



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**

**CAMPUS DE CHAPECÓ**

**CURSO DE ENFERMAGEM**

**GRACIELE BETTI**

**MOTIVOS ENVOLVIDOS NO DESMAME DE CRIANÇAS MENORES DE SEIS  
MESES DE VIDA**

**CHAPECÓ**

**2014**

**GRACIELE BETTI**

**MOTIVOS ENVOLVIDOS NO DESMAME DE CRIANÇAS MENORES DE SEIS  
MESES DE VIDA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Msc. Tassiana Potrich

**CHAPECÓ**

**2014**

## DGI/DGCI - Divisão de Gestão de Conhecimento e Inovação

Betti, Graciele

MOTIVOS ENVOLVIDOS NO DESMAME DE CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES DE VIDA/ Graciele Betti. -- 2014.

71 f.:il.

Orientadora: Tassiana Potrich.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Enfermagem, Chapecó, SC, 2014.

1. Saúde da criança. 2. Lactente. 3. Nutrição do Lactente. 4. Aleitamento Materno. 5. Desmame. I. Potrich, Tassiana, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

GRACIELE BETTI

MOTIVOS ENVOLVIDOS NO DESMAME DE CRIANÇAS MENORES DE SEIS  
MESES DE VIDA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Msc. Tassiana Potrich

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em: 01/12/14

BANCA EXAMINADORA:

Tassiana Potrich

Profª Msc. Tassiana Potrich

Joice Moreira Schmalfluss

Profª Msc. Joice Moreira Schmalfluss

Chris Netto de Brum

Profª Msc. Chris Netto de Brum

Profª Msc. Érica de Brito Pitilin (Suplente)

Dedico esta conquista

Aos meus pais,

Alexandre Luiz Betti e Leila Ribeiro de Freitas  
Betti

Por guiarem e orientarem meus passos durante  
toda a trajetória;

Por me apoiarem e confiarem nas minhas  
decisões;

Por proverem tudo que esteve ao seu alcance  
para que esse momento fosse possível; e

Pela dedicação e amor infinitos.

Ao meu namorado Douglas Spengler,

Por sua existência;

Pelo companheirismo, respeito e incentivo; e

Por manter-se sempre presente em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser autor da minha história, meu guia e companheiro, permitindo que tudo isso pudesse ser realizado, não somente nestes anos como universitária, mas em todo o percurso anterior. É o maior mestre que alguém pode conhecer.

Aos meus pais, Alexandre Luiz Betti e Leila Ribeiro de Freitas Betti, por me incentivarem e me apoiarem desde pequena a trilhar esse caminho, permanecendo comigo nessa longa trajetória que se iniciou ainda no ensino fundamental, não medindo esforços para que eu chegasse até essa conquista.

À minha irmã, Tainá Betti, que compreendeu a minha ausência nos momentos dedicados ao estudo, por ser minha amiga e parceira, ouvindo minhas confissões e me ajudando, mesmo que de longe.

Ao meu namorado, melhor amigo e companheiro de todas as horas, Douglas Spengler, pelo carinho, compreensão e amor. Por me ouvir em muitos momentos de medo, angústias, e decepções, sempre me estimulando e ajudando a seguir em frente, e estando sempre ao meu lado nessa trajetória. Por ficar feliz também, quando assim eu estava.

Aos meus avós, que sempre incentivaram e acreditaram na minha conquista.

Às minhas tias Vera e Justina, por despertarem em mim a paixão pela área da saúde, quando eu ainda era criança, com diversas histórias vividas dentro das instituições de saúde onde trabalharam e tirando diversas dúvidas que tive sobre a profissão, e por sempre me darem força para seguir adiante, ajudando com tudo que estivesse ao seu alcance.

À Universidade Federal da Fronteira Sul, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje eu vislumbro um horizonte superior, baseado na ética e confiança dos presentes, e também pela oportunidade de vivenciar e experimentar novos caminhos, descobrir novas e culturas e desenvolver novas amizades.

À professora Msc. Tassiana Potrich, minha orientadora, que se propôs a desenvolver este trabalho comigo, pela dedicação e disposição para o compartilhamento de todo o seu conhecimento e experiências, pelas correções, incentivos e apoio.

À coordenadora de curso Dra. Valéria Silvana Faganello Madureira, pela compreensão e resolução das diversas dificuldades e desafios enfrentados e demandas apresentadas até o momento da colação de grau, pela dedicação e incentivo durante todo o percurso.

A todos os professores, por proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade no processo de educação na minha formação profissional, pelo tanto que se dedicaram a mim, e não somente por terem me ensinado, mas

por terem feito eu aprender. A palavra mestre nunca fará justiça aos professores dedicados, aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos, e serão meus inspiradores de postura e ética pessoal e profissional.

Aos meus colegas, onde muitos se tornaram amigos no decorrer do tempo de convivência, que de alguma forma me ajudaram durante toda a minha vida acadêmica.

Aos meus amigos, alguns distantes e outros perto, sempre se fizeram presentes nessa longa trajetória, pelos momentos de lazer, de reflexão e de palavras amigas, que vão continuar presentes em minha vida certamente.

À todos que, diretamente ou indiretamente contribuíram e fizeram parte da minha formação e da minha história, para que fosse possível eu chegar até essa conquista, deixo o meu muito obrigado!

"Escolhe um trabalho de que gostes, e não terás que trabalhar nem um dia na tua vida"  
(Confúcio).

## RESUMO

O desmame de crianças menores de seis meses de idade ocorre frequentemente no Brasil, podendo implicar em diversas consequências para esse indivíduo, o qual se encontra em pleno momento de crescimento e desenvolvimento. Diante do exposto, tem-se como **objetivo** deste estudo conhecer os motivos que levam as mães a realizarem o desmame de seus filhos antes dos seis meses de vida na cidade de Chapecó/SC. O **percurso metodológico** escolhido para alcançar o objetivo é um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em um Centro de Saúde da Família localizado no município de Chapecó, SC. A produção dos dados deu-se no mês de setembro de 2014, com nove mães após aprovação pela Secretaria de Saúde Municipal e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob parecer número 772.266. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução número 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. A coleta de dados deu-se por entrevista gravada. A análise dos dados foi realizada pelo método de análise de conteúdo, proposta por Laurence Bardin. Após a análise do material emergiram duas categorias temáticas: interpretação materna acerca da necessidade da introdução de complemento alimentar, o qual verifica que as mães acreditam que a criança quer, precisa ou pede outros alimentos devido as suas reações; e influências de fatores biológicos, sociais e culturais do desmame precoce, quando a nutriz acredita que tem pouco leite ou que ele acabou, por indicação médica, em decorrência do trabalho fora de casa, por influência das avós e de outras pessoas de sua rede social. Ao final do trabalho podemos **concluir** que os motivos que levam as mães a interromperem o aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses de vida de seus filhos permeiam a interpretação acerca da necessidade de introdução de outros alimentos, e as influências biológicas, sociais e culturais. Assim, percebemos que há necessidade da sensibilização das mães pelos profissionais de saúde e de sua rede social para a promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, podendo ser realizado por meio de ações interdisciplinares e em rede.

**Palavras-chave:** Saúde da criança. Lactente. Nutrição do Lactente. Aleitamento Materno. Desmame.

## ABSTRACT

Weaning of children under six months of age often occurs in Brazil and could result in different consequences for that individual, which is in full time of growth and development. Given the above, it has been the objective of this study was to know the reasons that lead mothers to carry out the weaning their children before six months of life in the city of Chapecó / SC. The methodological approach chosen to achieve the goal is a descriptive exploratory study of qualitative approach. The study was conducted in a Family Health Center located in Chapecó, SC. Data production took place in September 2014, with nine mothers after approval by the Municipal Department of Health and by the Ethics Committee of the Federal University of South Border, on the advice number 772 266. The ethical aspects of research involving human beings were respected, according to Resolution No. 466 of 2012 of the National Board of Health and Ministry of Health. The data collection was performed by recorded interview. Data analysis was performed using the content analysis method proposed by Laurence Bardin. After the analysis of the material fell into two themes: maternal interpretation about the need to introduce food supplement, which checks that mothers believe that the child wants, needs or requests other foods because their reactions; and influences of biological, social and cultural factors of early weaning, when the nurse believes it has little milk or he just, medically indicated, due to work outside the home, under the influence of grandparents and others in your social network . At the end of the work we can conclude that the reasons that lead mothers to discontinue exclusive breastfeeding before six months of their children's lives permeate the interpretation of the need for introduction of other foods, and the biological, social and cultural influences. Thus we see that there is need for awareness of mothers by health professionals and social network for the promotion of exclusive breastfeeding for six months and could be done through interdisciplinary actions and networking.

**Keywords:** Child health. Infant. Infant Nutrition. Breastfeeding. Weaning.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças nascidas a termo e pré-termo.....	23
Tabela 2 – Caracterização dos estudos conforme o ano de publicação.....	28
Tabela 3 – Caracterização materna.....	41
Tabela 4 – Idade das crianças no momento do desmame.....	42
Tabela 5 – Alimentos introduzidos no momento do desmame e tipo de dieta da criança no momento da coleta dos dados.....	43

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BDEnf	Base de dados da Enfermagem
BLH	Banco de Leite Humano
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CSF	Centro de Saúde da Família
DataSUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IgA	Imunoglobulina A
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OFA	Orofacial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Iniciativa ao Aleitamento Materno

RN	Recém-nascido
SC	Santa Catarina
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>18</b>
3.1	RECORTE HISTÓRICO SOBRE AS POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS DE SAÚDE QUE TRATAM DO ALEITAMENTO MATERNO.....	18
3.2	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.....	22
3.2.1	Composição do leite materno.....	22
3.2.2	Benefícios do aleitamento materno exclusivo.....	24
3.2.3	Consequências do desmame.....	25
3.3	DESMAME EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES DE VIDA.....	27
3.3.1	Fatores envolvidos na manutenção do aleitamento materno exclusivo de crianças menores de seis meses de vida.....	29
3.3.2	Sentimentos maternos envolvidos no desmame de seus filhos antes dos seis meses de vida.....	31
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>34</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	34
4.3	SUJEITOS DAPESQUISA.....	35
4.4	COLETA DOS DADOS.....	37
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.6	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	39
4.7	PRECEITOS ÉTICOS.....	39
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	41
5.2	INTERPRETAÇÃO MATERNA ACERCA DA NECESSIDADE DA INTRODUÇÃO DE COMPLEMENTO ALIMENTAR.....	43
5.3	INFLUENCIA DE FATORES BIOLÓGICOS, SOCIAIS E CULTURAIS NO DESMAME PRECOCE.....	45
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICE A – ESQUEMA DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS PARA A FILTRAGEM DOS ARTIGOS UTILIZADOS NESTE TRABALHO.....</b>	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM QUESTÕES ABERTAS.....</b>	<b>64</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>65</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>66</b>
	<b>ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CIENCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.....</b>	<b>67</b>
	<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DO CEP/UFFS.....</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXO C - TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA PARA FILMAGEM, FOTOGRAFIA OU GRAVAÇÃO.....</b>	<b>71</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os inúmeros benefícios acerca do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses de vida são amplamente divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) e afirmados por meio de programas e políticas de promoção do aleitamento materno nacionais e internacionais, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (1991) e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (1980). Porém, ainda é possível perceber uma distância entre as recomendações e a prática destas, sendo evidenciada pela introdução de outros alimentos na dieta das crianças antes desse período (OMS, 1980; BRASIL, 2009).

A introdução de outros alimentos na dieta de crianças antes dos seis meses de vida, excetuando-se medicamentos, gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral ou suplementos minerais, caracteriza o desmame precoce, o qual é permeado por aspectos sociais, biológicos e individuais dos atores envolvidos nesse momento (BRASIL, 2009a; UCHIMURA *et al.*, 2001).

Assim, o aleitamento materno, como uma prática pré-determinada biologicamente, sofre influências sociais e culturais, que podem determinar a duração deste e o momento do desmame. O desmame teve seu auge principalmente entre os anos de 1850 a 1970, por meio da substituição do leite materno para outros tipos de leites, evolutivamente alterados na busca de se parecerem com o leite humano. Já, a partir do século XX, a interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) é praticada universalmente, levando a altos índices de mortalidade infantil, principalmente em locais menos desenvolvidos, fortalecendo-se, assim como uma prática sociocultural (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004; GIUGLIANI, 2000).

Dados da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) mostram que cerca de 35% das crianças de zero à quatro meses de vida, em 94 países estudados, recebem exclusivamente o leite materno, ou seja, 65% das crianças nesta faixa etária já passaram pelo desmame, recebendo em sua dieta complementos alimentares (OPAS, 2003).

Já no Brasil, segundo Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) realizada em 2006 e publicada em 2009 pelo MS, a média de duração do AME foi de 1,4 meses, evidenciando a transição do AME para o aleitamento materno complementado (AMC) antes do momento preconizado (BRASIL, 2009b).

Essa transição do AME para o AMC antes dos seis meses de vida pode trazer consequências tanto para a criança, como para a mãe e sua família. Para a criança, o desmame

precoce pode causar interferência no desenvolvimento motor oral, e problemas gastrointestinais e renais devido à imaturidade do organismo para digerir os diversos componentes dos alimentos, os quais podem ser fatais (BRASIL, 2009a; ARAÚJO et al., 2004). Para a mãe, o desmame antes dos seis meses de vida do filho, poderá acarretar em perda do método de contracepção natural e gratuito, e perda da intimidade e vínculo com o filho. Para a família, haverá, possivelmente, ônus financeiro, com aumento dos custos com alimentação, métodos contraceptivos, gastos médicos, hospitalares e medicamentosos devido à maior probabilidade da criança desenvolver alguma patologia, girando em torno de um aumento de gastos de 34% sobre o salário mínimo, além de possíveis desgastes emocionais devido às complicações envolvendo o novo membro da família (BRASIL, 2009a; ARAÚJO et al., 2004).

Visando minimizar as possíveis consequências permeadas na prática do desmame precoce, desde 2002 o MS preconiza o AME até os seis meses de vida da criança. Essa decisão decorreu de um encontro de especialistas em Genebra, no ano de 2001, com a finalidade de analisar as produções científicas acerca da amamentação, concluindo que o AME deveria ocorrer até os seis meses de vida da criança, de forma a proteger e beneficiar o crescimento e desenvolvimento desta (WHO, 2002).

Para isso, o AME foi caracterizado como o recebimento, pela criança, somente do leite materno. Assim, o aleitamento materno é preconizado por fornecer toda a energia e os nutrientes que a criança precisa em casa fase do seu crescimento e desenvolvimento, além de promover o desenvolvimento sensor e cognitivo desta, protegendo-a também de doenças crônicas e infecciosas (BRASIL, 2009a; OMS, 2001).

Buscando a prática do aleitamento materno, o MS desenvolveu diversos programas e políticas objetivando evitar o desmame de crianças com até seis meses de vida e o AMC até os dois anos de idade ou mais, como a Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), implantada em 1981; Resolução do INAMPS/MS número 18 em 1983; o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança em 1984; as Normas para a Comercialização de Alimentos para Lactentes em 1988; a Iniciativa Hospital Amigo da Criança em 1991; a Rede Amamenta Brasil em 2007; a Rede de Banco de Leite Humano em 2008; a Rede Cegonha em 2011; a Portaria número 1.920 em 2013; e, recentemente, a Portaria número 371 em maio de 2014 (SOARES; PINHEIRO, 2010; BRASIL, 2008; BRASIL, 1983; BRASIL 1984; BRASIL 1988; BRASIL, 2009; BRASIL 2011a; BRASIL, 2008; BRASIL 2013; BRASIL 2014).

Dessa forma, o leite materno deve ser a única fonte de alimentação da criança menor de seis meses de vida, visto que ainda não existem evidências de que haja benefícios na

introdução de outros alimentos na dieta dessa antes do período preconizado pelo MS, o que, em contrapartida, os relatos de que esta prática é prejudicial são comuns (BRASIL, 2002).

Portanto, buscando identificar a produção científica sobre o desmame de crianças menores de seis meses no Brasil, nascidas a termo e sem alterações, realizou-se um estudo de revisão narrativa. Este estudo elencou duas categorias, sendo elas: fatores envolvidos na manutenção do aleitamento materno exclusivo de crianças menores de seis meses de idade, a qual expõe as influências das pessoas presentes na rede social da nutriz bem como a inserção precoce de chupeta e mamadeira como predisponentes para o desmame precoce; e, sentimentos maternos relacionados ao desmame de seus filhos antes dos seis meses de vida, que identifica uma ambiguidade de sentimentos sobre a prática da amamentação, os quais predis põem a interrupção do AME e que estimulam a continuidade deste.

Vindo ao encontro desses resultados, em atividades teórico-práticas realizadas no decorrer da graduação, observou-se que alguns profissionais de saúde possuem dificuldades para trabalhar com o assunto do AME e sobre o desmame com as mães e suas famílias.

Dessa forma, como o AME deveria ser uma prática amplamente divulgada entre os profissionais de saúde e para a comunidade, amparada pelo MS, e vindo ao encontro dos fatos vivenciados pela pesquisadora e trazidos pela literatura, houve motivação em estudá-lo no município de inserção de um *campus* da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), localizado na cidade de Chapecó, SC.

É relevante este estudo na cidade de Chapecó/SC, para buscar informações sobre o AME e sobre o desmame das crianças menores de seis meses de vida, de forma a embasar e orientar as políticas públicas e práticas instituídas pelo município e profissionais, interferindo positivamente nesta prática, a qual é fundamental para o bom desenvolvimento e crescimento dos lactentes do município.

Para isso, a questão de pesquisa foi: **quais os motivos que levam as mães a realizarem o desmame precoce de seus filhos, a partir do que é preconizado pelo Ministério da Saúde?** Como objetivo de estudo tem-se conhecer os motivos que levam as mães a realizarem, a partir do que é preconizado pelo MS.

**2 OBJETIVO:**

Conhecer os motivos que levam as mães a realizarem o desmame precoce de seus filhos, a partir do que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será apresentada a evolução histórica acerca das políticas públicas que envolvem o aleitamento materno, características da composição do leite materno, os benefícios do AME e as consequências do desmame. Estas informações estão descritas em três subcapítulos denominados: recorte histórico sobre as políticas e programas públicos de saúde que tratam do aleitamento materno, Aleitamento Materno Exclusivo - AME e desmame em crianças menores de seis meses de vida.

O subcapítulo Aleitamento Materno Exclusivo – AME é dividido ainda em três itens, sendo: composição do leite materno, benefícios do AME e consequências do desmame. Já o subcapítulo Desmame em crianças menores de seis meses de vida é dividido em dois subtítulos, sendo: fatores envolvidos na manutenção do aleitamento materno exclusivo de crianças menores de seis meses de vida, e sentimentos maternos relacionados ao desmame de seus filhos antes dos seis meses de vida.

#### 3.1 RECORTE HISTÓRICO SOBRE AS POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS DE SAÚDE QUE TRATAM DO ALEITAMENTO MATERNO

Por volta das décadas de 60 a 80, preocupações e discussões acerca da alta mortalidade infantil permeavam o mundo. Dentro desse contexto, no Brasil, entre as décadas de 60 e 70, a taxa de mortalidade infantil atingiu 45%, uma quantidade expressiva de crianças. Diante desse quadro, iniciaram-se movimentos para a construção de políticas públicas que buscassem reverter esse quadro alarmante da mortalidade infantil nacional, retomando a cultura do aleitamento materno, não praticado em virtude de hábitos e costumes da época (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011; BRASIL, 2009a).

Com base nessas iniciativas, no Brasil, segundo Monteiro, Nakano e Gomes (2011), é desenvolvido o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), sendo o primeiro programa a se preocupar com o aleitamento das crianças brasileiras. Datado de 1981 e extinto em 1997, foi criado em decorrência de uma reunião conjunta da OMS e Unicef, em 1979, para tratar da elaboração do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Humano, o qual posteriormente influenciaria sobre a construção das Normas de Comercialização de Substitutos do Leite Humano.

O PNIAM versava sobre a legislação referente ao trabalho da mulher e amamentação, legislação mercadológica para alimentos infantis, legislação para a criação de Banco de Leite

Humano (BLH), incentivo às empresas para a criação de creches, educação e capacitação dos recursos humanos, organização de serviços, incluindo os de atendimento pré-natal, maternidades, berçários, alojamentos conjunto, e sala de amamentação (SOARES; PINHEIRO, 2010; BRASIL, 2008).

No momento em que o PNIAM foi implantado, já existia no país um BLH, criado em 1943, no então Instituto Nacional de Puericultura, atualmente Instituto Fernandes Figueira (IFF), o qual objetivava coletar e distribuir leite humano visando atender os casos de crianças considerados especiais, a exemplo da prematuridade, perturbações nutricionais e alergias a proteínas heterólogas. Assim, em 1985, com o desenvolvimento do PNIAM, os BLH passaram a assumir um novo papel, buscando a redução da mortalidade infantil, pois o cenário epidemiológico era preocupante, sendo que 85% dos óbitos infantis ocorriam por desnutrição de lactentes desmamados que estavam em uso de alimentação artificial. (MAIA *et al.*, 2006; BRASIL, 2008).

Assim, estruturou-se a Rede de Banco de Leite Humano construída de maneira progressiva, sustentada pelos trabalhos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, voltados para a otimização das condições operacionais dos BLHs (BRASIL, 2008).

Posteriormente, em 1988, foram criadas as Normas para a Comercialização de Alimentos para Lactentes, resultante do compromisso assumido pelo país em 1981, na 34ª Assembleia Mundial de Saúde. Atualmente é denominada Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) e tem por objetivo assegurar o uso apropriado de produtos alimentícios para lactentes para a não interferência da prática do aleitamento materno (BRASIL, 1988; BRASIL, 2001).

Pensando na amamentação de livre demanda, ou seja, conforme a necessidade do lactente, outra medida importante, foi a imposição da obrigatoriedade do alojamento conjunto nas maternidades contratadas e conveniadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), permitindo a permanência da criança com a mãe em tempo integral. Assim, as maternidades tinham como obrigatoriedade seguir a Resolução do INAMPS/MS nº 18 de 1983, que determinava a companhia da mãe ao recém-nascido (RN) 24 horas por dia. Dessa forma, o aleitamento conforme a demanda da criança estava amparada (BRASIL, 1983). Posteriormente, no ano de 1987, a obrigatoriedade do alojamento conjunto passou a vigorar também nos hospitais universitários, de acordo com a Portaria MS/GM nº 1016 de agosto de 1987 (BRASIL, 1987). Na sequência, com a Portaria número 1.016, de 23 de Agosto de 1993, o alojamento conjunto é expandido a todas as unidades de atendimento

médico-assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, onde são estabelecidas as normas básicas para tal (BRASIL, 1993).

Em 1984, o desenvolvimento do Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC), trouxe a amamentação materna como uma de suas linhas de ações, sendo uma das estratégias para a diminuição da morbidade e mortalidade de crianças entre zero e cinco anos de idade no país. Ele trouxe as primeiras diretrizes acerca do aleitamento materno, buscando reverter definitivamente a tendência ao desmame precoce, através de ações conjugadas intra e extra setorialmente (BRASIL, 1984).

As diretrizes dadas pelo PAISC eram (BRASIL, 1984, p. 11):

- Incluir nas práticas educativas dos serviços informações quanto ao processo de lactação, importância e técnicas de aleitamento;
- Utilizar técnicas capazes de tratar ou reduzir condições biológicas que poderão dificultar, ou mesmo impedir o aleitamento materno;
- Assistir, sempre que possível, as outras condições que signifiquem riscos ao sucesso do aleitamento materno;
- Apoiar a implantação do alojamento conjunto nas maternidades da área.

É possível verificar que, apesar dos passos dados pelo governo buscando alterar a realidade do desmame incentivando do aleitamento materno, até esse momento, poucas orientações existiam em relação ao tempo ideal da duração da amamentação bem como sobre a transição do AME para outras formas de alimentação. Essa falta de dados e informações levantou a necessidade da busca de conhecimento científico sobre os benefícios da amamentação tanto para a criança quanto para a nutriz.

Considerando que, neste período as discussões sobre os benefícios da amamentação já instigavam pesquisas em outros países devido à necessidade de conhecimento científico sobre o aleitamento materno, em 1990 é escrita e divulgada a Declaração de Innocenti. Essa declaração internacional buscou, de acordo com as evidências científicas, preconizar o AME até os primeiros quatro e seis meses de vida, mantendo-o até os dois anos de vida ou mais. Ainda, esta enfatiza que todos os países devem desenvolver políticas nacionais de aleitamento materno e estabelecer metas de longo e curto prazo para os anos 90 em relação ao assunto (BRASIL, 1990).

Dessa forma, o Brasil, escolhido pela OMS/Unicef para desenvolver a iniciativa e cumprir algumas metas da Declaração de Innocenti, em 1991, adota a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A IHAC foi construída pela OMS e pelo Unicef, para apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, preconizando o AME, por meio da mobilização

de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades, alterando rotinas e condutas para que os objetivos fossem alcançados (BRASIL, 2009; LAMOUNIER, 1996).

Já em 2001, temos um marco em relação às recomendações acerca do AME, pois conforme a análise de dados e informações científicas acerca da amamentação realizada em Genebra, é prescrita, por meio da OMS e Unicef, a recomendação do AME até os seis meses de vida da criança (WHO, 2002).

Essa recomendação foi adotada pelo Brasil no Guia alimentar para crianças menores de dois anos, além de várias informações acerca do AME e de sua transição para outra forma de alimentação. Esse contém também os Dez passos para a Alimentação Saudável, para guiar a alimentação de crianças menores de dois anos de idade (BRASIL, 2002).

Em 2007 foi institucionalizada no país a Rede Amamenta Brasil, revista em 2011, que busca promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Esta estratégia propõe-se a aumentar os índices de amamentação no país a partir da circulação e troca de informação entre os diversos atores envolvidos neste processo (BRASIL, 2011).

Reforçando as práticas para o aleitamento materno, em 2011 há a institucionalização da Rede Cegonha pela Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Esta traz dentro do seu componente “Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança”, a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, há também a Portaria nº 1.920 de 5 de setembro de 2013 que institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS, denominada Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Esta objetiva qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS), vindo ao encontro a todas as políticas e programas já instituídos no país (BRASIL, 2013).

Recentemente foi publicada a Portaria 371 de 1 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estimula o aleitamento materno na primeira hora de vida, excetuando esta prática somente em casos com impedimentos (BRASIL, 2014).

Percebe-se dessa forma que, o país tem preocupação no que tange às políticas públicas na promoção e apoio ao aleitamento materno. De acordo com as políticas públicas vigentes, todas as ações e programas que trabalham o assunto do AME preconiza-o até os seis meses de

vida da criança, recomendando que a continuidade dessa prática pode acontecer até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2002).

### 3.2 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

O aleitamento materno exclusivo é o somente uso do leite humano para alimentar uma criança, podendo este ser da mãe ou doadora, e ser ofertado por diversas formas, como copinho, cateter gástrico, mamadeira, entre outros (SOUZA; MATA, 2011). É definido como o recebimento, pela criança, somente do leite materno, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2009a).

O leite materno é fundamental para a nutrição da criança até os seis meses de vida, pois atende todas as necessidades biológicas desta, e assim sendo, não há necessidade de complementos alimentares (BRASIL, 2009; BRASIL, 2002). Deve ser permitido que o RN se alimente por livre demanda a cada 2-5 horas, podendo ocorrer a primeira mamada ainda na sala de parto. O volume da alimentação geralmente aumenta de 15 à 30 ml por mamada inicialmente, e posteriormente, aumenta para 45-60 ml por mamada, sendo que por volta do terceiro dia, o lactente toma cerca de 100 ml/kg/dia de leite (THILO; ROSENBERG, 2012).

O leite humano é produzido e excretado após o nascimento da criança, nos alvéolos e conduzido pelos ductos alveolares, devido à presença de vários hormônios, mas principalmente pela prolactina e ocitocina, que envolvem todas as fases da lactogênese, contendo todos os nutrientes necessários para o bebê de acordo com a idade gestacional do momento do parto (BRASIL, 2009). Dessa forma, ele é preconizado pelo MS que seja exclusivo até os seis meses de idade, e continuado até os dois anos de vida (BRASIL, 2002).

#### 3.2.1 Composição do leite materno

Apesar da diversidade da nutrição humana, o leite humano é pouco variável. Nos primeiros dias ele é denominado colostro e após de leite maduro. Durante o tempo da mamada, há variação da composição do leite, sendo que no primeiro momento, ele é denominado primeiro leite, e no segundo momento, de leite posterior. Há variáveis também quanto ao tempo de nascimento do bebê, variando a composição de um bebê a termo para um bebê pré-termo (BRASIL, 2009).

O colostro tem em sua composição principalmente proteínas e pouca quantidade de gorduras quando comparado com o leite secretado à partir do sétimo ao décimo dia do nascimento da criança (BRASIL, 2009). Ele contém mais anticorpos e células brancas do que o leite maduro, protegendo assim, o neonato contra infecções. Além disso, é laxativo, auxiliando na eliminação do mecônio e evitando segundas complicações como a icterícia (SOUZA; MATA, 2011).

Na Tabela 1 é possível observar um comparativo dos componentes do leite humano colostro para o leite humano maduro, onde fica em evidência a diferença de concentração dos componentes do leite humano conforme o tempo de nascimento da criança, considerando também o tempo de gestação, ou seja, a diferença do leite de mães com crianças nascidas a termo e de crianças nascidas pré-termo (BRASIL, 2009).

Tabela 1 – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo.

Nutriente	Colostro (3-5 dias)		Leite Maduro (26-29 dias)	
	Pré – termo	A termo	Pré – termo	A termo
<b>Calorias (kcal/dL)</b>	58	48	70	62
<b>Lipídeos (g/dL)</b>	3,0	1,8	4,1	3,0
<b>Proteínas (g/dL)</b>	2,1	1,9	1,4	1,3
<b>Lactose (g/dL)</b>	<b>5,0</b>	<b>5,1</b>	<b>6,0</b>	<b>6,5</b>

BRASIL, 2009.

As diferenças de concentrações desses componentes variam também de acordo com o decorrer da mamada. No início da mamada, o leite é rico em água e fatores imunológicos, proteínas, lactose, vitaminas e minerais, tendo uma coloração aparentemente acinzentada, e já no final da mamada, é rico em gordura e proteínas, ou seja, é mais calórico e acaba saciando a fome do bebê, tendo uma coloração esbranquiçada (BRASIL, 2009; SOUZA; MATA, 2011).

Os fatores imunológicos que o leite humano possui protegem a criança de infecções a que esta está exposta na vida extrauterina. O principal fator de proteção excretado via mama para a criança, através do leite é a Imunoglobulina A (IgA), o qual atua contra organismos presentes nas superfícies mucosas (BRASIL, 2009).

Além do IgA, outros fatores de proteção são excretados no leite materno e ingeridos pela criança. Há a Imunoglobulina M (IgM), Imunoglobulina G (IgG), macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisozima e fator bífido (BRASIL, 2009).

Com esses componentes, o leite humano é rico em fatores de proteção para a criança. É rico também em ácidos graxos, os quais são importantes para a mielinização neuronal, aminoácidos, minerais, vitaminas, enzimas e água, perfazendo 87% de sua composição. Isso justifica as recomendações do AME sem nenhum complemento (SOUZA; MATA, 2011).

Além disso, o leite humano é formado por vários tipos de açúcares, principalmente a lactose, presente em 4% no colostro e 7% no leite maduro, além da galactose, frutose e outros oligossacarídeos. A lactose envolve-se na absorção do cálcio e ferro, além de promover a colonização intestinal com *Lactobacilos* bífidos, os quais promovem a defesa intestinal contra micro-organismos patogênicos (BRASIL, 2009; SOUZA; MATA, 2011).

Portanto, considerando as informações e dados descritos, justifica-se a importância de seguir as recomendações do MS acerca do AME até os seis meses de vida e continuando até os dois anos de idade de forma complementada, aproveitando os benefícios que este proporciona ao bebê.

### **3.2.2 Benefícios do aleitamento materno exclusivo**

A prática da amamentação resulta em benefícios para a mãe, para a criança e para a sua família. Para a criança, envolve principalmente a redução da mortalidade infantil, evita diarreias, infecções respiratórias, diminui o risco de alergias, de hipertensão, colesterol alto e diabetes a longo prazo. Reduz a chance de obesidade, promove uma melhor nutrição, e acarreta efeito positivo no desenvolvimento cognitivo e promove um melhor desenvolvimento da cavidade bucal (BRASIL, 2009).

Já para a mãe, a amamentação protege contra nova gravidez, ou seja, se torna um método contraceptivo gratuito e natural, contribuindo para a promoção do planejamento familiar, além de auxiliar na diminuição do sangramento após o parto, e proteger contra o desenvolvimento do câncer de mama e ovários. Para a família, pode ocorrer a diminuição dos custos financeiros com a alimentação do novo membro da família, promover o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, e melhorar a qualidade de vida da família, visto que, possivelmente, a criança adoce menos, e assim, necessita de pouca ou nenhuma intervenção médica, internação hospitalar e medicamentos, diminuindo o gasto familiar e o estresse da família (BRASIL, 2009; BRASIL, 2007).

Além disso, o aleitamento materno promove benefícios sociais e econômicos, pois não necessita de preparação ou manipulação, e não representa ônus econômico à família, ou seja,

é um alimento rico em nutrientes e pronto para consumo no momento e local que a criança desejar (AZEVEDO, *et al.*, 2010; UCHIMURA *et al.*, 2001).

Um estudo que comparou os custos com a alimentação materna em contrapartida à alimentação do lactente pelos primeiros seis meses de vida, quando há necessidade de fórmulas lácteas para tal, observou que a despesa com a alimentação materna, incluindo despesas com cardápios adicionais, consumiria em média, 8,7% do salário mínimo, e a despesa com a alimentação do lactente através de fórmulas lácteas ficava em torno de 34% do salário mínimo, variando conforme o tipo de fórmula láctea. Assim, a alimentação complementar da nutriz gira em torno de 75% à 21% menor em relação ao custo da alimentação do lactente (ARAÚJO *et al.*, 2004).

Dessa forma:

Não há dúvidas quanto às vantagens da amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida e quanto às desvantagens da introdução precoce de outros alimentos e mesmo de líquidos, como água ou chás, e do uso de mamadeiras/chupetas (BRASIL, 2002, p. 21).

Percebe-se que diversos benefícios estão envolvidos na prática do aleitamento materno, tanto do que diz respeito à criança, quanto à mãe e a família. Assim esses fatores devem ser considerados nos momentos de orientação e estimulação ao aleitamento materno, sensibilizando a nutriz e sua família e oportunizando assim o empoderamento e a decisão sobre prática do AME.

### **3.2.3 Consequências do desmame**

O desmame é a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta da criança, na qual se encontrava em AME, exceto pela introdução de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2009a; UCHIMURA *et al.*, 2001). Essa prática, permeada por diversas influências, pode acarretar em várias consequências, como para o bebê, sua mãe e família.

O desmame envolve diversos aspectos sociais, biológicos e individuais, podendo acarretar em problemas de saúde para a criança desmamada antes do período preconizado pelo MS. Ainda não existem evidências de que existam benefícios na introdução de outros

alimentos, que não sejam o leite humano, na dieta das crianças, mas em contra partida, relatos de que essa prática é prejudicial são comuns (BRASIL, 2002).

Dessa forma, é necessário que a transição do AME para o AMC ocorra no período ideal, ou seja, que a introdução de outros alimentos se inicie aos seis meses de idade. Muitas são as complicações que podem afetar o lactente devido à prematuridade de seu organismo para digerir diversos componentes dos alimentos.

Os sistemas digestório e renal estão imaturos para digerirem e manejarem alguns componentes presentes em alimentos que não são o leite humano. Em decorrência da alta permeabilidade do sistema digestório, reações de hipersensibilidade à proteínas estranhas a espécie humana podem ocorrer (BRASIL, 2002).

Ainda, o sistema renal tem a capacidade de eliminar altas concentrações de solutos provenientes de alguns alimentos. Além da possível nutrição deficiente, esses fatores podem estar levando a criança à desnutrição e desenvolvendo complicações secundárias (BRASIL, 2002).

Com o passar dos meses, a criança desenvolve a maturidade fisiológica, que a permite lidar com esses componentes que exigem mais do seu organismo quando comparados ao leite materno, e apresentar necessidades biológicas diferentes (BRASIL, 2002).

Neiva *et al.* (2003) concluiu que o desmame precoce interfere abruptamente no desenvolvimento motor oral das crianças, provocando alterações na postura e força das estruturas orofaciais (OFAs), que compreendem lábios, língua, mandíbula, maxila, bochechas, palato mole, palato duro, soalho da boca, musculatura oral e arcadas dentárias, e prejudicando as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, possibilitando assim, a instalação de má oclusão, respiração oral e alteração motora-oral.

Além disso, grande parte dos benefícios para o bebê, a mãe e família se perdem, visto que, haverá ônus financeiros decorrente da necessidade da compra de outros alimentos para saciar as necessidades desse novo membro da família, o qual poderá também, ter problemas de saúde em decorrência da má alimentação, gerando gastos médicos, hospitalares e medicamentosos. Somente pelos gastos com a alimentação dessa criança, a família terá um acréscimo da despesa em torno de 34% sobre o salário mínimo (BRASIL, 2009a, ARAÚJO *et al.*, 2004).

Ainda, a mãe poderá perder seu método de contracepção gratuito e natural, tendo a possibilidade de nova gestação se não fizer uso de outro método contraceptivo, além de possivelmente dificultar o desenvolvimento da intimidade com o filho, a formação de vínculo e a confidencialidade entre ambos (BRASIL, 2009a).

Portanto, isso evidencia a necessidade do desmame somente aos seis meses de idade da criança, pois nesse período ela já se encontra com o organismo maduro para lidar com componentes estranhos ao leite humano, complementando sua alimentação de acordo com as novas necessidades de crescimento e desenvolvimento, e possibilitando um tempo de preparo social e econômico para a família lidar com o momento do desmame, assim, proporcionando um planejamento para o dado momento.

### 3.3 DESMAME EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES DE VIDA

Com a finalidade de conhecer a produção científica sobre o desmame em crianças menores de seis meses de vida, foi realizada uma revisão narrativa com a seguinte pergunta: Qual a produção científica acerca do desmame em crianças menores de seis meses de vida?

A busca dos estudos aconteceu no mês de março de 2014 nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados da Enfermagem (BDEnf). Para isso, foram utilizados os seguintes descritores: lactente, nutrição do lactente, desmame, e aleitamento materno, com operadores booleanos *and* e *or*.

A seleção dos artigos obedeceu aos seguintes critérios de exclusão: que não fossem teses, protocolos, normas, cartas editoriais, livros e dissertações e que não trouxessem o tema da alimentação do lactente de zero a seis meses de vida; e de inclusão: que respondessem a pergunta da pesquisa, publicados entre os anos de 2001 à 2013, nos idiomas inglês ou português ou espanhol, estivessem disponíveis na íntegra online e gratuitamente e que contivessem resumos.

Com esses descritores foram encontrados no LILACS 166 artigos, destes, foram pré-selecionados 58 artigos que aparentemente respondiam a pergunta e se encaixavam nos critérios de inclusão e de exclusão. Destes, quatro trabalhos não foram encontrados na íntegra, totalizando assim, 54 artigos desta base na pré-seleção.

Na base de dados BDEnf, foram encontrados 24 artigos com esses descritores, dos quais 11 foram pré-selecionados por se encaixarem nos critérios de inclusão e exclusão.

A soma total dos artigos encontrados nas bases de dados resultou em 190 artigos, onde destes, 69 artigos foram pré-selecionados. Após a pré-seleção, foi realizada a checagem de repetição dos artigos encontrados nas bases, a leitura dos resumos para identificar relação com a pergunta de pesquisa e, posteriormente, a leitura na íntegra dos artigos resultantes desse

processo. Nove trabalhos estavam repetidos nas bases, portanto foram contabilizados somente uma vez, e assim, a seleção dos artigos foi concluída com 31 artigos que respondiam a pergunta de pesquisa. Para melhor explicar, encontra-se no Apêndice A o Esquema de seleção dos estudos para a filtragem dos artigos utilizados neste trabalho.

Como forma de coleta de dados dos artigos selecionados para leitura na íntegra, foi construído pela autora um quadro com as seguintes informações acerca de cada trabalho lido e incluído no estudo: referência, objetivo, país, ano, metodologia, principais resultados, conclusões/considerações finais.

Dos artigos lidos na íntegra, todos foram escritos por pesquisadores brasileiros, e publicados em revistas e periódicos nacionais e internacionais. Destes, a maior produção ocorreu no ano de 2008, havendo sete estudos publicados neste ano (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos estudos conforme o ano de publicação:

<b>Ano</b>	<b>Quantidade</b>
<b>2003</b>	4
<b>2005</b>	2
<b>2006</b>	1
<b>2007</b>	4
<b>2008</b>	7
<b>2009</b>	5
<b>2010</b>	2
<b>2011</b>	3
<b>2012</b>	3
<b>Total</b>	31

Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir dessa revisão narrativa, foi possível elencar duas categorias sobre a temática abordada, sendo: Fatores envolvidos na manutenção do aleitamento materno exclusivo de crianças menores de seis meses de idade; e Sentimentos maternos envolvidos no desmame de seus filhos antes dos seis meses de vida.

### 3.3.1 Fatores envolvidos na manutenção do aleitamento materno exclusivo de crianças menores de seis meses de vida

Apesar da recomendação do AME estender-se até os seis meses de vida vigorar em nosso país acerca de 12 anos, a transição do AME para o AMC ainda é praticado de forma precoce, sendo influenciado por diversos fatores, tanto biológico quanto socioculturais.

Em estudos realizados com a perspectiva de verificar a mediana de dias do AME em crianças menores de seis meses de idade identificaram que ela varia de 30,6 dias a 79,1 dias, e que o percentual de crianças em AME até os 180 dias de vida varia de 0,9 % à 41,45% conforme as amostras estudadas (ZAPANA *et al.*, 2012; BARROS *et al.*, 2009; RAMOS, *et al.*, 2008; VOLPINI; MOURA, 2005; OLIVEIRA, *et al.*, 2005; VIEIRA; SILVA; FILHO, 2003; PARIZOTO *et al.*, 2009; BARROS *et al.*, 2009; CORREA *et al.*, 2009; SALIBA *et al.*, 2008; RAMOS *et al.*, 2008; BERGONZI *et al.*, 2008; BERCINI *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2005; SILVA; UTIYAMA, 2003).

Ao encontro desses resultados, alguns estudos mostram o percentual de prevalência do AME no decorrer do crescimento da criança até o sexto mês de vida desta. No estudo de Martins *et al.* (2011), os autores evidenciaram que apenas 59,3% das crianças estavam em AME ao final do primeiro mês de vida. Já ao final do terceiro mês de vida, Mascarenhas *et al.* (2006) evidenciaram que apenas 39% das crianças estavam em AME, e Carvalhaes, Parada e Costa (2007) tiveram como resultados ao final do quarto mês de vida das crianças estudadas que apenas 38% estavam em AME, sendo possível verificar um decréscimo entre a prevalência de AME e o tempo de vida das crianças.

Alguns fatores foram apontados por Diogo, Souza e Zocche (2011), Baptista Andrade e Giolo (2009) e Ramos *et al.* (2008) como fatores que favorecem a manutenção da amamentação. Estes autores identificaram que a experiência materna e apoio familiar, ocorrência da mamada nas primeiras 24 horas de vida da criança, consciência da mãe sobre os benefícios da amamentação por tempo estendido, AME na maternidade e o alojamento conjunto são fatores que favorecem a manutenção e extensão da amamentação.

Já em relação aos fatores identificados como predisponentes para a interrupção do aleitamento materno, se relacionam com questões inerentes à mãe, como o tempo de escolaridade das mães e pais, com o trabalho fora de casa, com a idade da mãe, com a hipogalactia, com doença materna, com algia durante a amamentação, com problemas na mama, com administrar chá para a criança no primeiro dia em casa, com a primiparidade, com

as crenças das mães de que o tempo ideal de amamentação é inferior ou igual há 12 meses, com dificuldades de amamentação nos primeiros dias pós-parto, com o cansaço físico, com a baixa renda, com o tabagismo na gestação, com o uso de mamadeira, com a idade de início do uso de chupeta e com o desejo materno de desmamar; e inerentes à criança, sendo rejeição do bebê para o aleitamento materno, doença da criança, peso da criança ao nascimento, insaciedade da criança, e recusa da mama; e de cunho social, abrangendo crianças que não receberam o AME na maternidade, que não estiveram em alojamento conjunto, ausência de orientações na maternidade, e influência de terceiros (GRANVILLE-GARCIA *et al.*, 2012; ZAPANA *et al.*, 2012; DIOGO; SOUZA; ZOCHE, 2011; SOUZA *et al.*, 2011; MARTINS *et al.*, 2011; ROCHA *et al.*, 2010; PARIZOTO *et al.*, 2009; BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009; BARROS *et al.*, 2009; VICTORA *et al.*, 2008; LAVES *et al.*, 2008; MASCARENHAS *et al.*, 2006; VOLPINI; MOURA, 2005).

Apesar destes dados, segundo o estudo de Carvalhaes, Parada e Costa (2007), nenhuma das variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e relativas aos serviços de saúde apresentaram associação significativa em relação ao AME no resultado da sua pesquisa.

Em relação ao uso de chupetas, Soares *et al.* (2003) observou que o desmame entre o primeiro e o sexto mês de vida do lactente está influenciado pelo uso de chupeta, pois identificou que o desmame antes dos seis meses de vida aconteceu com 22,4% das crianças não usuárias de chupeta e de 50,8% nas crianças usuárias de chupeta.

Percebe-se que a prevalência do uso de chupeta, dada a 55,6% das crianças antes do primeiro mês de vida estudadas por Zapana *et al.* (2012), e, por Soares *et al.* (2003), onde a porcentagem de crianças usuárias de chupeta desde a primeira semana de foi de 61,6%, pode estar diretamente relacionada com a interrupção do AME precocemente, pois a utilização da chupeta está relacionada à maior frequência de uso entre as crianças não amamentadas exclusivamente com leite materno do que aquelas em AME.

Ainda, afirmando esses dados, Parizoto *et al.* (2009) coloca que, as crianças que não faziam uso de chupeta tiveram o dobro de tempo de AME quando comparadas com aquelas que faziam uso, tendo um risco de 2,03 vezes maior de haver o desmame quando o lactente faz uso desta dentro do primeiro semestre de vida. Esse dado corrobora os achados de Carvalhaes, Parada e Costa (2007), havendo uma associação inversa entre a duração do AME com o uso de chupeta.

Vindo ao encontro desses dados, Mascarenhas *et al.* (2006) coloca que, nos seus achados, os lactentes que faziam uso de chupeta tiveram um risco quatro vezes maior de

desmame do AME em relação aos lactentes que não utilizavam a chupeta. Reafirmando, Ramos *et al.* (2012) encontraram em seu estudo que, as crianças que não faziam uso de chupeta tiveram um índice de 89% de aleitamento materno. Em relação à mamadeira, a diferença entre as crianças usuárias e não usuárias para o AME foi de 5,2% e 68,4% respectivamente, ou seja, as crianças que não faziam uso de mamadeira tiveram uma prevalência maior de AME em contrapartida das crianças que faziam uso da mesma.

Zapana *et al.* (2012) identificaram que a mamadeira teve um índice de uso de 74,8% antes do sexto mês de vida, aumentando as chances de um desmame do AME precoce. Já Barros *et al.* (2009) concluem em seu estudo que o uso de chupeta e de mamadeira tem uma associação significativa com a interrupção do AME de forma precoce, confirmando os dados encontrados em outros estudos.

A encontro com esses dados apresentados, Demitto, Bercini e Rossi (2012) não encontraram diferença significativa entre o tempo de AME e as faixas de idade do início do uso da chupeta, mas concordam com os demais autores ao concluir que, há uma associação do AME entre as crianças que usavam e aquelas que não utilizavam a chupeta, verificando que a média de dias para as crianças não usuárias de chupeta, tiveram a duração do AME de aproximadamente 150 dias, e em contrapartida aquelas que usavam chupeta tiveram uma média de 97,5 e 105 dias de AME. Assim, o autor coloca que os lactentes com uso de chupeta possuem um risco de 3,2 vezes maior de ter a interrupção do AME antes dos seis meses de vida quando comparadas com as crianças que não fazem uso de chupeta.

Dessa forma, é possível verificar que as influências das pessoas presentes na rede social da nutriz, em relação ao trabalho, questões inerentes à mãe e à criança, momento da introdução de chupeta e mamadeira parece ter significância sobre o tempo de duração do AME, podendo favorecer o desmame da criança antes dos seis meses de vida.

### **3.3.2 Sentimentos maternos envolvidos no desmame de seus filhos antes dos seis meses de vida**

Alguns trabalhos procuraram estudar os sentimentos maternos envolvidos na manutenção do aleitamento e no desmame de seus filhos antes dos seis meses de vida para melhor compreender essa prática.

É evidente que estas mães, ao desmamarem seus filhos antes dos seis meses de vida, vivenciam sentimentos contraditórios, alguns que favorecem o aleitamento materno, mas outros que desfavorecem (SILVA; MARCOLINO, 2009; RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Os sentimentos envolvidos na escolha de manter ou não a amamentação giram em torno da ansiedade, angústia, desespero diante da decisão a ser tomada, responsabilidade pela saúde do filho, necessidade de apoio, insegurança, desmotivação e contrariedade, traduzidos como impaciência, nervosismo, irritação e raiva, principalmente nos momentos de maior solicitação da criança (RAMOS; ALMEIDA, 2003; SILVA; MARCOLINO, 2009; SILVA; MOURA; SILVA, 2007).

Além disso, a interpretação da mãe sobre a criança, e sobre a sua saúde interferem na decisão da continuidade do AME ou na transição para o AMC, mesmo antes do período preconizado. Conforme Frota *et al.* (2009), Silva, Moura e Silva (2007) e Ramos e Almeida (2003), o choro associado a pouca quantidade de leite e/ou a ideia de leite fraco indicam para as nutrizes, que o bebê continua com fome, ou seja, o seu leite não está sendo o suficiente para alimentá-lo, levando-as a introduzir complemento alimentar.

De acordo com Silva, Moura e Silva (2007), a condição de o leite ser suficiente é colocada em dúvida por não ser observada a saída concreta do mesmo, principalmente quando associada há manifestação de insatisfação da criança, como o choro frequente.

No estudo de Oliveira *et al.* (2010), os autores identificaram que a hipogalactia foi determinante para 14,9% das mães desmamarem. Ainda, o fato de estas acreditarem que o leite não supre a fome do bebê teve um índice de 12,8% como justificativa das mães que desmamaram antes do tempo preconizado pelo MS.

Frota *et al.* (2009) colocam que, das mães estudadas em seu trabalho, nenhuma delas manteve o AME até os seis meses de vida do lactente em virtude de, choro frequente do filho, acreditar na insuficiência do leite materno, trabalho, problemas relacionados às mamas e recusa do seio pelo bebê.

Percebe-se que as mães justificam o desmame atribuindo a causa a fatores relacionados ao comportamento do lactente e pelas suas interpretações acerca da experiência de amamentar (FROTA *et al.*, 2009).

Além disso, há o estereótipo do lactente gordinho como uma criança saudável e bem cuidada, sendo assim, outro fator que estimula a interpretação materna na escolha da continuidade ou não da amamentação (SILVA; MOURA; SILVA, 2007).

Portanto, foi possível verificar que, predominantemente, as crianças de zero a seis meses de vida não são amamentadas até o período preconizado pelo MS, tendo como fatores de relevância para a manutenção do AME principalmente o conhecimento da mãe e sua determinação a amamentar até essa idade. Além disso, evidenciou-se que as mães, ao amamentarem, têm sentimentos ambíguos, ou seja, sentimentos que predispõem a continuação

do AME, mas também de sentimentos que predisõem a interrupção deste, onde também, a sua interpretação sobre as reações de seus filhos acaba interferindo na decisão.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo descreve toda a trajetória metodológica utilizada neste estudo. Para tanto, é dividido nos seguintes subtítulos: tipo de estudo, local da pesquisa, sujeitos da pesquisa, coleta dos dados, análise dos dados, divulgação dos resultados, e preceitos éticos.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem descritiva-exploratória. Segundo Turato (2005), a natureza qualitativa traz a concepção das Ciências Humanas, a qual não busca estudar o fenômeno em si, mas entender o significado individual ou coletivo dos envolvidos. Complementando, a abordagem descritiva-exploratória busca maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito e a descrição das principais características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2002).

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um Centro de Saúde da Família (CSF), localizado na cidade de Chapecó/SC, que situa-se na região Oeste do Estado, popularmente conhecida como a capital do oeste.

O município possui aproximadamente 198.188 habitantes em 626,060 Km<sup>2</sup>, com população residente de 183.530. Desta população, segundo a Base de Dados do SUS (DataSUS), 91,01% é coberta pelas Equipes de Saúde da Família. Essas equipes estão alocadas em 27 estabelecimentos de Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde no município, e divididas em 25 Estratégias de Saúde da Família (ESF), e duas caracterizadas pelo modelo de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (SMS, 2010).

O CSF em que o estudo foi realizado possui duas equipes de ESF para atender uma população de aproximadamente 8.000 pessoas adscritas em sua área. Cada equipe de ESF tem um enfermeiro responsável, assim, somam-se dois enfermeiros no CSF, onde um destes assume além da assistência, a coordenação da unidade. Completando, as equipes de ESF contam com dois médicos clínicos gerais, alocados um em cada equipe, um ginecologista responsável por toda a população adscrita, dois pediatras que se alternam no atendimento de todas as crianças da área de abrangência do CSF em questão, sete auxiliares de enfermagem, um auxiliar de consultório odontológico, cinco agentes comunitários de saúde (ACS) para

uma equipe de ESF e seis ACS para a outra equipe de ESF, um auxiliar administrativo, um farmacêutico e um auxiliar de farmácia. Ainda, este CSF possui vínculo com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, no qual atuam outros profissionais de saúde.

O atendimento às crianças ocorre em sala própria, denominada “Sala da Criança”, onde há um técnico de enfermagem e um enfermeiro. Nessa sala há atendimento todos os dias pela manhã e pela tarde, em horário comercial. Os procedimentos realizados são de triagem, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como do esquema vacinal. Além disso, orientações são dadas para os cuidadores das crianças quanto à higiene, alimentação, crescimento e desenvolvimento, abrindo-se espaço para o esclarecimento de dúvidas, antes de serem encaminhadas para a consulta médica com o pediatra ou para a consulta de puericultura com os enfermeiros.

Conhecendo o cenário, para atingir os objetivos deste estudo, escolheu-se este CSF em decorrência deste possuir atendimento exclusivo para crianças da faixa etária estudada. Além disso, a pesquisadora já possuía contato prévio com as equipes de ESF, devido a aulas teórico-práticas do curso de graduação em enfermagem realizadas no local. Assim, havia vivenciado o primeiro contato com os membros destas equipes, facilitando sua entrada e permanência em campo para a coleta dos dados, além de já conhecer as rotinas do local.

#### 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram sujeitos da pesquisa nove mães adscritas nas ESF de um CSF da cidade de Chapecó/SC.

A seleção das mães foi realizada aleatoriamente conforme a presença destas nas avaliações das medidas antropométricas realizadas na sala da criança do CSF em questão, e em visitas domiciliares com as ACS.

Os critérios de inclusão foram: mães que possuíam filhos com idade de seis meses à um ano, 11 meses e 29 dias de vida (dois anos incompletos) no momento da coleta dos dados, que seus filhos tenham tido o AME desde o nascimento, desmamados antes dos seis meses de idade, e autodeclaradas não gestantes. Os critérios de exclusão foram: mães menores de 18 anos, que possuíam filhos com deficiências que impossibilitem ou dificultem o aleitamento materno e/ou nascidos pré-termo, e mães que possuíam algum impedimento para amamentar.

É importante ressaltar que, qualquer alteração durante o desenvolvimento embrionário pode resultar em anomalias congênitas, variando, desde pequenas assimetrias até defeitos com maiores comprometimentos estéticos e funcionais. Assim, a criança portadora de

malformação congênita necessita de atenção especializada, o que, muitas vezes, impede ou dificulta o aleitamento materno, como no caso das fendas lábio palatino, estenose e/ou obstrução do trato gastrointestinal, dentre outras. Dessa forma, crianças como má formação congênita que impeça ou dificulte o aleitamento materno foram excluídas deste estudo (SANTOS; DIAS, 2005).

As crianças nascidas pré-termo também foram excluídas deste estudo devido à sua imaturidade biológica, que pode desencadear disfunção em qualquer órgão ou sistemas corporais, fazendo-se necessário ter cuidados especiais pelo risco de estas desenvolverem grandes problemas. É possível exemplificar alguns problemas que podem ser desenvolvidos ou mantidos após o nascimento nesses casos de prematuridade gestacional do parto, como: síndrome do desconforto respiratório, apnéia, displasia bronco-pulmonar, persistência do canal arterial, termorregulação ineficaz, hipoglicemia, hemorragia intraventricular, disfunção gastrointestinal, retinopatia, hiperbilirrubinemia e infecções, que podem levar a um tempo de internação pós-parto prolongada, e assim, impedir o AME (SUCENA; FURLAN, 2008).

Percebe-se que o desmame entre os RN prematuros ocorre precocemente, principalmente em decorrência: da condição clínica do bebê que impede o início precoce da sucção direta ao seio materno, do período prolongado de internação, do estresse materno e da falta de rotinas sistematizadas que incentivem o aleitamento materno nesses casos (GAIVA *et al.*, 2000).

Ainda, pode ocorrer de a mulher possuir impedimentos para prover o aleitamento materno para seu filho, devido a infecções virais principalmente, como o herpes simples (quando se apresenta em lesões mamárias), varicela (quando adquirida entre cinco dias antes e três dias após o parto), sarampo, e o retrovírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, em que se deve suspender o aleitamento materno. Além destas, outras patologias podem comprometer o aleitamento materno em virtude das condições físicas da mãe, como algumas doenças cardíacas, renais e hepáticas graves, psicose e depressão pós-parto grave (LAMOUNIER; MOULIN; XAVIER, 2004).

Muitos desses problemas enfrentados por mães e filhos podem estimular o desmame antes dos seis meses de vida da criança. Dessa forma, podem estar levando a um viés nos resultados deste estudo. Portanto, justificam-se os critérios de exclusão envolvendo fatores de impedimento ou dificuldade de amamentação no binômio mãe-bebê.

O processo de inclusão das mães se deu de acordo com os critérios de inclusão e exclusão pré-determinados, identificados de acordo com uma conversa informal, na qual a pesquisadora questionou a idade da criança, a idade gestacional ao nascer, se a criança teve algum problema de saúde ou de formação, se a criança mamou somente no peito após o

nascimento e em que idade a mãe inseriu outro tipo de alimento na dieta desta, a idade da mãe, se está gestante, e se teve algum problema de saúde que a impossibilitou de amamentar a criança em questão, pré-selecionando assim as mães.

Mães que possuíam mais de um filho, mas com um deles nas condições de inclusão descritas anteriormente, e respeitando os critérios de exclusão, também foram incluídas no projeto. No caso destas, as perguntas foram direcionadas somente a uma das crianças, escolhido por elas mesmas.

Com base nos critérios mencionados e explorados anteriormente, nove mães foram entrevistadas, determinado pela saturação dos dados, a qual se dá “quando há a percepção de que os dados novos a serem coletados decantam-se, isto é, não são diluídos ou absorvidos na formulação teórica que se processa, não mais contribuindo para o adensamento” das discussões (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 24). Todas as participantes foram identificadas por codinomes, que corresponderam à M1, M2, e assim por diante consecutivamente e ordinariamente.

#### 4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados iniciou-se após a aproximação de campo da pesquisadora. A aproximação de campo aconteceu com a apresentação da pesquisadora e de seu projeto de pesquisa para a coordenação do CSF onde o estudo foi realizado. Posterior a esse momento, houve a permanência da pesquisadora durante alguns dias na “Sala da Criança”.

Assim, para realizar a coleta dos dados, a pesquisadora esteve nesse local conforme os dias agendados juntamente com o responsável pela sala, dando prioridade para os dias em que havia atendimento de médicos pediatras e consultas de rotina para puericultura.

No primeiro contato com as mães foi realizada uma conversa informal com as mães, checando se estas se encaixavam nos critérios de inclusão e exclusão. Aquelas que se encaixaram nos critérios de inclusão e exclusão foram convidadas a participar deste estudo, no qual a pesquisadora explicou os objetivos deste e questionou o interesse destas em participar.

Com o aceite prévio destas, foi realizado um agendamento de data e local para a coleta dos dados, em que a pesquisadora e as mães tiveram telefones trocados para combinações futuras, caso fosse necessário. Além disso, algumas mães, após o aceite prévio, preferiram conceder a entrevista no próprio CSF, em sala disponível no local, respeitando a sua individualidade e a privacidade. Outras mães foram entrevistadas em suas residências, por

meio de visitas domiciliares realizadas pela pesquisadora e algumas ACS, seguindo todos os passos descritos no projeto de pesquisa, respeitando a individualidade e a privacidade das mães entrevistadas.

Dessa forma, antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora explicou às participantes o conceito de desmame preconizado pelo MS utilizado neste estudo. Como métodos para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista com questões abertas contendo a caracterização dos sujeitos e questões abertas sobre tema (Apêndice B).

Os dados coletados em relação às mães se referiram à escolaridade, parentesco das pessoas que residem no mesmo domicílio, condição do trabalho, renda da família, quantidade de filhos e idade dos mesmos. Em relação à criança, foram coletados dados referentes à idade atual e a idade de desmame, alimentos introduzidos no momento do desmame, questionamentos sobre as condições de saúde da mesma, referentes a momentos de internação hospitalar e uso de medicamentos, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Quanto ao desmame, foram questionados aspectos relacionados à sua decisão e realização.

A coleta de dados foi realizada no mês setembro de 2014 e as informações colhidas foram registradas em gravações de áudio (previamente autorizadas pelos participantes). Após a coleta gravada, os dados foram transcritos pela pesquisadora para a realização da análise dos mesmos.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados se deu sob a perspectiva qualitativa, com base na metodologia da Análise de Conteúdo descrita por Laurence Bardin (1977).

A análise de conteúdo descrita por Laurence Bardin foi realizada seguindo os passos: fase de pré-exploração do material ou leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas; seleção das unidades de análise (ou unidades de significado); e processo de categorização e subcategorização.

A fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas compreende apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para o decorrer da análise, de leituras de todo o material coletado com a ideiação de apreender de forma global as ideias principais e seus significados gerais (CAMPOS, 2004; BARDIN, 1977). Assim, a pesquisadora leu e releu todas as entrevistas, de modo contínuo, diversas vezes para absorver as ideias principais e seus significados.

A fase de seleção das unidades de análise (ou unidades de significado) consiste na seleção das unidades de análise, que podem ser um tema, palavras, expressões, frases e outros, existindo várias opções a serem utilizadas (CAMPOS, 2004; BARDIN, 1977). Conforme, a pesquisadora identificou, por meio de análise cromática, as frases utilizadas nesse estudo.

Para a terceira fase da análise, o processo de categorização e subcategorização compreende grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, de acordo com sua proximidade ou intimidade, de forma a exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos do estudo, e criem novos conhecimentos, chegando assim, ao final do processo de análise dos resultados (CAMPOS, 2004; BARDIN, 1977). Dessa forma, realizou-se o agrupamento das falas conforme seus significados, buscando atender aos objetivos do estudo.

#### 4.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão divulgados para as mães participantes e sua família, e para os colaboradores do CSF em que o estudo foi realizado por meio de uma cópia impressa dos resultados da pesquisa, entregue ao CSF em questão.

A Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC receberá os resultados deste estudo por meio de um documento no formato pdf, gravado em CD.

Para a sociedade, os resultados serão divulgados por meio de artigo científico publicado em revistas do meio, bem como com a divulgação do presente Trabalho de Conclusão de Curso.

#### 4.7 PRECEITOS ÉTICOS

Trentini e Paim (2004) colocam que a pesquisa na Enfermagem concentra significado ético na convicção sobre a dignidade do ser humano e sobre o valor à vida, sendo a proteção dos direitos do ser humano na construção do projeto fundamental.

Dessa forma, para ter acesso às mães, primeiramente, foi encaminhado uma cópia do projeto de pesquisa para a Secretaria de Saúde do município com a finalidade de obter autorização para realização do estudo no local escolhido por meio da Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas (Anexo A). Em seguida, com o aceite da Secretaria de Saúde do município para a realização do estudo, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) via Plataforma Brasil, para

apreciação e aprovação. Após a aprovação, conforme Parecer Consubstanciado número 772.266 (Anexo B) foi realizado contato com o CSF em questão para realizar a aproximação de campo.

Após a aproximação de campo, foi iniciada a coleta dos dados. Para isso, anteriormente ao início da coleta de dados foi esclarecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) bem como o Termo de Ciência e Concordância para Filmagem, Fotografia ou Gravação (Anexo C), sanado dúvidas, preenchidos e assinados pelo sujeito da pesquisa e pela pesquisadora em duas vias, onde uma das vias permaneceu com o sujeito e a outra via com a estudante e pesquisadora responsável.

Assim, as participantes deste estudo concordaram com o conteúdo do TCLE (Apêndice C), de acordo com a Resolução 466/MS/2012, antes de o estudo ser iniciado, o qual garantiu a elas:

1. sigilo e anonimato durante e após o processo de pesquisa, sem divulgação de sua identidade;
2. valorização e respeito aos preceitos morais de todos os participantes;
3. liberdade de sair do estudo a qualquer momento, sem prejuízos à sua saúde;
4. concordar em participar do estudo por livre e espontânea vontade, sem coerção, ameaças ou danos;
5. bem-estar e segurança, garantindo o esclarecimento de quaisquer dúvidas a qualquer momento, respeito durante as relações, cautela para que não haja exposição de qualquer participante.

Os dados coletados de gravações e transcrições serão arquivados por cinco anos após a data de coleta das informações, permanecendo nesse período em posse da pesquisadora responsável na UFFS. Após o vencimento desse período de tempo, as gravações serão deletadas e as transcrições incineradas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo apresenta os resultados obtidos na pesquisa após o processo de análise de conteúdo segundo os princípios de Bardin (1977), bem como a discussão sobre o assunto.

Primeiramente é apresentada a caracterização dos sujeitos de pesquisa. Após análise dos dados, emergiram duas categorias temáticas: interpretação materna acerca da necessidade da introdução de complemento alimentar, e influências de fatores biológicos, sociais e culturais.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Foram entrevistadas nove mães com idade média de 28 anos. Destas, aproximadamente 55,5% eram multíparas<sup>1</sup>, e as demais possuíam dois ou três filhos. Além disso, a maioria é alfabetizada, em que 67% das mães possuem o ensino médio completo. Observa-se ainda que, 63% das mães exercem função doméstica no próprio lar, e é possível verificar que a maioria das entrevistadas referiu que a renda familiar fica entre três e quatro salários mínimos, correspondendo a 45% das respostas das mães entrevistadas. Verifica-se ainda, que a renda média das famílias é de dois a três salários mínimos. Estes dados podem ser observados na Tabela 3:

Tabela 3 – Caracterização materna

<b>Paridade</b>	<b>Quantidade de mães</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Primíparas <sup>2</sup>	4	44,5
Multíparas	5	55,5
Total	9	100
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	1	11
Ensino Fundamental Completo	1	11
Ensino Médio Incompleto	1	11
Ensino Médio Completo	6	67
Total	9	100

1. Multípara: mulher com qualquer número de partos anteriores (CABRAL; COSTA; CABRAL JÚNIOR, 2003, p. 740).

2. Primípara: mulher com apenas um parto (CABRAL; COSTA; CABRAL JÚNIOR, 2003, p. 740).

<b>Atividade fora de casa</b>		
Sim	3	37
Não	5	63
Total	9	100
<b>Renda média das famílias</b>		
Até um salário mínimo	1	11
De um a dois salários mínimos	2	22
De dois a três salários mínimos	2	22
De três a quatro salários mínimos	4	45
Total	9	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação às crianças, a média de idade destas no momento da entrevista foi de 11 meses de idade. Todas fazem acompanhamento do desenvolvimento e crescimento, em sua grande maioria com frequência mensal e no CSF em que estão adscritas, correspondendo a 89% das crianças, sendo que apenas 11% realiza esse acompanhamento de forma particular.

O momento da introdução de outros alimentos na dieta das crianças aconteceu principalmente entre quatro e cinco meses, correspondendo à idade de desmame de 45% do total das crianças, e, posteriormente, entre cinco e seis meses de idade, resultando em uma média de AME de 136,6 dias, conforme mostra a Tabela 4:

Tabela 4 – Idade das crianças no momento do desmame.

<b>Idade da criança no momento do desmame</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Até 30 dias de vida	1	11
Entre 1 e 2 meses de vida	1	11
Entre 4 e 5 meses de vida	4	45
Entre 5 e 6 meses de vida	3	35
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os alimentos introduzidos nesse momento foram, principalmente, chás, água, frutas, legumes, biscoitos/bolachas, e papinhas, referidos por 78% das mães. Um outro tipo de leite

foi introduzido por apenas 22% das mães. Ainda, a continuação do aleitamento materno após a introdução de outros alimentos foi referida por 89% das mães, inclusive para as crianças com mais de um ano de idade, referindo AMC até o momento da entrevista, conforme é possível observar na Tabela 4:

Tabela 5 – Alimentos introduzidos no momento do desmame e tipo de dieta da criança no momento da coleta de dados.

<b>Alimentos introduzidos</b>	<b>Quantidade de crianças</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Outro tipo de leite	2	22
Outros alimentos	7	78
Total	9	100
<b>Tipo de dieta da criança</b>		
Aleitamento materno complementado	8	89
Dieta livre (sem leite materno)	1	11
Total	9	100

Fonte: Elaborado pelo autor

Assim, foi possível perceber que a maioria das mães entrevistadas são jovens, multíparas\*, alfabetizadas, não trabalham fora de casa e vivem com uma renda familiar entre três e quatro salários mínimos. É necessário ressaltar ainda que, todas as mães entrevistadas relataram receber orientações e informações, seja no pré-natal ou no puerpério, sobre o AME até os seis meses de vida de seus filhos, sendo continuado até os dois anos ou mais.

## 5.2 INTERPRETAÇÃO<sup>3</sup> MATERNA ACERCA DA NECESSIDADE DA INTRODUÇÃO DE COMPLEMENTO ALIMENTAR

Muitos fatores podem estar associados ao desmame antes dos seis meses de vida neste estudo, como a interpretação materna às reações de seu filho quando em AME, interpretando satisfação ou insatisfação sobre a saciedade da fome. A maneira como esta interpreta as reações de seu filho pode influenciá-la na decisão materna sobre o momento da introdução de outros alimentos na dieta da criança.

Por meio dos relatos maternos, pôde-se verificar que a sua interpretação sobre os sinais que a criança demonstra em relação ao AME, ao ver outros alimentos, e da criança

3. O termo interpretação segue as referências utilizadas no texto.

assistir ao momento em que a mãe se alimenta, estimulam o desmame precoce de acordo com a interpretação que a mãe atribui a essas reações, como podemos ver nas falas a seguir:

[...] aí quando eu vim pra casa uns dias aguentou sabe, só o peito, mas daí ele começou a chorar, chorar, daí quando eu dava mamadeira ele ficava quietinho, dormia normal, quando eu não dava ele só chorava [...] (M1)

[...] parecia que ele precisava [de outro alimento além do leite materno], porque ele se expressava, ele via [os outros da família comer] e queria [os mesmos alimentos], e pra mim eu achava que seria importante né, porque ele ficava pedindo o alimento, parecia que ele queria muito, daí eu comecei a dar porque achei que ele precisava [...] (M3)

[...] mas tem que dar né, eles [a criança] querem [outros alimentos]. (M5)

[...] porque nós comia e ela só ficava olhando né, daí eu dei [outro alimento]. (M7)

[...] às vezes de tarde assim, quando eu estava comendo e daí ele via e parecia que ele queria também [o que a mãe comia] [...] ai eu ficava com dó de não dar né, porque eu estava comendo e ele ficava querendo, eu dei igual [...] (M8)

É possível perceber uma relação entre a interpretação da mãe, de pensar e acreditar que a criança quer e/ou precisa de outro alimento além do leite materno, devido ao que ela acredita que seu filho quer demonstrar através de suas reações, com a real necessidade deste. Essa interpretação pode estar associada às crenças maternas, que podem levar a mãe a acreditar que o bebê sente fome ou que o seu leite não está sendo o suficiente para supri-lo, levando-o a pedir outros alimentos, ficar olhando os pais se alimentarem, ou chorar frequentemente.

A introdução de outros alimentos na dieta das crianças antes dos seis meses vida foi evidenciada por Mascarenhas *et al.* (2006), onde identificaram que o motivo para introdução de outros alimentos foi a crença da mãe de que o bebê sentia fome, relatado por 46% das mães estudadas, vindo ao encontro do que nos mostram as falas das entrevistadas.

É possível verificar que a interpretação de que a criança sente fome, muitas vezes está relacionada ao choro do bebê e a análise de que este pede outros alimentos por meio de sinais, reações ou pelo simples fato de assistir a família se alimentar. Vindo ao encontro destes resultados, Parizotto e Zorzi (2008) e Fialho *et al.* (2014), identificaram que o fato das mães terem essa compreensão, é um dos fatores desencadeantes do desmame.

Além disso, em outro estudo, identificou-se que os fatores ligados ao comportamento do RN, determinados pela interpretação da experiência de amamentar foram justificativas maternas para o desmame (FROTA *et al.*, 2009).

Essas análises sobre as reações do bebê relacionadas à sua saciedade têm explicação advinda da história da amamentação, a qual, trazida com os portugueses para o Brasil, a cultura do desmame precoce se firmou, e se afirmou posteriormente, com a indústria do leite artificial, considerado este o ideal para as crianças, afetando, atualmente, nas decisões maternas sobre a continuação do AME e o momento do desmame (ALMEIDA; NOVAK, 2004; BOSI; MACHADO, 2005; CASTILHO, BARROS FILHO; COCETTI, 2010; ICHISATO; SHIMO, 2002).

Assim, o fato da mãe acreditar que a criança quer e precisa, associado às reações interpretadas como “pedir alimentos”, seja por choro ou por olhar as pessoas da família se alimentarem, podem levar às mães a introduzirem outros alimentos na dieta de seus filhos antes dos seis meses de vida por responsabilidade própria, como foi identificado por diversos estudos (FRANÇA; FREITAS; FRANÇA, 2011; PARADA *et al.*, 2005; SOUZA, 2011; PARIZOTTO; ZORZI, 2008; ICHISATO; SHIMO, 2002; MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

Portanto, é possível considerarmos que as mães atribuem às reações de seus filhos interpretações de acordo com suas crenças e hábitos, não havendo uma causa isolada para restabelecer o curso da amamentação. Assim, devemos ainda considerar que o aleitamento materno permeia fatores biológicos, sociais e culturais onde a mãe e filho estão inseridos.

### 5.3 INFLUÊNCIAS DE FATORES BIOLÓGICOS, SOCIAIS E CULTURAIS NO DESMAME PRECOCE

Os motivos que levaram as mães a desmamarem seus filhos antes dos seis meses de vida permeiam características biológicas, quando a mãe se refere ao “pouco leite”, “término do leite”, e indicações médicas; aos fatores sociais referentes ao retorno para o trabalho; e culturais, quando a indicação para a introdução de outros alimentos vem de terceiros, no caso da família e outras pessoas.

[...] quando não é pra vir não vem [leite materno], peguei eu mesma e dei [outro alimento], e fez bem. [...] daí chegou acho que uns 40 dias, 45, daí terminou meu [leite materno] tudo, daí nem ele mais quis né, porque não tinha. (M1)

É porque eu tinha que voltar a trabalhar [...] eu fiquei um pouco triste , porque daí eu tive que para de dar o leite [materno], mas eu sabia que era o melhor pra ele, que eu teria que voltar a trabalhar [...] (M2)

[...] com quatro meses ele não estava mais ganhando peso, aí a médica já perguntou, se, ele não tinha ganhado nem 100 gramas, aí ela [pediatra] falou pra eu começar a

introduzir outros alimentos, que o meu leite não estava sendo suficiente pra ele [...]. (M4)

[...] a mãe [mãe da entrevistada] dizia pra dar, dizem que a gente tem que fazer conforme o que a mãe fala, eu fiz. (M5)

[...] era pouco leite que eu tinha [...] daí dei as outras coisas [outros alimentos] pra ela, como te falei, quando ela mamava não tinha muito leite. (M6)

Eu tinha que trabalhar, daí não tinha, deixar em casa com uma outra guria pra cuidar, daí ela começou a dar [outros alimentos]. (M6)

[...] eu já ouvi um monte de gente falar que com 3, 4 mesinhos já dava [pra dar outros alimentos], que não fazia mal, eu peguei e dei, e deu certo.(M6)

[...] conversei com a pediatra e ela disse que eu poderia tentar dar outros alimentos [antes dos seis meses], que só o mamar do peito não estava ajudando tanto. (M9)

Esses fatores interferentes, de aspectos biológicos, sociais e culturais, presentes nos relatos são identificados em outros trabalhos, sendo que, após o parto, “quando a mulher retorna ao seu contexto social, ela sofre interferências na sua forma de pensar e agir com relação ao aleitamento materno” (ARAÚJO *et al.*, 2008, p. 491).

Os fatores biológicos relacionados ao aleitamento materno são explicitados, onde as mães associam o desmame precoce ao pouco leite e o fato do leite ter acabado. Os mesmos fatores foram identificados na literatura por diversos autores, considerados como dificultadores do aleitamento materno ou determinantes para o desmame (ROCCI; FERNANDES, 2014; FRANÇA; FREITAS; FRANÇA, 2011; MORAES *et al.*, 2014; PARIZOTTO; ZORZI, 2008; RAMOS; ALMEIDA, 2003; VOLPINI; MOURA, 2005; SOUZA *et al.*, 2011).

Em relação à identificação do “pouco leite” ou o fato deste ter “acabado”, Rocci e Fernandes (2014) colocam que é um fator cultural, pois afirmam que isso é um mito, visto que a grande maioria das mulheres possui leite suficiente para alimentar seu filho, sendo que esta percepção errônea pode estar associada ao desconhecimento da mãe sobre os valores nutricionais de seu leite, sobre a produção do mesmo, além da relação que a mesma faz com o choro da criança com a carência de alimento, o que muitas vezes é uma inverdade.

Ainda, outras motivações para o desmame precoce podem ser pensadas, como a vontade da mãe de não querer amamentar. Assim, essa vontade de não querer amamentar, por algum motivo ou circunstância, pode fazer com que esta utilize da justificativa de que o seu leite não é o suficiente para alimentar seu filho, tendo assim, uma explicação para si mesma e para os outros pelo fato de não amamentar (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Em contrapartida, Parizotto e Zorzi (2008) descrevem que em algumas situações pode ocorrer a baixa produção de leite, decorrente da própria fisiologia da produção deste, como no caso do bloqueio de ductos lactíferos, onde o leite produzido numa determinada região da mama, por alguma razão, não é drenado adequadamente.

Ainda, a indicação médica permeia o fator biológico, quando os sujeitos justificam a introdução de outros alimentos devido à indicação de um profissional de saúde. É identificável na literatura diversos estudos que mostram a influência médica no desmame antes dos seis meses de vida das crianças, sendo uma porcentagem que varia de 1,89% à 38% das causas da interrupção do AME (ROCCI; FERNANDES, 2014; FRANÇA; FREITAS; FRANÇA, 2011; PARADA *et al.*, 2005).

É importante considerar que, esses profissionais de saúde podem influenciar no desmame precoce, em decorrência da falta de ações para ensinar a prática do aleitamento materno e com ações negativas, repassando e reforçando crenças que estimulam o desmame precoce, como também, por falta de capacitação desses no manejo adequado do aleitamento materno (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Ainda, Prates, Schmalfluss e Lipinski (2014) observaram em seu estudo que os profissionais de saúde possuem pouco conhecimento sobre as práticas populares que permeiam a prática do aleitamento materno, impossibilitando-os de intervir na influência das práticas culturais da qual essa nutriz está inserida. Assim, permite-se a inserção de outros alimentos na dieta das crianças antes dos seis meses de vida.

Além disso, a mulher exerce múltiplas funções e se empenha em várias tarefas diárias, além de cuidar do lactente. Esse fato pode ser um dificultador ou impeditivo para a amamentação, principalmente quando se refere ao trabalho fora de casa (RODRIGUES; GOMES, 2014).

Com a inserção da mulher no mercado de trabalho, o desmame decorrido desse fator é frequentemente relatado em diversos estudos, sendo identificado como elemento dificultador ou impeditivo ao aleitamento materno (ARAUJO *et al.*, 2008; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; ROCCI; FERNANDES, 2014; MORAES *et al.*, 2014; PARIZOTTO; ZORZI, 2008; RODRIGUES; GOMES, 2014).

O que pode levar o trabalho fora de casa ser um dificultador ou impeditivo do aleitamento materno foi identificado por Rocci e Rodrigues (2014), por meio de relatos maternos, pela dificuldade das mães conciliarem as múltiplas atribuições conferidas à elas.

Ainda, Araújo *et al.* (2008) consideram que outro fator que transcende o trabalho fora de casa é o cenário do mercado de trabalho em que a mulher está inserida atualmente,

favorecendo o desmame. Dessa forma, Faleiros, Trezza e Carandina (2006) dizem que o trabalho materno só não é um empecilho quando houver condições favoráveis à manutenção do aleitamento, como no caso, a oferta de creches e condições para o aleitamento no local e horário do trabalho.

Além disso, a mulher acaba lidando com a influência de terceiros sobre a amamentação. Fica evidente a influência dos familiares, principalmente das avós das crianças, e das pessoas que compõem a rede social dessa mãe.

É possível perceber que as avós tem grande influência no percurso do aleitamento materno, podendo influenciar tanto positivamente como negativamente neste. Araújo *et al.* (2008) colocam que a avó pode transmitir tabus, crenças e proibições inerentes a um dado contexto histórico-social que viveram, estimulando ou não a amamentação.

É provável que as avós passem suas experiências vividas há 20 ou 30 anos, com recomendações contrárias com as atuais práticas alimentares, influenciando negativamente na amamentação, tanto na sua duração quanto na sua exclusividade (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005).

Alguns estudos referem que, de 10,6% à 30,19% dos casos de desmame precoce tiveram influências das avós, principalmente maternas (FRANÇA; FREITAS; FRANÇA, 2011; SOUZA *et al.*, 2011). Em outro estudo, cerca de 40% das mães relataram a influência das avós nas decisões acerca da amamentação (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005).

Em contrapartida, é possível perceber que as mães que possuem contato direto com as suas mães ou sogras, possivelmente, deleguem parte do seu papel de mãe a elas, sendo outro fator de propensão à menor duração do aleitamento materno, em virtude da mãe considerar a avó como uma fonte importante de informações, devido ao fato de que, durante o aleitamento, a mulher se torna mais vulnerável a pressões e aos conselhos/orientações de terceiros (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005; MARQUES *et al.*, 2010). Dessa forma, a mulher acaba se sentindo compelida a aceitar intervenções, tanto de familiares como de terceiros, e toma decisões baseadas nas interações que faz com o meio em que está inserida (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

A influência de terceiros pode acontecer pela intenção dessas pessoas em ajudar a nutriz a resolver dúvidas e inseguranças, podendo contribuir para a interrupção do AME (FUJIMORI *et al.*, 2010). Assim, França, Freitas e França (2011) identificaram que, aproximadamente 15,09% das mães pesquisadas referiram ter desmamado precocemente seus filhos em decorrência da influência de terceiros.

Ao encontro desses dados, Prates, Schmalfluss e Lipinski (2014) identificaram em seu estudo que as mães, mesmo com apoio de familiares e amigos, desmamaram seus filhos precocemente. Em contrapartida, concordam com os demais autores quando colocam que perceberam que as nutrizes tem forte influência da rede familiar e/ou da comunidade em relação à amamentação.

Evidencia-se a complexidade que envolve o ato de amamentar, permeando as esferas biológica, social e cultural, influenciada por crenças e tabus, tanto da mulher como da rede social de apoio que a envolve, onde o desmame não é determinado por apenas um fator, mas pela influência de vários determinantes (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Todos os benefícios que estão inseridos no ato de amamentar, descobertos pela ciência e divulgados para a sociedade, não têm sido suficientes para modificar os valores culturais e sociais capazes de reverter à tendência do desmame (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Essa realidade pode ser explicada devido ao fato de que, desconstruir ou modificar os significados que desestimulam as mulheres a amamentarem, arraigados na nossa cultura, é um processo complexo e demorado, devido aos significados existentes pertencerem a momentos que hoje já não servem mais (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Para modificar essa realidade é necessário compatibilizar os determinantes biológicos, como a hipogalactia, com os condicionantes socioculturais, como as crenças, influências de terceiros e o trabalho materno, os quais configuram a amamentação como uma categoria híbrida entre a natureza e a cultura (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Dessa forma, o ato de amamentar não deve ser reduzido apenas ao aspecto biológico, mas incluir a valorização dos fatores socioculturais (ARAUJO *et al.*, 2008).

Assim, pode-se conhecer que os motivos que levam as mães a realizarem o desmame antes dos seis meses de vida da criança vão além dos fatores biológicos, interpretados como “pouco leite” ou “término do leite” materno e indicações médicas. O ato de desmamar antes dos seis meses de vida está relacionado também a fatores sociais, como a necessidade de trabalhar fora de casa, e com a influência de terceiros, tanto de familiares como de outras pessoas presentes na rede social da mãe.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os motivos que levam às mães a interromper o AME antes dos seis meses de vida de seus filhos, conforme é preconizado pelo MS, é: interpretação materna acerca da necessidade da introdução de complemento alimentar por acreditar que a crianças querem, precisam ou pedem outro alimento, achar que o seu leite é fraco ou que tem pouco leite e por influência de fatores biológicos, sociais e culturais quais sejam: indicação médica, pela necessidade de trabalhar fora de casa, e influências externas, como de suas mães e pessoas da sua rede social.

A interpretação materna sobre as reações da criança perante o AME, motivo que levou as mães a acreditarem que a criança quer, precisa ou pede outro alimento apresentou lacunas, bem como sobre os fatores que podem estar estimulando essas a interpretar dessa forma as reações de seus filhos. Em contrapartida, os relatos de “leite fraco”, o leite materno ter acabado, indicação médica, trabalho fora de casa, e influências externas, como de suas mães e pessoas da sua rede social terem influenciado na sua decisão de interromper o AME foi muito relatada e discutida em diversos estudos, evidenciando que são os fatores mais comuns relatados pelas mães na tomada de decisão.

Dessa forma, acredita-se que durante o ensino é necessário que os professores e estudantes da graduação de Enfermagem tenham contato direto com essas mães para que estes possam desenvolver um pensamento crítico acerca das intervenções que podem estar sendo prestadas sobre os fatores que levam às mães a interromperem o AME antes do tempo preconizado pelo MS. Além disso, se faz necessário que seja incluído no ensino teórico da graduação as motivações maternas para o desmame precoce, focando, principalmente, nos fatores sociais e culturais.

Juntamente com o ensino, a pesquisa se desenvolve como uma busca permanente para respostas de perguntas não explicadas até o momento. Apesar das inúmeras evidências disponíveis na literatura, o desmame precoce ainda é muito visualizado, atualmente. Nesse sentido, sugerem-se novas pesquisas que busquem estudar de que forma minimizar as influências externas que potencializam o desmame antes dos seis meses de vida.

Ainda, projetos de extensão poderão ser desenvolvidos, de forma interdisciplinar e em rede a fim de intervir nessa realidade que atinge muitas mães, que acabam desmamando seus filhos, muitas vezes sem vontade própria, mas em decorrência das influências que sofre à partir da sua cultura e da sociedade, principalmente. Pode-se pensar ainda em uma intervenção de campo, para investigar os conhecimentos que os profissionais de saúde possuem sobre o desenvolvimento e crescimento das crianças, bem como sobre o AME e os

fatores que levam as mães a optarem pela sua interrupção, desenvolvendo a educação continuada e permanente para que estes possam possibilitar momentos de sensibilização garantindo às mães o empoderamento necessário para a melhor escolha no momento da amamentação de seus filhos.

É relevante ressaltar que o CSF onde o estudo foi desenvolvido realiza busca ativa das crianças faltantes para as crianças que fazem acompanhamento do desenvolvimento e crescimento, e ainda, estimula e orienta em todas as triagens a mãe à permanecer em AME até os seis meses de vida das crianças atendidas por esse. Assim, em busca de contribuir com a prática assistencial, poderão ser criados grupos de aleitamento materno, com o objetivo de discutir dificuldades, facilidades e enfrentamento das influências externas sofridas pelas nutrizes, fortalecendo a prática até o momento preconizado pelo MS, bem como os sentimentos e vontades maternos em relação a esta prática.

Percebe-se assim, a necessidade de intervenções articuladas com os diversos atores que fazem parte do convívio familiar do binômio mãe-bebê. Tal ação pode ser efetivada por meio de sensibilizações grupais com trocas de experiências que possibilitem a minimização de fatores que dificultem o AME.

Ainda, algumas facilidades foram percebidas no desenvolvimento deste estudo, como a recepção amigável das ESF no CSF por conhecerem previamente a pesquisadora, bem como a disponibilidade dos colaboradores do local para auxiliarem no que foi necessário. O fato da pesquisadora se encontrar no local por um período de tempo e abordar as mães no próprio CSF ou em visitas domiciliares com uma ACS familiares a estas, facilitou a abordagem às mães e a aceitação destas em participarem do estudo, mas houve resistência de algumas mães para aceitar participar deste trabalho, e houve também, algumas negações.

Assim, espera-se que o presente estudo traga contribuições para a gestão municipal, para os profissionais de saúde e para as famílias que possuem neonato ou lactente, principalmente para estes e suas mães, possibilitando um crescimento e desenvolvimento de maior qualidade. No campo do ensino espera-se instigar a realização de debates acerca do tema com os acadêmicos. Acredita-se ainda que os resultados deste estudo nortearão possíveis atividades extensionistas e novas pesquisas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5 (supl), p. S119 – S125, 2004.

ARAÚJO, M. F. M. et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. Recife: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 4, n. 2, p. 135-141, 2004.

ARAÚJO, O. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. Brasília: **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 4, p. 488 – 492, 2008.

AUDI, C. A. F.; CORRÊA, A. M. S.; LATORRE, M. R. D. O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. Recife: **Rev Bras. Saúde matern. infant.**, v. 3, n. 1, p. 85 – 93, 2003.

AZEVEDO, D. S. et al. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 53-62, 2010.

BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G.; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de família de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde pública**, v. 25, n. 3, p. 596-604, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Persona, 1977.

BARROS, V. O. et al. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr.**, São Paulo, SP, v. 34, n. 2, p. 101-114, ago. 2009.

BENGONZI, T.M. et al. Aleitamento materno entre crianças de ate quarto meses do Jardim Santo Amaro de Cambré – PR. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 2, p. 193-198, 2008.

BERCINI, L. O. et al. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. **Cienc Cuid Saúde**, v. 6, suplement. 2, p. 404-410, 2007.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. Cadernos ESP – Escola de Saúde Pública do Ceará, v. 1, n.1, 2005.

BRASIL. **II Pesquisa de Prevalencia de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Ministerio da Saude, Secretaria de Atencao a Saude, Departamento de Acoes Programaticas e Estrategicas. – Brasilia : Editora do Ministerio da Saude, 2009.

BRASIL. **Assistência Integral à Saúde da Criança:** ações básicas / Ministério da Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. **Banco de leite humano:** funcionamento, prevenção e controle de riscos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Anvisa, 2008.

BRASIL. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos /** Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152 p.

BRASIL. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança :** revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : modulo 3 : promovendo e incentivando a amamentacao em um Hospital Amigo da Criança : curso de 20 horas para equipes de maternidade. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 276 p.

BRASIL. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 :** dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. 300 p.

BRASIL. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros:** Situação do aleitamento materno em 227 município brasileiros. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1016, de 16 de agosto de 1987.** Dispõe sobre o alojamento conjuntos em todos os hospitais universitários. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1016, de 23 de agosto de 1993.** Dispõe sobre o alojamento conjunto em todas as unidades de atendimento médico-assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. **Portaria 371 de 1 de 7 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. **Portaria 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria 2.051, de 8 de novembro de 2001**. Estabelece os novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, a ser observada e cumprida em todo o Território Nacional. Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Rede Amamenta Brasil**: os primeiros passos (2007–2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 112 p.

BRASIL. **Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CABRAL, S. A. L. C. S.; COSTA, C. F. F.; CABRAL JÚNIOR, S. F. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação de parto cesáreo. **RBGO**, v. 25, n.10, p. 739 – 744, 2003.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 5, p. 611-614, set-out. 2004.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA JÚNIOR, A. L.; MORAES, A. B. A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. Campinas: **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 433 – 440, 2005.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; COSTA, M. P. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu, SP. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2007.

CASTILHO, S. D.; BARROS FILHO, A. A.; COCETTI, M. Evolução histórica dos utensílios empregados para alimentar lactentes não amamentados. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1401 – 1410, 2010.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. Rio de Janeiro: **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 3, p. 241-246, 2007.

CORREA, E. N. et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Rev Paul Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 258-264, 2009.

DEMITTO, M. O.; BERCINI, L. O.; ROSSI, R. M. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 271-276, 2012.

DIOGO, E. F.; SOUZA, T.; ZOCHE, D. A. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 10-13, 2011.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. Campinas: **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 5, p. 623 – 630, 2006.

FIALHO, et al. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Rev Cuid**, v. 5, n.1, p. 670 – 678, 2014.

FRANÇA, G. V. A. et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 711-718, 2007.

FRANÇA, A. C. H.; FREITAS, L. G.; FRANÇA, E. L. Auto-percepção sobre o aleitamento materno e os fatores que contribuem para o desmame precoce. Barra do Garças: **Revista Panorâmica Multiprofissional**, n. 12, p. 1 – 19, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas: contribuições teóricas. Rio de Janeiro: **Cad Saúde Pública**, n. 24, v.1, p. 17 – 27, 2008.

FROTA, M. A. et al. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 3, p. 61-67, 2009.

FUJIMORI, E. et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface**, v. 14, n. 33, p. 315 – 327, 2010.

GAÍVA, M. A. M. et al. Aleitamento materno em recém-nascidos internados em UTI neonatal de um Hospital Universitário de Cuiabá-MT. **Pediatr Mod online**, 2000. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=767](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=767), acessado em 12/07/2014 às 16:18.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, v. 76, suplemento 3, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, v.80 (5 supl), 2004.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. et al. Factors associated with early weaning at a Child-Friendly Healthcare Initiative Hospital. **Rev Odonto Cienc**, v. 27, n. 3, p. 202-207, 2012.

IBGE. **Infográficos**: Estabelecimentos de Saúde e Morbidade Hospitalar. Disponível em : <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/saude.php?lang=&codmun=420420&search=santa-catarinalchapecolininfograficos:-estabelecimentos-de-saude-e-morbidade-hospitalar>. Acessado em 28/05/2014 às 20:02.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 578 – 585, 2002.

INAMPS. **Resolução nº 18, de 5 de setembro de 1983**. Brasília, 1983.

LAMOUNIER, J. A. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, v. 72, n. 6, p. 363-368, 1996.

LAMOUNIER, J. A.; MOULIN, Z. S.; XAVIER, C. C. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. **Jornal de Pediatria**, v. 80, supl 5, p. 181-188, 2004.

LAVES, C. R. L. et al. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 4, p. 1355-1367, 2008.

MAIA, P. R. S. et al. A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n. 3, p. 285-292, 2006.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2461 – 2468, 2011.

MARQUES, E. S. et al. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, Supl 1, p. 1391 – 1400, 2010.

MARTINS, C. C. et al. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 167-178, 2011.

MASCARENHAS, M. L. et al. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. **J Pediatr (Rio J)**. v. 82, p. 289-94, 2006.

MONTEIRO, J. C. S.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Invest Educ Enferm**. v. 29, n. 2, 2011.

MORAES, J. T. et al. A percepção da nutriz frente aos fatores que levam ao desmame precoce em uma unidade básica de saúde de Divinópolis/MG. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 1, p. 971 – 982, 2014.

NEIVA, F. C. B. et al. Desmame Precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 1, 2003.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno**. OMS/UNICEF. 1980. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/legislacao/pdf/doc-677.pdf>. Acessado em 05/12/2014 às 00:14.

OMS. Organización Mundial De La Salud. **Estrategia Mundial para la alimentación del lactente y del niño pequeño.** Duración de la lactancia materna exclusiva. 2001.

OLIVEIRA, J. S. et al. Fatores associados ao desmame precoce entre multíparas. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 95-102, 2010.

OLIVEIRA, L. P. M. et al. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1519-1530, 2005.

PARADA, C. M. G. L. et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. **Rev. Latin-am. Enfermagem**, v. 13, n.3, p. 407 – 414, 2005.

PARIZOTO, G. M. et al. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 3, p. 201-208, 2009.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. São Paulo: **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 466 – 474, 2008.

PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. **REUFMS**, v. 4, n. 2, p. 359-367, 2014.

RAMOS, C. V. et al. Diagnóstico da Situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. De Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1753-1762, 2008.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J Pedriatria**, v. 79, n. 5, p. 385-390, 2003.

ROCHA, N.B. et al. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Physis Revista de Saude Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1203-1305, 2010.

RODRIGUES, N. A.; GOMES, A. C. G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. **Enferm. Rev.**, v. 17, n. 1, p. 30 – 48, 2014.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, v.67, n.1, p. 22 – 27, 2014.

SANTOS, R. S.; DIAS, I. M. V. Refletindo sobre a malformação congênita. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 5, p. 592-596, 2005.

SALIBA, N. A. et al. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 4, p. 481-490, 2008.

SALVE, J. M. **Violando as normas 2008**: relatório nacional das violações à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras e Lei 11.265/06: Edição Comemorativa dos 20 anos da NBCAL. Jundiaí: IBFAN Brasil; São Paulo: IBFAN Brasil, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHAPECÓ. **Plano Municipal de Saúde de Chapecó** – Gestão 2010-2013. Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, 2010.

SILVA, I. A. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno: **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30, n. 1, p. 58-72, abr. 1996.

SILVA, B. F. O. et al. Amamentação e Alimentação do Lactente: proposta de um instrumento de identificação diagnóstica em enfermagem. **Cuidarte Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 144-151, 2008.

SILVA, I. A. S.; UTIYAMA, S. K. Situação de amamentação entre mulheres trabalhadoras e alunas de graduação e pós-graduação de uma universidade pública. **Acta Scientiarum**, v. 25, n. 2, p. 215-225, 2003.

SILVA, M. B. C.; MOURA, M. E. B; SILVA, A. O. Desmame precoce: representações sociais de mães. **Rev. Eletr. de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 31-50, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a03.htm>. Acessado em 23/04/2014 às 23:22.

SILVA, R. M. R.; MARCOLINO, C. A vivência do processo de amamentação e desmame precoce por mulheres-mães orientadas para o aleitamento materno: estudo qualitativo. **OBJN**, v. 8, n. 1, 2009.

SOARES, M. E. M. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

SOUZA, N. K. T. et al. Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. **Com Ciências da Saúde**, v. 22, n. 4, p. 231-238, 2011.

SOUZA, A. B. G.; MATA, E. L. Aleitamento materno e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. In SOUZA, A.B.G. (Org.). **Enfermagem Neonatal cuidado integral ao recém-nascido**. 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2011. p. 97-114.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; KUMMER, S. C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 141 – 147, 2005.

TEIXEIRA, M. A. et al. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: cultura do querer-poder amamentar. Florianópolis: **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 1, p. 98 – 106, 2006.

THILO, E. H.; ROSENBERG, A. A. O recém-nascido. In: HAY, JR [et al.] **CURRENT Pediatria: diagnostic e tratamento**. 20ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2012. p. 01-63.

TRENTINI, M., PAIM, L.. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2ª edição revisada e ampliada. Florianópolis: Insular, 2004.

UCHIMURA, N. S. et al. Estudos dos Fatores de Risco para o Desmame Precoce. Maringá: **Acta Scientiarum**, v. 23, n. 3, p. 713-718, 2001.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança** : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 1 : histórico e implementação. Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança** : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : modulo 3 : promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança : curso de 20 horas para equipes de maternidade. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

WHO. World Health Organization, United Nations Children´s Foundation. **Innocenti Declaration**. Florença: UNICEF/WHO,1990. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_innocenti.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_innocenti.pdf). Acessado em 19 de maio de 2014 às 20:31.

WHO. World Health Organization. **The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding.** Report of an Expert Consultation, Geneva, Switzerland, 28-30 March, p. 1-6, 2002.

VENANCIO, S. I. V. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. Rio de Janeiro: **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 4, p. 317 – 324, 2010.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding and feeding patterns in three birth cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 3, 2008.

VIEIRA, M. L. F.; SILVA, J. L. C. P.; FILHO, A. A. B. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 4, p. 317-324, 2003.

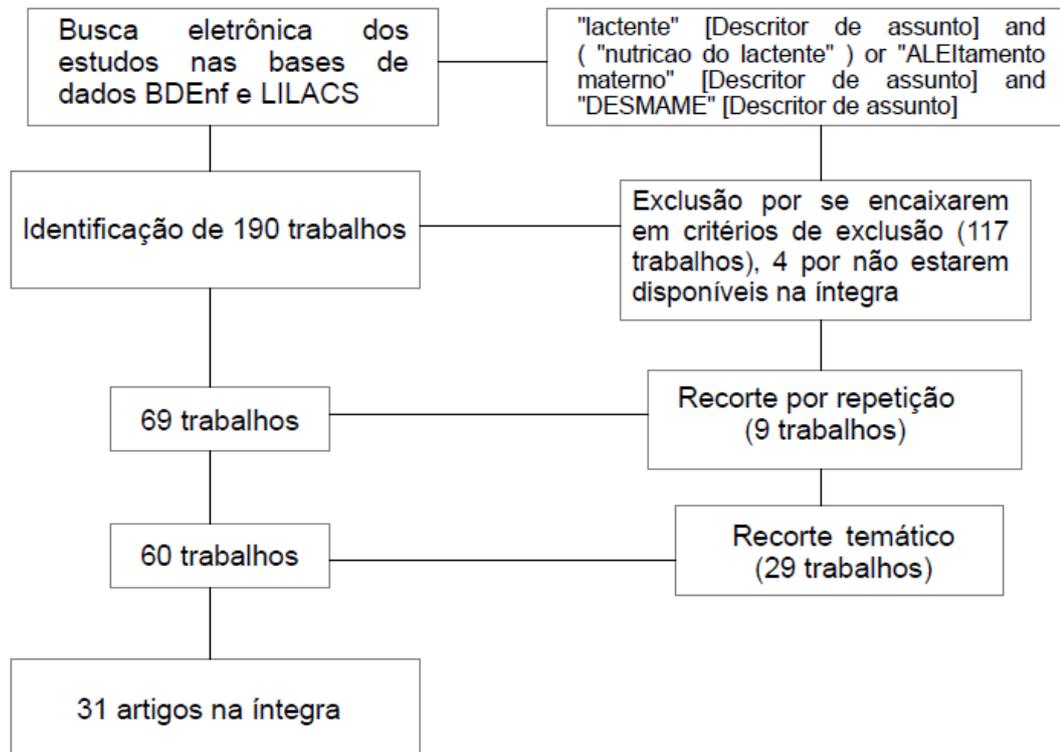
VOLPINI, C. C. A; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 3, p. 311-319, 2005.

ZAPANA, P. M.; OLIVEIRA, M. N.; TADDEI, J. A. A. C. Factores que determinan la lactancia materna en niños matriculados en Jardines Infantiles públicas y filantrópicas en São Paulo, Brasil. **Archivos LatinoAmericanos de Nutricion**, v. 60, n. 4, p. 360-367, 2012.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – ESQUEMA DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS PARA A FILTRAGEM DOS ARTIGOS UTILIZADOS NESTE TRABALHO

Seleção de estudos envolvidos na revisão narrativa sobre o desmame precoce em crianças menores de seis meses de vida, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, nas bases de dados LILACS e BDeInf.



## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM QUESTÕES ABERTAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nome da pesquisa: **MOTIVOS ENVOLVIDOS NO DESMAME DE CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES DE VIDA**

Pesquisadora responsável: Tassiana Potrich

Graduanda: Graciele Betti

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM QUESTÕES ABERTAS

a. **Codinome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

Caracterização da mãe

- b. Escolaridade: \_\_\_\_\_
- c. Residentes no mesmo domicílio: \_\_\_\_\_
- d. Trabalha fora de casa: \_\_\_\_\_
- e. Renda da família: \_\_\_\_\_
- f. Número de filhos: \_\_\_\_\_
- g. Idade dos filhos: \_\_\_\_\_

Caracterização da criança

- h. Idade atual da criança: \_\_\_\_\_
- i. Idade aproximada do desmame: \_\_\_\_\_
- j. O que foi introduzido no momento do desmame? \_\_\_\_\_
- k. A criança já passou por internação hospitalar? Período? Motivo? Faz uso de algum medicamento? \_\_\_\_\_
- l. Faz acompanhamento do desenvolvimento e crescimento? Se sim, com que frequência? \_\_\_\_\_

Roteiro de questões:

- a. Como foi a amamentação de seu filho?
- b. Você recebeu alguma orientação em relação à amamentação?
- c. Se sim, quem lhe deu essas informações?
- d. Em que momento foi introduzido outro alimento na dieta da criança?
- e. O que te levou a introduzir novos alimentos na dieta de seu filho?
- f. Você recebeu alguma orientação para introduzir novos alimentos na dieta da criança? Se sim, de quem?
- g. Como você introduziu os alimentos?
- h. Como foi para você introduzir outros alimentos na alimentação de seu filho?
- i. Que alimentos foram introduzidos?
- j. Como foi a adaptação da criança na mudança de dieta?
- k. Como você se sentiu ao introduzir novos alimentos na dieta da criança?

## APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Orientadora: Tassiana Potrich  
Graduanda: Graciele Betti

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre os MOTIVOS ENVOLVIDOS NO DESMAME DE CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES DE VIDA. Este documento contém informações acerca do estudo:

1. O estudo é importante de ser realizado, pois permitirá traçar políticas públicas e modificar ações no campo de atuação dos profissionais de saúde acerca do assunto.
2. O estudo tem como objetivo CONHECER OS MOTIVOS QUE LEVAM AS MÃES A REALIZAREM O DESMAME PRECOCE DE SEUS FILHOS, A PARTIR DO QUE É PRECONIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.
3. A pesquisa é de caráter qualitativo, facilitando a interação e participação de todos os envolvidos, além de permitir a realização no ambiente onde se encontra o problema, onde será utilizado um roteiro de temas para orientar a entrevista, e ocorrerá durante o horário comercial, onde o pesquisador estará inserido no trabalho da unidade de saúde. Conforme necessidade, a pesquisa poderá ocorrer em horários não planejados pela disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I e II.
4. Terei a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos meus dados em qualquer etapa do estudo.
5. Os possíveis riscos que o estudo apresenta aos sujeitos que aceitarem participar incluem a possibilidade de possíveis lembranças ruins ao responderem a entrevista com questões abertas referente a prática do desmame. Sendo este o caso, os pesquisadores assumem o compromisso de dar suporte ao participante para que possa reelaborar positivamente sua experiência com encaminhamento aos serviços de saúde especializados se a situação demandar.
6. Os possíveis benefícios que este estudo apresenta aos sujeitos que aceitarem participar permeiam o aprimoramento do conhecimento desses sujeitos sobre o aleitamento materno e a prática do desmame, bem como compreender essa prática, suas vantagens e desvantagens atentando para a situação de saúde própria e de seus filhos.
7. Tenho a garantia de que, caso sofra qualquer tipo de dano resultante da participação na pesquisa, terei acompanhamento de saúde, psicológico ou médico, de acordo com a necessidade.
8. Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem nenhum prejuízo à sua saúde e/ou bem estar físico.
9. Não receberei pagamento pela participação no estudo.
10. As minhas informações serão gravadas e posteriormente destruídas. Não será utilizado o áudio gravado, para tanto, as falas serão transcritas. Os dados relacionados à minha identificação não serão divulgados.
11. Concordo e autorizo que sejam utilizados procedimentos propostos e alternativos para a coleta das informações.
12. Os resultados da pesquisa serão divulgados, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados.
13. Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considera prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora Tassiana Potrich, tassiana.potrich@uffrs.edu.br, telefone (49) 9166.1033; ou Graciele Betti, enfgraciele@outlook.com, telefone (49) 9154.2421; ou pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, pelo e-mail: cep.uffrs@uffrs.edu.br, endereço: Rua General Osório Rua General Osório, 413D - Caixa Postal 181. Bairro: Jardim Itália. Chapecó (SC). CEP: 89802-210 telefone (49) 2049-1478.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque se nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

Chapecó, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2014.

Nome completo do (a) participante: \_\_\_\_\_

RG ou CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo do (a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

**ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS  
INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES  
ENVOLVIDAS**

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer da Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/UFFS, o representante legal da instituição \_\_\_\_\_ declara ter sido informado sobre o projeto de pesquisa intitulado **MOTIVOS ENVOLVIDOS NO DESMAME DE CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES DE VIDA** que tem por objetivo **CONHECER OS MOTIVOS QUE LEVAM AS MÃES A REALIZAREM O DESMAME PRECOCE DE SEUS FILHOS, A PARTIR DO QUE É PRECONIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE** e concorda com o envolvimento da instituição na referida pesquisa, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da Resolução 466/MS/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável:

\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela instituição (de origem):

\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável de outra instituição

Nome:

Cargo:

Instituição:

Número de telefone:

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DO CEP/UFS****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÕES MATERNAS DIANTE DO DESMAME DE SEUS FILHOS ANTES DOS SEIS MESES DE VIDA

**Pesquisador:** Tassiana Potrich

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFS

**Versão:** 2

**CAAE:** 33714114.4.0000.5564

**Área Temática:**

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 772.266

**Data da Relatoria:** 29/08/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo a ser desenvolvido com o objetivo de conhecer o que leva as mães a realizarem o desmame de seus filhos antes dos seis meses de vida na cidade de Chapecó, SC. Justifica-se pela necessidade de implementação e revisão de políticas públicas a fim de atingir essa população de acordo com suas necessidades bem como qualificar a prática dos profissionais de saúde que trabalham com essa população, atingindo-as efetivamente. O percurso metodológico escolhido para alcançar o objetivo é um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Conhecer o que leva as mães a realizarem o desmame de seus filhos antes dos seis meses de vida na cidade de Chapecó, SC.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as crianças menores de seis meses de idade e mães que realizaram o desmame.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Estão adequadamente descritos e incluem as solicitações feitas pelo CEP.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Atende ao recomendado pela Resolução 466/2012.

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

Estão adequados à Res. 466/2012

**Recomendações:**

não se aplica.

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

Todas as pendências indicadas pelo CEP foram atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012. Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa.

Tenha em mente a Resolução 466 de 12/12/2012 principalmente, os artigos XI.1 e XI.2 itens c) ao h) , a Normativa 001/2013 e o Capítulo III da Resolução 251/1997.

A página do CEP-UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador” acessível no Link [http://www.uffs.edu.br/images/proppg/Deveres\\_do\\_pesquisador\\_CEP.pdf](http://www.uffs.edu.br/images/proppg/Deveres_do_pesquisador_CEP.pdf)

Atente:

1) No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, obedecidos os 20 dias antes da reunião do CEP do mês correspondente aos 6 meses, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra (exceto se a pesquisa estiver totalmente finalizada, pois, neste caso, deverá ser enviado o relatório final).

Veja modelo na página do CEP, no item “6) Documentos a serem anexados à Plataforma Brasil” no subitem “ 6.1) Obrigatórios “. A cada 6 meses novo relatório parcial deverá ser enviado até que seja enviado o relatório final.

2) Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP para que possa ser avaliada e as medidas

adequadas possam ser tomadas. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto. Após um projeto ter sido aprovado, alterações devem ser solicitadas na forma de EMENDA.

3) Além do relatório semestral, a qualquer momento o CEP poderá solicitar esclarecimentos sobre a sua pesquisa – vide artigos X.1.3.b), X.3.6 e XI.2.e) 4) Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final.

OBS: Os relatórios deverão ser enviados utilizando-se da opção "enviar notificação", na "Plataforma Brasil".

Em caso de dúvida: (1) contate este CEP pelo telefone 20491478, das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00 (2) contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitar ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta, (3) Contate a “central de suporte “da plataforma Brasil no canto superior direito da plataforma e cujo atendimento é online.

Boa pesquisa!

CHAPECO, 29 de Agosto de 2014

---

**Assinado por:**  
**JOSEANE DE MENEZES STERNADT**  
**(Coordenador)**

**ANEXO C - TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA PARA FILMAGEM,  
FOTOGRAFIA OU GRAVAÇÃO.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA PARA FILMAGEM, FOTOGRAFIA OU  
GRAVAÇÃO**

Título da pesquisa: **MOTIVOS ENVOLVIDOS NO DESMAME DE CRIANÇAS  
MENORES DE SEIS MESES DE VIDA**

Pesquisador responsável: Tassiana Potrich

Acadêmica: Graciele Betti

Eu, \_\_\_\_\_ permito que o pesquisador relacionado acima obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica/ educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Assinatura \_\_\_\_\_