

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**FLORIACY STABNOW SANTOS**

**ALEITAMENTO MATERNO E DIARREIA EM MENORES DE UM ANO DE  
IDADE EM IMPERATRIZ-MA**

**Ribeirão Preto**

**2015**

**FLORIACY STABNOW SANTOS**

**ALEITAMENTO MATERNO E DIARREIA EM MENORES DE UM ANO DE  
IDADE EM IMPERATRIZ-MA**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa  
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.  
Linha de Pesquisa: Assistência à criança e ao  
adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

**Ribeirão Preto**

**2015**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

### **Catálogo da Publicação**

#### **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**

Santos, Floriacy Stabnow

Aleitamento materno e diarreia em menores de um ano de idade: medidas de promoção da saúde da criança no município de Imperatriz-MA. - Ribeirão Preto, 2015.

126 f.: il.

Tese de Doutorado apresentada a Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello.

1. Aleitamento Materno - 2. Promoção da Saúde – 3. Diarreia Aguda

## FOLHA DE APROVAÇÃO

SANTOS, Floriacy Stabnow. **Aleitamento materno e diarreia em menores de um ano de idade em Imperatriz-MA.**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
para obtenção do título de Doutor em Ciências,  
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em  
Saúde Pública.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

***Dedico este trabalho***

Ao meu marido Gideon, meu porto seguro; sua generosidade, compreensão, carinho e amor são muito importantes.

Aos meus filhos ***Fernando*** e ***Felipe***, pelo amor e carinho; vocês são o que tenho de melhor.

Ao meu pai ***Floriano*** (*in memoriam*) e minha mãe ***Déia*** com todo meu amor e gratidão por tudo que fizeram por mim durante toda a vida.

À toda minha família pelo incentivo e apoio.

## ***À Deus***

Minha eterna gratidão por ter chegado até aqui.  
Autor da minha fé em quem sempre posso confiar.

*“Bendirei o Senhor o tempo todo! Os meus lábios  
sempre o louvarão.*

*Minha alma se gloriará no Senhor;*

*Busquei o Senhor, e ele me respondeu; livrou-me  
de todos os meus temores”.*

*(Salmos 34)*

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora ***Dra. Débora Falleiros de Mello*** pela orientação sábia nessa trajetória. Sua tranquilidade me fez muito bem. Agradeço por ter compartilhado seu conhecimento e ampla experiência.

Ao Professor ***Dr. Leonardo Hunaldo dos Santos*** que muito me apoiou nas análises estatísticas, sua ajuda foi imprescindível.

À ***FAPEMA*** pelo apoio financeiro.

Ao meu filho ***Fernando*** que fez um programa especialmente para receber os dados da pesquisa, você é motivo de orgulho!

Aos meus familiares que me acolheram em São Paulo muito obrigada pelo carinho.

## AGRADECIMENTOS

À **EERP/USP** por me ajudar a concretizar esse sonho.

À Coordenação e à Secretaria do Programa de Pós Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP em nome do **Prof. Dr. Pedro Palha** e de **Shirley Figueiredo** pela atenção e esmero no atendimento às nossas solicitações.

À toda equipe de Professores do Programa de Pós Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, por compartilhar com prazer conhecimentos e por contribuir com a minha formação em Saúde Pública.

Às crianças e suas mães que fizeram parte da pesquisa.

À Secretaria Municipal de Imperatriz por permitir meu acesso às Unidades Básicas de Saúde.

À Coordenação da Atenção Básica de Imperatriz pelo apoio para a realização da pesquisa.

Aos enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde de Imperatriz que me ajudaram na pesquisa.

Ao **HRMI** que me dispensou para as aulas.

Ao **Márcio Araújo** que tanto me auxiliou no início dessa jornada com o projeto de pesquisa.

Aos colegas da UFMA de Imperatriz, especialmente a **Iolanda Graepp** por me substituir nas aulas.

Ao amigo **Marcelino Santos Neto** pela ajuda sempre presente nas horas necessárias. Seu apoio tornou a jornada menos penosa.

À **Flávia Nunes** e familiares que me acolheram com tanto carinho em São Luís.



## RESUMO

SANTOS, F. S. **Aleitamento materno e diarreia em menores de um ano de idade em Imperatriz-MA**. 2015. 126f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Os benefícios do aleitamento materno estão ligados às menores taxas de diarreia, infecções do trato respiratório, otite média e outras infecções, e menor mortalidade por essas doenças em crianças amamentadas. É importante que políticas públicas de saúde voltadas para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno sejam efetivadas visando diminuir a incidência de doenças prevalentes na infância, dentre elas a diarreia. O presente estudo objetiva: identificar a prevalência dos tipos de aleitamento em crianças menores de 6 meses e de 6 a 12 meses de idade, em seguimento nas unidades com Estratégia Saúde da Família em Imperatriz-MA; identificar os casos de diarreia aguda notificados, associando os tipos aleitamento com os casos de diarreia aguda; associar as variáveis socioeconômicas e demográficas maternas, condições do pré-natal e parto com a prática da amamentação e a incidência de diarreia aguda; associar as variáveis referentes às características do recém-nascido com a prática de todos os tipos de amamentação e a incidência de diarreia aguda. A pesquisa foi descritiva e analítica, de natureza quantitativa e realizada de maneira transversal, entre junho de 2013 e julho de 2014. A amostra foi composta por 854 crianças menores de um ano e suas respectivas mães, cadastradas na Estratégia Saúde da Família. Para verificar associação entre os tipos de AM e o número de episódios de diarreia aguda, foi realizado o teste de qui quadrado e calculadas as razões de chance, considerando o intervalo de confiança de 95%. Os dados foram tabulados na planilha Excel 2013 e os testes realizados no programa SAS. A média das prevalências do AME em crianças de zero a seis meses foi de 32,0%, aos 12 meses apenas 15,0% das crianças estavam em algum tipo de aleitamento materno. A diarreia aguda esteve presente em 22,9% das crianças, e 11,2% necessitaram hospitalização, sendo que entre as crianças de 6 a 12 meses houve maior prevalência de diarreia aguda. As crianças menores de 6 meses que não mamaram tiveram 2,6 vezes mais chances de ter diarreia aguda e as crianças que estavam em aleitamento materno exclusivo tiveram menos diarreia aguda quando comparadas às crianças que estavam em outros tipos de aleitamento. A idade materna foi significativa para a incidência de diarreia aguda. Crianças que usavam chupeta, mamadeira, água e chá tiveram influência negativa sobre a amamentação. Crianças que não usaram chupeta, mamadeira e água tiveram respectivamente 5, 16 e 8,5 vezes mais chance de serem amamentadas. Crianças que receberam mingau tiveram 2,7 vezes mais chances de desenvolver diarreia aguda. A introdução de alimentos saudáveis e não saudáveis antes dos 6 meses esteve presente entre as crianças estudadas. Quanto às crianças com mais de 6 meses, nem todas receberam alimentos saudáveis nessa faixa etária, contradizendo as recomendações de complementação alimentar nessa faixa etária. Assim, o presente estudo traz contribuições para a atenção à saúde de crianças e aponta que as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, recomendadas pelo Ministério da Saúde, ainda não foram implantadas plenamente no município.

**Palavras chave:** Aleitamento Materno. Promoção da Saúde. Diarreia Aguda.

## ABSTRACT

SANTOS, F. S. **Breastfeeding and diarrhea in children under one year old in Imperatriz-MA**. 2015. 126f. Thesis (Doctor's Degree) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

The benefits of breastfeeding are linked to lower rates of diarrhea, respiratory tract infections, otitis media and other infections, and lower mortality from these diseases in breastfed infants. It is important that public health policies aimed at promoting, protecting and supporting breastfeeding take their effect in order to decrease the incidence of childhood illnesses, among them diarrhea. This study aims at: identifying the prevalence of different types of breastfeeding in children under 6 months and 6-12 months of age, followed up on units applying the "Family Health Strategy" in Imperatriz-MA; identifying cases of acute diarrhea reported by associating types breastfeeding with cases of acute diarrhea; associating the socioeconomic and maternal demographic, prenatal and delivery conditions to the practice of breastfeeding and the incidence of acute diarrhea; associating the variables related to the newborn characteristics with the practice of all kinds of breastfeeding and the incidence of acute diarrhea. The research was descriptive and analytical, quantitative and performed in a transversal way, between June 2013 and July 2014. The sample consisted of 854 children under one year and their mothers who were enrolled in the "Family Health Strategy". To assess the association between the types of breastfeeding and the number of episodes of acute diarrhea, the chi-square test was performed and calculated the odds ratios, with a 95% confidence interval. Data were tabulated in Excel 2013 spreadsheet and testing in the SAS program. The average prevalence of exclusive breastfeeding in children up to six months was 32.0%. At 12 months only 15.0% of children were in some kind of breastfeeding. Acute diarrhea was present in 22.9% of children and 11.2% required hospitalization, and among children 6-12 months, there was a higher prevalence of acute diarrhea. Children under 6 months children not breastfed were 2.6 times more likely to have acute diarrhea and children who were exclusively breastfed had less acute diarrhea when compared to children who were in other types of feeding. Maternal age was significant for the incidence of acute diarrhea. Children who used a pacifier, bottle, water and tea were negatively related to breastfeeding. Children who did not use a pacifier, bottle and water were respectively 5, 16 and 8.5 times more likely to be breastfed. Children who received porridge were 2.7 times more likely to develop acute diarrhea. The introduction of healthy and unhealthy food before 6 months was present among the children studied. As for children over 6 months, not all received healthy foods at this age, contradicting complementary feeding recommendations to this age group. Thus, this study brings contributions to health care for children and points out that the promotion, protection and support of breastfeeding, recommended by the Ministry of Health, has not yet been implemented in the city.

**Keywords:** Breast Feeding. Health Promotion. Acute Diarrhea.

## RESUMEN

SANTOS, F. S. **La lactancia materna y la diarrea en niños menores de un año de edad en Imperatriz-MA**. 2015. 126f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Los beneficios de la lactancia materna están relacionados con menores tasas de diarrea, infecciones de las vías respiratorias, otitis media y otras infecciones, y una menor mortalidad por estas enfermedades en los bebés alimentados con leche materna. Es importante que las políticas de salud pública destinadas a promover, proteger y apoyar la lactancia materna entre en vigor con el fin de disminuir la incidencia de enfermedades de la infancia, entre ellas la diarrea. Este estudio tiene como objetivo: identificar la prevalencia de los diferentes tipos de la lactancia materna en niños menores de 6 meses y 6-12 meses de edad, hizo un seguimiento de las unidades con la Estrategia Salud de la Familia en Imperatriz-MA; identificar los casos de diarrea aguda reportados por la asociación entre los tipos de lactancia y los casos de diarrea aguda; asociar las variables demográficas y socioeconómicas maternas, condiciones de parto y prenatales con la práctica de la lactancia materna y la incidencia de diarrea aguda; asociar las variables relacionadas con las características del recién nacido con la práctica de todos los tipos de lactancia materna y la incidencia de la diarrea aguda. La investigación fue de tipo descriptiva y analítica, de naturaleza cuantitativa y realizada de modo transversal, entre junio de 2013 y julio de 2014. La muestra estuvo constituida por 854 niños menores de un año y sus respectivas madres todos inscritos en el programa de la Estrategia de Salud de la Familia. Para evaluar la asociación entre los tipos de lactancia materna y el número de episodios de diarrea aguda, se realizó la prueba de  $\chi^2$  cuadrado y se calculó la razón de chances, con un intervalo de confianza de 95%. Los datos fueron tabulados en Excel 2013 hojas de cálculo y las pruebas en el programa SAS. La prevalencia media de la lactancia materna exclusiva en niños de hasta seis meses fue de 32,0% a los 12 meses sólo el 15,0% de los niños estaban en algún tipo de lactancia. La diarrea aguda estuvo presente en el 22,9% de los niños y el 11,2% requirieron hospitalización, y entre los niños de 6-12 meses, hubo una mayor prevalencia de la diarrea aguda. Los niños menores de 6 meses los niños no amamantados tenían 2.6 veces más probabilidades de tener diarrea aguda y niños que fueron amamantados exclusivamente tenido diarrea menos aguda en comparación con los niños que se encontraban en otros tipos de alimentación. La edad materna fue significativa para la incidencia de la diarrea aguda. Los niños que utilizan un chupete, biberón, agua y té se relacionaron negativamente con la lactancia materna. Los niños que no usaban chupete, biberón y agua tuvieron respectivamente 5, 16 y 8,5 veces más probabilidades de ser amamantados. Los niños que recibieron papilla tenían 2,7 veces más probabilidades de desarrollar la diarrea aguda. La introducción de alimentos saludables y no saludables antes de los 6 meses fue presente entre los niños estudiados. En cuanto a los niños mayores de 6 meses, no todos recibieron alimentos saludables a esta edad, lo que contradice las recomendaciones de alimentación complementaria en este grupo de edad. Así, este estudio aporta contribuciones a la atención de salud para los niños y señala que la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, recomendado por el Ministerio de Salud, aún no se ha desplegado en la ciudad.

**Palabras clave:** Lactancia materna. Promoción de la Salud. La diarrea aguda.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b>	Prevalência do aleitamento materno exclusivo.....	<b>67</b>
<b>Figura 2.</b>	Número de episódios de diarreia aguda no 1º ano de vida.....	<b>71</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b>	Ações voltadas para o aleitamento materno (AM) no âmbito local, nacional e internacional, de 1974 a 2014.....	<b>45</b>
------------------	---	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Distribuição do número de crianças menores de 1 ano cadastradas de acordo com as regiões.....	<b>65</b>
<b>Tabela 2.</b>	Idade e sexo das crianças participantes do estudo.....	<b>65</b>
<b>Tabela 3.</b>	Distribuição das crianças pesquisadas de acordo com acompanhantes.....	<b>66</b>
<b>Tabela 4.</b>	Distribuição da prevalência dos tipos de aleitamento materno (AM).....	<b>66</b>
<b>Tabela 5.</b>	Distribuição das crianças de acordo com a ocorrência de diarreia aguda.....	<b>70</b>
<b>Tabela 6.</b>	Distribuição do número de crianças com diarreia aguda e tipo de tratamento recebido.....	<b>71</b>
<b>Tabela 7.</b>	Amamentação em relação à incidência de diarreia aguda em crianças menores de 6 meses e entre 6 e 12 meses.....	<b>73</b>
<b>Tabela 8.</b>	Tipo de amamentação em relação à ocorrência de diarreia aguda em crianças menores de 6 meses e entre 6 e 12 meses.....	<b>74</b>
<b>Tabela 9.</b>	Orientação sobre aleitamento materno em relação à sua prática.....	<b>75</b>
<b>Tabela 10.</b>	Relação entre a idade, escolaridade, situação conjugal e situação laboral das mães, renda familiar e prática do aleitamento materno.....	<b>76</b>
<b>Tabela 11.</b>	Tipo de hospital de nascimento da criança em relação à prática do aleitamento materno.....	<b>79</b>
<b>Tabela 12.</b>	Associação entre idade, escolaridade, situação obstétrica, situação conjugal, situação laboral das mães, renda familiar e a ocorrência de diarreia aguda.....	<b>80</b>
<b>Tabela 13.</b>	Peso ao nascer.....	<b>82</b>
<b>Tabela 14.</b>	Fatores que dificultam a amamentação (uso de chupeta, mamadeira, água e chá) em relação à sua prática.....	<b>83</b>

<b>Tabela 15</b>	Fatores que dificultam a amamentação (mingau e chupeta) em relação à ocorrência de diarreia aguda em crianças.....	<b>86</b>
<b>Tabela 16.</b>	Proporção de consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis, segundo faixa etária das crianças.....	<b>87</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>II PPAM</b>	II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e
<b>Capitais/DF</b>	DF
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIDPI</b>	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
<b>AIH</b>	Autorizações de Internamento Hospitalar
<b>AM</b>	aleitamento materno
<b>AMAMUNIC</b>	Projeto Amamentação e Municípios
<b>AMC</b>	aleitamento materno complementado
<b>AME</b>	aleitamento materno exclusivo
<b>AMM</b>	aleitamento materno misto
<b>AMP</b>	aleitamento materno parcial
<b>BLH</b>	Banco de Leite Humano
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CMS</b>	Conselho Municipal de Saúde
<b>ENPACS</b>	Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>Fiocruz</b>	Fundação Oswald Cruz
<b>FUNASA</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>HRMI</b>	Hospital Regional Materno Infantil
<b>HUUFMA</b>	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
<b>IBFAN</b>	<i>International Baby Food Action Network</i>
<b>IDHM</b>	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
<b>IFF</b>	Instituto Fernandes Figueira
<b>IHAC</b>	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
<b>INESUL</b>	Instituto de Ensino Superior de Londrina
<b>IUBAAM</b>	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
<b>MMC</b>	Método Mãe Canguru
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NBCAL</b>	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
<b>NCAL</b>	Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes
<b>ODM</b>	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organizações Não Governamentais



<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>OR</b>	<i>odds ratio</i>
<b>PNIAM</b>	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
<b>SESP</b>	Serviço Especial de Saúde Pública
<b>SUS</b>	Sistema único de Saúde
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>UTI</b>	unidade de terapia intensiva
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>WABA</b>	<i>World Alliance for Breastfeeding Action</i> (Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno)

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>22</b>
1.1 Aleitamento materno: benefícios e indicadores.....	23
1.2 Estratégias de promoção de aleitamento materno.....	29
1.2.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança.....	29
1.2.2 Bancos de Leite Humano.....	30
1.2.3 Alojamento Conjunto.....	31
1.2.4 Método Mãe Canguru.....	32
1.2.5 Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.....	33
1.2.6 Rede Amamenta Brasil.....	34
1.2.7 Rede Amamenta e Alimenta Brasil.....	35
1.3 Aleitamento materno na Estratégia Saúde da Família.....	36
1.4 Aleitamento materno como fator protetor contra diarreia aguda em criança.....	38
1.5 O contexto da Região Tocantina: aspectos históricos, políticas públicas e ações de saúde com foco no aleitamento materno.....	40
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>49</b>
2.1 Objetivo geral.....	50
2.2 Objetivos específicos.....	50
<b>3. BASES CONCEITUAIS.....</b>	<b>51</b>
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>58</b>
4.1 Tipo de estudo.....	58
4.2 Local do estudo.....	58
4.3 Coleta de dados e participantes.....	58
4.4 Análise de dados.....	61
4.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	62

<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>64</b>
5.1 Caraterização da população do estudo.....	65
5.2 Aleitamento materno: tipos, início precoce e duração.....	66
5.3 Diarreia aguda: ocorrência e internação.....	70
5.4 Tipos de aleitamento materno e casos de diarreia aguda.....	73
5.5 Situação socioeconômica e demográfica, aleitamento materno e diarreia aguda.....	76
5.6 Aleitamento materno e casos de diarreia aguda: peso ao nascer e práticas alimentares.....	82
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>125</b>

# APRESENTAÇÃO

---

## APRESENTAÇÃO

Desde 1990, quando passei a residir em Imperatriz (MA), comecei a realizar consultas de enfermagem no pré-natal. Percebi, então, a importância da educação em saúde para as gestantes, especialmente as orientações sobre o aleitamento materno, que se tornou o foco de minha atenção. Notei que, para a mãe amamentar com efetividade, era imprescindível observar, desde a gravidez, a importância desse ato para ela e, especialmente, para seu filho.

Em 2001, quando o Hospital Regional Materno-Infantil (HRMI) buscava o título de Hospital Amigo da Criança, eu me dediquei com mais afinco ao aleitamento materno. Passei a fazer parte da equipe que promovia a amamentação, tanto entre os funcionários quanto para a comunidade, e comecei a estudar o tema, notando a importância do aleitamento materno para diminuir a mortalidade infantil, tão presente na cidade.

Busquei capacitação por meio de cursos e eventos científicos, que contribuíram muito para meu crescimento profissional e pessoal. Em 2005, tive a oportunidade de fazer a especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal, no Instituto de Ensino Superior de Londrina (INESUL). Em 2007, implantei no HRMI a consulta de enfermagem no puerpério e puericultura para mulheres e crianças que vinham realizar o “teste do pezinho”. É nesse momento decisivo da vida da mãe e do bebê que o apoio do profissional de saúde é muito importante. Realizava diariamente atendimento ao binômio mãe-filho e percebi a importância das orientações sobre o manejo do aleitamento e do diálogo com a mãe e os familiares, com o incentivo do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida da criança.

Em 2010, surgiu a oportunidade de cursar o doutorado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), com a necessidade de aprofundamento nessa temática, de forma que voltei meu projeto de pesquisa para o aleitamento materno em Imperatriz, já que, até aquele momento, não havia nenhuma publicação que mostrasse os índices de aleitamento praticados pelas mães imperatrizenses.

Esta Tese é apresentada em sete capítulos. No Capítulo 1 são descritos os conceitos gerais sobre aleitamento materno, os tipos de aleitamento materno, bem como seus benefícios e indicadores, e as estratégias de promoção do aleitamento materno e o aleitamento materno na Estratégia Saúde da Família. Também é apresentado o aleitamento materno com fator protetor contra a diarreia aguda e o aleitamento materno no contexto da Região Tocantina. No Capítulo 2, estão os objetivos do estudo, desmembrados em objetivo geral e objetivos específicos. No Capítulo 3, estão traçados os aspectos sobre a contextualização da promoção da saúde e as

diretrizes políticas para prevenção e promoção da saúde da criança. No Capítulo 4, há o caminho metodológico trilhado para a realização da pesquisa. No Capítulo 5, são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa. No Capítulo 6, são tecidas as considerações finais e, no Capítulo 7, são apresentadas as referências bibliográficas.

# **INTRODUÇÃO**

---

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Aleitamento materno: benefícios e indicadores

Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno (AM), no cenário global, têm sido estratégias relevantes no setor saúde e em outros setores sociais para a melhoria da saúde infantil. Ademais, o desmame precoce (antes dos 4 meses) ainda é rotina, em função de vários determinantes, como mitos, crenças, baixa escolaridade, despreparo dos profissionais de saúde, desestímulo diretivo de hospitais, entre outros (ALMEIDA e NOVAK, 2004. ALVES, 2010). Evidências de vários países indicam que melhorias nos indicadores de AM são possíveis com ações efetivas e, entre as medidas, são enfatizados o início precoce da amamentação nas maternidades e a capacitação dos profissionais de saúde para o aconselhamento de mulheres acerca do AM (UNICEF, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o AM acontece quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber também ou não outros alimentos. Para caracterizar o AM, são utilizadas as seguintes definições (BRASIL, 2009c, p. 12):

- AM exclusivo (AME): quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- AM predominante (AMP): quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás e infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- AM complementado (AMC): quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido, com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria, a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- AM misto ou parcial (AMM): quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.



Os benefícios do AM para as crianças estão ligados às menores taxas de diarreia, infecções do trato respiratório, otite média e outras infecções, bem como à menor mortalidade por essas doenças em crianças amamentadas do que nas não amamentadas (LEVY e BÉRTOLO, 2008). Por sua vez, as vantagens do AM relacionadas à nutriz são a satisfação do instinto materno, a redução do estresse e mau humor (mediado pela ocitocina), a sensação de bem-estar (devido à liberação endógena de beta-endorfina), a promoção da contração uterina pela ocitocina liberada com a sucção do bebê e a amenorreia lactacional (útil como método contraceptivo e ao retorno do peso pré-gestacional). Em longo prazo, o AM reduz o risco de diversos tipos de câncer, artrite reumatoide, osteoporose, entre outros agravos (ANTUNES *et al.*, 2008).

Está consolidada, na literatura científica da área da saúde, a importância do AME para a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento infantil, especialmente nos países em desenvolvimento. Em vista disso é que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o leite materno seja o único alimento infantil até o 6º mês de vida da criança, sendo seu uso recomendado até o 24º mês ou mais, mas em combinação com outros alimentos (ORÍÁ, 2008; WHO, 2006; BRASIL, 2011c).

As referidas recomendações da OMS alicerçam-se em resultados positivos da amamentação na prevenção de doenças e na mortalidade infantil. O impacto positivo do AM sobre a saúde da criança está ligado ao fenômeno do ‘*imprinting* metabólico’, que pode ser explicado como uma experiência nutricional precoce que, ao agir durante um período crítico e específico do desenvolvimento humano, pode trazer um efeito duradouro por toda a vida do indivíduo, interferindo na sua suscetibilidade a determinadas patologias (ARAÚJO *et al.*, 2006a).

Há consenso entre as recomendações internacionais e o MS sobre as fortes evidências de que o leite materno protege contra as infecções respiratórias e a diarreia, principalmente crianças que vivem em situações de vida mais precárias. É importante destacar que essa proteção também exerce influência na gravidade da doença. Contudo, tais benefícios podem diminuir com a transição da amamentação exclusiva para a predominante, mista e complementar (BRASIL, 2009c), com vantagens do AME nos primeiros 6 meses e desvantagens do uso precoce de água, chás, mamadeiras/chupetas, leites industrializados e outros alimentos (BRASIL, 2005).

O desmame precoce pode acontecer, com maior frequência, nas populações de baixo poder aquisitivo, em especial quando se associa à introdução de alimentos de baixo valor nutricional, e o sistema imunológico dessas crianças é afetado, levando a altos índices de

doenças infecciosas (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010). A promoção do AM tem sido uma intervenção efetiva para melhorar os índices de amamentação, diminuindo, assim, a morbidade por doenças infecciosas (EICKMANN et al., 2006).

A prática da amamentação em crianças de até 1 ano tem demonstrado relação com a diminuição das internações por diarreia. Dessa forma, o MS adotou o AM como meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), visto que o leite materno contém compostos imunológicos, como anticorpos, citocinas e células imunológicas, que se modificam para atender as necessidades da criança, além de promoverem a colonização do intestino por bactérias protetoras, que impedem a fixação de agentes patógenos (BOCCOLINI e BOCCOLINI, 2011).

Em outra perspectiva, o leite materno oferece proteção contra diarreia e outras doenças infecciosas. Em especial, o AME até o 6º mês de vida da criança constitui fator determinante e de impacto no combate à morbimortalidade infantil (CARVALHO e SILVA, 2005). Em contrapartida, a falta de saneamento, a baixa escolaridade dos pais e a baixa renda contribuem para a propagação da diarreia, sendo necessário o diagnóstico situacional das populações e a implementação de medidas que visem à promoção da saúde – entre elas o incentivo ao AM (BOCCOLINI e BOCCOLINI, 2011).

Alguns estudos têm averiguado essa relação no cenário nacional. Estudo realizado em São Paulo demonstrou que uma melhor assistência à saúde, alargamento da rede de saneamento básico e elevada tecnologia nos serviços médicos trouxe contribuições para diminuir a mortalidade infantil no Estado (ESCUDEY *et al.*, 2003). Esse estudo também apontou que a mortalidade pós-neonatal, ocasionada, em sua maioria, por diarreia e infecção respiratória, também pode ser evitada pela amamentação, chegando a uma redução de 60% para as infecções respiratórias e 80% para as diarreias. Também ficou demonstrado que, nos estabelecimentos que detêm o título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), estratégia defendida pelo MS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), houve um aumento de 29% no tempo de amamentação, quando comparados com hospitais que não tinham o título.

Estudo realizado em Fortaleza (CE) com 121 crianças, sendo 39,6% destas com AM na faixa etária de menores de 6 meses e 5,7% que não chegaram a receber leite materno, revelou que, entre essas crianças, 23,6% tiveram diagnóstico de diarreia em algum momento da vida, apontando que a amamentação é um fator de importância na prevenção da diarreia e na promoção da saúde da criança (ARAÚJO *et al.*, 2006a).

É sabido que a vasta extensão territorial do Brasil contribui para acentuadas diferenças sociodemográficas, culturais, e em hábitos e situação de saúde. No panorama das diarreias, por

exemplo, uma situação de vulnerabilidade socioeconômica pode estar diretamente atrelada a uma maior exposição a essa doença. Por isso, explorar esse cenário no binômio mãe-filho é fundamental para a compreensão epidemiológica das diarreias na infância.

Assim, é de extrema importância que políticas públicas de saúde voltadas para a promoção, proteção e apoio ao AM sejam efetivadas, visando diminuir a incidência de doenças prevalentes na infância – dentre elas a diarreia.

No Brasil, inquéritos epidemiológicos estimam que o desmame precoce ocorre com frequência. Em pesquisa realizada pelo MS sobre a prevalência do AM no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal, referente ao AME, constatou-se que o aumento da prevalência em menores de 4 meses foi de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008, sendo que, na última pesquisa (em 2008), houve prevalência em menores de 6 meses de 41% (BRASIL, 2012). A comparação do percentual de crianças entre 9 e 12 meses amamentadas, entre 1999 e 2008, também mostrou aumento, passando de 42,4%, em 1999, para 58,7%, em 2008 (BRASIL, 2012).

Em Campina Grande (PB), pesquisa realizada em 2006 mostrou que apenas 8,3% das crianças estudadas estavam em AME até o 6º mês de vida, o que demonstra situação desfavorável (BARROS *et al.*, 2009). Outro estudo destaca que a maioria das crianças brasileiras é amamentada no 1º mês de vida, contudo, ao longo do tempo, ocorre uma redução progressiva da prática, conforme mostram as taxas de AM de 87%, 77%, 69% e 35% referentes, respectivamente, ao 1º, 4º, 6º e 12º mês de vida infantil (ARAÚJO, 2005).

Dados do MS constataam que, especificamente no Maranhão, no período de 2006 a 2009, houve incremento de 4,9% em AME no Estado, passando de 65,2% para 68,4%. Como observado, houve um aumento no índice do AM, que se deveu a pesquisas, estudos e promoção do mesmo por profissionais de saúde no decorrer dos anos. No entanto, apesar da tendência de melhoria, os índices de AM no Brasil estão muito abaixo dos considerados ideais pela OMS, que preconiza AME de zero a 6 meses e complementada até 2 anos ou mais (BRASIL, 2011c).

Almeida (1999) defende que o panorama da amamentação no Brasil é um processo histórico, que envolve não só os aspectos biológicos, mas que está intimamente ligado a questões culturais e sociais, que condicionam ao desmame precoce.

Pero Vaz de Caminha, em sua carta ao Rei de Portugal, citava que as indígenas traziam seus filhos atados ao colo e ao peito. Tal comportamento era considerado impróprio para a mulher civilizada e, nesse contexto, a figura da ama de leite foi importada de Portugal quando as portuguesas vieram morar aqui; como as indígenas não se prestavam a amamentar os filhos dessas damas, as escravas passaram a fazê-lo (ALMEIDA e NOVAK, 2004).

No século XIX, as amas de leite passaram a ser combatidas pelo Estado, que precisava adquirir controle sobre a população e, para tal, lançou mão do resgate do instinto materno, pregando que a mulher deveria se dedicar exclusivamente à sua família, sendo imprópria sua saída do lar para buscar trabalho, responsabilizando-a pelo sucesso da amamentação. Entretanto, com a Revolução Industrial, a mulher passou a integrar a força de trabalho nas indústrias e foi nesse momento que surgiu a mamadeira como um símbolo de modernidade (GOLDEMBERG, 1988).

Nessa mesma época, chegavam ao Brasil o leite condensado e a farinha láctea, importados da Suíça, os quais passaram a ser uma opção de alimentação especialmente para a mulher que se queixava de “leite fraco”. A ideia ganhou força quando o leite industrializado passou a ser fabricado no Brasil (FORTES, 1940).

Nas décadas de 1940 a 1970, o *marketing* da indústria do leite artificial foi tão forte que os médicos passaram a recomendar o leite em pó como substituto do leite materno, por sua facilidade no preparo, além de proporcionar liberdade para a mulher moderna. Em 1974, um jornalista inglês, Mike Muller, publicou um artigo que denunciava o *marketing* das indústrias do leite como responsável pelo aumento da morbimortalidade infantil por diarreia e desnutrição. O jornalista causou tanta polêmica, que a OMS e UNICEF iniciaram uma campanha para valorizar a amamentação (INAN 1987). No final da década de 1970, o MS publicou um documento oficial no qual apontava que a mortalidade infantil era de 88/1.000 crianças no país, chegando a 124/1.000 na Região Nordeste; 48% da população tinha desnutrição crônica e a maioria dos pediatras do país indicava o leite em pó e o desmame precoce (INAN 1987).

Diante de tal quadro, o MS, juntamente de outras organizações e da sociedade civil organizada, começou uma mobilização em prol do AM, que culminou com a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em 1981, caracterizando uma fase de mobilização social em favor da amamentação (MONSON *et al.*, 1991).

Em 1985, ocorreu o I Congresso Pan-Americano de Aleitamento Materno, em Porto Alegre (RS), no qual se discutiram a situação do AM e as formas de planejar, implementar e acompanhar intervenções que pudessem reverter a baixa prevalência do mesmo (ALMEIDA, 1999). Desencadeou-se, então, um movimento pela valorização da amamentação, transformando essa prática numa unanimidade no meio científico, a qual passou a ser amplamente divulgada em todos os segmentos da sociedade (ALMEIDA e NOVAK, 2004).

Em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Innocenti, elaborada por formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e das Nações Unidas, objetivando a redução da morbimortalidade infantil, proporcionando nutrição de alta qualidade

para a criança, contribuindo para a saúde da mulher, reduzindo riscos de certos tipos de câncer e de anemia, e ampliando o espaçamento entre as gestações, de forma a proporcionar benefícios econômicos para a família e a nação (REA, 2003).

Em 14 de fevereiro de 1991, nasceu a Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA, sigla do inglês *World Alliance for Breastfeeding Action*), após um encontro de Organizações Não Governamentais (ONG), organizado pelo UNICEF, com objetivo de criar um espaço para ação colaborativa entre os diversos atores e atuar como um catalisador para as iniciativas locais e internacionais de incentivo ao AM (WABA, 1994).

A partir de 1992, começou a ser implantada no país a IHAC, lançada pela OMS/UNICEF, que focava o AM na perspectiva da proteção-promoção-apoio, demarcando, assim, um momento de mudanças (ALMEIDA, 1999).

Em 1995, o MS lança a publicação *O aleitamento materno e os municípios*, na qual várias atividades a favor da amamentação seriam desenvolvidas nos níveis federal e estadual, propondo que os municípios participassem desse esforço nacional (JONES et al., 2003).

Em 2000, foi lançada a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso pelo Método Mãe Canguru (MMC), visando a uma mudança de paradigma, podendo uma atenção humanizada estar ligada aos avanços tecnológicos clássicos (BRASIL, 2009d).

Em 2005, a Declaração de Inocenti foi revista e concluiu-se que, até o 6º mês, o leite materno é o único alimento e bebida das quais o bebê necessita; que a amamentação deve ser iniciada na primeira hora após o nascimento; que a amamentação frequente provoca a produção de mais leite; e que o leite materno protege as crianças contra doenças infecciosas e cria laços especiais entre a mãe e a criança (AMAMENTAR, 2012).

Devido à natureza biológica, social e cultural do AM, surgiu a necessidade de se estabelecer uma estratégia de amplitude nacional para promoção, proteção e apoio ao AM na Atenção Básica, surgindo a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Em 2007, começou a ser implantada no país a Rede Amamenta Brasil, por meio da Portaria 2.799 do MS (BRASIL, 2008a) e, em 2011, com a implantação da Rede Cegonha, a Rede Amamenta Brasil passou a ser denominada Rede Alimenta e Amamenta Brasil (BRASIL, 2011c).

## 1.2 Estratégias de promoção do aleitamento materno

### 1.2.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Em 1990, em um encontro realizado em Florença, na Itália, conhecido como *Spedale degli Innocenti* e do qual participaram vários países objetivando promover, proteger e apoiar a amamentação, a OMS e o UNICEF idealizaram a IHAC, que passou a ser implantada no Brasil em 1992, mudando condutas praticadas em hospitais e visando prevenir o desmame precoce (COUTINHO *et al.*, 2005a).

Coordenada pelo MS e pelo PNIAM, apoiada pelas secretarias de saúde dos Estados e municípios, a IHAC, até 2014, já havia sido implantada em 335 hospitais do país (UNICEF, 2014), que, ao receberem o reconhecimento de HAC, passaram a ser referência em amamentação para seu município, região e Estado, e a receber incentivo financeiro de 40% a mais no atendimento pré-natal e 10% a mais na assistência ao parto (CALDEIRA e GONÇALVES, 2007).

Para receber o título, os hospitais precisam preencher alguns critérios e cumprir etapas. Eles são avaliados quanto ao cumprimento dessas metas; inclusive, para garantir a prática do AM, foram estabelecidos dez passos, para que haja sucesso na amamentação. Esses passos são:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.

9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar (BRASIL, 2011b).

Em Imperatriz (MA), o Hospital Regional Materno-Infantil (HRMI) recebeu o reconhecimento em 2001 e vem mantendo o título de HAC. Supõe-se que, desde então, o AM tenha tido maior prevalência no município e região, entretanto, não há nenhum estudo que comprove essa suposição.

### **1.2.2 Bancos de Leite Humano**

O primeiro Banco de Leite Humano (BLH) foi implantado no Brasil em 1943, no Instituto Nacional de Puericultura, hoje Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), coletando leite materno e distribuindo para crianças prematuras, ou com perturbações nutricionais ou alérgicas. No início dos anos 1980, mais cinco BLH foram implantados, e o leite materno era comercializado por alto preço para atender a situações em que o leite em pó não estava indicado. As doadoras eram donas de casa das classes sociais de baixo poder aquisitivo, que eram remuneradas pela quantidade de leite produzido e, na década de 1990, já chegavam a 104 unidades em todo país (VINAGRE *et al.*, 2001).

O MS, por meio do PNIAM, passou a mobilizar esforços no sentido de mudar o perfil dos BLH. Dessa forma, a partir de 1985, o BLH do IFF/Fiocruz adotou mudanças nos seus procedimentos técnicos, passando a ter controle de qualidade do leite desde a coleta até a distribuição dos produtos e, em 1986, tornou-se o Centro de Referência Nacional para BLH, passando a ser uma unidade de apoio à amamentação. A doação de leite materno tornou-se, então, um ato voluntário e solidário. Em 1988, foi publicada a primeira legislação federal, por meio da portaria MS-322, que regulamentou a criação e o funcionamento dos BLH de todo país e dos centros de referência regionais, havendo esforços para apoiar a implantação da IHAC nos hospitais do país (ALMEIDA, 1999).

No Maranhão, em 1988, foi criado o primeiro BLH no Hospital e Maternidade Marly Sarney em São Luis (BRASIL, 2014).

O MS dá conta de que, só em 2011, foram realizados 1.782.496 atendimentos por profissionais dos BLH do Brasil. Só no Maranhão, foram 32.276 atendimentos (BRASIL, 2014).

No caso de Imperatriz, existe o BLH no HRMI, que atende as crianças internadas na unidade de terapia intensiva (UTI). Tal banco foi criado em 2001, concomitante ao movimento que implantou a IHAC no hospital.

### 1.2.3 Alojamento Conjunto

Considerando a necessidade de incentivar o AM, favorecer o relacionamento mãe/filho, diminuir o risco de infecção hospitalar, evitar complicações maternas no puerpério e com o recém-nascido, e enfatizar a interação da equipe multiprofissional nos diferentes níveis, o MS publicou a Portaria 167, de 1º de setembro de 1993, que estabeleceu a obrigatoriedade para as instituições públicas de praticar o alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe. No entanto, desde a década de 1970 já existiam algumas iniciativas isoladas voltadas a criar melhores condições para o relacionamento entre a mãe e seu bebê (FREDERICO *et al.*, 2000):

ALOJAMENTO CONJUNTO é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como, a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho (BRASIL, 1993 p.2).

As vantagens apontadas são: estimular e motivar o AM, em livre demanda; prevenir a hemorragia pós-parto; favorecer a precocidade, intensidade e assiduidade do AM; fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho; permitir a observação constante do recém-nascido pela mãe; oferecer condições à enfermagem de promover o treinamento materno sobre os cuidados indispensáveis ao recém-nascido; manter interação entre a mãe, a criança e os demais membros da família; diminuir o risco de infecção hospitalar; facilitar o encontro da mãe com o pediatra, possibilitando troca de informações entre ambos; e otimizar o espaço físico de acordo com outras necessidades do hospital (FREDERICO *et al.*, 2000).



Em Imperatriz, o alojamento conjunto é praticado no HRMI desde 2001, quando o hospital recebeu o título de Amigo da Criança. Nos demais hospitais particulares, o mesmo sistema também é usado, entretanto nunca foi realizado um estudo para analisar qual é a contribuição dessa prática para o AM no município.

#### 1.2.4 Método Mãe Canguru

O MMC foi criado por Edgar Rey Sanabria Martinez em 1978, na Colômbia, como uma alternativa de cuidado para bebês que nasceram com baixo peso. Devido à falta de incubadoras, à ocorrência de infecção cruzada, à ausência de tecnologias, ao desmame precoce e ao abandono materno, o médico colombiano idealizou o MMC para que esses bebês pudessem ter alta se tivessem condições clínicas, mas, para tal, deveriam estar mamando, tendo contato pele a pele com suas mães e sendo mantidos em posição vertical. Observou-se que esse método foi positivo no combate à mortalidade infantil (VIEIRA *et al.*, 2004).

O MMC é uma intervenção complexa e abrangente, que visa humanizar a assistência ao recém-nascido de baixo peso e não substituir tecnologias de uma UTI (BRASIL, 2001). No Brasil, a primeira instituição a implantar o MMC foi o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (SP), no ano de 1992 e, em 1993, foi adotado pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Posteriormente, devido ao sucesso alcançado, vários hospitais passaram a adotar o método (CARVALHO e PROCHNIK, 2001).

A partir de 2000, o MS aprovou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, e o MMC passou a ser implantado nas maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se referência para outras unidades, com um programa de capacitação (VIEIRA *et al.*, 2004). Entre essas 14 unidades de referência, está o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), que ajudou na implantação do método no HRMI de Imperatriz em 2003.

O método é dividido em três etapas. A primeira inicia-se na UTI neonatal e na unidade de cuidados intermediários, às quais os pais têm livre acesso; a amamentação é estimulada e a mãe participa dos cuidados do bebê, além de ter início o contato pele a pele, caso seja possível. A segunda etapa acontece na unidades canguru, onde o bebê permanece na posição canguru o maior tempo possível, desde que tenha alcançado o peso de 1.250g. Quando a mãe adquire

confiança e o bebê está estável, ocorre a alta e inicia-se a terceira etapa, com o seguimento feito no ambulatório, até que o bebê atinja 2.500g (VIEIRA *et al.*, 2004).

O MMC é positivo no estímulo à amamentação. Estudos têm demonstrado que a prevalência do AM entre os bebês que nasceram com baixo peso é muito baixa, entretanto, os bebês que têm contato pele a pele com as mães que participaram do MMC têm maior prevalência de AM, sendo este considerado fator estimulante para o AME no momento da alta hospitalar (CONDE-AGUDELO *et al.*, 2004).

### **1.2.5 Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras**

A adoção do Código Internacional de Vendas de Alimentos e Sucedâneos de Leite Humano e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) também compõem as estratégias de promoção do AM (JAVORSKI *et al.*, 1999).

Em 1974, no Estado de Pernambuco, foi proibida a doação de mamadeiras e leite artificial pelas unidades de saúde e maternidades. Apoiado pelo Governo Federal, o movimento ganhou força e apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do UNICEF, que propuseram o Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Após muitas negociações, também com as indústrias de alimentos, bicos, chupetas e mamadeiras, em 1988, foi aprovada a Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL), que, depois de revisão, em 1992, foi aprovada como “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, que teve anuência do Conselho Nacional de Saúde (CNS), passando a contemplar os leites em pó, pasteurizados e esterilizados, as chupetas, inclusive com alerta para as embalagens que deveriam especificar, em seus rótulos, que esses alimentos complementares não deveriam ser usados antes do 6º mês de vida da criança, com exceção para indicações médicas (ARAÚJO *et al.*, 2006b).

O Diário Oficial da União, em janeiro de 2006, publicou a Lei Federal 11.265 baseada na NBCAL, representando um marco importante na proteção da amamentação, mas, ao mesmo tempo, não contemplou a regulamentação da comercialização de produtos, como os protetores de mamilo, entre outras falhas, dando margem à doação de amostras de produtos aos

profissionais e serviços de saúde, o que pode representar interpretação dúbia em algumas partes do texto, e compreensão indevida pelas empresas que fabricam e comercializam tais produtos (MONTEIRO, 2006).

São da competência dos órgãos do SUS, orientados pelo MS, a divulgação, a aplicação e a vigilância do cumprimento da NBCAL, e sempre que necessário esses órgãos podem acionar outras entidades governamentais, para garantir o cumprimento da mesma. Desse modo, cabe a cada município fazer valer a legislação. No município de Imperatriz, não há menção de intercorrências sobre a comercialização dos produtos citados pela norma, tampouco existe estudo ou publicação que diz respeito a este tema.

### **1.2.6 Rede Amamenta Brasil**

Durante a abertura da Semana Mundial da Amamentação, em 1º de agosto de 2008, o MS lançou a Rede Amamenta Brasil por meio da Portaria MS/GM 2.799, instituindo a estratégia no âmbito do SUS, estabelecendo como a rede se estrutura e se articula com os demais componentes da Política Brasileira de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, ao capacitar a Atenção Básica, representada pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), a acolher e oferecer assistência qualificada para as mulheres, bebês e suas famílias. Esses profissionais devem se tornar agentes de mudanças, no ensino e na aprendizagem do AM, interligando as UBS, as secretarias municipais e estaduais de saúde, o Governo Federal e a sociedade, com apoio dos princípios da educação permanente em saúde. A Rede Amamenta Brasil propõe um conjunto de ações que pode levar os profissionais de saúde a desenvolverem competências por meio da Educação Permanente em Saúde, visando a uma prática integralizadora em AM (BRASIL, 2011c).

A Rede Amamenta Brasil deve estar articulada com a Política Brasileira de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, como a IHAC e a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BRASIL, 2009a).

Na metodologia de trabalho da Rede Amamenta Brasil, são capacitados tutores considerados os pilares de sua sustentação, que devem dar todo apoio às UBS. O tutor deve ter curso superior, curso de formação em AM, experiência em manejar o AM, disponibilidade e capacidade de multiplicar a oficina de trabalho em AM (BRASIL, 2011c).

A coordenação nacional da Rede Amamenta Brasil é da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e do Departamento de Atenção Básica, sendo estes assessorados pelo Comitê Nacional de Aleitamento Materno. Cada Estado tem sua coordenação, assim como os municípios. Após as oficinas de capacitação em cada nível, as UBS são certificadas, desde que cumpram os critérios estabelecidos e comprovados anualmente. Após a implantação da Rede Amamenta Brasil na UBS, esta é acompanhada e monitorada pelos seus indicadores de amamentação (BRASIL, 2009a).

O MS avalia como positiva a implementação da estratégia Rede Amamenta Brasil que, até dezembro de 2010, formou 1.415 tutores em 1.034 UBS, tendo sido capacitado um total de 22.571 profissionais de saúde (BRASIL, 2011c). Entretanto, o Estado do Maranhão não aderiu à estratégia, de forma que o município de Imperatriz não está incluído nessa estratégia.

### **1.2.7 Rede Amamenta e Alimenta Brasil**

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS em junho de 2011, visa estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade, como também assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e também à criança, nos primeiros 2 anos de vida, permitindo um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis, bem como a redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011a).

Com o propósito de integrar a Rede Amamenta Brasil com a Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), em 2012, foi criada a Rede Amamenta e Alimenta Brasil, inserida na Rede Cegonha, reforçando e incentivando a promoção da amamentação e da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos no âmbito do SUS. Essa integração visa preparar as UBS para receber, orientar e apoiar as famílias na promoção do AM e da alimentação complementar (BRASIL, 2013c).

A Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar no âmbito do SUS (Amamenta e Alimenta Brasil), por meio da qualificação dos profissionais da Atenção Básica, intensifica ações de apoio, proteção e promoção ao AM e à alimentação complementar saudável, entre as crianças de zero a 24 meses de idade. Tais ações são voltadas à formação de hábitos alimentares saudáveis, e ao incentivo e apoio ao AM, até a

introdução da alimentação complementar de qualidade no tempo oportuno, respeitando a identidade cultural e alimentar das regiões brasileiras (BRASIL, 2013c).

A estratégia fomenta a formação de tutores responsáveis por apoiar, fortalecer, planejar, acompanhar e avaliar as ações de promoção, proteção e apoio ao AM e à alimentação complementar nas UBS, que, por meio de oficinas práticas sobre o tema para todos os profissionais de saúde, podem estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, com apoio matricial e da construção de linhas de ação. Esses tutores acompanham e avaliam as atividades desenvolvidas desde o pré-natal, puerpério e, após o nascimento da criança, visam ao aumento da prevalência do AM, melhorando os indicadores de alimentação e nutrição entre as crianças menores de 2 anos, combatendo a desnutrição, as carências nutricionais e a obesidade nos futuros adultos (BRASIL, 2013c).

### **1.3 O Aleitamento Materno na Estratégia Saúde da Família**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui como porta de entrada para os serviços de saúde. É por meio da Equipe de Saúde da Família que o usuário desenvolve laços de confiança quando apresenta situações em que necessita de assistência a saúde. Dentre as ações de promoção à saúde da gestante, está o AM; mais que um processo biológico, este se constitui em um aprendizado que deve ser demonstrado na prática no momento em que a criança nascer (BRITO, 2010).

O incentivo ao AM deve ser encarado como ação prioritária e que merece atenção e aprendizado. É importante a capacitação da equipe de saúde para manejar adequadamente o aleitamento, para que o apoio seja adequado à mãe e ao bebê (FUJIMORI *et al.*, 2010). Também é importante acompanhar e apoiar o processo de lactação, especialmente em ambiente domiciliar, com objetivo de prevenir complicações como ingurgitamento, fissuras e até mesmo a mastite. Se esse acompanhamento for contínuo, contribuirá para evitar o desmame precoce (CATAFESTA *et al.*, 2009).

Graças a IHAC, lançada em 1992 pela OMS/UNICEF, a incidência e a duração da amamentação têm aumentado. No entanto, os índices desejados não têm sido alcançados. A IHAC tem sido desenvolvida nos hospitais/maternidades, e somente as gestantes de alto risco têm sido acompanhadas durante o pré-natal nesses estabelecimentos; as outras são acompanhadas nas UBS, de forma que é necessário implantar ações de promoção do

aleitamento também nessas UBS, considerando que é durante o pré-natal que a mulher define os padrões de alimentação que vai praticar com seu filho (FUJIMORI *et al.*, 2010).

Uma das estratégias implantadas com sucesso em 1999 no Estado do Rio de Janeiro foi a IUBAAM, que preconiza os “dez passos para o sucesso da amamentação”. A partir de 2001, o MS passou a apoiar essa iniciativa, que foi implantada em outros Estados. Na IUBAAM, os funcionários da UBS são treinados, bem como as mães recebem orientação sobre a amamentação no pré-natal e o apoio voltado para o manejo da amamentação quando a criança nasce (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Ações de promoção, apoio e incentivo ao AM devem fazer parte do dia a dia da equipe da ESF e é no pré-natal que a mulher se sensibiliza e é incentivada a ter o desejo de amamentar. A orientação deve incluir a técnica da amamentação e seus benefícios e vantagens; as leis de proteção à lactante; o esclarecimento dos mitos e dúvidas; e questões relativas ao parto e nascimento, ao alojamento conjunto, ao início precoce da amamentação, e ao contato pele e pele logo após o nascimento, além de tratar do incentivo do pai e familiares nesse processo (ARAÚJO *et al.*, 2008).

A mãe e a criança devem receber a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) logo que retornarem ao lar, ainda no puerpério imediato (10 primeiros dias pós-parto). Nessa visita, o ACS pode verificar se existe dificuldade na amamentação, além de reforçar a importância da triagem neonatal, quando o recém-nascido realizará o teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho, conforme recomendação do MS, bem como a orientação para o comparecimento à UBS para o início do acompanhamento de puericultura pelo enfermeiro (BRITO, 2010).

Várias razões são alegadas pela mãe para a introdução de outros alimentos precocemente. Geralmente, os problemas descritos são: ingurgitamento mamário, apojadura dolorosa, fissuras, mastite, leite fraco e pouco leite, que levam a criança a chorar muito, uso de bicos e chupetas e uso de medicamentos, como antibióticos. Dessa forma, a promoção do AM realizado pela equipe da ESF necessita estar embasada em conhecimento científico, para que os problemas possam ser manejados adequadamente, pois a educação permanente em saúde é uma ferramenta utilizada para manter a equipe atualizada (FUJIMORI *et al.*, 2010).

A Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno contempla as seguintes estratégias: Rede Amamenta Brasil, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, IHAC, proteção legal ao AM, mobilização social, monitoramento dos indicadores de AM, treinamento intenso dos profissionais de saúde, criação de material educativo para profissionais de saúde e mães, ações educativas no pré-natal, parto e puerpério (CORRÊA *et al.*, 2010).

Venâncio e Monteiro (2005) afirmam que medidas municipais de promoção da amamentação constituem ferramenta para a construção de uma política inclusiva para promover o AM. Os autores citam as seguintes medidas que podem ser adotadas pelos municípios, baseadas na Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno: presença de uma política municipal formal sobre AM, monitoramento da NBCAL, participação na Semana Mundial de Aleitamento Materno, presença de um estabelecimento com IHAC, presença de um BLH, curso para profissionais de saúde de 18 horas sobre manejo e aconselhamento da amamentação, presença de um grupo multiprofissional dedicado para a promoção do AM e avaliação da prevalência do AM no município.

#### **1.4 Aleitamento materno como fator protetor contra a diarreia aguda em crianças**

O MS e a OMS recomendam o AM, dadas as inúmeras vantagens para a mãe e o bebê, apontadas por vários estudiosos do assunto (CATAFESTA *et al.*, 2009). Entretanto, o desmame precoce está presente no cenário brasileiro, apesar de esforços. Desmame precoce é a interrupção do AM antes do lactente ter completado 6 meses de vida, independentemente de a escolha ser da mãe ou não, e do motivo da interrupção (GOMES e GUBERT, 2012).

Dentre as causas de desmame precoce, está a introdução de novos alimentos na dieta do lactente antes do tempo recomendado (SILVA *et al.*, 2011). O uso de alimentos complementares antes dos 6 meses não traz proveito nutricional para a criança, podendo ocasionar malefícios à sua saúde, pois sua introdução precoce está associada a um maior número de episódios de diarreia; maior número de hospitalizações por doença respiratória; risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno; menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco; menor eficácia da lactação como método anticoncepcional; e menor duração do AM (BRASIL, 2009d).

Existe consenso entre os estudiosos do assunto e organizações que defendem o AM sobre a superioridade do leite materno como fator que protege as crianças contra as infecções respiratórias e a diarreia, mesmo para crianças que vivem em situações mais precárias de vida. Destaca-se, ainda, que essa proteção também exerça influência na gravidade da doença (BRASIL, 2009e).

No tocante às enfermidades infecciosas, a diarreia infantil destaca-se como um problema de saúde pública e como uma das patologias prevalentes em crianças menores de 5 anos (SILVA *et al.*, 2007). Por ser a diarreia uma enfermidade autolimitada, a subnotificação dos casos atendidos em clínicas e consultórios particulares pode ocorrer, casos estes que, não sendo comunicados aos órgãos de vigilância epidemiológica, sugerem que as estatísticas apresentadas não retratam um quadro fiel da diarreia em muitas localidades (FAÇANHA e PINHEIRO, 2005; CÉSAR *et al.*, 2005).

Quanto aos aspectos fisiopatológicos das diarreias, é sabido que, nas crianças, elas causam distúrbios na homeostase hidroeletrólítica, gástrica e entérica, caracterizados por diminuição da absorção e aumento da secreção entérica de água e de eletrólitos e, conseqüentemente, grandes perdas fecais. Esses processos, por sua vez, levam a uma instabilidade circulatória e/ou uma deterioração renal, podendo culminar em óbito, quando não há assistência clínica efetiva em tempo hábil (ARAÚJO *et al.*, 2008). Essa desidratação é grave, especialmente nas crianças menores de 6 meses, que não mamam ou não estão em AME (BRANDÃO *et al.*, 2005).

Falta de saneamento, baixa escolaridade dos pais e baixa renda contribuem para a propagação da diarreia, sendo necessária a implementação de medidas que visem à promoção da saúde e do AM (VIEIRA *et al.*, 2003).

Um estudo mostrou que crianças que mamaram até 1 ano tiveram menos internação por diarreia, visto que o leite materno contém compostos imunológicos que promovem a colonização do intestino da criança por bactérias protetoras, que impedem a fixação de agentes patógenos (BOCCOLINI e BOCCOLLINI, 2011).

Algumas intervenções de saúde devem ser adotadas, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade infantil e, entre elas, encontra-se a alimentação da criança, de forma que o MS elaborou um guia alimentar para crianças de até 2 anos. Essa elaboração tem gerado um impacto positivo na diminuição das internações por doenças infecciosas, como a diarreia (BOCCOLINI e BOCCOLLINI, 2011). Entre as orientações apontadas pelo citado manual encontram-se estratégias que visam proporcionar uma amamentação duradoura e orientações sobre alimentação complementar para crianças depois dos 6 meses de vida (BERNARDI *et al.*, 2011).

A proposta do MS, denominada *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos*, deve ser conhecida pelos profissionais de saúde que buscam a adesão da população a uma prática alimentar saudável, para proporcionar saúde especialmente entre as crianças de até 2 anos de idade (BERNARDI *et al.*, 2011). Nesse estudo,



os autores mostraram que as mães que receberam orientações sobre uma prática alimentar saudável tiveram filhos com menos doenças respiratórias e diarreicas do que as crianças cujas mães não foram orientadas.

Outra estratégia adotada em algumas cidades foi a criação de Centros de Lactação, para apoiar as mães na amamentação. Seguindo o exemplo de outros países, como Chile, Honduras e México, esses centros representam um impacto positivo para o AME até os 6 meses de idade e também na duração da amamentação (BARROS *et al.*, 2002).

Apesar da diminuição da mortalidade infantil, a diarreia, a desnutrição e as doenças imunopreveníveis ainda estão presentes no cenário brasileiro, juntamente da obesidade e da violência. O AM é visto como uma grande contribuição para suprir as necessidades nutricionais do recém-nascido e de crianças de até 6 meses de idade, e, após, é recomendada a complementação com outros alimentos, podendo o AM perdurar até os 2 anos de vida da criança ou mais (BRASIL, 2011c). Desse modo, é preconizado ao Estado o dever de promover, proteger e apoiar o AM, por meio de políticas que incentivem uma amamentação duradoura (VIEIRA *et al.*, 2004).

### **1.5 O contexto da Região Tocantina: aspectos históricos, políticas públicas e ações de saúde com foco no aleitamento materno**

No final do século XVI, alguns bandeirantes vindos de São Paulo chegaram à região do Rio Tocantins à procura de pedras preciosas e para a navegação (BARROS, 1996).

Em 1849, o Presidente da Província do Grão-Pará ordenou uma expedição ao Rio Tocantins, para que se estabelecessem um presídio militar, uma colônia militar e uma missão (FRANKLIN, 2005).

Tal expedição não alcançou sucesso, mas, no ano de 1852, uma segunda expedição conseguiu seu intento e foi fundado o povoado denominado oficialmente Colônia Militar Santa Teresa do Tocantins. O povoado foi elevado à categoria de vila em 27 de agosto de 1856. Em 25 de setembro de 1858, alguns vereadores foram nomeados para legislar na vila. Posteriormente, em homenagem à Imperatriz Teresa Cristina, esposa de D. Pedro II, passou-se a chamar Vila Nova de Imperatriz. Na divisão de terras entre os Estados do Pará e Maranhão, a vila ficou nas terras maranhenses (BARROS, 1996).

O Estado do Maranhão ocupa uma área de 331.983 km<sup>2</sup>, possui uma população de 6.574.789 habitantes, com densidade demográfica de 19,8 habitantes/km<sup>2</sup> e índice de distribuição de demografia urbana de 59%, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010). A Região Tocantina tem uma extensão de 2.850 km e é composta pelos seguintes municípios: Amarante, Buritirana, Campestre, Davinópolis, Estreito, Governador Edson Lobão, Imperatriz, João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso, Senador La Roque e Sítio Novo.

A partir de 22 de abril de 1924, por meio da lei estadual 1.179, o município passou a chamar-se Imperatriz. Com 1.531 km<sup>2</sup>, altitude de 80 m e uma das cem mais populosas do Brasil. Segundo censo do IBGE, em 1960, havia 39.169 habitantes e, em 2010, 247.505 habitantes (IBGE, 2013).

Imperatriz está localizada numa região denominada Portal da Amazônia e é banhada pelo Rio Tocantins, com 2.850 km de extensão, que, por muito tempo, serviu como fonte de alimento e navegação para seus moradores. O relevo é parcialmente acidentado e ali existia boa parte da floresta, que foi substituída por pastagens. O clima é tropical, com duas estações bem definidas: estação das chuvas ou inverno, de outubro a abril, e estação da seca ou verão, de maio a setembro. A temperatura oscila entre 21 e 38°C (GOMES, 2006). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010, foi de 0,731 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013). Imperatriz é referência para os demais municípios, quando se trata de serviços de saúde especializados (MARANHÃO, 2011).

No campo da saúde, muitas dificuldades existiam desde o início da história da cidade. Por ser um povoado fundado recentemente e longe de qualquer cidade, não havia recurso material e nem pessoas qualificadas para cuidar dos doentes, que ficavam sob a responsabilidade dos religiosos esforçados para aliviar as dores de quem necessitasse. Além dos religiosos, algumas parteiras ajudavam a trazer ao mundo os bebês que lá nasciam, mas nem sempre conseguiam seu intento: muitas vezes o parto se complicava, e a mãe e o bebê não sobreviviam. Doenças infectocontagiosas, como o sarampo, a catapora e a varíola, também ceifavam muitas vidas. Somente no ano de 1940, alguns missionários ingleses aqui chegaram e trouxeram conhecimentos sobre as doenças e a forma de tratá-las, além de medicamentos (ACADEMIA IMPERATRIZENSE DE LETRAS, 2002).

Devido à longa distância, com 630 km entre a cidade de Imperatriz e a capital do Estado, São Luís, a cidade vivia praticamente isolada. A partir dos anos 1960, com a construção da Rodovia Belém-Brasília, que passa por Imperatriz, a comunicação melhorou, bem como a ligação com os Estados das Regiões Norte e Nordeste. Esse processo trouxe muitos migrantes

de outros Estados do país, ou seja, houve uma grande afluência de pessoas com pouquíssima estrutura para abrigar todos, e a falta de saneamento básico se evidenciou ainda mais. A água usada não era tratada, e as doenças infectocontagiosas se disseminavam, sendo as crianças as mais afetadas. A malária também acometia muitas pessoas, pois, devido à proximidade com a Floresta Amazônica, a área era considerada de risco (BARROS, 1996).

Em 1959, o Governo Federal tomou algumas iniciativas no campo da saúde e instalou uma unidade do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Outra iniciativa ocorreu no ano de 1962, com a instalação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que realizava ações na área preventiva, como o saneamento básico, e atuava no combate às endemias, como malária, esquistossomose, leishmaniose, tuberculose, hanseníase, inclusive com visitas aos domicílios, principalmente, na zona rural. Outra iniciativa do Governo Federal foi a construção do primeiro hospital geral público da cidade, chamado Hospital Otávio Passos, no ano de 1970 (BARROS, 1996).

A cidade de Imperatriz também foi marcada por certo progresso ocasionado pelo garimpo em regiões próximas, com movimentação do comércio e fixação em moradias na cidade; muitos médicos viram que ali seria um bom lugar para seu crescimento profissional. Assim, no período de 1962 a 1980, 12 estabelecimentos de saúde foram criados, como pequenos hospitais e clínicas (BARROS, 1996).

Em 1982, o Governo Estadual construiu um hospital geral chamado Hospital Regional, para atender a clientes de toda a região, que passou a ser o HRMI, a partir do ano de 1993, estrutura que se mantém até os dias atuais, atendendo as gestantes de baixo e alto risco, em consultas de pré-natal, parto e nascimento (BARROS, 1996).

Nos anos 1990, havia 24 unidades de internação, com um total de 600 leitos credenciados pelo SUS, que operavam 2.500 Autorizações de Internamento Hospitalar (AIH) (BARROS, 1996). Nota-se, em geral, que a prioridade era a medicina curativa, ficando em segundo plano a prevenção, processo similar ao de outras regiões do país. A responsabilidade das ações era dos Governos Federal e Estadual, e o Governo Municipal não elaborava políticas de saúde (ACADEMIA IMPERATRIZENSE DE LETRAS, 2002).

Um movimento importante foi a municipalização das ações de saúde, buscando gerenciar os recursos financeiros da saúde e, dessa forma, melhorar a atenção à essa área, em consonância com o princípio da universalização do direito à saúde preconizado pelo SUS (ACADEMIA IMPERATRIZENSE DE LETRAS, 2002).

No ano de 1991, em Imperatriz, iniciou-se o processo de municipalização da saúde, no qual o município tomou sob sua responsabilidade o gerenciamento dos recursos da saúde. Nesse

período, aconteceu a I Conferência Municipal de Saúde com a participação da comunidade. Foi criada a lei nº 644/91 e, em 1º de novembro de 1991, foi instituído o Conselho Municipal de Saúde (CMS), em caráter permanente e como órgão deliberativo do SUS. No âmbito municipal, essa instância pôde definir as prioridades em saúde, estabelecendo diretrizes e estratégias para realizar ações de saúde. Esse conselho elaborou seu primeiro Regimento Interno, em junho de 1992, o qual recomendava que as políticas desenvolvidas no município deveriam acompanhar as políticas federais e estaduais (REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992).

No município, também foi implantado o Programa de Agentes de Saúde, seguindo recomendação do MS, como parte do processo de municipalização. No ano de 1994, o município alcançou a gestão parcial dos serviços de saúde, por ter cumprido algumas recomendações do MS, tendo liberdade em executar as ações básicas de saúde. Em 1998, o município buscou também cumprir todas as exigências do MS e alcançou a gestão plena da saúde, sendo o primeiro município do Maranhão a ter os serviços de saúde totalmente municipalizados (ACADEMIA IMPERATRIZENSE DE LETRAS, 2002).

Em 2000, foi criado o Hospital Municipal de Imperatriz, com 120 leitos para internação, atendendo várias especialidades e emergências. O Hospital Municipal foi ampliado e, atualmente, tem 180 leitos, sendo mantido pelos recursos do SUS até os dias atuais.

Os serviços de Atenção Básica começaram a ser valorizados, e o atendimento à população melhorou. O Programa de ACS, que foi implantado com 96 agentes, em 1998 atendia a 14,5% da população e, em 2000, contava com 350 ACS atendendo a 59% da população (REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1999; REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2001).

No ano de 1999, por meio da Resolução 012/99, o CMS autorizou o funcionamento do Programa Saúde da Família, hoje denominado 'Estratégia Saúde da Família', que começou a atuar com cinco equipes compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e com quatro a oito ACS. Em 2001, o CMS acatou a recomendação do MS para aumentar gradativamente o número de equipes de ESF, até alcançar o número de 50 equipes (REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1999; REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2001).

Dados de julho de 2013 mostraram que o município possuía 42 equipes atuando na ESF, distribuídas em 32 UBS, sendo 26 unidades na zona urbana e 6 unidades na zona rural. Estão cadastradas na ESF 44.528 famílias, sendo 41.073 na zona urbana e 3.455 na zona rural, perfazendo uma cobertura de 58,54% da população com a ESF (BRASIL, 2013a). As equipes

da zona urbana são divididas por regiões: Grande Santa Rita, Grande Bacuri, Grande Vila Nova e Grande Vila Lobão.

A rede hospitalar conta com oito estabelecimentos para internação, uma unidade mista, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 61 Centros de Especialidades, além de vários serviços de apoio diagnóstico (BRASIL, 2013a).

As ações de promoção e incentivo ao AM foram incrementadas na região quando o HRMI aderiu à IHAC, em 2001. Desde então, a cultura da amamentação começou a se fazer mais presente em Imperatriz e foi disseminada pelos municípios vizinhos, já que o HRMI é referência para toda a região. Ao mesmo tempo em que o HRMI adotava a IHAC, foi implantado o BLH e a unidade Mãe Canguru nas dependências do hospital, já que os recém-nascidos internados em UTI eram alimentados com leite materno, conforme recomendação de um dos dez passos para o sucesso da amamentação.

O BLH do HRMI faz parte da rede de BLH do Maranhão, na qual existem quatro BLH e um posto de coleta, sendo que o BLH do Hospital e Maternidade Marly Sarney, em funcionamento desde abril de 1988, na capital São Luís, é o Centro de Referência do Estado do Maranhão.

Em Imperatriz, após 2001, quando o HRMI recebeu o título de HAC, seguindo as recomendações expressas nos dez passos para o sucesso da amamentação referentes à IHAC, muitas estratégias de incentivo ao AM foram desenvolvidas dentro do HRMI e também junto à comunidade e em parceria com a Prefeitura Municipal de Imperatriz, conforme dados do Quadro 1.

**Quadro 1** - Ações voltadas para o aleitamento materno (AM) no âmbito local, nacional e internacional, de 1974 a 2014.

Ano	Ações internacionais	Ações nacionais	Ações em Imperatriz
1974	Publicação do <i>The baby killer</i> (Mike Miller) OMS e UNICEF - mobilização mundial	Primeiro estudo que documenta as práticas indevidas de <i>marketing</i> dos substitutos do leite materno	
1979	IBFAN Reunião conjunta OMS/UNICEF – Genebra - código de conduta ética para propaganda de produtos	INAM - reunião em Genebra Eventos em Brasília e Curitiba; metas e estratégias globais – MS/INAM, UNICEF, OPAS Comitê de Incentivo ao Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria	
1981	Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (OMS – Genebra)	Lançamento do PNIAM Criação de coordenação estadual de entidades envolvidas no programa	
1982		PNIAM: maior apoio às instituições nacionais e Internacionais	
1983		Resolução 18/INAMPS - Alojamento Conjunto nas maternidades IBFAN no Brasil	
1985		I Congresso Pan-Americano de Aleitamento Materno e I Congresso Brasileiro de Aleitamento Materno, em Porto Alegre BLH/PNIAM criam estratégia para organização dos BLH no Brasil/Instituto Fernandes Figueira (RJ)	
1986	IGAB – Assembleia Nacional de Saúde Desnecessária a distribuição de doações de substitutos do leite em maternidades	Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano: Instituto Fernandes Figueira (convênio INAM-Fiocruz)	
1988		Criação da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos Lácteos Constituição Brasileira: 4 meses de licença maternidade Licença paternidade de 5 dias	
1989	OMS/UNICEF – dez passos para o sucesso do AM		
1990	IGAB - Declaração de Innocenti - metas e objetivos para a promoção do AM		
1991	Lançamento da IHAC		
1992	Criação da SMAM	Início da IHAC SMAM	

<b>1993</b>	Curso de Manejo clínico para IHAC (18 horas) Curso de Aconselhamento em AM para monitores (80 horas)		
<b>1995</b>		MS lança a publicação <i>O aleitamento materno e os municípios</i>	
<b>1996</b>	Curso de aconselhamento – profissionais de saúde (40 horas)		
<b>1997</b>	Curso de gestores: sensibilização para chefias		
<b>1999</b>	Curso para aconselhamento de AM em HIV+		
<b>2000</b>	Declaração do Milênio – redução da mortalidade infantil em dois terços até 2015 Resolução AME por 6 meses (OMS) Curso de Alimentação Complementar	Revisão da NBCAL IUBAAM (alguns Estados brasileiros)	
<b>2001</b>		Recomendação do MS para AM por 6 meses e continuidade até 2 anos ou mais	HRMI recebe título IHAC Criação do BLH Capacitação de profissionais de saúde UTI neonatal
<b>2002</b>			1ª Semana Mundial de AM promovida pelo HRMI
<b>2003</b>	Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças – OMS e UNICEF	Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	2ª Semana Mundial de AM promovida pelo HRMI
<b>2004</b>			3ª Semana Mundial de AM promovida pelo HRMI 1ª passeata pró-AM
<b>2005</b>	Declaração de Innocenti – <i>on Infant and Young Child Feeding</i>	Criação da Rede Ibero-Americana de BLH	4ª Semana Mundial de AM promovida pelo HRMI
<b>2006</b>		Pacto pela Vida – gestores do SUS	5ª Semana Mundial de AM promovida pelo HRMI 1º Encontro de mães amamentando - Praça de Fátima
<b>2008</b>		Implantação da Rede Amamenta Brasil em todas as regiões brasileiras	6ª Semana Mundial de AM promovida pelo HRMI 1ª Semana Municipal de AM Mobilização nas UBS
<b>2009</b>		Continuação da Implantação da Rede Amamenta Brasil Criação da Rede para Alimentação Complementar na Atenção Básica	7ª Semana Mundial de AM promovida pelo HRMI Parceria com a Prefeitura – 2º encontro de mães amamentando ao ar livre – Beira Rio

			2ª Semana Municipal de AM
<b>2010</b>			Início da atuação dos discentes da UFMA no projeto de extensão de incentivo à doação de leite materno
<b>2011</b>		Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha	8ª Semana Mundial de AM promovida pelo HRMI 3ª Semana Municipal de AM Atuação dos discentes da UFMA no projeto de extensão de incentivo a doação de leite materno
<b>2013</b>		Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha: <i>Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil</i>	9ª Semana Mundial de AM promovida pelo HRMI 1ª Pesquisa de prevalência de AM em Imperatriz 4ª Semana Municipal de AM Atuação dos discentes da UFMA no projeto de extensão de incentivo a doação de leite materno
<b>2014</b>			10ª Semana Mundial de AM promovida pelo HRMI 5ª Semana Municipal de AM Atuação dos discentes da UFMA no projeto de extensão de incentivo a doação de leite materno

Adaptado de: Souza et al. (2012), Brasil (2013a), Venâncio et al (2013). OMS: Organização Mundial da Saúde; UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância; IBFAN: *International Baby Food Action Network*; INAM: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; MS: Ministério da Saúde; OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde; PNAM: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno; INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social; BLH: Banco de Leite Humano; IGAB: *International Group on Action on Breastfeeding*; Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz; IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança; SMAM: Semana Mundial de Amamentação; AME: aleitamento materno exclusivo; NBCAL: Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras; IUBAAM: Iniciativa Unidades Básicas Amigas da Amamentação; HRMI: Hospital Regional Materno-Infantil; UTI: unidade de terapia intensiva; SUS: Sistema Único de Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde; UFMA: Universidade Federal do Maranhão.

Em Imperatriz, no HRMI, as normas escritas sobre o AM passaram a ser discutidas com todos os funcionários por meio de treinamentos sobre o manejo do AM, realizados periodicamente conforme recomendação do MS, já que o estabelecimento com IHAC recebe



avaliações periódicas para verificar se está apto a manter o título. As gestantes passaram a receber informações sobre as vantagens do AM e, logo após o parto, os recém-nascidos são colocados para mamar e permanecem com suas mães em alojamento conjunto. As mães também foram orientadas quanto ao AME até o 6º mês de vida e a importância da amamentação em livre demanda, além de não usarem bicos artificiais. Anualmente, são realizadas as Semanas do Aleitamento Materno, para divulgar os benefícios do AM, e o HRMI faz parcerias com a Coordenação do Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do município.

As demais estratégias de promoção, proteção e apoio ao AM recomendadas pelo MS, como a Rede Amamenta Brasil, proteção legal ao AM, monitoramento dos indicadores de AM não foram ainda implantadas em Imperatriz. Quanto às estratégias recomendadas por Venâncio e Monteiro (2005) como ferramentas importantes na promoção do AM, o município tem se empenhado na organização da Semana Mundial de AM, da IHAC, do BLH e de cursos para profissionais de saúde sobre manejo e aconselhamento da amamentação. No entanto, não há, formalmente, uma diretriz política voltada ao incentivo ao AM, ao monitoramento da norma brasileira para a comercialização de alimentos para lactentes/lactantes, à presença de um grupo multiprofissional dedicado à promoção do AM e à pesquisa sobre o assunto e realização de investigações para mensurar a prevalência do AM.

Cabe ressaltar que, nesse município, ainda não foi realizada uma pesquisa sobre essa temática, justificando, assim, o interesse e a relevância deste estudo, bem como a importância da reflexão sobre a eminência de políticas públicas de saúde serem direcionadas para o contexto de cada localidade, na perspectiva de atenuar as problemáticas que permeiam o desmame precoce e a ocorrência da diarreia aguda em crianças.

Com base nos aspectos apresentados e buscando analisar o AM e as notificações de diarreia em uma realidade contextualizada, a presente pesquisa tem como hipótese o fato de que as medidas de promoção do AM contribuem para aumentar a prevalência do AM e diminuir os casos de diarreia aguda no município de Imperatriz, em crianças menores de 1 ano de idade das áreas de cobertura pela ESF.

# **OBJETIVOS**

---

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

O presente estudo tem por objetivo geral analisar a prevalência do aleitamento materno e as notificações de diarreia em crianças menores de 1 ano de idade, cadastradas em unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família em Imperatriz, no Maranhão, com vistas a fornecer subsídios para a atenção à saúde da criança.

### 2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- Identificar a prevalência dos tipos de aleitamento (exclusivo, parcial, complementado, misto) em crianças menores de 6 meses e de 6 a 12 meses de idade, em seguimento em unidades com Estratégia Saúde da Família em Imperatriz.
- Identificar os casos de diarreia aguda notificados em crianças menores de 6 meses e de 6 a 12 meses de idade, nas áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Imperatriz.
- Associar os tipos de aleitamento com os casos de diarreia aguda em crianças menores de 6 meses e de 6 a 12 meses de idade, em Imperatriz.
- Associar variáveis socioeconômicas e demográficas maternas, condições do pré-natal e parto com prática da amamentação e incidência de diarreia aguda.
- Associar variáveis referentes às características do recém-nascido com prática de todos os tipos de aleitamento e incidência de diarreia aguda.

# **BASES CONCEITUAIS**

---

### 3. BASES CONCEITUAIS

Esta investigação apoiou-se em dimensões da atenção à saúde, no contexto da promoção da saúde humana e nas diretrizes políticas para prevenção e promoção da saúde da criança.

No contexto atual, em que o conceito de saúde é bem mais complexo que a ausência de doença, a promoção da saúde tem se destacado no campo da saúde pública, com ações, estratégias e formas de intervenção que traduzem, na prática, o conceito de promoção. A OMS elaborou sete princípios para operacionalizar a promoção em saúde: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998).

A concepção holística diz respeito às ações de promoção em saúde envolvendo a população como um todo, inserida em seu contexto de vida, considerando os determinantes sociais, econômicos e ambientais com os quais o indivíduo convive. A intersetorialidade requer a cooperação entre os diferentes setores envolvidos com articulação de suas ações. O empoderamento e a participação social dizem respeito ao “envolvimento de todos os atores interessados no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas” (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003, p. 8). A equidade garante ao cidadão um acesso ampliado e universal, com justiça social e políticas que tornem viáveis e favoráveis às condições de vida e saúde, sendo capazes de reverter desigualdades sociais. Ações multiestratégicas envolvem várias disciplinas, métodos e abordagens. A sustentabilidade propõe a criação de iniciativas baseadas no desenvolvimento sustentável, que possa ter continuidade e que tenha impacto na coletividade (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e a Constituição Brasileira, de 1988, a saúde é um direito do cidadão, sendo amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e como essencial para a qualidade de vida. Desse modo, a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida, a qual, por sua vez, é imprescindível para que o cidadão tenha saúde. Então, promover a saúde é promover a qualidade de vida. Na Carta de Ottawa, de 1986, a promoção da saúde é conceituada como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19). Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, pois engloba um bem-estar muito mais amplo.

Durante a década de 1960, aconteceram em várias partes do mundo debates que buscavam superar a visão da saúde centrada no controle da doença, visto que ela envolve uma questão mais ampla, que toca a dimensão social. Em 1974, um movimento canadense elaborou o Relatório Lalonde, que propunha uma nova perspectiva sobre a saúde, caracterizando esta como resultante de um estilo de vida adotado individualmente (BUSS, 2000).

As discussões sobre o tema ganharam força em 1978, na Conferência de Alma-Ata, na qual se propôs uma estratégia de Atenção Básica à Saúde, que teve como lema Saúde Para Todos no Ano 2000. Nos documentos elaborados nessa conferência, merece destaque o texto que fala sobre a promoção da saúde: “a promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial” (BRASIL, 2002, p. 9).

Os debates sobre o assunto continuavam a nível mundial e, em 1981, a Primeira Conferência Nacional de Saúde, no Canadá, sugeriu que o contexto social era um poderoso determinante da saúde, pois influenciava o comportamento individual, já que a escolha do estilo de vida dependia da classe social (FERREIRA, 1998). Assim, observou-se que a promoção da saúde sofria influência de fatores sociais e ambientais, necessitando ser compreendida como ideia e ação transversal em todo o sistema de saúde (BRASIL, 2007).

As condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde, isto é, são determinantes para a saúde. Estes são constituídos por fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais, que têm influência e podem trazer riscos para a população (PINTO e FRACOLLI, 2010).

A OMS define determinantes de saúde como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, ou são as características sociais dentro das quais a vida transcorre. Entretanto, para criar esse conceito, vários paradigmas foram quebrados: a teoria miasmática do século XIX, o paradigma bacteriológico de Koch e Pasteur, o conflito entre a saúde pública e a medicina – em que predominou a medicina, já que a saúde pública estava orientada ao controle de doenças específicas (BUSS e PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Em 1984, em uma conferência realizada no Canadá, denominada *Além do cuidado da saúde*, dois novos conceitos foram introduzidos: o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável, admitindo-se que a situação de saúde era resultante de políticas de saúde elaboradas com a participação social e a descentralização do poder para as comunidades locais, e reforçando a questão da saúde ambiental (FERREIRA, 1998. BUSS e FERREIRA, 2002).

Foi na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, em que foi promulgada a Carta de Ottawa, a qual deu início ao processo de discussão da construção coletiva dos conceitos fundamentais sobre a promoção da saúde, concebida como produção social que extrapola o setor saúde e articula um conjunto de outros setores da gestão municipal. O cidadão é corresponsável pela formulação de políticas favoráveis à saúde e por uma melhor qualidade de vida (BUSS, 2000).

O conceito de promoção da saúde foi ampliado com novos elementos, como responsabilidade internacional para os países mais desenvolvidos sobre a saúde das nações em desenvolvimento; ênfase em políticas relativas à saúde da mulher, alimentação e nutrição, controle do tabaco e do álcool; procura de equidade para superar a pobreza e busca por um desenvolvimento sustentável, com respeito à biodiversidade; ampliação dos determinantes da saúde; promoção da responsabilidade social com o empoderamento da população; e impulso à cultura da saúde (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa lançou um desafio para a elaboração de políticas de saúde que reafirmassem a justiça social e a equidade como pré-requisitos para a saúde, identificando cinco campos de ação para a promoção da saúde: a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o desenvolvimento de habilidades, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde (BUSS, 2000).

A reforma sanitária, alavancada em 1986 pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, trouxe à tona a luta pela descentralização do sistema de saúde, para a implantação de políticas que pudessem amparar todos os cidadãos. Dessa forma, foi lançada a base para o SUS, com um conceito ampliado pelo direito e pela melhoria da qualidade de vida, com participação social. A promoção da saúde passou a ser uma das estratégias de produção de saúde, articulando-se com as demais políticas e tecnologias, e contribuindo, assim, para a construção de ações que suprimissem as necessidades sociais em saúde. As diretrizes brasileiras abordam que:

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (BRASIL, 2010a, p.15).

As ideias de Promoção da Saúde suscitaram debates que vem acontecendo em torno da criação de ambientes que proporcionem estilos de vida saudáveis, tais como o Programa de

Combate ao Tabagismo, o Programa de Controle da Aids, da Hipertensão e Diabetes, e as ações de promoção da Saúde da Mulher, do Adolescente, do Idoso e da Criança (TEIXEIRA, 2004).

As ideias divulgadas pela Carta de Ottawa alavancaram um amplo movimento, que se desdobrou em outras conferências internacionais, realizadas na Austrália (1988), Suécia (1991), Indonésia (1997), Bogotá (1992), México (2000) e Brasil (2002), onde vários dos conceitos estratégicos da proposta de promoção da saúde foram consolidados (TEIXEIRA, 2004).

Outro aspecto a destacar é a Declaração do Milênio, firmada entre 191 países em 2000, configurando o maior consenso internacional acerca de objetivos de desenvolvimento na história da humanidade. Os ODM são: erradicar a extrema pobreza e a fome; universalizar a educação primária; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade na infância; melhorar a saúde materna; combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental; e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. O quarto objetivo, reduzir a mortalidade na infância, tem alcançado sucesso. Em 1990, a mortalidade na infância era de 53,7 por mil nascidos vivos e passou para 28,7 em 2005. O AM tem contribuído sobremaneira para que tal objetivo seja alcançado. O Brasil é um dos signatários da Declaração do Milênio, que inclui, entre os seus oito Objetivos de Desenvolvimento, a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos em dois terços, até 2015. Em consonância com esses objetivos, o Brasil lançou, em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2011c).

Nos anos 2000, no Brasil, destacaram-se os seguintes pactos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida aponta um conjunto de compromissos sanitários prioritários e responsabilidades das três esferas dos governos na busca dessa qualidade de vida. Neste sentido, o SUS deve ser qualificado e a ESF fortalecida. O Governo Federal tem o desafio de uma política transversal, integrada e intersetorial com os setores privados e a sociedade, e todos devem ser partícipes no cuidado com a saúde. Dessa forma, foi publicada a Política Nacional de Promoção a Saúde, por meio da Portaria 687, de 30 de março de 2006, qualificando as ações de promoção da saúde nos serviços e gestão do SUS (BRASIL, 2010a).

Os objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde são:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010a, p. 17).



Isso deve incluir a incorporação e a implementação de ações de promoção da saúde, voltadas para a Atenção Básica, autonomia e corresponsabilização de sujeitos, da coletividade e do poder público, minimizando ou extinguindo as desigualdades sociais, promovendo o entendimento da concepção ampliada de saúde entre os trabalhadores de saúde, trazendo resolubilidade ao sistema, com qualidade e segurança, estimulando iniciativas inovadoras e inclusivas, otimizando os espaços públicos, preservando o meio ambiente, ampliando os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática, prevenindo fatores determinantes e condicionantes de doenças, e desenvolvendo uma cultura de paz no país (BRASIL, 2010a).

Entre as estratégias preconizadas para a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde está o estímulo às ações de cuidado com o corpo e alimentação saudável. Cabe aqui destacar a amamentação como uma das ações específicas priorizadas. Há ênfase na criação de ambientes propícios para a amamentação, na divulgação de material educativo pela mídia para orientar e chamar a atenção para os benefícios da amamentação, na sensibilização dos trabalhadores da saúde sobre o tema, bem como a educação permanente em serviço, voltado para a prática e manejo do AM (BRASIL, 2007).

Desde a década de 1970, o AM é visto como uma importante estratégia para a promoção da saúde humana, com destaque especial para a população materno-infantil. Instituições nacionais e internacionais enfatizam o AM, desde eventos como a Conferência Mundial de Alma Ata, em 1978, a 33ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1980, e a Cúpula Mundial da Infância, de 1990 (LIMA *et al.*, 2011). Todos esses eventos culminaram em políticas públicas de saúde, que preconizam a garantia do AM como um direito do binômio mãe-filho (CATAFESTA *et al.*, 2009). Dessa forma, os índices de AM têm aumentado no Brasil (BRASIL, 2011a).

Cabe ressaltar que, no município de Imperatriz, ainda há desafios para o direcionamento de políticas públicas envolvendo a promoção do AM e também sua análise frente às notificações de diarreia aguda em crianças menores de 1 ano de idade.

# **PERCURSO METODOLÓGICO**

## **4. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa. Um estudo transversal caracteriza-se pela observação direta de uma quantidade determinada de indivíduos em uma única oportunidade, relacionado com indivíduos em local e época demarcados (MEDRONHO, 2006).

Nesta investigação, o foco central foi a análise de associação dos indicadores de AM em relação aos casos de diarreia aguda notificados de crianças menores de 1 ano de idade em uma realidade contextualizada.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no município de Imperatriz que, de acordo com dados do IBGE, em 2013, tinha uma população estimada de 252.320 habitantes (IBGE, 2013), sendo que 4.091 (1,65 %) eram crianças menores de 1 ano. O município se localiza a 626 km da capital São Luís e apresenta clima tropical. É o maior entroncamento comercial, energético e econômico do Estado, sendo ainda o segundo maior centro populacional, econômico, político e cultural do Maranhão. A cidade conta com apenas 23% de rede de esgoto e tem 86% de abastecimento de água potável. A taxa de analfabetismo é de 9,7% (BRASIL, 2013b).

A questão da redução da morbidade por diarreia infantil ainda é um desafio na área da saúde. Também vale ressaltar que, no município de Imperatriz, ainda não foi realizada uma pesquisa sobre a prevalência do AM, sendo este estudo o primeiro sobre a temática.

### **4.3 Coleta de dados e participantes**

A população foi composta por crianças menores de 1 ano e suas respectivas mães. Em setembro de 2013, havia um total de 1.710 crianças cadastradas na ESF, segundo informações coletadas junto às equipes, diretamente com os ACS em cada equipe da ESF.

Os critérios de inclusão na amostra da presente pesquisa foram: criança estar cadastrada e ser acompanhada na ESF; ser menor de 1 ano de idade no momento da coleta de dados e de ambos os sexos; e ser residente da zona urbana de Imperatriz, independente do grupo étnico. Os critérios de exclusão foram: criança não estar cadastrada nem ser acompanhada pela ESF; ser maior de 1 ano de idade; residir na zona rural; ter alguma doença crônica desencadeadora de diarreia; ter nascido pré-termo; ser gemelar, já que geralmente, nesses casos, as crianças costumam receber complemento com leite artificial desde o nascimento.

Os critérios de inclusão para as mães foram: residir na zona urbana do município; não ter diagnóstico de doenças mentais que pudessem dificultar a comunicação entre a mãe e o pesquisador; e não ter diagnóstico de doenças infecciosas como HIV-Aids ou hepatites. Os critérios de exclusão relativos às mães foram: residir na zona rural; ter diagnóstico de doença mental ou doença infecciosa; não residir em área de abrangência da ESF.

Para a seleção das crianças que participariam do estudo, foram confeccionados cartões coloridos na cor verde, nos quais constavam os critérios de inclusão e na cor vermelha onde constavam os critérios de exclusão, visando facilitar o trabalho dos entrevistadores.

A amostra foi composta por todas as crianças menores de 1 ano que atenderam aos critérios de inclusão e suas mães, que responderam as questões formuladas, sendo as crianças aquelas menores de 1 ano, cadastradas pela ESF e que eram acompanhadas pela mesma equipe, inclusive pelo mesmo ACS que mensalmente fazia a visita domiciliária às famílias e colhia os dados das mesmas.

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário estruturado (perguntas abertas e fechadas) sobre a alimentação da criança nas últimas 24 horas (Apêndice 1), ou seja, um recordatório alimentar de 24 horas relativo ao consumo do leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e demais líquidos, seguindo as recomendações da OMS para levantamentos sobre amamentação, conforme documento elaborado por diversos estudiosos de vários países que chegaram a um consenso sobre a melhor maneira de obter indicadores confiáveis e válidos para avaliar as práticas alimentares de lactentes e crianças (WHO, 2008), além de questões relacionadas à ocorrência de diarreia e internação.

As informações que constavam do questionário englobavam: caracterização da amostra; tipo de AM (AME, AMC, AMP e AMM); casos de diarreia aguda e tratamento realizado; variáveis socioeconômicas maternas (idade, escolaridade, situação conjugal, trabalho e renda familiar); variáveis demográficas maternas (número de filhos e idade); assistência pré-natal e parto (número de consultas no pré-natal, tipo de atendimento, local do parto e tipo de

hospital); e características do recém-nascido (peso ao nascimento, uso de chupeta, mamadeira, água, chá, mingau e alimentos consumidos) (Apêndice 1).

A princípio, a pesquisadora realizou pessoalmente a coleta de dados de 50 sujeitos, para verificar se o instrumento estaria adequado para responder aos objetivos da pesquisa. Nessa fase, foram feitas adaptações ao instrumento e mudança de algumas palavras que pudessem tornar o mesmo mais compreensível. Somente após essas correções, o instrumento foi considerado adequado, e a pesquisa, então, prosseguiu.

Dessa forma, a coleta de dados foi realizada pelos ACS do município. Foram realizadas oficinas com o objetivo de treinar os ACS, capacitando-os sobre as questões que constavam do questionário aplicado às mães das crianças menores de 1 ano que compuseram a amostra deste estudo.

Os procedimentos metodológicos desta pesquisa tiveram por base a experiência do Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), desenvolvido pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, desde 1998, com o objetivo de monitorar as práticas de alimentação infantil a partir de inquérito em dias nacionais de campanha de vacinação, com vistas à análise dos padrões de alimentação infantil, segundo características da população (VENANCIO *et al.*, 2002. VENANCIO e MONTEIRO, 2005). No presente estudo, o questionário usado no projeto AMAMUNIC foi adaptado para abranger aspectos do AM e da notificação da diarreia aguda, incluindo-se questões relacionadas à ocorrência de diarreia aguda e outras doenças, bem como informações sobre internações hospitalares.

Outro dado pesquisado foi o uso da chupeta, já que a maioria dos estudiosos do assunto aponta esta como um elemento que prejudica a amamentação, exceto Sertório e Silva (2005), que realizaram estudo analisando a utilidade da chupeta e concluíram que ela pode apaziguar a criança em momentos de agitação. Essa questão também fez parte do questionário usado no projeto AMAMUNIC, bem como questões relacionadas à alimentação complementar, considerando-se as seguintes informações:

- Comida de sal: a criança recebeu papa/sopa ou comida de sal (comida de panela ou comida da família).
- Fruta: a criança recebeu fruta, em pedaço ou amassada.
- Verduras/legumes: a criança recebeu verduras/legumes.

Ainda, foram considerados três “marcadores de alimentação não saudável”: consumo de café, refrigerante e bolacha/salgadinho.

Para caracterizar a diarreia aguda, foi utilizada a definição do MS que afirma que diarreia é a ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas (SOUZA, 2000). No formulário, foram levantados dados referentes à ocorrência de episódios de diarreia até os 6 meses e de 6 meses aos 12 meses.

As informações sobre diarreia aguda foram levantadas junto às mães no momento do preenchimento do formulário, considerando as crianças cadastradas na ESF.

#### 4.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em um programa desenvolvido em linguagem Java, elaborado especialmente para a presente pesquisa. O programa possuía interface amigável e intuitiva, ajudando a atenuar os possíveis erros de digitação. Além disso, foi realizada uma dupla digitação, para garantir a ausência de erros. Após digitação dos dados, os mesmos foram organizados e tabulados em planilhas do Microsoft Excel, para posterior análise.

O presente estudo foi baseado em estatística descritiva e analítica. Foram calculadas as medidas epidemiológicas de prevalência e a razão de prevalência para o número de casos de diarreia. Todos os dados foram tabulados no *software* Excel e as análises foram realizadas no *software* SAS 9.1 (SAS, 2000).

A prevalência dos tipos de AM foi calculada pela fórmula:

$$\frac{\text{Número de crianças em determinado tipo de aleitamento materno} \times 100}{\text{Número de crianças na faixa etária (zero a 6 meses ou de 6 a 12 meses)}}$$

Posteriormente, foram tabuladas as medidas de tendência central e de variabilidade para as variáveis socioeconômicas (escolaridade, situação conjugal, trabalho e renda familiar); variáveis demográficas (número de filhos e idade); assistência pré-natal e nascimento (tipo de atendimento, local do parto e tipo de hospital); características do recém-nascido (peso ao nascimento, idade gestacional e sexo); e episódios de diarreia aguda apresentadas durante o primeiro ano de vida (tratamento domiciliar ou internação).

Para verificar associação entre os tipos de AM e o número de episódios de diarreia aguda, foi realizado um teste não paramétrico de qui quadrado ( $\chi^2$ ). Também foram calculadas as razões de chance também conhecidas como *Odds ratio* (OR), considerando o intervalo de confiança de 95% (IC95%). Todos os dados foram tabulados na planilha Excel 2013 e os testes realizados no programa SAS (SAS, 2000).

#### 4.5 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão e aprovado sob o parecer 396.621/2013 (Anexo 1). As mães que concordaram em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), no qual constavam as informações detalhadas sobre o estudo, conforme recomendação do parecer 196/96 (BRASIL, 1996). O TCLE foi assinado em duas vias, sendo que uma via ficou com o pesquisador, que se comprometeu, junto aos pesquisados, a guardar por 5 anos os dados coletados, e a segunda via ficou com a participante.

Os entrevistadores foram orientados a explicar os objetivos da pesquisa e esclarecer as dúvidas que surgiram aos entrevistados, além de solicitarem seu consentimento por escrito. Esclareceram que se tratava de um estudo com objetivos científicos, sendo a participação no mesmo voluntária e, caso o entrevistado não quisesse mais continuar respondendo as questões, a participação poderia ser encerrada em qualquer momento, sem prejuízo nenhum, tendo de volta o TCLE assinado.

As entrevistas foram individuais, em ambiente restrito e discreto, nas UBS ou nos domicílios, para permitir uma melhor comunicação entre o entrevistador e o entrevistado e, caso o entrevistador percebesse algum sinal de constrangimento por parte do entrevistado, deveria encerrar os questionamentos e procurar amenizar a situação. Se fosse necessário, deveria inclusive encaminhá-la para o serviço de atendimento de psicoterapia disponível no CAPS do município; entretanto, nenhuma dessas intercorrências aconteceu.

O entrevistador esclareceu que as informações relacionadas ao estudo poderiam ser divulgadas em relatórios ou publicações (revistas científicas), mesmo que fossem desfavoráveis. No entanto, se qualquer informação fosse divulgada, seria feita de forma codificada, para que a confidencialidade fosse mantida.

Também esclareceu que a presente pesquisa oferecia riscos mínimos representados por alguma questão que despertasse algum sentimento desagradável. A pesquisa também poderia causar o risco moral ou dúvida, pela divulgação inadequada das informações coletadas, mas o entrevistador esclareceu que o pesquisado poderia deixar de responder qualquer pergunta que lhe causasse constrangimento, sem nenhuma consequência ou prejuízo. Caso o pesquisador percebesse, durante a pesquisa, que os riscos estavam sendo maiores que os benefícios previstos, a mesma poderia ser encerrada, entretanto, isso não aconteceu durante a pesquisa.

Os benefícios esperados com a realização dessa pesquisa eram que, a partir do conhecimento da alimentação de crianças pequenas, seria possível ajudar as mães e os responsáveis pelas crianças, bem como os profissionais de saúde, nos momentos de orientação da alimentação, além de auxiliar o município na elaboração de políticas que favorecessem a alimentação das crianças menores de 1 ano de idade.



# **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização dos participantes do estudo

Participaram da presente pesquisa 854 acompanhantes de crianças menores de 12 meses de idade, sendo 441 menores de 6 meses e 413 de 6 meses a 12 meses de idade.

A população pesquisada residia na zona urbana de Imperatriz e estava cadastrada em unidades que mantinham a ESF, pertencentes a 38 equipes, distribuídas nos bairros da cidade.

As regiões do município e as UBS onde foi realizada a pesquisa são descritas na Tabela 1, com o número de crianças cadastradas em cada região e o número de crianças pesquisadas.

**Tabela 1.** Distribuição do número de crianças menores de 1 ano cadastradas de acordo com as regiões. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

<b>Regiões do município</b>	<b>Cadastradas</b>	<b>Pesquisadas</b>
Grande Bacuri	309	198
Grande Vila Lobão	510	250
Grande Vila Nova	422	137
Grande Santa Rita	469	269
<b>Total</b>	<b>1.710</b>	<b>854</b>

Na Tabela 2 são apresentados os dados de idade e sexo das crianças participantes do estudo.

**Tabela 2.** Idade e sexo das crianças participantes do estudo. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

<b>Idade/sexo</b>	<b>Crianças</b>		<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<1 mês	55	6,4	31	6,9	24	5,9
1-4 meses	310	36,3	170	38,1	140	34,3
5-6 meses	148	17,4	73	16,4	75	18,4
7 <12 meses	341	39,9	172	38,6	169	41,4
<b>Total</b>	<b>854</b>	<b>100</b>	<b>446</b>	<b>100</b>	<b>408</b>	<b>100</b>

Em 808 (94,6%) dos casos, as mães participaram da pesquisa, pois estavam acompanhando seus filhos no momento da coleta de dados. As outras 46 crianças (5,4%) estavam acompanhadas por avó, avô, tia, babá, pai, mãe adotiva e irmã, conforme mostra a Tabela 3. Em alguns casos de crianças acompanhadas por outras pessoas, estas não tinham todas as informações e, muitas vezes, quando indagadas sobre alguns detalhes da vida da criança não souberam responder. Por essa razão, algumas perguntas ficaram sem resposta.

**Tabela 3.** Distribuição das crianças pesquisadas de acordo com acompanhantes. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

<b>Acompanhante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mãe	808	94,6
Avó	29	3,4
Avô	1	0,1
Tia	5	0,6
Babá	5	0,6
Pai	3	0,4
Mãe adotiva	2	0,2
Irmã	1	0,1
<b>Total</b>	<b>854</b>	<b>100</b>

## 5.2 Aleitamento materno: tipos, início precoce e duração

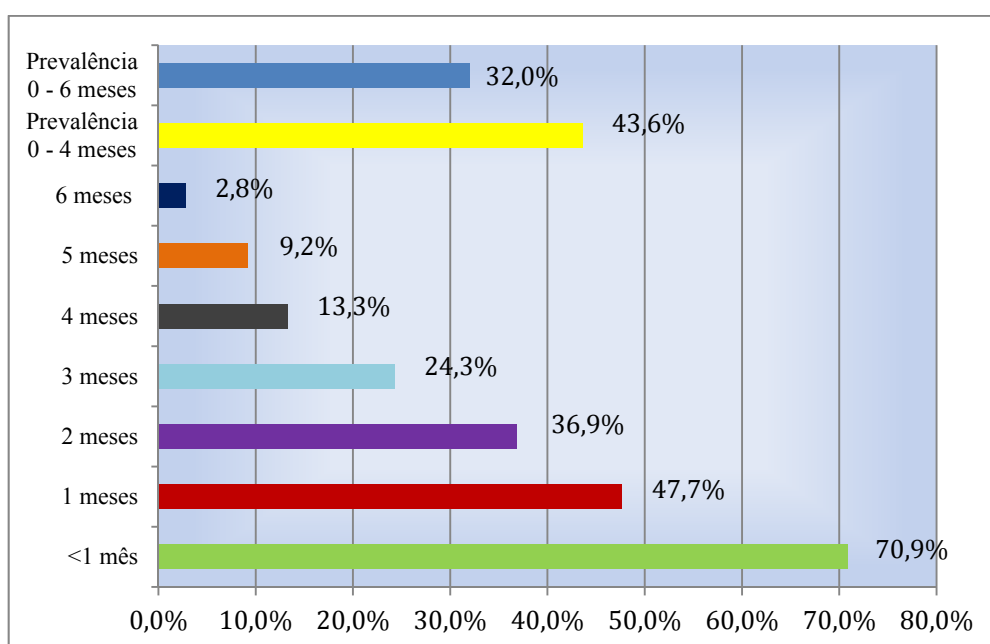
Das 854 crianças menores de 12 meses de idade, 128 (30,6%) não receberam AM. As demais, no momento da coleta de dados, estavam em AM, sendo do tipo: exclusivo, predominante, misto ou complementado, na Tabela 4.

**Tabela 4 - Distribuição da prevalência dos tipos de aleitamento materno (AM).** Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

<b>Tipos de AM</b>	<b>&lt;6 meses</b>		<b>6 a 12 meses</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Exclusivo	141	32,0	2	0,5
Predominante	89	20,2	16	3,9
Misto	166	37,6	239	57,9
Complementado	11	2,5	62	15,0
Não receberam AM	34	7,7	94	22,7
<b>Total</b>	<b>441</b>	<b>100</b>	<b>413</b>	<b>100</b>

Em crianças menores de 6 meses, observaram-se prevalências de AME, AMP, AMM e AMC (respectivamente: 32%, 20,2%, 37,5% e 2,5%). Em crianças de 6 a 12 meses, AME, AMP, AMM e AMC foi respectivamente 0,5%, 3,9%, 57,8% e 15,0%.

Quanto à prevalência do AME, a Figura 1 mostra dados, mês a mês, com resultados de prevalências mais altas no 1º e 2º meses (de 70,9% a 36,9%), porém com queda acentuada do 3º ao 6º mês, de 24,3% para 2,8%, em AME. A média das prevalências do AME em crianças de zero a 4 meses foi de 43,6%, enquanto que de zero a 6 meses foi de 32,0%.



**Figura 1.** Prevalência do aleitamento materno exclusivo. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

Nas últimas décadas, as pesquisas realizadas no Brasil sobre AM demonstram que houve evolução nos índices de adesão a essa prática. A mediana do tempo de amamentação, em 1975, foi de 1,5 mês (VENÂNCIO e MONTEIRO, 1998); em 1989, de 4,1 meses (LEÃO *et al.*, 1992); em 1996, de 6,7 meses (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997); em 1999, de 9,9 meses (BRASIL, 2001); e, em 2008, de 11,2 meses (BRASIL, 2009d. VENÂNCIO *et al.*, 2010).

Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e DF (II PPAM Capitais/DF), organizada pelo MS (BRASIL, 2009d), a prevalência do AME no 1º mês de vida foi de 60,7%; no 2º mês, de 47,3%; no 3º mês, de 43,3%; no 4º mês, de 23,3%; e,

no 6º mês, foi de 9,3%. Comparando com os dados da presente pesquisa, observa-se que a prevalência do AME foi menor em Imperatriz do que o encontrado na capital do Estado, São Luís (46,7%), e na média do Brasil (41,0%) (BRASIL, 2009d).

Entre 1990 e 2000, nos países em desenvolvimento, as taxas de AME em crianças menores de 4 meses aumentaram cerca de 15,0% em especial nas áreas urbanas (LABBOK *et al.*, 2006). Dados globais da OMS de diferentes países apontaram índices de AME logo ao nascimento de quase 90,0%, mas, aos 6 meses, chegaram a 25,0% (WHO, 2009).

Assim, os índices de AME em Imperatriz estiveram abaixo das médias nacional e internacional. Como se trata do primeiro estudo realizado no município, não há dados para comparar se houve aumento ou regressão dos mesmos.

Em Imperatriz, 96,3% das crianças ficaram em alojamento conjunto com suas mães após o parto e 88,0% delas tiveram início precoce da amamentação, ou seja, receberam AM na primeira hora de vida. Esse índice pode ser considerado alto, quando comparado com a taxa praticada em São Luís (83,5%) e no Brasil (67,7%) (BRASIL, 2009d).

Cabe ressaltar que 603 crianças pesquisadas (70,6%) nasceram no HRMI, um hospital com IHAC, sugerindo um número expressivo de oportunidades para o início precoce da amamentação materna. Comparando com o índice encontrado em São Luís (83,5%) e no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (67,7%) (BRASIL, 2009d), observa-se que, em Imperatriz, a amamentação materna na primeira hora de vida apresentou um índice mais elevado.

O início precoce do AM é o quarto passo da IHAC, que pode favorecer a interação entre mãe e filho, e também contribuir para a redução da mortalidade, por atuar como um fator de proteção contra óbitos neonatais (BRASIL, 2009c). Estudo (EDMOND *et al.*, 2006) aponta que a mortalidade pode ser reduzida em 16,3% se todas as crianças iniciarem a amamentação materna no primeiro dia de vida e, em 22,3%, se na primeira hora. Há uma chance maior de sucesso na amamentação se o início for precoce, com a evidência de que o colostro acelera a maturação do epitélio e protege contra agentes patogênicos, entre outros, além de os alimentos pré-lácteos poderem levar à ocorrência de lesões no intestino imaturo (TOMA e REA, 2008).

Apesar da ampla difusão da recomendação da prática do AME até o 6º mês de vida da criança, neste estudo foi encontrado que 60,2% das crianças já estavam em AMP, AMM ou AMC antes dessa idade. Em Conchas (SP), em 2003, 44,4% de crianças estavam em AMP antes dos 4 meses de vida (PARADA *et al.*, 2005). Em pesquisa realizada em Vitória da Conquista (BA), em 2007, 60,0% das crianças receberam líquidos ou outros alimentos antes do 6º mês de

vida (OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2012). Em Londrina (PR), em 2008, 16,0% das crianças de até 6 meses pesquisadas estavam em AMP (SOUZA, 2012).

Estudo realizado em Curitiba (PR) (BAPTISTA *et al.*, 2009) apontou como fatores protetores do AM a consciência da mãe sobre os benefícios da amamentação por tempo estendido, a amamentação da criança com leite exclusivamente materno na maternidade e o alojamento conjunto da mãe e criança na maternidade, e como contribuidores do desmame precoce, foram apontados: o baixo peso da criança ao nascimento, o trabalho da mãe fora de casa e as dificuldades encontradas pela mãe para amamentar nos primeiros dias pós-parto.

A situação do aleitamento total no Nordeste foi estudada em 2003, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, e foi encontrada uma duração mediana de 199,8 dias, sendo 253 dias na zona rural e 183 dias na urbana (LIMA e OSÓRIO, 2003). Esse estudo encontrou que o uso da mamadeira foi preponderante, apontando que, nas crianças que a usavam, a duração do aleitamento total foi de 145 dias, contrastando com 563 dias no grupo que não fez uso. Um estudo com coorte de 350 mães e filhos acompanhadas por 6 meses com visitas periódicas efetuadas por agentes de saúde às suas casas, em Pernambuco, mostrou a possibilidade de prolongar significativamente o AME, com uma prevalência de 45% no grupo experimental aos 6 meses (COUTINHO *et al.*, 2005b).

Resultados têm evidenciado (CAMINHA *et al.*, 2010) que as mudanças mais significativas se referem, particularmente, à duração total da amamentação, apesar de ter havido expressivo aumento da duração do aleitamento total, o mesmo não ocorreu com a duração do AME.

As pesquisas realizadas no Brasil sobre AM vêm apontando avanços que podem ser tomados como positivos (CAMINHA *et al.*, 2010), mas são modestos se analisados em relação às metas internacionais da Reunião de Cúpula de Nova Iorque (UNICEF, 1990). De acordo com tais metas, o compromisso político e programático era de que, até o ano 2000, fossem asseguradas condições para que todas as mães pudessem manter seus filhos em amamentação exclusiva até os 6 meses. No Brasil, inúmeras ações têm sido preconizadas para a promoção, o incentivo e o apoio ao AM, como a IHAC, os BLH, Rede Amamenta Brasil e ações educativas na assistência pré-natal, bem como o *International Baby Food Action Network* (IBFAN), a utilização constante dos meios de comunicação de massa e as iniciativas da sociedade civil organizada (CAMINHA *et al.*, 2010).

Tais aspectos são importantes para direcionar as ações e servir de referência aos profissionais de saúde focar sua atenção nos fatores associados ao desmame precoce, à importância e aos benefícios do AM prolongado.

### 5.3 Diarreia aguda: ocorrência e internação

Das 854 crianças menores de 12 meses de idade, 196 (22,9%) tiveram diarreia aguda. A Tabela 5 mostra que, das 441 crianças menores de 6 meses, 51 (11,6%) apresentaram diarreia aguda e que, das 413 crianças de 6 a 12 meses, 145 (35,1%) tiveram diarreia aguda.

**Tabela 5.** Distribuição das crianças de acordo com a ocorrência de diarreia aguda. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

Situação das crianças	<6 meses		6 a 12 meses	
	n	%	n	%
Crianças com diarreia aguda	51	11,6	145	35,1
Crianças sem diarreia aguda	390	88,4	268	64,9
<b>Total</b>	<b>441</b>	<b>100</b>	<b>413</b>	<b>100</b>

Observa-se que o número de crianças com diarreia aguda aumentou no grupo de crianças de 6 a 12 meses. Tal aspecto precisa ser analisado quanto ao AM, por diminuição dos indicadores após os 6 meses de idade, a introdução de alimentação complementar e o número de casos de diarreia aguda. É importante considerar o momento em que a criança completa 6 meses e inicia uma alimentação complementar, podendo ter dificuldades em acostumar-se com os novos alimentos, além da má absorção de nutrientes e as mudanças metabólicas, que podem contribuir para o aparecimento de doenças diarreicas. Em casos de diarreia aguda, a perda de peso pode comprometer o crescimento da criança, de forma que são importantes as ações de promoção e apoio para o prolongamento do AME até o 6º mês (SOUZA e BISPO, 2007).

Na cidade de Imperatriz, a notificação de casos de diarreia em crianças menores de 5 anos foi ascendente entre 2006 e 2009, com o registro de 1.209 para 3.937 casos (BRASIL, 2010b), no entanto, a redução da morbidade por diarreia aguda infantil ainda é um desafio na área da saúde.

As 196 crianças que tiveram diarreia receberam diferentes tipos de tratamento. Algumas delas, 148 (75,5%) trataram em casa, recebendo soro de reidratação oral; 26 (13,3%) trataram em casa e nas unidades de saúde da família, onde permaneceram em hidratação oral até que a criança melhorasse ou que fosse encaminhada para internação, sendo que 22 (11,2%) precisaram desse tipo de tratamento hospitalar (Tabela 6). Das 51 crianças menores de 6 meses

que tiveram diarreia aguda, 5 foram hospitalizadas e das 145 crianças de 6 a 12 meses, 17 foram hospitalizadas.

**Tabela 6.** Distribuição do número de crianças com diarreia aguda e tipo de tratamento recebido. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

Tipo de tratamento	< 6 meses		6 a 12 meses	
	n	%	n	%
Trataram em casa	39	76,5	109	75,2
Trataram na unidade ESF	7	13,7	19	13,1
Trataram no hospital	5	9,8	17	11,7
Crianças sem diarreia aguda	390	88,4	268	64,9
<b>Total</b>	<b>441</b>	<b>100</b>	<b>413</b>	<b>100</b>

ESF: Estratégia Saúde da Família.

Em relação aos episódios de diarreia aguda no primeiro ano de vida, 155 (79,5%) tiveram 1 episódio, 33 (16,9%) tiveram 2 e 7 (3,6%) tiveram 3 ou mais episódios de diarreia aguda (figura 2).



**Figura 2.** Número de episódios de diarreia aguda no 1º ano de vida. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014



Entre 35 a 86% das mortes evitáveis tiveram diarreia como causa, sendo que o AM pode reduzir em 9,3% o coeficiente de mortalidade infantil (ESCUDER *et al.*, 2003).

Em Feira de Santana (BA), em 2003, constatou-se que crianças não amamentadas exclusivamente ao seio tinham chance 82% maior de ocorrência de diarreia (VIEIRA *et al.*, 2003). A prática do AME pode reduzir em 25% as taxas de internação por doenças diarreicas de uma população (BOCCOLINI *et al.*, 2012).

Estudo epidemiológico, realizado entre 1999 e 2008, nas capitais brasileiras e Distrito Federal, verificou que, entre crianças menores de 4 meses de idade, nas capitais onde a prevalência do AME era maior, as internações hospitalares por diarreia foram reduzidas 2,5 vezes, quando comparadas com as capitais com menores índices de AME (BOCCOLINI e BOCCOLINI, 2011).

Entre crianças com 9 a 12 meses de vida as taxas de internação por diarreia não tiveram tanto decréscimo, concluindo que cidades que melhoraram os padrões de AM tiveram menos internações por diarreia entre crianças menores de 1 ano (BOCCOLINI *et al.*, 2012).

Nos países em desenvolvimento, cerca de 4 milhões de mortes anuais têm como causa as doenças diarreicas e 1,5% das mortes entre recém-nascidos (BOZKURT *et al.*, 2003). Na América Latina e Caribe, os óbitos por doenças diarreicas chegaram a 7,1% dos óbitos entre 1998 e 2002 (TEIXEIRA e PUNGIRUM, 2005).

Uma investigação epidemiológica (VANDERLEI *et al.*, 2003) sobre os fatores de risco para a internação por diarreia aguda encontrou a existência de associação com piso de terra ou tábuas, paridade das mães igual a cinco ou mais filhos, criança menor de 6 meses e gravidade dos episódios, que depende da interação entre condições socioeconômicas desfavoráveis, baixa idade das crianças e episódio diarreico grave. Estudo (PAZ *et al.*, 2012) realizado em área metropolitana de São Paulo, em 2006, analisou 4.048 casos de diarreia em crianças de zero a 2 anos e constatou que, em precárias condições de habitação e sem acesso a sistemas de saneamento básico, o risco de ocorrência de diarreia em crianças era quase 15 vezes maior do que entre aquelas que viviam em condições adequadas de habitação e saneamento.

Em outro estudo (PEREIRA e CABRAL, 2008), foi encontrado o baixo peso ao nascer como um risco maior de adoecimento por doença diarreica aguda, tendo sido apontado como o principal determinante para a possibilidade de sobrevivência do recém-nascido no período neonatal e no primeiro ano de vida, sendo que as crianças com baixo peso com diarreia apresentaram um risco aumentado para 25 vezes. O risco torna-se ainda maior uma vez que o fator de proteção está deficitário, considerando a elevada taxa de desmame precoce, as condições de saneamento

precárias, a baixa escolaridade e idade das cuidadoras, a pouca busca pelos serviços de saúde e a menor utilização do soro de reidratação oral.

Segundo a OMS, a diarreia é responsável por 1,5 milhão de mortes anuais de crianças menores de 5 anos, entretanto, 88,0% das mortes seriam evitadas se houvesse saneamento básico adequado, uso de água potável e condições higiênicas ideais (UNICEF, 2009). No Brasil, as gastroenterites acometem principalmente as crianças menores de 5 anos de idade. O coeficiente de mortalidade vem diminuindo, seguindo a tendência de diminuição das taxas de mortalidade por diarreia no Brasil, mas, mesmo com esse declínio, a diarreia ainda se apresenta como uma das principais causas de morbimortalidade, acometendo especialmente crianças menores de 1 ano de idade (DIAS *et al.*, 2010a).

#### 5.4 Tipos de aleitamento materno e casos de diarreia aguda

Quando analisados os dados sobre AM e diarreia aguda (Tabela 7), observa-se uma influência da amamentação materna em relação às crianças menores de 6 meses, ou seja, a criança que recebeu AM apresentou menor chance de diarreia aguda e aquelas que não foram amamentadas apresentaram maior chance de diarreia aguda. O OR calculado foi 2,6. Assim, crianças menores de 6 meses que não receberam AM possuem 2,6 vezes mais chances de apresentarem diarreia aguda.

Em relação às crianças entre 6 e 12 meses de idade, não houve associação entre AM e a incidência de diarreia aguda (valor de p de 0,62).

**Tabela 7.** Amamentação em relação à incidência de diarreia aguda em crianças menores de 6 meses e entre 6 e 12 meses. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

<b>Diarreia aguda em crianças &lt; 6 meses</b>						
	<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Valor de p</b>	<b>Odds ratio (IC95%)</b>	
	Presente	43/407	10,5	<0,001	Ref.	1,0
	Ausente	8/34	23,5		2,6	(1,1-6,1)
Amamentação	<b>Diarreia aguda em crianças de 6 meses a 12 meses</b>					
	Presente	110/319	34,4	0,62	Ref.	1,0
Ausente	35/94	37,2	1,1		(0,7-1,8)	

Ref.: valor de referência; IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

Há ampla literatura confirmando a importância do AM, especialmente sua eficácia na diminuição da ocorrência de doenças diarreicas e da mortalidade infantil, contribuindo para o alcance de uma das metas dos ODM (BENICIO e MONTEIRO, 2000; GIUGLIANI, 2000; VIEIRA *et al.*, 2003; PNUD BRASIL, 2010).

Crianças que recebem AM até 1 ano têm menos internação por diarreia, visto que o leite materno contém compostos imunológicos que promovem a colonização do intestino da criança por bactérias protetoras, que impedem a fixação de agentes patógenos (BOCCOLINI e BOCCOLLINI, 2011). A falta de AM é fator de risco para o aumento das doenças diarreicas, que se acentua nas populações de baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade dos pais (FUCHS e VICTORA, 2002; BRANDÃO *et al.*, 2005).

Na tabela 8, é apresentada a relação entre os tipos de amamentação e a diarreia aguda. Em crianças menores de 6 meses, houve influência do tipo de aleitamento. Observa-se que o AME apresentou menor ocorrência de diarreia, ao contrário do AMM que apresentou maior ocorrência de diarreia. Em relação às crianças entre 6 e 12 meses, o valor de p foi de 0,26, não tendo associação entre o tipo de aleitamento e a ocorrência de diarreia aguda nessa faixa etária.

**Tabela 8.** Tipo de amamentação em relação à ocorrência de diarreia aguda em crianças menores de 6 meses e entre 6 e 12 meses. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

Tipo de amamentação	Diarreia aguda em crianças < 6 meses			
	n	%	Valor de p	Odds ratio (IC 95%)
Exclusivo	2/141	1,4	<0,005	Ref. 1,0
Complementar	1/11	9,0		6,9 (0,5-83,3)
Predominante	12/89	13,4		10,8 (2,3-49,6)
Misto	28/166	16,8		14,1 (3,3-60,3)
Diarreia aguda em crianças de 6 a 12 meses				
Exclusivo	1/07	14,2	0,78	Ref. 1,00
Complementar	15/57	26,3		2,1 (0,2-19,2)
Misto	87/239	36,4		3,4 (0,4-29,0)
Predominante	7/16	43,7		4,6 (0,4-48,2)

Ref.: valor de referência; IC 95%: intervalo de confiança de 95%

Na presente pesquisa, também foi encontrado que 459 mães (53,7%) já tinham amamentado antes, sugerindo uma experiência anterior com relação à amamentação materna. Ainda, foi encontrado que 750 (87,8%) foram orientadas sobre AM durante o pré-natal e 766 (89,7%) receberam apoio para amamentar quando retornaram para casa após o parto, sendo que 573 participantes referiram ter recebido apoio por profissionais de saúde (67,1%) e 428 por familiares (50,1%).

Considerando a realização do pré-natal, um total de 847 (99,2%) das mães recebeu assistência nesse período. É durante o pré-natal que os profissionais de saúde precisam oferecer um atendimento de qualidade, que esclareça as dúvidas da gestante e permitam a compreensão sobre os benefícios do AM. As atividades de promoção, proteção e apoio ao AM são essenciais para uma maior adesão a essa prática, de forma a contribuir para o aumento dos índices de AM (CAMINHA *et al.*, 2011). Assim, os profissionais de ESF devem lançar mão de estratégias que contribuam para enfatizar a importância da amamentação.

Estudos evidenciam que a capacitação em relação à estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) melhora a *performance* das equipes de saúde, o entendimento e as práticas dos cuidadores, especialmente no que diz respeito ao aconselhamento do cuidador (PELTO *et al.*, 2004; CUNHA *et al.*, 2005; ZAMAN *et al.*, 2008), à avaliação dos sinais de risco de crianças doentes, à avaliação de comorbidade, à prescrição adequada de medicamentos e ao início do tratamento em unidade local de saúde (CHOPRA *et al.*, 2005; PARANHOS *et al.*, 2011).

Na Tabela 9, podem ser observados dados sobre orientação do AM recebida pela mãe durante o pré-natal (valor de p de 0,20). Depreende-se que não houve associação entre a orientação recebida e a prática do AM.

**Tabela 9.** Orientação sobre aleitamento materno em relação à sua prática. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

Orientação profissional	Amamentação			
	n	%	Valor de p	Odds ratio (IC95%)
Não	642/750	85,6	0,20	Ref. 1,0
Sim	84/104	80,7		1,4 (0,8 – 2,4)

Ref.: valor de referência; IC 95%: intervalo de confiança de 95%

Mães que receberam orientações sobre práticas de alimentação no primeiro ano de vida tiveram redução na ocorrência de diarreia e em sintomas de morbidade respiratória em crianças, com duração do AME com impacto positivo na redução dos índices de diarreia e sintomas de morbidade respiratória (BERNARD *et al.*, 2011). Entretanto, essas orientações precisam ser dinâmicas e contínuas para que possam ser eficazes (SANTOS *et al.*, 2014).

Conhecimentos e percepções inadequados da família podem embasar condutas prejudiciais no cuidado domiciliar da criança, particularmente em situação de enfermidade, tal como diminuir a oferta de alimentos durante o curso da diarreia (PRADO e FUJIMORI, 2006), deixar de buscar ajuda no serviço de saúde e não reconhecer alguns sinais de alarme na diarreia (AMORIN *et al.*, 2006) ou desmamar a criança precocemente, por acreditar que a amamentação prolongada possa predispor-la à desnutrição (PAULO e MADEIRA, 2006).

Dessa forma, tem sido enfatizado que o AM é responsável por vidas salvas, aumento da expectativa de vida da população e redução dos gastos em saúde pública, aspectos de extrema importância para o SUS (SERGIO e PONCE DE LEON, 2009; BITTENCOURT *et al.*, 2002. BENÍCIO e MONTEIRO, 2000. GIUGLIANI, 2000. VIEIRA *et al.*, 2003. FAVERO e POLL, 2013).

### 5.5 Situação socioeconômica e demográfica, aleitamento materno e diarreia aguda

Na presente investigação, também foram analisados os dados sobre situação socioeconômica e demográfica materna, e a prática do AM, apresentados na Tabela 10.

**Tabela 10.** Relação entre a idade, escolaridade, situação conjugal e situação laboral das mães, renda familiar e prática do aleitamento materno. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

Variáveis maternas	Crianças < 6 meses		Crianças 6 a 12 meses		Valor de p
	n	%	n	%	
	Idade materna (anos)				
< 20	86	19,5	66	16,0	
20-34	314	71,2	313	75,8	
≥35	41	9,3	34	8,2	

Continua

					Continuação
Escolaridade materna					0,197**
Nunca frequentou escola	3	0,7	4	1,0	
Fundamental	151	34,2	117	28,3	
Médio	236	53,5	249	60,3	
Superior	51	11,6	43	10,4	
Situação laboral materna					0,414*
Dona de casa	307	69,9	298	72,2	
Trabalha fora	134	30,4	115	27,8	
Situação conjugal materna					0,209**
Casada	226	51,2	236	57,1	
União estável	124	28,1	113	27,4	
Solteira	88	20,0	62	15,0	
Viúva	3	0,7	2	0,5	
Renda familiar (salário mínimo)***					0,179*
<1	111	25,2	82	19,9	
1 a 3	311	70,5	312	75,5	
>3	19	4,3	19	4,6	

\* Teste qui-quadrado; \*\*teste exato de Fisher;

\*\*\* o salário mínimo era de R\$678,00 no momento da coleta de dados.

Considerando a faixa etária das mães, 627 (73,4%) tinham entre 20 e 34 anos de idade e a análise estatística mostrou que não houve associação entre idade materna e a prática do AM (valor de p de 0,306).

Em relação à escolaridade materna, 512 mulheres (59,9%) tinham Ensino Médio, mas não houve associação entre a escolaridade materna e a prática do AM (Fisher p de 0,197).

Quanto à situação conjugal, 464 mulheres (54,0%) eram casadas e a análise estatística mostrou que não houve associação entre a situação conjugal materna e a prática do AM (Fisher p de 0,209).

Considerando a situação laboral materna, a maioria, 605 (70,8%), era dona de casa (valor de p de 0,414), não havendo associação entre a situação laboral materna e a prática do AM.

No tocante à renda familiar, 623 (72,9%) tinham renda que variava de 1 a 3 salários mínimos (valor de p de 0,179), e não houve associação entre renda familiar e a prática do AM.

Estudos realizados na Região Sul do Brasil mostraram resultados semelhantes. Em Pelotas (RS), 66,6% das mulheres tinham entre 20 e 34 anos, sendo 41,4% entre 5 e 8 anos de estudo, 65,6% não trabalhavam fora de casa e a renda familiar de 59,3% delas variava de 1 a 3 salários mínimos (SILVA *et al.*, 2008). Em Porto Alegre (RS), não houve associação entre a idade materna e a prática do AME (SCHWARTZ *et al.*, 2012). Outros estudos mostraram que os índices de adesão ao AME e AM foram maiores à medida que a idade materna aumentava (DAMIÃO, 2008; GIGANTE *et al.*, 2000; LIMA e OSÓRIO, 2003).

Em Londrina (PR), de 1999 para 2008, houve um aumento de 25,5% no AME entre crianças de até 4 meses, e queda para 33,8% com 6 meses (SOUZA., 2012). Os resultados desse estudo sugerem que a volta ao trabalho da mãe, quando termina sua licença maternidade, que tem necessidade de deixar o filho sob a responsabilidade de um cuidador, interrompe a prática da amamentação (SOUZA *et al.*, 2012).

O fato de a mãe trabalhar fora é um fator desfavorável ao AM (ANDRADE *et al.*, 2009), entretanto muitas trabalhadoras formais conseguem amamentar, mas existem outros fatores para que a amamentação seja mantida, como a escolaridade materna (REA *et al.*, 1997). Estudo realizado em São Paulo junto a trabalhadoras formais mostrou que mulheres com mais de 8 anos de escolaridade tinham maior prevalência de AME quando comparadas com mulheres com menos de 4 anos de escolaridade (FALEIROS *et al.*, 2006).

No presente estudo, a maioria das mães era dona de casa, e cabe considerar que o abandono precoce do AME é um fato, chegando a apenas 2,8% aos 6 meses de vida das crianças estudadas.

Considerando a situação conjugal, mulheres que vivem sem o companheiro têm seis vezes menor chance de praticar o AME quando comparadas com as que vivem acompanhadas (BARBOSA *et al.*, 2009). O apoio recebido pela lactante é de grande importância, especialmente dos familiares mais próximos, como o companheiro, que contribui positivamente para a duração do AM, tanto com apoio social quanto econômico (GIUGLIANI, 1994). A motivação do pai pode ajudar a mulher a amamentar; assim, é importante informar e conversar com o pai sobre os benefícios do AM, trazendo sua contribuição para esse processo em busca de satisfação e aumento do tempo de aleitamento (FALEIROS *et al.*, 2006).

O fato de as mulheres possuírem renda familiar menor ou igual a três salários mínimos representa um risco três vezes maior de desmame precoce, comparado às famílias com renda superior (BARBOSA *et al.*, 2009). Estudo (VITOR *et al.*, 2010) encontrou crianças amamentadas por um tempo superior a 6 meses quando a renda familiar foi superior a três salários mínimos.

A Tabela 11 mostra que não houve associação entre o tipo de hospital e a prática do AM (valor de p de 0,056).

**Tabela 11.** Tipo de hospital de nascimento da criança em relação à prática do aleitamento materno. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

Tipo de hospital	Amamentação			
	n	%	Valor de p	Odds ratio (IC 95%)
Particular	204/232	87,9		Ref. 1,0
Público	520/618	84,1	0,056	1,3 (0,8-2,1)
Casa	02/04	50,0		7,2 (1,0-52,3)

Ref.: valor de referência; IC 95%: intervalo de confiança de 95%

Considerando que 618 crianças (72,3%) nasceram em hospital público, sendo 603 (70,6%) no HRMI, que possui o título de Hospital Amigo da Criança, o preconizado é que as mães tenham amamentado exclusivamente no seio enquanto estiveram no hospital, bem como são orientadas a não oferecer nenhum outro líquido ou leite artificial após a alta hospitalar. Dessa forma, os dados da pesquisa mostraram que não houve relação entre o tipo de hospital e o fato de a criança ser ou não amamentada.

Os dados sobre situação socioeconômica e demográfica materna e a incidência de diarreia aguda são apresentados na Tabela 12.



**Tabela 12.** Associação entre idade, escolaridade, situação obstétrica, situação conjugal, situação laboral das mães, renda familiar e a ocorrência de diarreia aguda. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

Variáveis maternas	Diarreia aguda				
	n	%	Valor de p	Odds ratio (IC 95%)	
Idade materna, anos					
<20	48/207	23,1	0,05	1,0	(0,7-1,5)
21 a 34	142/588	24,1		Ref.	1,0
>35	6/59	10,1		2,8	(1,1-6,9)
Escolaridade materna					
Nenhuma	2/7	28,5	0,07	Ref.	1,0
Fundamental	74/268	27,6		1,0	(0,2-5,5)
Médio	95/485	19,5		1,6	(0,3-8,5)
Superior	25/94	26,6		1,1	(0,2-6,0)
Situação obstétrica					
Múltipara	121/501	24,1	0,32	Ref.	1,0
Primípara	75/353	21,2		1,1	(0,8-1,6)
Situação conjugal					
Solteira	38/150	25,3	0,38	Ref.	1,00
União estável	59/237	24,8		1,2	(0,8-1,9)
Casada	99/462	21,4		1,0	(0,7-1,4)
Viúva	0/5	0,0		-	-
Situação trabalhista					
Dona de casa	139/605	22,9	0,98	Ref.	1,0
Trabalha fora	57/249	22,8		1,0	(0,7-1,4)
Renda familiar (salário mínimo*)					
≤1	48/193	24,8	0,64	1,0	(0,4-2,3)
1-3	138/623	22,1		1,2	(0,5-2,7)
>3	10/38	26,3		Ref.	1,0

\* O salário mínimo era de R\$678,00 no momento da coleta de dados. Ref.: valor de referência; IC 95%: intervalo de confiança de 95%

Quanto à idade materna (valor de p de 0,05), observou-se uma influência na ocorrência de diarreia. A idade acima de 35 anos ajudou a reduzir a ocorrência de diarreia em relação ao esperado.

Em relação à escolaridade materna (valor de p de 0,07), à situação obstétrica materna (valor de p de 0,32), à situação conjugal materna (valor de p de 0,38), à situação laboral materna (p valor de p de 0,98) e à renda familiar (valor de p de 0,65), não houve associação com a ocorrência de diarreia aguda.

Estudos mostram que a falta de conhecimento materno devido à baixa escolaridade e à pouca idade podem contribuir para o aparecimento de doenças na criança, especialmente, a diarreia aguda, já que pode ocorrer uma falta de entendimento sobre os cuidados com a criança, no que diz respeito à higiene e à alimentação (GOMES *et al.*, 2007; PEREIRA e CABRAL, 2008). Dados encontrados na pesquisa, como a relação entre a idade materna e a ocorrência de diarreia aguda, que foi significativa (0,05), sugeriram que quanto maior a idade materna, menor risco a criança corre de apresentar diarreia aguda.

Estudo realizado no interior de Pernambuco mostrou que crianças cujas mães tinham menor escolaridade tinham duas vezes mais chances de apresentar seis ou mais episódios de diarreia no primeiro ano de vida, quando comparadas com mães que tinham escolaridade superior a 4 anos. O baixo peso ao nascer também foi considerado fator importante para morbidade por diarreia. Dessa forma, para o controle da diarreia aguda, deve-se considerar a melhoria na escolaridade feminina e nas condições socioeconômicas e ambientais das famílias, além de uma assistência pré-natal de qualidade, com vistas à redução do baixo peso ao nascer (MOTTA *et al.*, 2007).

No que diz respeito à situação obstétrica das mães das crianças estudadas, as análises estatísticas mostraram que não houve associação entre o fato de a mulher ser primípara ou já ter tido outro filho e o fato da criança apresentar diarreia.

Estudo (FRANÇA *et al.*, 2001) realizado em Belo Horizonte, para investigar fatores determinantes da mortalidade infantil pós-neonatal por diarreia, pneumonia e desnutrição, mostrou que crianças nascidas de mães casadas tiveram maiores chances de sobrevivência quando comparadas com mães que viviam em união consensual ou sozinhas. O estado civil sugere uma contribuição para posicionar a mulher nas tomadas de decisão, podendo ser um importante aspecto para a sobrevivência da criança. A ausência do companheiro pode levar a um menor orçamento familiar, além da falta de ajuda no cuidado da criança (PEREIRA e CABRAL, 2008).

No presente estudo, 605 (70,8%) mães eram donas de casa e responsáveis pelo cuidado da criança e 196 (22,9%) tiveram diarreia aguda. Estudo (LOPES *et al.*, 2013) mostrou que 60,6% das mães também eram donas de casa e 51,3% de seus filhos tiveram episódios de diarreia aguda. O fato de a mãe trabalhar fora do lar pode representar uma dificuldade para o

cuidado da criança, seja no manejo geral da criança ou em situação de adoecimento, além de ser um fator coadjuvante para o desmame precoce (FRANÇA *et al.*, 2001).

A renda familiar foi um fator que contribuiu para a qualidade de vida das famílias. Nesse estudo, 193 crianças (22,6%) viviam com renda familiar inferior a um salário mínimo. Estudo aponta que famílias que vivem em situação de pobreza têm influência na ocorrência de helmintíase e da diarreia aguda (FONSECA *et al.*, 2010). Estudo caso-controle realizado na Etiópia demonstrou que a renda familiar elevada foi fator protetor para a prevenção da diarreia em crianças (MEDIRATTA *et al.*, 2010).

### 5.6 Aleitamento materno e casos de diarreia aguda: peso ao nascer e práticas alimentares

Na presente pesquisa, dados sobre o peso ao nascer e algumas práticas alimentares foram analisados. Na tabela 13, observa-se que não houve associação entre o peso ao nascer (valor de p de 0,304) e a prática do AM.

**Tabela 13.** Peso ao nascer. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

Peso ao nascer (g)	<6 meses		6 a 12 meses	
	n	%	n	%
Não informou	7	1,6	10	2,4
<2500	19	4,3	16	3,9
2500-3499	296	67,1	257	62,2
3500-3999	88	20,0	104	25,2
>4000	31	7,0	26	6,3
<b>Total</b>	<b>441</b>	<b>100</b>	<b>413</b>	<b>100</b>

Em consonância com outro estudo, a duração mediana do aleitamento não teve associação com o peso da criança ao nascer (LIMA e OSÓRIO, 2003). Entretanto, estudos mostram que o fato da criança ter peso ao nascer >2.500g teve associação positiva com o AM, ou seja, essas crianças tiveram maiores chances de serem amamentadas no 1º ano de vida (VIERA *et al.*, 2004; MONTEIRO, 1995). O peso ao nascimento é muito importante, pois demonstra as condições de nutrição intrauterina e contribui para a sobrevivência da criança

(OMS, 2001; UNICEF, 1998). Quando a criança nasce prematura, com baixo peso e necessitando de hospitalização, a amamentação pode ficar prejudicada (VIEIRA *et al.*, 2004).

Estudo realizado no interior de Pernambuco mostrou que o peso ao nascer e a escolaridade materna estão associados à incidência de diarreia em crianças durante o 1º ano de vida. As crianças que nasceram com peso <2.500g apresentaram seis ou mais episódios de diarreia no 1º ano de vida, considerando que a desnutrição materna pode levar ao retardo no crescimento intrauterino, devido à transferência limitada de nutrientes da mãe para o bebê, gerando predisposição às infecções desde o nascimento (MOTTA *et al.*, 2007).

Na Tabela 14, são apresentados os dados sobre uso de chupeta, mamadeira, água e chás. O uso da chupeta (valor de  $p < 0,001$ ) influenciou negativamente na prática da amamentação, com um OR de 5,00. Assim, o presente estudo apontou que crianças que não usaram chupeta tiveram cinco vezes mais chance de serem amamentadas.

**Tabela 14.** Fatores que dificultam a amamentação (uso de chupeta, mamadeira, água e chá) em relação à sua prática. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

Amamentação						
Variáveis	Categoria	n	%	Valor de p		Odds ratio (IC 95%)
Chupeta	Sim	266/361	73,6	<0,001	Ref.	1,00
	Não	460/493	93,3		5,0	(3,2-7,6)
Mamadeira	Sim	406/528	76,8	<0,001	Ref.	1,0
	Não	320/326	98,1		16,0	(6,9-36,8)
Água	Sim	487/528	80,1	<0,001	Ref.	1,0
	Não	239/246	97,1		8,5	(3,9-18,4)
Chá	Sim	122/147	82,8	0,45	Ref.	1,0
	Não	604/707	85,4		1,2	(0,7-1,9)

Ref.: valor de referência; IC 95%: intervalo de confiança de 95%

Em relação ao uso de mamadeira (valor de  $p < 0,001$ ), observou-se que a prática da amamentação esteve associada negativamente ao uso da mamadeira, com um OR de 16, mostrando que quanto menos foi utilizada a mamadeira, houve mais AM e vice-versa. Desse modo, crianças que não usam a mamadeira apresentaram 16 vezes mais chance de receberem AM.

Em relação ao uso de água (valor de  $p < 0,001$ ), depreendeu-se que a prática da amamentação estava associada negativamente ao uso da água, com um OR de 8,5. Considerou-se que, quanto menos foi oferecida água, houve mais AM e vice-versa, denotando que crianças que não ingeriram água tiveram 8,5 vezes mais chance de receberem AM. Quanto ao uso de chás (valor de  $p$  de 0,45), não houve associação em relação à prática da amamentação.

Observa-se que os índices do uso da chupeta em Imperatriz (42,3%) estiveram próximos aos do Brasil (42,6%), em 2008, e foram mais elevados que os índices de São Luís (32,1%), também em 2008, segundo dados da II PPAM Capitais/DF (BRASIL, 2009d). Em Imperatriz, 61,8% das crianças menores de 1 ano usaram mamadeira, o que se mostrou mais elevado que o encontrado em 2008, em São Luís e no Brasil, que registraram 42,7% e 58,4%, respectivamente (BRASIL, 2009d).

É importante ressaltar que o uso de bicos artificiais e de mamadeiras pode interferir nas práticas de alimentação infantil, levando ao desmame precoce, além da ocorrência da doença diarreica aguda (BRASIL, 2009b).

O uso da chupeta pode representar certa dificuldade na prática do AM e não a causa direta da interrupção da amamentação (VICTORA *et al.*, 1997). Dessa forma, ações de promoção e apoio ao AM devem focar os prejuízos que o uso da chupeta pode causar na amamentação materna.

Em Feira de Santana (BA), o uso da chupeta foi um fator associado ao desmame precoce. Quando foram comparadas crianças que usavam chupeta com as que não usavam, observou-se que as que estas tiveram uma maior prevalência de AME (VIEIRA *et al.*, 2003). Ainda de acordo com os autores, a facilidade de sugar o bico artificial é maior, levando a criança a optar por ele e abandonar o seio materno. Também, é provável que o uso da chupeta implique na redução do número de mamadas por dia e, como consequência, em menor estimulação do complexo mamilo-areolar e menor produção de leite, levando à necessidade de suplementação (VIEIRA *et al.*, 2010).

Estudo (JENIK *et al.*, 2009) mostrou que a duração e o sucesso do AME e do AM não sofreram influência do uso da chupeta quando as mães, de fato, têm a intenção de amamentar. Os autores alegaram que a chupeta reduz o risco da síndrome da morte súbita do lactente. Outros autores, no entanto, mostraram que o uso da chupeta pode reduzir o número e a frequência das mamadas, e a produção láctea, além de levar ao desmame precoce (VIANNA *et al.*, 2007; VICTORA *et al.*, 1997).

O uso da chupeta, especialmente durante o dia, pode elevar em quatro vezes as chances de a criança parar de mamar o peito, quando comparada com crianças que não usam a chupeta,

além de ser um coadjuvante para o desmame entre as mães que apresentam dificuldades na amamentação, sendo que estas devem ter apoio e acompanhamento adequado para enfrentar essas dificuldades e anseios em relação à amamentação (VICTORA *et al.*, 1997).

A sucção da mamadeira ou chuquinha é mais fácil do que o seio materno, deixando o leite fluir com abundância, daí a criança pode estranhar a descida do leite materno, trazendo o choro, que pode deixar a mãe supor que não tem leite (BRASIL, 2009b; PACHECO e CABRAL, 2011). Além do risco da contaminação, o uso de mamadeiras e chupetas influencia negativamente na prática do AM (SALIBA *et al.*, 2008; MENEZES *et al.*, 2008).

Estudo (ARAÚJO *et al.*, 2013) realizado no interior do Piauí com crianças menores de 1 ano mostrou que o uso de bico, chupeta ou mamadeira, e o consumo de leite não materno ou chá no 1º dia de vida não foram estatisticamente significantes para o fato de a criança ser amamentada ou não.

Na presente investigação, verificou-se a introdução de água precocemente em 77 (9,0%) crianças, que receberam esse líquido logo após voltarem da maternidade. Segundo a II PPAM Capitais/DF (BRASIL, 2009d), o consumo de água na Região Nordeste foi de 19,1% e, na Região Sul, de 4,6%.

Entre os motivos que levam à introdução de outros líquidos estão o clima quente e o aumento da temperatura ambiente, naturais das regiões equatoriais, que as mães subentendem que como sentem sede, as crianças também sentem essa necessidade de beber água. Por outro lado, o choro do bebê pode ser atribuído, pelas mães, ao fato de que seu leite não é suficiente para saciar a sede do lactente. No entanto, há evidências de que, em locais secos e quentes, é dispensável a suplementação de água ou chás para crianças que recebem unicamente o leite materno, nos primeiros 6 meses de vida (VITURI e BRITO, 2003; GOMES e NAKANO, 2007).

Em relação ao uso de chá, que, em Imperatriz não houve associação com a prática da amamentação, dados II PPAM Capitais/DF (BRASIL, 2009d) mostraram que, no Brasil, 15,3% das crianças receberam chá no 1º ano de vida, sendo que esse uso aumentou no 2º mês de vida e não variou nos outros meses. Na Região Sudeste, esse consumo chega a 18,0% (BRASIL, 2009d). Em geral, as mães alegam que oferecem chá ao bebê na tentativa de minimizar o choro e o desconforto causado pelas cólicas, supondo que os chás têm finalidades terapêuticas (SALDIVA *et al.*, 2011).

A etiologia da cólica ainda não está completamente elucidada, mas há suposições de que possa estar relacionada com a imaturidade do trato gastrointestinal e com os elementos da alimentação, como alergênicos, flatulentos e mesmo frutas cítricas (CHERUBINI, 2011).

A Tabela 15 traz dados sobre o uso de mingau e de chupeta em relação à ocorrência de diarreia aguda nas crianças estudadas. Em relação ao uso de mingau com massa engrossante (valor de  $p < 0,001$ ), elaborado com maisena, massa de mandioca ou Cremogema<sup>®</sup>, observou-se aumento na prevalência de diarreia. O OR foi de 2,67, apontando que crianças que usaram mingau tiveram 2,7 vezes mais chance de desenvolver a diarreia aguda. Em relação ao uso de chupeta (valor de  $p$  de 0,72), não houve associação com a prevalência de diarreia aguda.

**Tabela 15.** Fatores que dificultam a amamentação (mingau e chupeta) em relação à ocorrência de diarreia aguda em crianças. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

	Diarreia aguda					
	Categoria	n	%	Valor de p	Odds ratio (IC 95%)	
Uso de mingau	Não	72/472	15,2	<0,001	Ref.	1,0
	Sim	124/382	32,4		2,6	(1,9-3,7)
Uso de chupeta	Não	111/493	22,5	0,72	Ref.	1,0
	Sim	85/361	23,5		1,0	(0,7-1,4)

Ref.: valor de referência; IC 95%: intervalo de confiança de 95%

Culturalmente, o uso de mingau tem sido uma prática utilizada pelas mães. Feito com leite de vaca ou leite industrializado é adicionada alguma massa engrossante, como maisena, massa de mandioca, Cremogema<sup>®</sup> ou cereal e açúcar (LEITE, 2008). Estudo (SALDIVA *et al.*, 2011) que analisou os dados da II PPAM Capitais/DF mostrou que, nas capitais da Região Nordeste, o consumo de mingaus é precoce, sendo esse um hábito considerado prejudicial à saúde da criança. Investigação realizada em Picos (PI) mostrou que, das crianças estudadas, 72,2% usavam mingau após o 6º mês de vida (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Em estudo realizado no interior do Maranhão, 62,7% das crianças receberam mingau, em muitos casos antes de completar 1 mês de vida (SOUSA e ARAÚJO, 2005). Não foram encontrados outros estudos que mostraram a relação entre o uso de mingau e a ocorrência de diarreia aguda em crianças menores de 1 ano.

Na Tabela 16, observa-se o uso de alimentos saudáveis e não saudáveis oferecidos às crianças estudadas.

**Tabela 16.** Proporção de consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis, segundo faixa etária das crianças. Estratégia Saúde da Família, Imperatriz (MA), Brasil, 2014

Alimentos ingeridos	<6 meses (n=441)		6 a 12 meses (n=413)	
	n	%	n	%
Feijão	10	2,3	290	70,2
Carne	21	4,8	263	63,7
Verduras/legumes	35	7,9	310	75,1
Frutas	50	11,3	323	78,2
Sucos naturais	72	16,3	322	78,0
Sucos industrializados	11	2,5	73	17,7
Bolachas e salgadinhos	15	3,4	196	47,5
Café	5	1,1	49	11,9
Refrigerantes	5	1,1	24	5,8
Alimentos adoçados	91	20,6	288	69,7
Outros	20	4,5	172	41,6

Muitas crianças receberam alimentos complementares antes do 6º mês de vida, contrariando as recomendações da OMS. Na II PPAM Capitais/DF, em 2008, verificou-se que 21% das crianças, no Brasil, também receberam alimentos complementares precocemente (BRASIL, 2009d).

Em relação às comidas preparadas com sal oferecidas às crianças menores de 6 meses, 35 (7,9%) receberam verduras/legumes, 21 (4,8%) carne e 10 (2,3%) receberam feijão. Esses alimentos, apesar de saudáveis, não devem ser introduzidos antes do 6º mês. Entretanto, entre as crianças de 6 a 12 meses, apenas 310 (75,1%) receberam verduras/legumes, 290 (70,2%) receberam feijão e 263 (63,7%) carne, o que deveria ser oferecido às crianças dessa faixa etária como parte da alimentação complementar.

Para crianças de 6 a 12 meses, recomendam-se três porções de verduras/legumes diariamente, considerados alimentos importantes e que devem fazer parte desde cedo da dieta das crianças, para que se acostume com seu uso, bem como o uso de duas porções de carne ou ovos diariamente e uma porção de feijão (BRASIL, 2005).

A II PPAM Capitais/DF mostrou que um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada e frutas. Na faixa etária de 6 a 9 meses, 69,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9% verduras/legumes (BRASIL, 2009d). Estudo realizado em Picos (PI),



com crianças menores de 6 meses que fizeram parte da pesquisa, 6,7% receberam carne, 3,3% feijão e, de 6 a 12 meses, 50% receberam carne e 66,6% feijão (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Em relação aos sucos e frutas, observou-se que, em Imperatriz, entre crianças menores de 6 meses, 50 (11,3%) receberam frutas e 72 (16,3%) sucos naturais e, entre as crianças de 6 a menos de 12 meses, 323 (78,2%) receberam frutas e 322 (78,0%) sucos naturais. As frutas e sucos naturais são considerados alimentos saudáveis, entretanto a recomendação é que sejam introduzidos na dieta da criança após o 6º mês de vida, sendo recomendadas três porções de frutas diariamente (BRASIL, 2005).

O uso de alimentos não saudáveis também faz parte da dieta das crianças do presente estudo. Entre as menores de 6 meses, 91 (20,6%) receberam alimentos adoçados com açúcar; 20 (4,5%) outras guloseimas como iogurte, balas ou chocolates; 15 (3,4%) receberam bolachas ou salgadinhos; 11 (2,5%) receberam sucos industrializados; 5 (1,1%) receberam café; e 5 (1,1%) refrigerantes. Entre as crianças de 6 a 12 meses, a ingestão dos alimentos não saudáveis compreendeu o uso de bolachas e salgadinhos entre 196 (47,5%) crianças; sucos industrializados entre 73 (17,7%); 49 (11,9%) receberam café; e 24 (5,8%) refrigerante. Registrou-se ainda que 299 (69,7%) crianças receberam alimentos adoçados com açúcar e 172 (41,5%), guloseimas.

O consumo de alimentos não saudáveis por outros membros da família, especialmente os irmãos mais velhos, também favorece o consumo pelas crianças mais novas. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009, entre os marcadores de consumo não saudável, destacaram-se o biscoito recheado, seguido pelo refrigerante, doces, pizza e salgadinhos industrializados (IBGE, 2011).

A II PPAM Capitais/DF mostrou, no Brasil, um consumo elevado de café (8,7%), refrigerantes (11,6%) e bolachas e/ou salgadinhos (71,7%), entre crianças de 9 a 12 meses (BRASIL, 2009d). O MS recomenda que açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas sejam evitados nos primeiros anos de vida, já que esses alimentos não são adequados para a nutrição da criança e, por seu sabor agradável, competem com outros alimentos saudáveis. O uso de açúcar e frituras também deve ser observado com atenção, visto que, em excesso, pode trazer problemas futuros, de forma que o açúcar deve ser oferecido à criança apenas após 1 ano de idade (BRASIL, 2005).

A introdução precoce de alimentos não saudáveis nos primeiros meses e anos de vida das crianças deve ser monitorada constantemente e constitui um desafio, porque ainda é uma prática comum. A UBS com equipes da ESF é o lugar ideal para promover a alimentação saudável e oferecer orientação adequada para as mães. É na ESF que a mulher, durante o pré-

natal e até a puericultura, deve receber orientação sobre AM e alimentação complementar, sendo o enfermeiro o profissional mais preparado para oferecer essa orientação (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Dessa forma, esses profissionais necessitam estar devidamente qualificados e sensibilizados para oferecer às gestantes e aos lactantes um apoio por meio de orientações acessíveis, além de serem capazes de promover e apoiar a amamentação, para que essa prática seja efetiva e se prolongue, pelo menos, até os 2 anos de vida da criança, segundo recomendação do MS (FONSECA-MACHADO *et al.*, 2012).

Estudo desenvolvido no município de Montes Claros (MG) mostrou que a orientação sobre AM às gestantes no terceiro trimestre de gestação era feita por 96,5% dos profissionais de enfermagem da ESF, sendo que 91,5% referiram fazê-las em quase todos os encontros com essas mulheres e 88,9% faziam visitas domiciliares às mulheres no período pós-parto e orientavam sobre AM nesses encontros (CALDEIRA *et al.*, 2007). Outro estudo mostrou que 87,6% deles realizavam orientação sobre AM às gestantes no final do pré-natal, porém constatou-se que essas orientações não foram suficientes para prolongar a amamentação (RAMOS e ALMEIDA, 2003a).

Em Anápolis (GO), as orientações de incentivo ao AM eram realizadas por 70% dos enfermeiros a cada 15 dias, mas 30% realizavam orientações a cada 3 meses, mostrando que eles não priorizavam as orientações voltadas para o AM (SANTOS *et al.*, 2014).

No presente estudo, observou-se que a primeira ação de promoção e incentivo ao AM iniciada em Imperatriz foi em 2001, quando o HRMI aderiu à IHAC, com implantação de um BLH nas dependências do hospital, uma UTI neonatal e uma Unidade Mãe Canguru. No entanto, não há nenhum trabalho relatando o fato, tampouco avaliando o impacto dessas estratégias sobre os índices de AM no município.

A IHAC tem representado um avanço nos índices de adesão ao AM. Segundo Figueiredo *et al.* (2012), o fato de os funcionários receberem treinamento, bem como as gestantes, o início precoce e o apoio ao AM durante a internação, o uso não rotineiro de outros líquidos ou leite artificial, o alojamento conjunto, a amamentação sob livre demanda, e a proibição de bicos e chupetas são ações que contribuem para a redução do desmame precoce, o prolongamento da amamentação e a consequente diminuição da morbimortalidade infantil.

Não há dúvida de que o BLH tem representado um avanço para o município, pois se trata de um centro especializado e responsável pela promoção e apoio ao AM, além das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade do leite coletado, estando obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e/ou infantil. A coleta de leite humano é

feita junto a mulheres doadoras que se dispõem a doar por livre e espontânea vontade o excesso de leite produzido (BRASIL, 1987).

O papel da família é relevante e tem influência na questão da doação de leite, além de ser determinante no AM. Entretanto, estudo de Ramos e Almeida (2003b) mostrou que, além da família os profissionais de saúde podem apoiar essa prática prolongando o tempo de amamentação.

Estudos mostraram que a doação de leite materno está associada à recomendação de profissionais de saúde, que se envolvem no incentivo à doação e conseguem sensibilizar as mães a doar o excesso de sua produção láctea, com objetivo de ajudar crianças em situação desfavorável e que necessitem desse precioso líquido, que pode salvar vidas (SILVA, 2010; PINTO *et al.*, 2012). Segundo Galvão *et al.* (2006), é necessária a divulgação sobre a questão da doação em momentos como o pré-natal, pós-parto e, principalmente, no puerpério.

As comemorações anuais das Semanas do Aleitamento Materno, realizadas em parceria com o HRMI e o município, são outras ações que representam um avanço para divulgar os benefícios do AM; entretanto nunca se avaliou o alcance dessa iniciativa.

Quanto às demais estratégias de promoção, proteção e apoio ao AM recomendadas pelo MS e por Venâncio e Monteiro (2005), como Rede Amamenta Brasil, proteção legal ao AM, monitoramento dos indicadores de AM, monitoramento da norma brasileira para a comercialização de alimentos para lactentes/lactantes, presença de um grupo multiprofissional dedicado à promoção do AM e para a pesquisa sobre o assunto, e realização de investigações para mensurar a prevalência do AM, ainda não existe indicação de que tais ações sejam realizadas.

As políticas de promoção do AM, como a IHAC, os BLH e o MMC, estão voltadas para a rede hospitalar, de forma que, em 2007, o MS criou a Rede Amamenta Brasil, que está direcionada a Atenção Básica (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2008).

Estudo realizado para avaliar a implantação da Rede Amamenta Brasil mostrou que essa é uma iniciativa inovadora, que abrange os contextos federal, estadual e municipal. O envolvimento a nível federal foi positivo por permitir homogeneidade na implantação, mas, a nível estadual e municipal, requer envolvimento dessas esferas, que nem sempre priorizam projetos e programas e tem dificuldades de alocar recursos para tal (VENÂNCIO *et al.*, 2013).

Em nível municipal, é necessário envolvimento dos governos e nem sempre há atores suficientes e nem diretrizes para a mobilização com esse trabalho. Nesse sentido, a equipe de saúde precisa estar preparada para resolver os problemas de amamentação, remetendo à

importância da capacitação dos profissionais de saúde nesse processo (VENÂNCIO *et al.*, 2013).

Pereira *et al.* (2010) indicaram que existe associação entre o aumento da prevalência do AME entre crianças menores de 6 meses e as ações de promoção, proteção e apoio ao AM realizadas por grupos de apoio à amamentação e de orientações feitas nas UBS.

Atualmente, as ações da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil facilitam a participação dos profissionais em oficinas que visam potencializar o trabalho das equipes da Atenção Básica na promoção do AM e da alimentação complementar (VENÂNCIO *et al.*, 2013). Entretanto, em Imperatriz, a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil não foram desenvolvidas, visto que é necessária a adesão em nível estadual, bem como o envolvimento em nível municipal, para que essas ações sejam implantadas.

# **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo encontrou uma média das prevalências do aleitamento materno exclusivo em crianças de zero a meses de 32,0%, demonstrando, portanto, índices muito abaixo dos preconizados pelo Ministério da Saúde brasileiro. Aos 12 meses, apenas 15,0% das crianças estavam em algum tipo de aleitamento materno.

A diarreia aguda esteve presente entre 22,9% das crianças e 11,2% necessitaram de hospitalização, sendo que, entre as crianças de 6 a 12 meses, houve maior prevalência de diarreia aguda.

As crianças menores de 6 meses que não receberam aleitamento materno tiveram 2,6 vezes mais chances de ter diarreia aguda e as crianças que estavam em aleitamento materno exclusivo tiveram menos diarreia aguda, quando comparadas com as crianças que estavam em outros tipos de aleitamento materno.

A situação socioeconômica da mãe não esteve associada à ocorrência da diarreia aguda. Já a idade materna foi significativa para a ocorrência de diarreia aguda, ou seja, a idade materna acima de 35 anos ajudou a reduzir os casos de diarreia aguda em relação ao esperado.

Crianças que usavam chupeta, mamadeira, água e chá tiveram influência negativa sobre a amamentação. Assim, o presente estudo apontou que crianças que não usaram chupeta, mamadeira e água tiveram, respectivamente, 5, 16 e 8,5 vezes mais chance de serem amamentadas. Crianças que receberam mingau tiveram 2,7 vezes mais chances de desenvolver a diarreia aguda.

A introdução de alimentos saudáveis (feijão, carne, verduras e legumes, sucos naturais) e não saudáveis (refrigerantes, café, bolachas, salgadinhos), antes dos 6 meses, esteve presente entre as crianças estudadas. Quanto às crianças com mais de 6 meses, nem todas elas receberam os alimentos saudáveis nessa faixa etária, contradizendo as recomendações de complementação alimentar nessa faixa etária.

As ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno recomendadas pelo Ministério da Saúde brasileiro ainda não foram implantadas adequadamente em Imperatriz, e os profissionais de saúde que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família não realizam essas ações em sua totalidade. O ideal seria a parceria entre o Hospital Regional Materno-Infantil, com ações na área hospitalar, e a Estratégia Saúde da Família, com ações no âmbito da Atenção Básica, buscando um trabalho em rede.

A criação de um comitê pró-aleitamento no município, os centros de apoio à mulher lactante nas Unidades Básicas de Saúde, as visitas domiciliares às puérperas precocemente logo após a alta hospitalar, o monitoramento hospitalar dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno segundo recomendação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança são ações que podem alavancar o aleitamento materno em Imperatriz.

É necessária a efetiva implementação dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno no Hospital Regional Materno-Infantil, tendo em vista o impacto positivo dos mesmos para o sucesso da amamentação, o que já foi comprovado em amplos estudos, uma vez que as práticas prejudiciais ao aleitamento materno, como a complementação do leite materno com fórmulas lácteas e o uso de bicos artificiais, têm sido encontradas na referida instituição, sendo interessante sensibilizar os gestores e os profissionais de saúde para uma atenção aos dez passos e o avanço das intervenções com ampliação do cuidado em saúde.

As práticas alimentares inadequadas entre as crianças, como a introdução precoce ou tardia de alimentos saudáveis e não saudáveis, constituem um grande desafio, que merece atenção por parte dos gestores e trabalhadores de saúde, que precisam traçar metas para orientar e apoiar adequadamente as famílias de crianças de até 1 ano de idade, no que tange à alimentação adequada, visando à diminuição das morbidades infantis.

A principal limitação deste estudo está na forma de coleta dos dados, pois a investigação esteve voltada para as crianças cadastradas na Estratégia Saúde da Família do município em questão e nem todos os Agentes Comunitários de Saúde aderiram à proposta da pesquisa, bem como algumas respostas foram “não sei” quando o acompanhante que respondeu ao formulário não foi a mãe. Além disso, expandir para outras investigações que possibilitem verificar a quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos pelas crianças pode trazer contribuições para a avaliação nutricional das crianças e as interfaces com a prevenção de morbidades na infância.

## **REFERÊNCIAS**

---



**REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p.19-25, 2004.

ALVES, E. A. **Fatores determinantes do desmame precoce: um estudo de revisão bibliográfica**. 2010. 49 p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG; 2010.

AMAMENTAR. **Declaração de Innocenti**. [2012]. Disponível em: <http://amamentar.medicineone.net/IniciativaAmigosdosBebes/DeclaracaodeInnocenti/tabid/369/Default.aspx> . Acesso em: 1 out. 2012.

AMORIN, C. S. C.; DAMASCENO, A. C. A. D.; TRINDADE, C. F.; ABEN-ATHAR, S. B. Conhecimento pelos pais sobre os sinais de alarme em infecção respiratória aguda e doença diarreica aguda em menores de 5 anos. **Revista Paranaense de Medicina**, v. 20, n. 1, p. 27-31, 2006.

ANDRADE, M. P.; OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA-FILHO, J. G.; BEZERRA, M. G. A.; ALMEIDA, L. S.; VERAS, M. A. C. Desmame precoce: vivencia entre mães atendidas em unidade básica de saúde em Fortaleza-Ceará. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 104-113, jan./mar.2009.

ANTUNES, L. S.; ANTUNES, L. A. A.; CORVINO, M. P. F.; MAIA, L. C. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-109, 2008.

ARAÚJO, M. F. M. Situações e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R. N. (org.). **Amamentação: bases científicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.1-10.

ARAÚJO, M. F. M.; ARAÚJO, T. M.; BESERRA, E. P.; CHAVES, E. S. O papel imunológico e social do leite materno na prevenção de doenças infecciosas e alérgicas na infância. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 7, n. 3, p. 91-97, 2006a.

ARAÚJO, M. F. M.; REA, M. F.; PINHEIRO, K. A.; SCHMITZ, B. A. S. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Revista de Saúde Pública**, Recife, v. 40, n. 3, p. 513-520, jun. 2006b.

ARAÚJO, N. L.; LIMA, L. H. O.; OLIVEIRA, E. A. R.; CARVALHO, E. S.; DUAILIBE, F. T.; FORMIGA, L. M. F. Alimentação dos lactentes e fatores relacionados ao aleitamento materno. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1064-1072, 2013.

ARAÚJO, O. D.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, p. 488-492, 2008.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013. **Perfil municipal**. Imperatriz-MA [Internet]. [acesso em 1 dez 2014]. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/imperatriz\\_ma](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/imperatriz_ma)

ACADEMIA IMPERATRIZENSE DE LETRAS. **Imperatriz**: 150 anos. Academia Imperatrizense de Letras. Imperatriz: AIL; 2002.

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

BARBOSA, M. B.; DOMINGOS, P.; DOMENE, S. M.; TADDEI, J. A. C.; LOPEZ, F. A. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 272-281, 2009.

BARROS, E. M. **Imperatriz**: Memória e Registro. Ética: Imperatriz, 1996.

BARROS, F. C.; SEMER, T. C.; TONIOLI-FILHO, S.; VICTORA, C. G. Avaliação do impacto de Centros de Lactação sobre padrões de amamentação, morbidade e situação

nutricional: um estudo de coorte. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 1, p. 5-14, 2002.

BARROS, V. O.; CARDOSO, M. A. A.; CARVALHO, D. F.; GOMES, M. M. R.; FERRAZ, N. V. A.; MEDEIROS, C. C. M. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 101-114, ago. 2009.

BENICIO, M. H. D.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da doença diarreica na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista Saúde Pública**, v. 34 (6 supl), p. 83-90, 2000.

BERNARDI, J.R.; GAMA, C.M.; VITOLO, M.R. Impacto de um programa de atualização em alimentação infantil em unidades de saúde na prática do aleitamento materno e na ocorrência de morbidade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1213-1222, 2011.

BITTENCOURT, A. S.; LEAL, M. C.; SANTOS, M. O. Hospitalizações por diarreia infecciosa no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 747-754, 2002.

BOCCOLINI, C. S.; BOCCOLLINI, P. M. M. Relação entre aleitamento materno e internações por doenças diarreicas nas crianças com menos de um ano de vida nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2011.

BOCCOLINI, C. S.; BOCCOLINI, P. M. M.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1857-1863, 2012.

BOZKURT, A. I.; OZGÜR, S.; OZÇIRPICI, B. Association between household conditions and diarrheal diseases among children in Turkey: a cohort study. *Pediatrics Interna*, v. 45, n. 4, p. 443-451, 2003.

BRANDÃO, M. B.; LOPES, C. E.; MORCILLO, A. M.; BARACAT, E. C. E. O óbito em crianças com diarreia aguda e choque em UTI. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 4, p. 237-240, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede brasileira de bancos de leite humano** [Internet]. 2014 [acesso em 1 dez 2014]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde** [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; 2013a [acesso em 1 dez 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/alfma.def>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológicas (Sivep DDA). **Doenças diarreicas agudas** [Internet]. 2013b [acesso em 1 dez 2014]. Disponível em: [http://portalweb04.saude.gov.br/sivep\\_dda/senha.asp](http://portalweb04.saude.gov.br/sivep_dda/senha.asp)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PORTARIA No- 1.459, de 24 de junho de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - A Rede Cegonha**. Brasília, DF: DOU; 2011a. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011b.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância da Saúde. **Casos de diarreia aguda por semana epidemiológica** [Internet]. 2010b [acesso em 1 dez 2014]. Disponível em: [http://portalweb04.saude.gov.br/sivep\\_dda/rel\\_faixa.asp?tx\\_estado=MA&cd\\_estado=](http://portalweb04.saude.gov.br/sivep_dda/rel_faixa.asp?tx_estado=MA&cd_estado=)

\_\_\_\_\_. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil**. Caderno do tutor. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher** – PNDS 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009b.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde da Criança. Nutrição Infantil. **Aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009e.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Anvisa; 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.799 de 18 de novembro de 2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Amamenta Brasil. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2008b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. Manual do Curso: **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 196/96**. Bioética, 4 Suplemento, p. 15-25, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro **Portaria n.º 1.016 de 26 de agosto de 1993**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Recomendações técnicas para funcionamento de bancos de leite humano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987.

BRITO, A. V. **A importância da equipe de saúde da família na promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Conselheiro Lafaiete: UFMG; 2010.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 8, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As Cartas de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 7-18.

BUSS, P. M., PELLEGRINI FILHO, M. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 1, p. 77-93, 2007.

CALDEIRA, A. P.; AGUIAR, G. N.; MAGALHÃES, W. A. C.; FAGUNDES, G. M. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da

Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1965-1970, 2007.

CALDEIRA, A. P.; GONÇALVES, E. Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 127-132, mar./abr. 2007.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística**. Princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.

CAMINHA, M. F. C.; BATISTA FILHO, M.; SERVA, V. B.; ARRUDA, I. K. G.; FIGUEIROA, J. N.; LIRA, P. I. C. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 240-248, 2010.

CAMINHA, M. F. C.; SERVA, V. B.; ANJOS, M. M. R.; BRITO, R. B.; LINS, M. M.; BATISTA-FILHO, M. Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2245-2250, 2011.

CARVALHO, C. F.; SILVA, M. G.F. Avaliação do desmame precoce e suas Implicações infecciosas nas crianças atendidas no ambulatório de um hospital terciário. **Arquivo Ciência Saúde**, v. 12, n. 3, p. 129-132, jul.-set. 2005.

CARVALHO, M. R.; PROCHNIK, M. **Método mãe canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDES; 2001.

CATAFESTA, F.; ZAGONE, I. P. S.; MARTINS, M.; VENTURI, K. K. A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método pesquisa-cuidado. **Escola Anna Nery Revista de enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 609-616, jul. 2009.

CÉSAR, M. V. L. S.; EDUARDO, M. B. P.; SILVEIRA, N. Y. J. MARTINS, B. R.; SILVA, C. C.; RODRIGUES, M. M.; TIMENETSKY, M. C. S. T.. Investigação de surto de diarreia: um estudo de coorte retrospectiva em Campinas, São Paulo, setembro de 2004. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 2, n. 5, p. 6-11, 2005.

CHERUBINI, A. C. **Associação entre alimentos materna e cólica em lactentes: uma revisão sistemática**. 2011. 51 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Porto Alegre: UFRGS; 2011.

CHOPRA, M.; PATEL, S.; CLOETE, K.; SANDERS, D.; PETERSON, S. Effect of an IMCI intervention on quality of care across four districts in Cape Town, South Africa. **Archives of Diseases Child**, v. 90, n. 4, p. 397-401, 2005.

CONDE-AGUDELO, A.; DIAZ, R. J. L.; BELIZAN, J. M. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **Cochrane Review**, Issue 2, 2004.

CORRÊA, M.A.; MONTEIRO, M.D.; SOEIRO, R.L. **Promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno**. 2010 [citado 1 dez 2014]. Disponível em: <http://www.uff.br/psienf/incentivoaleitamen.pdf>

COUTINHO, S. B.; LIMA, M. C.; ASHWORTH, A.; LIRA, P. I. C. Impacto do treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 471-7, 2005a.

COUTINHO, S. B.; LIRA, P. I.; LIMA, M. C.; ASHWORTH, A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. **Lancet**, v. 366, n. 9491, p. 1094-1100, 2005b.

CUNHA, A. J. L. A.; SANTOS, S. R.; MARTINES, J. Integrated care of childhood disease in Brazil: Mothers' response to the recommendations of health workers. **Acta Paediatrica**, v. 94, n. 8, p. 116-121, 2005.

DAMIÃO, J. J. Influência da escolaridade e do trabalho materno no AM exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 442-452, 2008.

DIAS, D. M.; SILVA, A. P.; HELFER, A. M.; MACIEL, A. M. T. R.; LOUREIRO, E. C. B.; SOUZA, C. O. Morbidity and mortality due to gastroenteritis in the State of Pará, Brazil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 1, p. 53-60, 2010a.



DIAS, M. C. A. P.; FREIRE, L. M. S.; FRANCESCHINI S. C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista de Nutrição Campinas**, v. 23, n. 3, p. 475-486, 2010b.

EDMOND, K. M.; ZANDOH, C.; QUIGLEY, M. A.; AMENGA-ETEGO, S.; OWUSU-AGYEI, S.; KIRKWOOD, B. R. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, Evanston, v. 117, n. 3, p. 380-386, mar. 2006.

EICKMANN, S. H.; LIMA, M. C.; MOTTA, M. E. F. A.; ROMAN, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Crescimento de nascidos a termo com peso baixo e adequado nos dois primeiros anos de vida. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n. 6, p. 1073-1081, 2006.

ESCUDE, M. M. L.; VENÂNCIO, S. I.; PEREIRA, J. C.R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 319-325, 2003.

FAÇANHA, M. C.; PINHEIRO, A. C. Comportamento das doenças diarreicas agudas em serviços de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 1996 e 2001. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 49-54, 2005.

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

FAVERO, L. M. B.; POLL, F. A. Relação entre duração do aleitamento materno e internações hospitalares de crianças menores de dois anos. **Cinergis**, v. 14, n. 3, p. 153-156, 2013.

FERREIRA, J. R. A promoção da saúde na Nova Política Mundial de Saúde da OMS, In: BUSS, P. M. & cols.: **Promoção da saúde e a saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1998. p. 2-8.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança** – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012.

FONSECA, E. O. L.; TEIXEIRA, M. G.; BARRETO, M. L.; CARMO, E. H.; COSTA, M. C. N. Prevalência e fatores associados às geo-helmintíases em crianças residentes em municípios com baixo IDH no Norte e Nordeste brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 143-152, 2010.

FONSECA-MACHADO, M. O.; HAAS, V. J.; STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES-SPONHOLZ, F. Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v.46, n. 4, p. 809-815, ago. 2012.

FORTES, H. **Puericultura**. Rio de Janeiro: Gráfica Olímpica; 1940.

FRANÇA, E.; SOUZA, J. M.; GUIMARÃES, M. D. C.; GOULART, E. M. A.; COLOSIMO, E.; ANTUNES, C. M. F. Associação entre fatores socioeconômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p.1437-1447, nov.-dez, 2001.

FRANKLIN, A. **Breve história de Imperatriz**. Imperatriz, MA: Ética; 2005.

FREDERICO, P.; FONSECA, L. M. M.; NICODEMO, A. M. C. Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 38-44, ago. 2000.

FUCHS, S. C.; VICTORA, C. G. Fatores de risco e prognósticos para diarreia entre crianças brasileiras: uma aplicação especial do delineamento de casos e controles. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 773-782, 2002.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Tracking progress on child and maternal nutrition: a survival and development priority**. Unicef; 2009.

\_\_\_\_\_. **A infância brasileira nos anos 90**. Brasília, DF: O Fundo; 1998.

\_\_\_\_\_. **Estratégia para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento: um exame de políticas**. New York; 1990.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Innocenti** [Internet]. s/d [acesso em 5 dez 2014]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_10000.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10000.htm)

FUJIMORI, E.; NAKAMURA, E.; GOMES, M. M.; JESUS, L. A.; REZENDE, M. A. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 14, n. 33, p. 315-327, 2010.

GALVÃO, M. T. G.; VASCONCELOS, S. G.; PAIVA, S. S. Mulheres doadoras de leite humano. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 157-161, abr./jun, 2006.

GIGANTE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, p. 259-265, jun. 2000.

GIUGLIANI, E. R. J. Aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, v. 76, suplemento 3, p. S238-252, 2000.

\_\_\_\_\_. Amamentação: como e por que promover. **Jornal de Pediatria**, v. 70, n. 3, p. 138-151, 1994

GOLDEMBERG, P.; TUDISCO, E. S. Desnutrição e penetração do leite em pó através da propaganda. **Ciência Hoje**, v. 1, n. 5, p. 76-79, 1988.

GOMES, G. P.; GUBERT, M. B. Aleitamento materno em crianças menores de 2 anos e situação domiciliar quanto à segurança alimentar e nutricional. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 3, p. 279-282, 2012.

GOMES, J. R. **Arranjo produtivo moveleiro da Região Tocantina**. Mestrado. 2006. 86p. Pará: Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido da UFPA; 2006.

GOMES, P. T. T.; NAKANO, M. A. S. Introdução à alimentação complementar em crianças menores de seis meses atendidas em Dia Nacional de Campanha de vacinação. **Revista Salus**, Guarapuava-PR, [v. 1, n. 1](#), jan./jun. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Contagem Populacional**. 2013 [acesso em 5 dez 2014]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=210530&search=maranhao|imperatriz>

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [acesso em 1 dez 2014]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_analise\\_consumo/pofanalise\\_2008\\_2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. 2010 [acesso em 5 dez 2014]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ma>

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). **Relatório do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1987.

JAVORSKI, M.; SCOCHI, C. G. S.; LIMA, R. A. G. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Revista Pediatria Moderna**, v. 35, v ½, jan./fev. 1999.

JENIK, A. G.; VAIN, N. E.; GORESTEIN, A. N.; JACOBI, N. E. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? **Jornal de Pediatria**, v. 155, n. 3, p. 350-354, 2009.

JONES, G.; STEKETEE, R. W.; BLACK, R. E.; BHUTTA, Z. A.; MORRIS, S. S. Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year. **Lancet**, v. 362, p. 65-71, 2003.

LABBOK, M. H.; WARDLAW, T.; BLANC, A.; CLARK, D.; TERRERI, N. Trends in exclusive breastfeeding: findings from the 1990s. **Journal Human Lactation**, v. 22, n. 3, p. 272-276, 2006.

LEÃO, M. M.; COITINHO, D. C.; RECINE, E.; COSTA L. A. L.; LACERDA, A. J. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: Fundação IBGE/UNICEF. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil**. Aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil, 1989. Rio de Janeiro: IBGE; 1992. p. 97-110.

LEITE, C. A. C. Implicações do uso do leite de vaca integral no primeiro ano de vida. **Revista de Pediatria**, v. 9, n. 1, p. 42-44, jan./jun. 2008.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de aleitamento materno**. Comitê português para a UNICEF/Comissão nacional. Iniciativa Hospitais Amigos de Bebés. Lisboa: Revista; 2008.

LIMA, A. P. E.; JAVORSKI, M.; VASCONCELOS, M. G. L. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 912-18, 2011.

LIMA, T. M.; OSÓRIO, M. M. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 3, p. 305-314, 2003.

LOPES, T. C.; CHAVES, A. F. L.; JOVENTINO, E. S.; ROCHA, R. S.; CASTELO, A. R. P.; ORIÁ, M. O. B. Avaliação da autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil. **Revista Rene**, v. 14, n. 6, p. 1103-1111, 2013.

MARANHÃO (Estado). **Resolução: CIB/MA N° 44/2011, de 16 de junho de 2011**. Dispõe sobre a conformação das Regiões de Saúde. Maranhão: Diário Oficial do Estado do Maranhão (DOEMA); 22 de julho de 2011.

MEDIRATTA, R. P.; FELEKE, A.; MOULTON, L. H.; YIFRU, S.; SACK, R. B. Risk Factors and Case Management of Acute Diarrhea in North Gondar Zone, Ethiopia. **Journal of Health Popular Nutrition**, v. 28, n. 3, p. 253-263, 2010.

MEDRONHO, R. A. (editor). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu; 2006.

MENEZES, V. A.; GRANVILLE-GARCIA, A. F.; SILVA, P. M.; SILVA, R. B.; FALCÃO, A. L.; CAVALCANTI, A. L. Fatores associados ao desmame precoce no município de São José dos Bezerros/PE. UFES **Revista Odontologia**, v. 10, n. 2, p. 14-21, 2008.

MONSON, M. R. R. **Revisão e avaliação das ações Nacionais para implantação do Código Internacional de Comercialização de substitutos do leite materno**. Brasília, DF: Gráfica Modelo; 1991.

MONTEIRO, C. A. A evolução da desnutrição infantil. In: \_\_\_\_\_. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1995. p.153-171.

MONTEIRO, R. Brazilian guidelines for marketing baby food: history, limitations and perspectives. **Pan American Journal of Public Health**, Washington, v. 19, n. 5, p. 354-362, mai. 2006.

MOTTA, M. E. F. A.; SILVA, G. A. P.; MELO JUNIOR, A. V. P.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Fatores de risco de maior ocorrência de episódios diarréicos durante o primeiro ano de vida. **Revista Médica Minas Gerais**, v. 17, n. ½, p. 10-16, 2007.

OLIVEIRA, C. N. T.; OLIVEIRA, M. V. Prevalência de aleitamento Materno exclusivo e fatores Associados ao desmame precoce No município de vitória da Conquista-BA. **Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 5, n. 1, p. 160-174, jan./dez. 2012.

OLIVEIRA, M. I. C., CAMACHO, L. A. B., SOUZA, I. E. O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1901-1910, nov.-dez., 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS); MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Brasília (DF): O Ministério; 2001.

ORIÁ, M.O.B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-efficacy Scale: aplicação em gestantes**. Doutorado. 2008. Ceará: Departamento de Enfermagem da UFC; 2008.

PACHECO, S. T. A.; CABRAL, I. E. Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio: Enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 314-322, abr.-jun. 2011.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; WINCKLER, C. C.; WINCKLER, L. A.; WINCKLER, V. C. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo Programa de Saúde da Família-PSF. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 407-414, mai.-jun. 2005.

PARANHOS, V. D.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 203-211, 2011.

PAULO, I. M. A.; MADEIRA, A. M. F. Ter um filho desnutrido: o significado para as mães. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 12-17, 2006.

PAZ, M. G. A.; ALMEIDA, M. F.; GÜNTHER, W. M. R. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, n. 1, mar. 2012.

PELTO, G. H.; SANTOS, I.; GONÇALVES, H.; VICTORA, C.; MARTINES, J.; HABICHT, J. Nutrition counseling training changes physician behavior and improves caregiver knowledge acquisition. **Journal Nutrition**, v. 1134, n. 2, p. 357-362, 2004.

PEREIRA, I. V.; CABRAL, I. E. Diarreia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 224-229, 2008.

PEREIRA, R. S. V.; OLIVEIRA, M. I. C.; ANDRADE, C. L. T.; BRITO, A. S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Caderna Saúde Pública**, v. 26, p. 2343-2354, 2010.

PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v. 12, n. 4, p. 766-769, 2010 [acesso 1 dez 2014]. disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7270>

PINTO, M. C. L. M.; CAMPELO T. C.; RAMOS, C. V.; CRUZ, O.; LIMA, N. E. R.; PEREIRA, T. G. Alegações maternas para doação de leite humano ao banco de leite em

Teresina-Piauí. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.5, n. 2, p. 15-20, abr-mai-jun. 2012.

PNUD Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. 2010. [acesso 1 dez 2014]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm/>

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 492-496, 2006.

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

\_\_\_\_\_. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres atendidas por uma unidade de saúde de referência na atenção materno infantil em Teresina, Piauí. **Revista Brasileira Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 3, p. 315-321, jul.-set. 2003b.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Caderno Saúde Pública**, v. 19, (Suppl 1), p. 37-45, 2003.

REA, M. F.; VENÂNCIO, S. I.; BATISTA, L. E.; SANTOS, R. G.; GREINER, T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 149-156, 1997.

REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Imperatriz**. Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Imperatriz, 2001.

\_\_\_\_\_. **Imperatriz**. Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Imperatriz, 1992.

\_\_\_\_\_. **Imperatriz**. Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Imperatriz, 1999.  
SALDIVA, S. R. D. M.; VENANCIO, S. I.; GOUVEIA, A. G. C.; CASTRO, A. L. S.; ESCUDER, M. M. L.; GIUGLIANI, E. R. J. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Caderno Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2253-2262, 2011.



SALIBA, N. A.; ZINA, L. G.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, O. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 4, p. 481-499, 2008.

SANTOS, F. C. S.; CYRINO, A. C. T.; SANTOS, F. S.; SANTOS NETO, M.; ABRAHÃO, F. N. A. Atuação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde amigas da amamentação. **Revista Rene**, v. 15, n. 1, p. 70-77, 2014.

SCHWARTZ, R.; CARRARO, J. L.; RIBOLDI, B. P.; BEHLING, E. B. Associação entre aleitamento materno e estado nutricional atual de crianças e adolescentes atendidos em um hospital do Sul do Brasil. **Revista HCPA**, v. 32, n. 2, p. 147-153, 2012.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO. Comissão Intergestores Bipartites-CIB/MA. **Resolução CIB/MA Nº 44/2011 de 16 de junho de 2011**. 2011.

SERGIO, J. V.; PONCE DE LEON, A. C. Analysis of mortality from diarrheic diseases in under-five children in Brazilian cities with more than 150,000 inhabitants. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1093-1102, 2009.

SERTÓRIO, S. M.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 156-172, 2005.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SILVA, A. F. M.; GAIVA, M. A. M.; BITTENCOURT R. M. Uso de Lactogogos na amamentação por mães assistidas numa unidade de saúde da família. **Revista Rene**, v. 12, n. 3, p. 574-581, 2011.

SILVA, M. B.; ALBERNAZ, E. P.; MASCARENHAS, M. L. W.; SILVEIRA, R. B. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, p. 275-284, jul./ set., 2008.

SILVA, S. L. **Alegações maternas para doação de leite humano**. 2010. 68 f. Dissertação (Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente). Pernambuco: UFPE; 2010.

SILVA, S. M.; BRUNKEN, G. S.; FRANÇA, G. V. A.; ESCUDER, M. M.; VENANCIO, S. I. Evolução do aleitamento materno em uma capital da Região Centro-Oeste do Brasil entre 1999 e 2004. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1539-1546, 2007.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997.

SOUSA, F. G. M.; ARAUJO, T. L. Padrão alimentar de crianças de 6 a 24 meses em área rural do Maranhão. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 172-177, 2005.

SOUZA, E. C. **Perfil etimológico das diarreias agudas em crianças atendidas em um pronto socorro de hospital regional da cidade de São Paulo**. Dissertação. 2000. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2000.

SOUZA, S. N. D. H. **O Aleitamento Materno na perspectiva da vulnerabilidade programática**. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). 2010. Ribeirão Preto: Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2010.

SOUZA, S. N. D. H.; MIGOTO, M. T.; ROSSETTO, G.; MELLO, D.F. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012.

SOUZA, T. O.; BISPO, T. C. Aleitamento materno exclusivo e o programa saúde da família da chapada, município de Aporá (Bahia). **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 38-51, 2007.

STATISTICAL ANALYSIS SYSTEM (SAS). **SAS software: user's guide**. Version 8.2. Cary: 2000.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 37-46, jan.-abr. 2004.

TEIXEIRA, J. C.; PUNGIRUM, M.E.M.C. Análise da associação entre saneamento e saúde nos países da América Latina e do Caribe, empregando dados secundários do banco de dados da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 365-376, 2005.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 235-246, 2008.

UNICEF Brasil - Nossas prioridades - Placar dos Hospitais. Disponível em: [www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9997.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9997.htm). Acesso em 12 nov 2014.

VANDERLEI, L. C. M.; SILVA, G. A. P.; BRAGA, J. U. Fatores de risco para internamento por diarreia aguda em menores de dois anos: estudo de caso-controle. **Caderno Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 455-463, 2003.

VENÂNCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. **Public Health Nutrition**, v. 9, n. 1, p. 40-46, 2005.

VENANCIO\_\_\_\_\_. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 1, p. 40-49, 1998.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; KITOKO, P.; REA, M. F.; MONTEIRO, C. A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, n. 36, v. 3, p. 313-318, 2002.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; SALDIVA, S. R. D. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Journal Pediatrics**, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010.

VENÂNCIO, S. I.; MARTINS, M. C. N.; SANCHES, M. T. C.; ALMEIDA, H.; RIOS, G. S.; FRIAS, P. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2261-2274, nov. 2013.

VENÂNCIO, S. I. ; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; GIUGLIANI, E. R. J. Reflexões sobre a trajetória do Aleitamento Materno no Brasil e suas interfaces com o movimento pela Humanização do Parto e Nascimento e com a Política Nacional de Humanização. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 129-141, 2010.

VIANNA, R. P.; REA, M. F.; VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2403-2409, 2007.

VICTORA, C. G.; BEHAGUE, D. P.; BARROS, F. C.; OLINTO, M. T.; WEIDERPASS, E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? **Pediatrics**, v. 99, n. 3, p. 445-453, 1997.

VIEIRA, G. O.; ALMEIDA, J.A.G.; SILVA, L. R.; CABRAL, V. A.; SANTANA NETTO, P. V. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 143-150, abr./jun., 2004.

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

VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R.; VIEIRA, T. O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 5, p. 449-454, 2003.

VINAGRE, R. D.; DINIZ, E. M. A.; VAZ, F. A. C. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatrics**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 340-345, 2001.

VITOR, R. S.; VITOR, M. C. S.; OLIVEIRA, T. M.; CORRÊA, C. A.; MENEZES, H. S. Aleitamento materno exclusivo: análise desta prática na região Sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 44-48, jan.-mar. 2010.

VITURI, S. C.; BRITO, A. S. J. Prevalência do aleitamento materno em crianças até o sexto mês de idade na cidade de Maringá, estado do Paraná, Brasil. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 141-146, 2003.

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION (WABA). O que é e como surgiu a WABA? [Internet]. 1994 [acesso 1 dez 2014]. Disponível em: <http://www.waba.org.my/news/portstrut.htm>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infant and young child feeding data by country**. 2009 [acesso 1 dez 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/index.html>

\_\_\_\_\_. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007**. Washington, DC; 2008.

\_\_\_\_\_. **Infant and young child nutrition: quadrennial report**. World Health Assembly Resolution WHA 59.13; 2006.

\_\_\_\_\_. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation; 1998.

ZAMAN, S.; ASHRAF, R. N.; MARTINES, J. Training in complementary feeding counseling of healthcare workers and its influence on maternal behaviours and child growth: a cluster randomized controlled trial in Lahore, Pakistan. **Journal Health Popular Nutrition**, v. 26, n. 2, p. 210-222, 2008.

# APÊNDICES

---

## APÊNDICE 1

Instrumento de coleta de dados

### “PESQUISA SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA NO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ-MA”

No. _____		1- Data ____/____/____	
2- Entrevistador _____		3- Bairro _____	
4- Equipe _____		5- Área _____	
6- Microárea _____			
7- Data do nascimento desta criança ____/____/____ (idade em meses)			
8- Sexo da criança		( ) masculino ( ) feminino	
9- A senhora é mãe desta criança?		( ) sim ( ) não	
10- Se não, qual sua relação com a criança			
<b>O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU NAS ÚLTIMAS 24 HORAS? (Q.11 à Q.34)</b>			
11- Tomou leite de peito?		( ) sim ( ) não ( ) não sabe	
12- Quantas vezes?		_____ ( ) não sabe	
13- Tomou água?		( ) sim ( ) não ( ) não sabe	
14- Tomou chá?		( ) sim ( ) não ( ) não sabe	
15- Tomou outro leite? Que tipo de leite?		( ) sim ( ) não ( ) não sabe _____	
16- A criança recebeu outro leite		( ) só durante o dia ( ) só a noite ( ) de dia e de noite ( ) não sabe	
17- Tomou mingau doce ou salgado?		( ) sim ( ) não ( ) não sabe	
18- Comeu fruta em pedaço ou amassada?		( ) sim ( ) não ( ) não sabe	
19- comeu comida salgada? (de panela, papa ou sopa)		( ) sim ( ) não ( ) não sabe	
20- Quantas vezes		( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ou mais ( ) não sabe	

21- A comida oferecida foi: <b>(Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa)</b>	<input type="checkbox"/> igual a da família <input type="checkbox"/> preparada exclusivamente para a criança <input type="checkbox"/> industrializada <input type="checkbox"/> não sabe
22- A comida oferecida foi: <b>(Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa)</b>	<input type="checkbox"/> em pedaços <input type="checkbox"/> amassada <input type="checkbox"/> passada na peneira <input type="checkbox"/> liquidificada <input type="checkbox"/> não sabe
23- A comida tinha algum tipo de carne?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
24- A comida tinha feijão em caldo ou grão?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
25- A comida tinha verduras ou legumes?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
26- Tomou suco de frutas natural feito em casa?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
27- Tomou suco industrializado?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
28- Tomou refrigerante?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
29- Tomou café?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
30- Recebeu alimento adoçado com açúcar?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
31- Comeu bolacha ou salgadinho?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
32- Tomou ou comeu outros alimentos? Que outros alimentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe _____
33- Usou mamadeira ou chuquinha?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
34- Usou chupeta ou pipo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
35- Em que hospital a criança nasceu? (anotar) _____	<input type="checkbox"/> nasceu em casa <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> Hospital Amigo da Criança?
36- Em que município esta criança nasceu?	(anotar) _____ <input type="checkbox"/> não sabe
37- Qual o tipo de parto	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> fórceps <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> não sabe
38- Fez pré natal?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe



Onde?	_____
Quantas consultas?	<input type="checkbox"/> < 6 <input type="checkbox"/> > 6
39- Recebeu orientação sobre AM no pré-natal?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
40- Recebeu apoio para amamentar quando voltou pra casa após a alta?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
41- Apoio de quem?	<input type="checkbox"/> familiares <input type="checkbox"/> amigos/vizinhos <input type="checkbox"/> profissionais de saúde
42- Mamou na primeira hora de vida na sala de parto ou logo que foi para a enfermaria ou apartamento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
43- Ficou junto da mãe na enfermaria ou apartamento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
44- Tem caderneta de saúde da criança ou carteira de vacina?	<input type="checkbox"/> sim, em mãos <input type="checkbox"/> sim, mas não está em mãos <input type="checkbox"/> não possui caderneta <input type="checkbox"/> não sabe
45- [Se for a mãe da criança] a senhora leu a caderneta? [Outros acompanhantes]	<input type="checkbox"/> sim, inteira <input type="checkbox"/> sim, algumas partes <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica
46- Qual o peso da criança ao nascer?	_____ <input type="checkbox"/> não sabe
47- Na caderneta tem pelo menos 2 registros de peso no gráfico de crescimento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe (olhar na carteira)
48- Na caderneta tem pelo menos 2 registros de altura no gráfico de crescimento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe (olhar na carteira)
49- Onde costumam levar a criança para consulta médica de rotina?	<input type="checkbox"/> serviço particular ou convenio <input type="checkbox"/> rede pública (nome da UBS) _____ <input type="checkbox"/> não sabe
50- Logo após o nascimento, com quantos dias a criança recebeu alta da maternidade? _____ dias(anotar) <input type="checkbox"/> nasceu em casa <input type="checkbox"/> não sabe	

NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA:	
51- Mamou no peito?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
52- Tomou outro leite?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
53- Tomou água?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
54- Tomou chá?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO À MÃE DA CRIANÇA	
55- Qual sua idade?	_____ anos completos <input type="checkbox"/> não sabe
56- Qual sua situação conjugal	<input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> outra _____
57- Qual situação obstétrica	_____ gravidez no. partos _____ no. abortos _____
58- Quantos filhos vivos têm? (incluindo este)	_____
59- Amamentou antes? Quanto tempo	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 1º. filho _____ meses 2º. Filho _____ meses 3º. Filho _____ meses 4º. Filho _____ meses 5º. Filho _____ meses
60- Sabe ler e escrever?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
61- Quantos anos de estudo você tem?	<input type="checkbox"/> nunca frequentou escola <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Médio incompleto <input type="checkbox"/> Médio completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> pós-graduação
62- Sobre o trabalho neste momento	<input type="checkbox"/> está trabalhando fora <input type="checkbox"/> não está trabalhando <input type="checkbox"/> está de licença maternidade
63- Qual sua renda familiar?	<input type="checkbox"/> < R\$ 678,00 (menos de 1 salário) <input type="checkbox"/> R\$ 678,00 (1 salário)

	<input type="checkbox"/> R\$ 1.356,00 (2 salários) <input type="checkbox"/> R\$ 1.356,00 a R\$ 2.034,00 (2 a 3 salários) <input type="checkbox"/> > 2.034,00 (mais de 3 salários)
<b>64- Tipo de Aleitamento Materno</b> <b>AME-</b> somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. <b>AMP-</b> além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e outros fluidos. <b>AMC-</b> além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. <b>AMM-</b> leite materno e outros tipos de leite	Aleitamento materno exclusivo (AME) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe  Aleitamento materno predominante(AMP) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe  Aleitamento materno complementado(AMC) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe  Aleitamento materno misto ou parcial(AMM) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>65- Seu filho adoeceu alguma vez desde seu nascimento?</b>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>66- Que doença teve?</b> <input type="checkbox"/> problema respiratório <input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> Outro _____	Ficou internado? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>67- Seu filho teve diarreia desde o seu nascimento?</b> Que tratamento recebeu?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> tratou em casa (soro oral) <input type="checkbox"/> tratou no posto de saúde e em casa (soro oral) <input type="checkbox"/> tratou no hospital (soro injetável)
<b>68- Quantas vezes teve diarreia desde que nasceu?</b>	<input type="checkbox"/> 1 vez idade: _____ <input type="checkbox"/> 2 vezes Idade: _____ <input type="checkbox"/> 3 vezes Idade: _____ <input type="checkbox"/> > 4 vezes Idade: _____

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa: “Aleitamento materno e diarreia em menores de um ano de idade: medidas de promoção da saúde da criança no município de Imperatriz-MA” da pesquisadora Floriacy Stabnow Santos.

Com vistas a fornecer subsídios para a atenção à saúde da criança, o presente estudo tem por objetivo analisar as medidas de promoção do Aleitamento Materno em crianças menores de um ano de idade, cadastradas em unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família.

Você está sendo convidada para participar da pesquisa pois seu filho está cadastrado na ESF, tem menos de um ano de idade e reside na zona urbana de Imperatriz-MA.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário à pesquisadora do projeto e o tempo de duração da entrevista é de aproximadamente dez minutos.

Você não terá nenhum gasto com a pesquisa e não haverá remuneração para sua participação na mesma. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você está livre para decidir se quer ou não participar, bem como para retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não participar, mesmo que já tenha começado a responder as perguntas poderá parar a qualquer momento.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA.

Os benefícios esperados com a realização desta pesquisa são: a partir do conhecimento da alimentação de crianças pequenas vamos poder ajudar as mães e os responsáveis pelas crianças, bem como os profissionais de saúde nos momentos de orientação da alimentação e ajudar o município na elaboração de políticas que favoreçam a alimentação das crianças menores de um ano de idade. Esta pesquisa traz riscos mínimos para a criança ou para você, e para melhorar estes sentimentos as entrevistas acontecerão em local privativo e individualizado na presença somente do pesquisador, mas em caso de algum sentimento desagradável, dúvida ou constrangimento, a entrevista poderá ser interrompida sem nenhuma consequência ou prejuízo para o entrevistado. Caso ocorra algum dos riscos, você poderá ser encaminhando ao serviço de psicoterapia disponível no CAPS do Município.

Informamos ainda que os resultados desta pesquisa tem objetivos acadêmicos/científicos e serão divulgados na tese da pesquisadora e em artigos científicos bem como serão disponibilizados para o gestor do município.

Caso você queira se comunicar com a pesquisadora o endereço é: Universidade Federal do Maranhão – Rua Urbano Santos SN – Centro – Imperatriz MA CEP: 65900-000. Os telefones para contato são: (99) 3529 6007

e (99) 9984 6880. Se precisar de maiores esclarecimentos poderá se dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – Av. dos Portugueses, 1966 – CEB Velho – Bloco C – Sala, 7, Comitê de Ética – CEP: 65080-040

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Floriacy Stabnow Santos e sua equipe de colaboradores certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

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

**ANEXO**

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO/MA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE UM ANO DE IDADE: MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ-MA

**Pesquisador:** Floriacy Stabnow Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 12661513.2.0000.5087

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Maranhão

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 396.621

**Data da Relatoria:** 30/09/2013

**Recomendações:**

Todas as recomendações foram atendidas e estão de acordo com as resoluções.

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

Todas as pendências foram corrigidas e estão de acordo com a resolução.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO LUIS, 16 de Setembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**FRANCISCO NAVARRO**  
(Coordenador)

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br