 12 e itálico em vez de sublinhado para indicar ênfase (exceto em endereços da internet). Todas as tabelas, figuras e legendas estão numeradas na ordem em que aparecem no texto e foram colocadas cada uma em página separada, seguindo as referências, no fim do arquivo.
6. O texto segue as exigências de estilo e bibliografia descritas nas normas de publicação.
7. As referências estão apresentadas no chamado estilo de Vancouver e numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto.

8. Informações acerca da aprovação do estudo por um conselho de ética em pesquisa são claramente apresentadas no texto, na seção de métodos.

9. Todos os endereços da internet apresentados no texto (p.ex., <http://www.sbp.com.br>) estão ativos e prontos para serem clicados.

4. ARTIGO ORIGINAL

FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE EM LACTENTES SAUDÁVEIS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Airton L. Noronha Junior¹, Thiago Reis. Santana¹, Arnaldo A. Lima Junior¹, Rosana Cipolotti².

airtonlima_47@hotmail.com, thiago.reis.01@hotmail.com, arnaldo_aju@hotmail.com, rosanaci@yahoo.com

1- Graduando(a) em Medicina da Universidade Federal de Sergipe

2- Professor(a) do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe.

* Todos autores possuem currículo cadastrado na plataforma Lattes

** Nenhum autor teve qualquer conflito de interesse

Departamento de Medicina, Hospital Universitário, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil.

Autor para correspondência: Airton Lima Noronha Junior.

Endereço: Rua Engenheiro Antônio G. Soares 400, Cond. Piazza Bella, bloco San Marco, apto 801, CEP 49045250, bairro Luzia.

Email: airtonlima_47@hotmail.com

Fone: 079999153286

Título abreviado: Desmame precoce em lactentes saudáveis

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Aleitamento Materno Exclusivo; Desmame Precoce

Número de Palavras: 3692

Tipo de Manuscrito: Artigo Original

4.1 RESUMO

Objetivos: Conhecer o perfil das genitoras, o tempo de aleitamento e os fatores associados ao não aleitamento e desmame precoce. **Metodologia:** Corte transversal, descritivo e analítico, realizado entre junho de 2014 e julho de 2015. Entrevistadas 117 mães, cujos filhos possuíam até 24 meses, atendidas em serviço público e particular de Puericultura de Aracaju. **Resultados:** Média de idade das mães entrevistadas foi de 29,2 anos, 13,68% eram solteiras e 85,47% casadas, a escolaridade das mulheres atendidas no setor público se encontrava no ensino médio em 65,71%, já no privado 93,62% no superior. Mães do público pouco exercendo trabalho fora de casa (apenas 47,15%), enquanto no privado temos o oposto (93,62%). A média de AME de 4,48 meses no público e 4,8 meses no privado. Das crianças do público com menos de seis meses cujas mães foram entrevistadas, apenas 39,28% estavam em AME, dentro da faixa ruim de classificação da OMS. **Conclusão:** Tempo médio de AME no público de 4,48 meses, privado de 4,8. Fator que mais interferiu no aleitamento: Mãe achar que o leite materno não supre as necessidades do lactente (33,33%) e mãe achar que produz pouco (38,46%).

Palavras-chave: Breast Feeding, Exclusive Breast Feeding, Weaning

4.2 INTRODUÇÃO

Amamentação é um tema que continua a merecer atenção no Brasil, pois, apesar das muitas evidências científicas e dos esforços em esclarecer a população sobre sua superioridade e suas diversas vantagens, as taxas de aleitamento materno continuam aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Classifica-se o aleitamento materno (AM) em¹:

- Aleitamento materno exclusivo (AME): Criança recebe apenas leite humano, à exceção de soro de hidratação oral e medicamentos.
- Aleitamento materno predominante (AMP): Além do leite humano, recebe também, água, suco de frutas, chás, e outros fluidos em quantidade limitada.
- Aleitamento materno complementado (AMC): A criança recebe também sólidos ou semissólidos, com o objetivo de complementar o leite materno.
- Aleitamento materno misto (AMM): Além do leite materno, ela recebe também outros tipos de leite.

O desmame se caracteriza pela introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida, incluindo águas, chás ou sucos, na alimentação da criança, diminuindo a ingesta do leite materno, sendo dito precoce quando este ocorre antes dos seis meses de vida¹. O desmame precoce continua sendo fato constante em diversos estudos sobre aleitamento materno no Brasil. Na pesquisa mais recente sobre a prevalência de AME, realizada pelo Ministério da Saúde nas capitais e publicada em 2009, foi identificado que a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do aleitamento materno complementado, de 341,6 dias (11,38 meses). A prevalência do AME em crianças menores de seis meses, residentes em Aracaju, por esse mesmo estudo, foi de 35%².

As causas do desmame precoce incluem fatores ligados ao binômio mãe-filho, como: a forte cultura da mamadeira, os mitos a respeito da amamentação (leite fraco, flacidez das mamas, dentre outros), a falta de informação correta às mães nos serviços de saúde, as rotinas hospitalares incompatíveis com o início e a duração do aleitamento materno, a propaganda indiscriminada de substitutos do leite materno, a dificuldade no cumprimento das leis que protegem as mães trabalhadoras que amamentam, porém os fatores mais associados ao desmame precoce (e que podem fazer parte do mesmo problema) parecem mesmo ser a técnica inadequada e a percepção inadequada da produção de leite pela mãe, a qual acha que está

produzindo em quantidade insuficiente (o que raramente pode ser real, ou seja, a mãe de fato produz pouco)³.

A OMS, a Academia Americana de Pediatria (AAP) e o Ministério da Saúde recomendam o AME até os seis meses de idade, por reconhecerem seus benefícios na saúde, tanto das crianças quanto de suas genitoras.

A amamentação não exclusiva é recomendada a partir dos seis meses (pois o AME já não consegue cobrir todas as necessidades da criança) devendo ser mantida até os dois anos ou mais¹. São benefícios do aleitamento materno: contato entre pele da mãe e do bebê, proteção contra processos infecciosos do trato respiratório e do trato gastrointestinal, presença de imunoglobulina A no leite materno, desenvolvimento adequado dos músculos da mastigação, fornecimento adequado de ferro para o lactente, menor incidência de alergias alimentares⁴. Entre os benefícios para mãe estão, no curto prazo, mais rápida recuperação do peso corporal anterior à gestação, involução uterina mais rápida, redução da resposta ao estresse, e prolongamento do período anovulatório pós-parto. Em longo prazo, comprovadamente reduz o risco de câncer de mama e de ovário e parece diminuir o risco de osteoporose e doenças cardiovasculares⁴.

Em relação aos malefícios do não aleitamento ou do desmame precoce sabe-se que essas crianças são mais propensas a desenvolver diarreia, otite média, pneumonia, sepse, infecção de trato urinário e meningite durante o primeiro ano de vida. Além disso, a utilização precoce de mamadeiras pode causar alterações na respiração nasal e no processo mastigação/deglutição, além de prejuízo na fala. Alguns estudos referem que o desmame precoce também pode estar associado à dificuldade da construção de vínculo afetivo entre a mãe e o bebê⁵. Em longo prazo, está associado em alguns estudos, a maior risco de câncer na infância, obesidade e desenvolvimento de diabetes tipo I³.

A amamentação não exclusiva é recomendada a partir dos seis meses de vida, pois a partir dessa idade o lactente, além de já apresentar a maturidade fisiológica e neuromuscular necessária para receber alimentação não láctea, necessita desse aporte alimentar complementar para suprir suas necessidades nutricionais¹. A transição alimentar deve ser realizada de forma gradual e não abrupta, com a retirada progressiva do leite materno das principais refeições da criança. Os primeiros alimentos introduzidos devem ser as frutas, na forma de papas com posterior introdução de alimentos cada vez mais sólidos, sendo que antes dos

sete meses a criança deve estar recebendo três refeições ao dia (duas papas de frutas e uma papa salgada) e ao final do primeiro ano de vida, deve estar recebendo uma refeição láctea ao acordar (desjejum), uma fruta no lanche da manhã, uma refeição básica da família no final da manhã (almoço), mais uma fruta no lanche da tarde e uma refeição básica da família no final da tarde (jantar), além do leite materno sob livre demanda¹.

Levando-se em conta os malefícios da interrupção do AME e a possível interferência de fatores culturais-regionais no processo de desmame precoce, justifica-se o presente estudo como forma de se identificar fatores que interferem no aleitamento materno de lactentes saudáveis, e, a partir daí, propor medidas de educação em saúde.

O seguinte estudo tem como objetivos: conhecer o perfil social da genitora de lactentes saudáveis de até dois anos de idade atendidos em ambulatório de puericultura de um hospital universitário na região nordeste do Brasil comparando com dados obtidos de um serviço privado de puericultura; determinar frequência e duração de aleitamento materno exclusivo, predominante e complementado de lactentes saudáveis atendidos em hospital universitário público da região Nordeste do Brasil, comparando-o com os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde; identificar a frequência e variáveis associadas que interferem na prática do aleitamento materno exclusivo em lactentes saudáveis da região nordeste do Brasil.

4.3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal envolvendo a população de crianças até dois anos de idade que frequentam os ambulatórios de Puericultura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS), localizado em Aracaju-SE-região nordeste do Brasil e um consultório pediátrico privado localizado na mesma cidade.

As mães foram abordadas no período compreendido entre 14 de julho de 2014 a 15 de junho de 2015, nas consultas de rotina junto com seus filhos, sendo convidadas a participar do estudo. Aquelas que concordaram foram apresentadas a um questionário (Apendice 1) elaborado pelos pesquisadores, que é constituído de questões referentes a variáveis culturais e socioeconômicas relacionadas à amamentação exclusiva e ao desmame precoce.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFS, sob o número de protocolo 0304114.0.0000.5546. Os resultados foram

tabulados e analisados pelo pacote estatístico Epi Info versão 7.1.5. As variáveis contínuas foram apresentadas na forma de média e desvio-padrão e comparadas pelo teste ANOVA; as variáveis categóricas foram apresentadas na forma de números absolutos e proporções e comparadas pelo teste Qui-quadrado. Foram consideradas significantes as diferenças superiores a 95% ($p < 0,05$).

4.4 RESULTADOS

Foram entrevistadas 72 mães, de diversos ambulatórios de puericultura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (serviço público), havendo duas exclusões por não preencherem os critérios de inclusão, totalizando 70 participantes. Na segunda etapa foram entrevistadas 47 mães em consultório particular de puericultura (serviço privado), também localizado em Aracaju, capital de Sergipe.

Ao agrupar e analisar os resultados dos dois grupos, público e privado, obtém-se uma amostra total de 117 entrevistadas, com média de idade de $29,2 \pm 6$ anos, média de idade dos filhos de $9,4 \pm 6,2$ meses e média de filhos por mulher de $1,7 \pm 1,1$. Das 117 mulheres, 115 referem ter realizado o pré-natal, sendo que 76,52% dessas afirmam terem sido instruídas sobre o aleitamento nesse acompanhamento. Em relação ao estado civil, 13,68% eram solteiras, 85,47% casadas, e apenas 0,85% divorciadas. No momento da entrevista, 52,9% estavam ainda amamentando, com 30,65% em AME, 4,84% AMP e 64,52% AMC, verificando-se o tempo médio de aleitamento materno total (considerando todos os tipos) de $7,6 \pm 1,3$ meses.

A média de idade das mães atendidas no serviço universitário foi de 27,85 anos (mínimo de 16, máximo de 41 anos) com média de 2,07 filhos (40% tinham um filho, 35,71% dois filhos, 24,19% três ou mais). Com relação ao estado civil da genitora, 20% das entrevistadas eram solteiras e 80% eram casadas. Com referência à escolaridade da mãe, 2,85% se diziam analfabetas, 24,28% possuíam ensino fundamental incompleto, 4,28% completo, 15,71% possuíam ensino médio incompleto, 40% ensino médio completo, 5,71% possuíam ensino superior incompleto e 7,14%, superior completo. A maioria das genitoras não exercia trabalho remunerado fora de casa (52,85%) e 97,14% dos partos foram realizados em maternidades públicas.

A média de idade das mães atendidas no consultório particular foi de 31,36 anos (mínimo 23, máximo 40) com média de 1,19 filhos/mulher (80,85% um filho e 19,15% dois filhos), 93,62% delas eram casadas, 2,13% divorciadas e 4,26% solteiras, apresentando ensino superior completo em 82,98%. Nesse grupo 6,38% das mulheres não exercia trabalho remunerado e 97,87% dos partos foram realizados em maternidade particular.

A média de idade das crianças do público foi de 9,75 meses, distribuídas da seguinte forma: 40% tinham no momento da entrevista entre um e seis meses; 30% entre sete e doze meses; e mais 30% entre treze e 24 meses. Dos pacientes da rede particular, a média foi de 8,72 meses distribuídos: 38,30% entre dois e seis; 44,68% entre sete e doze; 17,02% entre treze e 21 meses.

Dentre as 70 entrevistadas no serviço público, apenas duas não realizaram pré-natal, e 72,05% das mães referem ter recebido informações sobre aleitamento durante o acompanhamento. Apesar disso, verificou-se que 57,14% apresentavam baixo conhecimento geral sobre a importância do aleitamento, 31,42% moderado e apenas 4,28% elevado conhecimento, enquanto 7,14% não souberam responder. A média geral de AME foi de 4,48 meses, considerando-se todas as mulheres que amamentaram.

Todas as mães entrevistadas no consultório privado realizaram o pré-natal e 82,98% refere terem sido informadas sobre a importância do AME, sendo que 59,57% dessas pacientes apresentam conhecimento elevado, 25,53% moderado e 14,89% apresentaram baixo nível de conhecimento. A média geral de AME foi de 4,8 meses.

Comparando algumas variáveis segundo estar ou ter estado em AME, foram encontrados os resultados descritos na Tabela 1, diferença estatisticamente significativa apenas em relação à idade do filho (média de 2,9 meses no grupo de AME e de 10,5 meses no grupo que não utilizou AME). Já na comparação de algumas variáveis segundo ser atendido na rede pública ou privada, foram obtidos os dados mostrados na tabela 2, mostrando diferença estatisticamente significativa nas variáveis idade materna (média de 27,8 no público e 31,3 no privado) e número de filhos (média de 2 por mulher no público e de 1,1 por mulher no privado).

Tabela 1: Comparação das variáveis segundo ter feito aleitamento materno exclusivo ou não

Variável	Aleitamento Materno Exclusivo	Todas os outros tipos de aleitamento + nunca foi amamentado	Total	p
Prenatal (sim)	18 (15,6%)	97 (84,3%)	115	0,73
Informação sobre aleitamento no prenatal (sim)	13 (14,7%)	75 (85,3%)	88	0,86
Idade materna em anos (média; desvio-padrão)	28,7; 6,5	29,3; 5,9		0,86
Idade do filho em meses (média; desvio-padrão)	2,9; 1,5	10,5; 6,0		<0,001
Número de filhos (média; desvio-padrão)	1,5; 0,6	1,7; 1,2		0,56
Atendimento em serviço público	11 (10,6%)	59 (50,4%)	117	0,94
Atendimento em serviço privado	8 (9%)	39 (30%)		

Tabela 2: Comparação das variáveis segundo ser atendido na rede pública ou na rede privada de assistência médica

Variável	Serviço Público	Serviço Privado	Total	p
Pré-natal (sim)	68 (97,1%)	47 (100%)	115	0,65
Informação sobre aleitamento no pré-natal (sim)	49 (72%)	39 (82%)	88	0,25
Idade materna em anos (média; desvio-padrão)	27,8; 6,4	31,3; 4,4		0,008
Idade do filho em meses (média; desvio-padrão)	9,7; 7,1	8,7; 4,6		0,38
Número de filhos (média; desvio-padrão)	2,0; 1,3	1,1; 0,3		<0,001
Aleitamento materno exclusivo	11 (57,8%)	8 (42,1%)	19	0,94

Em relação aos lactentes atendidos no serviço público que estavam sendo amamentados no momento da entrevista, a maioria das mães (89,47%) respondeu que não substituiria o leite materno por fórmula, caso tivessem acesso gratuito. Das que substituiriam, 5,26% justificaram pela comodidade do uso do substituto, 2,63% por acharem que produz pouco leite, 2,63% por acharem que o leite materno é equivalente a outros leites. O conhecimento apresentado por essas mães que estavam amamentando se encontrava baixo em 50%, moderado em 39,47%, elevado em 5,26% dos casos, e 5,26% não souberam responder. Metade das crianças com menos de seis meses não estavam em AME, sendo que 45,45% das mães justificaram que o leite materno não supre as necessidades do bebê, 36,36% justificaram que produziam pouco leite, 18,18% apontaram retorno ao trabalho como causa para introduzir fórmulas lácteas antes dos seis meses.

Entre as mulheres que amamentaram por no mínimo um mês, mas não estavam amamentando quando responderam ao questionário, o conhecimento sobre o aleitamento foi: 60% baixo; 35% moderado; 5% alto; 10% não souberam responder. Dessas mães, 45% iniciaram aleitamento não exclusivo antes dos seis meses, sendo que 11,11% afirmaram que o aleitamento materno não supre as necessidades do bebê, 33,33%, que produziam pouco leite, 11,11%, que o AME equivale ao misto, 22,22% precisaram voltar a trabalhar e

mais 22,22% deram outro motivo. A duração média do aleitamento materno dessas pacientes foi de 8,5 meses. Dentre essas crianças, 20% continuaram sendo amamentadas após o primeiro ano de vida.

O nível de conhecimento no último grupo de pacientes (nunca amamentaram ou pararam com menos de um mês) foi de 75% demonstrando baixo conhecimento, 16% moderado e 8% não souberam responder. Perguntadas se gostariam de ter amamentado, 91,66% responderam que sim. Entre as justificativas de não ter amamentado, 58,33% referem que produziam pouco leite, 16,66% justificaram que seu filho teria uma doença que impediria o aleitamento e 16,66% deram outros motivos. Em resposta a como perceberam que produziam pouco leite, 28% referiram ter sido informadas por médico, 14,28% achavam que seu leite tinha pouca consistência, 42,85% referiram sensação de peito vazio e 14,28% referiram que a criança não ficava saciada com a amamentação.

Em relação ao primeiro alimento que é oferecido a criança durante o desmame, obtiveram-se os seguintes resultados: 42% utilizaram fórmulas lácteas ou leite de vaca integral; 10,63% sucos; 21,27% frutas; 19,14% papa salgada; 6,38% água.

Observou-se que, das 54 crianças que receberam alimentos à base de leite de vaca, 9,25% utilizavam leite de vaca integral *in natura*, 37,03% utilizavam fórmulas lácteas e 53,7% utilizavam leite de vaca em pó integral. Considerando-se apenas os menores de seis meses, 60% utilizavam leite de vaca integral e apenas 33,33% receberam fórmulas lácteas a base de leite de vaca. Questionadas sobre a fonte da informação para a escolha do substituto, 40,74% referiram que não buscaram, 48,14% que buscaram com algum profissional de saúde e 11,11% com familiares. Observou-se que 78% das entrevistadas referiram usar ou já ter usado adição de amido ao leite artificial. Destas, 39,53% não buscaram informação antes do uso, 37,2% responderam que usaram por indicação de familiar e 23,25% por algum profissional de saúde.

4.5 DISCUSSÃO

O aleitamento materno é essencial para o desenvolvimento do lactente trazendo inúmeros benefícios para o mesmo e para a genitora. Comprovadamente o mais benéfico é o AME, realizado durante os seis primeiros meses de vida da criança, pois nessa faixa etária é suficiente para suprir todas as necessidades fisiológicas. A média geral de AME encontrada no Hospital Universitário da UFS no período do estudo foi de 4,48 meses, semelhante ao grupo de pacientes da rede privada de 4,8 meses e bem próximo ao preconizado pela OMS. Apesar da maior escolaridade nas mulheres do setor privado e o fato de a maioria delas ter demonstrado maior conhecimento sobre a importância do aleitamento, os níveis de AME foram bem semelhantes, podendo ser esse resultado devido

a importância da intervenção médica e protocolada sobre amamentação realizada no Hospital Universitário. Maior escolaridade materna está diretamente associada com maior duração da AME como mostram Queluz e Salustiano^{6,7}. Já em relação ao tempo total de qualquer tipo de aleitamento, os lactentes atendidos no serviço público apresentam nível melhor (apesar de ainda ruim) em relação ao privado, 8,5 meses contra 6,75 meses respectivamente. Essa diferença pode estar relacionada ao fato das mulheres que foram atendidas no setor privado apresentarem em sua maioria trabalho remunerado fora de casa o que pode influenciar na parada da amamentação, como observado por outros autores^{8,9,10,11}.

Fazendo a análise dos dois grupos (privado e público) em conjunto como mostrado na tabela 1 percebe-se que o pré-natal serviu como fonte de orientação para mãe sobre o aleitamento para grande maioria delas, bem diferente do encontrado por Vianna⁸, cujo estudo apresentou 66% das mulheres referindo não ter recebido qualquer informação. Porém não houve associação significativa dessa variável com a escolha do tipo de aleitamento ($p=0,73$), diferente do que mostrou o estudo de Freitas et al¹². Obteve-se uma média de idade materna em anos de $28,7\pm 6,5$ das mães em AME e de $29,3\pm 5,9$ para as outras, não tendo essa variável também mostrado influência ($p=0,86$), corroborando com os achados de outros autores^{8,13,7}, sendo sua influência ainda fonte de controvérsia. Por outro lado, a idade do filho relacionou-se ao uso de AME ($p<0,001$), provavelmente devido a média de idade encontrada para os lactentes em AME de $2,9\pm 1,5$ meses, quando a introdução de outros alimentos seria muito precoce. A média de filhos por mulher em AME foi de $1,5\pm 0,6$ comparada com $1,7\pm 1,2$ do outro grupo (médias similares), com $p=0,56$ sem influência estatística sobre o AME, ao contrário do que mostra o estudo de Freitas et al¹², cujos resultados relacionaram positivamente o AME com multiparidade.

Comparou-se diretamente as respostas segundo o local de atendimento (setor público ou privado) como mostrado na tabela 2. Não houve diferença na proporção de mães que referem realização do pré-natal ($p=0,65$), pois atualmente esse acompanhamento é acessível. Também não houve diferença estatística entre os dois setores com relação a receber ou não informação sobre o aleitamento durante esse acompanhamento ($p=0,25$), porém a qualidade desse aconselhamento pode ter sido distinta pelos resultados discrepantes entre o conhecimento demonstrado em cada grupo. A idade das mães que frequentavam esses serviços divergiu significativamente ($p=0,008$) com média de idade das genitoras que frequentaram o setor público de $27,8\pm 6,4$ anos contra $31,3\pm 4,4$ anos das do serviço privado, podendo estar correlacionado ao fato de que a maioria das mulheres do segundo tinha ensino superior completo e trabalhavam fora de casa, enquanto que a maioria das mulheres do primeiro tem apenas ensino médio e também a maioria não tinha trabalho remunerado fora do lar, justificando uma maior precocidade para gestar. O número de filhos

também diferiu significativamente entre os grupos ($p < 0,001$), com média de $2 \pm 1,3$ filhos por mulher atendida no serviço público em comparação a $1,1 \pm 0,3$ filhos por mulheres atendidas no privado, pois a renda *per capita* pode influenciar na taxa de fecundidade. Inexistiu diferença também entre esses grupos quanto a taxa de AME ($p = 0,94$), o que pode ser devido a um bom serviço de puericultura no Hospital Universitário, pois a influência da maior escolaridade do grupo do serviço privado não se traduziu em melhor taxa de AME.

Com relação às causas de desmame precoce estudadas (apenas entre as mães atendidas no serviço público) observou-se que justificativas mais frequentemente apresentadas foram: por produzir pouco leite materno em 38,46% e; por achar que o leite materno não supriria as necessidades ou seria equivalente a outros tipos de leite com 33,33% das respostas. A segunda resposta pode ser justificada pelo baixo conhecimento teórico dessas mães sobre os benefícios do aleitamento, ilustrado pelo fato de que os piores níveis de conhecimento foram encontrados no subgrupo de mães que nunca amamentaram ou pararam com menos de um mês, com 75% delas demonstrando conhecimento de nível baixo pela avaliação. Já a primeira justificativa pode estar diretamente relacionada com o nível de suporte que essa lactante recebe pelos profissionais de saúde. Sabe-se que apenas na minoria das vezes esse diagnóstico é dado, pois na grande maioria deles, a sensação de baixa produção de leite materno é devida a fatores como a perda de peso fisiológica da criança nas primeiras semanas de vida, falsa impressão de crescimento inadequado do bebê, grande frequência de mamadas diárias, ansiedade da mãe, entre outros, como descrito no artigo de Spencer³, sendo que na maioria dos casos uma boa avaliação clínica, um bom acompanhamento e aconselhamento por parte do profissional de saúde podem ser suficientes para resolver o problema e manter a criança em aleitamento.

Outro achado preocupante foi a grande proporção de mães (42%) que usam algum substituto de leite materno como o primeiro alimento que não o leite materno, corroborando com a ideia de que essas mães realmente acreditam que o AME é similar aos outros tipos e não supriria as necessidades do lactente. Além disso, o Ministério da Saúde¹ recomenda a papa vegetal como primeiro alimento, a ser introduzido após o primeiro semestre de vida em AME, o que aconteceu na amostra estudada em apenas em 19,14% das vezes.

O presente estudo apresentou resultados diferentes aos obtidos pela II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, realizada em todas as capitais brasileiras em 2009². Comparando-se a média geral de duração do AME encontrada no presente estudo com a encontrada na pesquisa do MS, percebe-se que aquela (4,8 meses) é bem superior à mediana encontrada nas capitais brasileiras, que foi de 1,8 meses, à do nordeste de apenas 34 dias e também a de Aracaju de 1,66 meses. Essa grande diferença de prevalência do AME nos estudos pode ser explicada pelo fato desse artigo ter utilizado um Hospital Universitário para colher os dados, onde geralmente há maior busca pela

conduta mais próxima possível do que é recomendado. Das 28 crianças com menos de seis meses cujas mães foram entrevistadas, 39,28% estavam em AME, ou seja, dentro ainda da faixa ruim de classificação da OMS, assim como observado em 24 das capitais brasileiras e compatível com a realizada em Aracaju de 35%, com a média brasileira de 41% e das capitais nordestinas de 37%. Levando em consideração, porém, apenas as mulheres que já haviam parado de amamentar no momento da entrevista, 65% delas amamentaram por no mínimo seis meses, mesmo que de forma complementada, valor consideravelmente superior à média nacional. Observou-se entre as mães que já haviam parado de amamentar, que a mediana da duração de qualquer modalidade de aleitamento materno foi de 8,5 meses, abaixo do encontrado pelo MS para o Brasil de 11,2 meses, para o Nordeste de 11,5 meses e para Aracaju, o qual obteve média pouco maior de um ano².

Conclui-se que os fatores que mais contribuem para baixas taxas de AME são causas evitáveis, requerendo educação e apoio integral da parte dos profissionais de saúde.

4.6 TABELAS

Tabela 1: Comparação das variáveis segundo ter feito aleitamento materno exclusivo ou não

Variável	Aleitamento Materno Exclusivo	Todas os outros tipos de aleitamento + nunca foi amamentado	Total	p
Prenatal (sim)	18 (15,6%)	97 (84,3%)	115	0,73
Informação sobre aleitamento no prenatal (sim)	13 (14,7%)	75 (85,3%)	88	0,86
Idade materna em anos (média; desvio-padrão)	28,7; 6,5	29,3; 5,9		0,86
Idade do filho em meses (média; desvio-padrão)	2,9; 1,5	10,5; 6,0		<0,001
Número de filhos (média; desvio-padrão)	1,5; 0,6	1,7; 1,2		0,56
Atendimento em serviço público	11 (10,6%)	59 (50,4%)	117	0,94
Atendimento em serviço privado	8 (9%)	39 (30%)		

Tabela 2: Comparação das variáveis segundo ser atendido na rede pública ou na rede privada de assistência médica

Variável	Serviço Público	Serviço Privado	Total	p
Pré-natal (sim)	68 (97,1%)	47 (100%)	115	0,65
Informação sobre aleitamento no pré-natal (sim)	49 (72%)	39 (82%)	88	0,25
Idade materna em anos (média; desvio-padrão)	27,8; 6,4	31,3; 4,4		0,008
Idade do filho em meses (média; desvio-padrão)	9,7; 7,1	8,7; 4,6		0,38
Número de filhos (média; desvio-padrão)	2,0; 1,3	1,1; 0,3		<0,001
Aleitamento materno exclusivo	11 (57,8%)	8 (42,1%)	19	0,94

4.7 AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Sergipe, ao serviço de puericultura do Hospital Universitário HU-UFS e aos funcionários do ambulatório pediátrico do serviço privado onde foi realizada a pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica, nº 23. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. SPENCER, Jeanne. Common problems of breastfeeding and weaning. UpToDate. Jun 17, 2015. Disponível em: < <http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 26/07/2015.
4. SCHANLER, J Richard. Infant benefits of breastfeeding. UpToDate. Jul 15, 2015. Disponível em: < <http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 26/07/2015.
5. SAMPAIO, Marisa Amorim et al. Psicodinâmica interativa mãe-criança e desmame. Psic.: Teor. e Pesq. [online]. 2010, vol.26, n.4, pp. 707-715. ISSN 0102-3772.
6. QUELUZ MC, PEREIRA MJB, SANTOS CB, LEITE AM, RICCO RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. Rev Esc Enferm.USP. 2012; 46(3): 537-543
7. SALUSTIANO LPQ, DINIZ ALD, ABDALLAH VOS, PINTO RMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2012;34(1):28-33
8. VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo. Consumo alimentar, amamentação e saúde infantil / Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna. Campinas, SP : [s.n.], 2002.
9. SCOTT, J.Á.; AITKIN, I.; BINNS, C.W.; ARONI, R.A. - Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth, Australia. Acta Paediatr, 88: 416-21,1999.
10. HAMMER, L.D.; BRYSON, S.; AGRAS, W.S. - Development of feeding practices during the first 5 years of life. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 153: 189-94, 1999.

11. PEREZ-ESCAMILLA, R.; LUTTER, C.; SEGALL-CORREA, A.M.; RIVERA, A.; TREVINO-SILLER, S.; SANGHVI, T. - Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American Countries. **J Nutr**, **125**: 2972-84, 1995.
12. FREITAS TCSB, SILVA SC, CHAVES RG, LAMOUNIER JA. Prevalência do aleitamento materno e fatores associados à interrupção da amamentação em mulheres militares. *Rev. paul. pediatr.* 2012;30(4):493-498
13. RAVEN, FGdaC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo aos 6 meses de vida da criança. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2013.

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Universidade Federal de Sergipe

Pesquisa: Avaliação da frequência e fatores associados ao desmame precoce em lactentes saudáveis atendidos em um Hospital Universitário da região Nordeste do Brasil

Sra:.....
Mãe de.....

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa acima citado. Sua colaboração neste estudo será de muita importância, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. As informações conseguidas neste estudo serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar a sua identificação. O objetivo desta pesquisa é conhecer quantas mães amamentam seus filhos somente com leite materno, e por quanto tempo o fazem. Além disso, queremos saber se, caso inicie outro tipo de alimento, por que razão decidiram fazer isso.

A participação nesta pesquisa não acarretará qualquer gasto financeiro. É garantida a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem necessidade de qualquer explicação. Você tem o direito de se manter informado a respeito dos resultados parciais da pesquisa. Os resultados deste estudo serão mantidos em sigilo e serão utilizados somente para esta pesquisa, sendo divulgados em publicações científicas, assegurando-se o caráter confidencial dos dados e da identificação dos participantes.

Aracaju/SE, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Pesquisadores:

Airton Lima Noronha Jr. (Acadêmico da graduação em Medicina – Universidade Federal de Sergipe) – Telefone: (79) 9915 3286

Arnaldo Alves Lima Jr. (Acadêmico da graduação em Medicina – Universidade Federal de Sergipe) – Telefone: (79) 9163 0815

Thiago Reis Santana (Acadêmico da graduação em Medicina – Universidade Federal de Sergipe) – Telefone: (79) 99103797

Rosana Cipolotti (Professora do Departamento de Medicina – UFS).
Universidade Federal de Sergipe – Hospital Universitário – Departamento de Medicina – Rua Cláudio Batista nº 505 – Aracaju – Sergipe – CEP: 49.060-025

Questionário sobre aleitamento

Dados da Mãe

1. Idade da mãe: _____
2. Estado civil: Solteira Casada/União estável Divorciada Viúva
3. Escolaridade: Analfabeta E. fundamental incompleto E. fundamental completo E. médio incompleto E.médio completo E. superior incompleto E. superior completo
4. Profissão: Dona de casa Outras _____
5. Número de filhos biológicos: ____
6. Total de crianças que moram com o casal: _____

Informações sobre a última gravidez

7. Data de nascimento do filho caçula: / /
8. Idade do filho caçula: _____
9. Onde foi realizado o parto: _____
10. A mãe realizou acompanhamento pré-natal? Sim Não

Se sim, responda:

11. Recebeu informações sobre aleitamento materno no acompanhamento pré-natal? Sim Não
12. A mãe está amamentado o último filho(caçula)? Sim Não

Se sim, responda as questões da pagina 2:

13. A mãe amamentou o último filho(caçula)? Sim Não

Se sim, responda as questões da pagina 3:

Se nunca amamentou (**ou se amamentou durante no máximo um mês e parou**) o último filho responda as questões da página 4:

Perguntas para a mãe que amamenta:

14. A mãe sabe a importância do aleitamento?

A partir da resposta da mãe marque (Obs. pode marcar mais de uma opção):

- Demonstrou conhecimento sobre a importância do aleitamento para nutrição do bebê.
- Demonstrou conhecimento sobre a importância do aleitamento para imunidade do bebê.
- Demonstrou conhecimento sobre a importância do aleitamento para a saúde da mãe.
- Disse que não sabe.
- Disse informações equivocadas.

15. Se tivesse acesso gratuito a substituídos do leite materno, substituiria a alimentação da criança?

- Não Sim, Por que (questões estéticas da mama Comodidade Acha que o leite materno é equivalente ao substituto Acha que produz pouco Não soube informar).

16. O tipo de aleitamento:

- Aleitamento materno exclusivo Aleitamento materno predominante Aleitamento materno complementado

Se a resposta anterior NÃO for exclusivo, responda a questão 17:

17. Com quantos meses ofereceu outros alimentos para a criança: _____

Se a resposta anterior for menor que 6 meses, responda as próximas questões:

18. Por que do aleitamento misto (Obs. pode marcar mais de uma opção):

- Acha que o leite materno não supre as necessidades do bebê.
- Acha que produz pouco leite materno.
- Acha que o seu leite é “fraco” em comparação a outros leites maternos.
- Acha que o aleitamento misto equivale ao aleitamento exclusivo.
- Não soube responder.
- Outro motivo _____

19. Qual foi o primeiro alimento, além do leite materno, oferecido a criança?

20. Se usa algum substituto do leite materno responda:

Qual o tipo de substituto do leite materno? (Obs. pode marcar mais de uma opção)

- Leite de vaca Formulações especiais para recém nascidos Leite em pó comum

21. Onde a mãe buscou informação para escolher o substituto do leite materno?

- Não buscou informação Médico Banco de leite Familiar Amigo Livro Internet Outros meios de comunicação Não sabe

22. Usa ou usou engrossantes(Ex.: maizena, mucilon, cremogema, etc): Sim Não

23. Onde a mãe buscou informação para usar o engrossante?

- Não buscou informação Médico Banco de leite Familiar Amigo Livro Internet Outros meios de comunicação Não sabe

Perguntas para a mãe que amamentou:

24. Amamentou o bebê até que idade? Amamentei até _____ porque _____ (Complete o segundo somente se parou precocemente, antes dos 6 meses).

25. Foi informada sobre a importância da amamentação exclusiva até os seis meses?

Não Sim, por quem? _____

26. A mãe sabe a importância do aleitamento?

A partir da resposta da mãe marque (Obs. pode marcar mais de uma opção):

- Demonstrou conhecimento sobre a importância do aleitamento para nutrição do bebê.
- Demonstrou conhecimento sobre a importância do aleitamento para imunidade do bebê.
- Demonstrou conhecimento sobre a importância do aleitamento para a saúde da mãe.
- Disse que não sabe.
- Disse informações equivocadas.

27. Com quantos meses ofereceu outros alimentos para a criança: _____

28. Qual foi o primeiro alimento, além do leite materno, oferecido a criança?

29. Se usa substituto do leite materno, responda:

Qual o tipo de substituto do leite materno? (Obs. pode marcar mais de uma opção)

Leite de vaca Formulações especiais para recém nascidos Leite em pó comum

30. Onde a mãe buscou informação para escolher o substituto do leite materno?

Não buscou informação Médico Banco de leite Familiar Amigo Livro Internet Outros meios de comunicação Não sabe

31. Usa ou usou engrossantes (Ex.: maizena, mucilon, cremogema, etc):

Sim Não

32. Onde a mãe buscou informação para usar o engrossante?

Não buscou informação Médico Banco de leite Familiar Amigo Livro Internet Outros meios de comunicação Não sabe

Perguntas para a mãe que não amamenta e não amamentou:

33. A mãe sabe a importância do aleitamento?

A partir da resposta da mãe marque (Obs. pode marcar mais de uma opção):

- Demonstrou conhecimento sobre a importância do aleitamento para nutrição do bebê.
- Demonstrou conhecimento sobre a importância do aleitamento para imunidade do bebê.
- Demonstrou conhecimento sobre a importância do aleitamento para a saúde da mãe.
- Disse que não sabe.
- Disse informações equivocadas.

34. A mãe gostaria ter amamentado a criança? Sim Não

35. Qual o tipo de substituto do leite materno? (Obs. pode marcar mais de uma opção)

- Leite de vaca
- Formulações especiais para recém nascidos
- Leite em pó comum

36. Onde a mãe buscou informação para escolher o substituto do leite materno?

- Não buscou informação
- Médico
- Banco de leite
- Familiar
- Amigo
- Livro
- Internet
- Outros meios de comunicação
- Não sabe

37. Usa ou usou engrossantes (Ex.: maizena, mucilon, cremogema, etc): Sim Não

38. Onde a mãe buscou informação para usar engrossante?

- Não buscou informação
- Médico
- Banco de leite
- Familiar
- Amigo
- Livro
- Internet
- Outros meios de comunicação
- Não sabe

39. Por que a mãe não amamentou? (Obs. pode marca mais de uma opção)

- Não teria tempo, pois voltaria a trabalhar logo
- Conforto da utilização de um substituto. (Obs. se a resposta anterior for positiva não marque essa opção).
- Porque o bebê possui uma doença que impede o aleitamento.
- A mãe possui uma doença que impede o aleitamento
- Mãe toma medicamentos nocivos ao bebê.
- A mãe não produziu leite materno ou produziu pouco.
- Acha que o leite materno é equivalente ou próximo aos substitutos.
- Acha que a amamentação prejudica a estética da mama.
- Não soube informar.
- Outro motivo _____

-Se a mãe acha que não produz ou produz pouco leite materno responda:

40. Como a mãe percebeu que produzia pouco:

- Informada por profissional da saúde
- Informada por familiares/amigos
- Ela percebeu que seu leite não tinha 'consistência'
- Sensação de 'peito vazio'
- A criança não ficava saciada com o leite
- Outro motivo _____