

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Mestrado Profissional em Enfermagem

Luciana Fernandes da Costa

**A INFLUÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA ECONOMIA DE FAMÍLIAS
RESIDENTES NA REGIÃO LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

São Paulo
2014

Luciana Fernandes da Costa

**A INFLUÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA ECONOMIA DE FAMÍLIAS
RESIDENTES NA REGIÃO LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Ivonete S. G. Kowalski e Co-orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Cristina de Mello.

São Paulo

2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Radrizzani

Costa, Luciana Fernandes da

A influência da amamentação na economia de famílias residentes na região Leste do município de São Paulo / Luciana Fernandes da Costa.

-- São Paulo : Centro Universitário São Camilo, 2014.

90 p.

Orientação de Ivonete Sanches Giacometti Kowalski, Maria Cristina de Mello

Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Centro Universitário São Camilo, 2014.

Luciana Fernandes da Costa

**A INFLUÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA ECONOMIA DE FAMÍLIAS
RESIDENTES NA REGIÃO LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

São Paulo, 06 de Maio de 2014.

Professor Orientador.

Professor Examinador

Professor Examinador

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, ao meu irmão e ao meu noivo por apoiarem as minhas escolhas e decisões, e estarem sempre presentes nos momentos em que mais precisei.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois sem ele nada seria possível, e com ele o caminho pode ser estreito, mas a luz que aparece no final é de vitória;

A todos que, de alguma forma, colaboraram para que a conclusão deste trabalho fosse possível;

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Ivonete Sanches Giacometti Kowalski, pelo comprometimento e compartilhamento dos conhecimentos;

À co-orientadora, Prof^a Dr^a Maria Cristina de Melo, por agir como intermediária, nos trazendo sempre ao objetivo principal;

À Prof^a Dr^a Grazia Maria Guerra, pelo apoio e atenção;

À Dr^a Ines Nashimoto, por analisar os dados do meu trabalho com muita atenção e carinho;

Aos meus colegas de classe que, direta ou indiretamente, me auxiliaram e compartilharam conhecimentos para que este trabalho fosse concluído;

E a todos os amigos que sempre estiveram presente nos momentos mais inesperados.

“A ciência sem a religião é paralítica. A religião sem a ciência é cega.”

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

RESUMO

COSTA, Luciana Fernandes. **A influência da amamentação na economia de famílias residentes na região Leste do município de São Paulo.** 2014. 80f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo. 2014.

O leite materno é o alimento perfeito para o recém-nascido e a amamentação é a maneira mais eficaz de assegurar a saúde e a sobrevivência da criança. No entanto, muitas mulheres abdicam de seus direitos de amamentar por conta da necessidade de trabalhar. A falta de estrutura, então, faz com que as crianças, desde cedo, sejam amamentadas com fórmulas alimentares. Este trabalho teve por objetivo identificar o impacto que a amamentação pode causar na economia familiar. Foi realizada uma pesquisa de campo, transversal, com abordagem de natureza quanti-qualitativa, com mães de crianças entre quatro e seis meses de idade, a respeito da forma de amamentação desde o nascimento até o momento do preenchimento do formulário. A pesquisa foi realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Região Leste de São Paulo. Dentre os resultados, constatou-se que 48,9% das 45 participantes amamentavam exclusivamente por seio materno, e 51,1% já haviam introduzido o leite artificial. Destas, 15,6% relataram que o motivo para a introdução do leite artificial foi o retorno ao trabalho. Algumas mães que usam alimentação artificial relataram redução dos ganhos com o trabalho, recebimento de pouco auxílio para cuidados com o bebê e gastos mensais que variaram de R\$ 70,00 a R\$ 1.000,00 (média, R\$ 219,54). A partir das constatações analisadas, concluiu-se que o pré-natal e o puerpério são momentos adequados para revisar ou ensinar às mães os conceitos básicos sobre amamentação, orientá-las sobre sua importância e a diferença que ela faz na renda familiar, quando exclusiva, dentre outros benefícios. Mas, estas atividades de educação em saúde devem fazer parte de um programa incluindo apoio social mais amplo.

Palavras chave: Aleitamento Materno. Renda. Economia Doméstica.

ABSTRACT

COSTA, Luciana Fernandes. **The influence of breastfeeding on the economy of families living in the eastern of São Paulo city.** 2014. 80p. Dissertation (Master's in Nursing) – São Camilo University Center, Sao Paulo. 2014.

Breast milk is the perfect food for the newborn and breastfeeding is the most effective way to ensure the health and survival of children. However, many women relinquish their rights to breastfeed, mostly due to the necessity of work. The lack of structure therefore makes children early on ever feeding with formula. This study aimed to identify the impact that breastfeeding can cause in the household economy. A cross-sectional field research was performed with a quantitative and qualitative nature approach, with mothers of children between four and six months of age, about the shape of feeding from birth until the time of the research form application. The survey was conducted in the Basic Health Units in the Eastern Region of São Paulo city. Among the results, it was found that 48.9% of the 45 participants were fed exclusively breastfed, and 51.1% had introduced artificial milk. Of these, 15.6% reported that the reason for the introduction of artificial milk was returning to work. Some mothers that were using artificial feeding reported reduction on the income, low support for the care of the baby and a monthly spent between R\$ 70,00 and R\$ 1.000,00 (mean, R\$ 219,54). From the findings analyzed, it was concluded that prenatal and postpartum are suitable to review or teach mothers the basics of breastfeeding, educate them about its importance and the difference it makes in family income when unique moments, among other benefits. However, these health education activities must be part of a program than should include a wide social support.

Keywords: Breastfeeding. Economy. Family income.

Lista de tabelas

Tabela 1. Distribuição das variáveis demográficas e história obstétrica das 45 participantes	36
Tabela 2. Distribuição das variáveis socioeconômicas, história e crenças sobre amamentação das 45 participantes.....	40
Tabela 3. Distribuição das variáveis informações sobre amamentação das 45 participantes	45
Tabela 4. Distribuição das variáveis informações de amamentação das 23 participantes com uso amamentação artificial	47
Tabela 5. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e história obstétrica de acordo com tipo de amamentação.....	51
Tabela 6. Distribuição das variáveis socioeconômicas de acordo com tipo de amamentação.....	53
Tabela 7. Distribuição das variáveis sobre opiniões sobre amamentação e nutrição de acordo com tipo de amamentação utilizada	53
Tabela 8. Distribuição das variáveis significado a amamentação e utilização do Programa Leve Leite de acordo com tipo de amamentação	56

Lista de siglas

SUS	Sistema Único de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Unicef	Fundação das Nações Unidas Para Infância
SESI	Serviço Social da Indústria
SESC	Serviço Social do Comércio
LBA	Legião Brasileira de Assistência
UBS	Unidade Básica de Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PIB	Produto Interno Bruto

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Lista de Tabelas	
Lista de Siglas	
1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1. Problema de pesquisa	16
1.2. Justificativa	16
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1. Importância da amamentação	19
3.2. Situação socioeconômica.....	23
3.3. Causas comuns do desmame precoce.....	25
3.4. Crescimento e desenvolvimento	26
4 MÉTODO.....	29
4.1. Tipo de estudo	29
4.2. Local do estudo.....	30
4.3. Participantes da pesquisa	30
4.4 Instrumento de coleta de dados	31
4.5 Período de coleta	31
4.6 Aspectos éticos.....	31
4.7 Procedimento para coleta de dados.....	31
4.8 Procedimento para análise de dados.....	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34

6 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	59
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Localizado na região sudeste do Brasil, o estado de São Paulo possui uma população de 41.262.199 habitantes, e sua capital abrange 11.253.503 habitantes deste valor (IBGE, 2010). Além de ser a maior cidade da América Latina e a quinta maior cidade do mundo, tem o maior desenvolvimento socioeconômico do país e seu Produto Interno Bruto (PIB) representa 34% do nacional. O Brasil tem uma rede de 6.401 hospitais, e em São Paulo encontram-se 881 hospitais gerais e especiais (BRASIL, 2011b).

Desigualdades sociais, econômicas e culturais são características históricas marcantes do país. Nos últimos vinte anos houve um processo de sensibilização, tanto da sociedade como dos órgãos governamentais, no que diz respeito a necessidade de reverter esse quadro desalentador. Buscando alcançar transformações positivas, foram estabelecidos diversos mecanismos de participação e controle social (programas, projetos e ações). Ainda que o número de pessoas com baixo nível socioeconômico seja elevado no Brasil, o país já não é mais considerado subdesenvolvido. Desse modo, devem-se buscar mudanças para superar a injustiça social e as desigualdades vigentes. Como todo o território nacional está cercado por tais desigualdades, o Brasil ocupa uma posição intermediária no *ranking* de desenvolvimento, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Portanto, ainda há grandes dificuldades a serem superadas, como as relacionadas a educação, assistência social, saúde, distribuição de renda e emprego (UNESCO, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142/90 (Leis Orgânicas da Saúde), com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Sua meta é tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e

manutenção da saúde. Além de ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, deve-se considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral. A Política Nacional de Atenção Básica tem como estratégia prioritária a Saúde da Família, pois busca a expansão e consolidação da atenção básica. Como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011a).

A Estratégia de Saúde da Família tem, entre outros objetivos, a intenção de organizar a atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É tida pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011a).

A equipe saúde da família é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família (ou médico de família e comunidade), enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal). O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada e residente no bairro, e cada profissional deve ser responsável por, no máximo, 750 pessoas. Cada equipe de Saúde da Família deve possuir 12 ACS, e ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas (sendo que a média recomendada é de 3.000 pessoas), respeitando critérios de equidade para esta definição (BRASIL, 2011a).

1.1 Problema de pesquisa

Mesmo com todas as vantagens conhecidas do aleitamento materno exclusivo, dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012) mostram que menos de 40% das crianças menores de seis meses são exclusivamente amamentadas. Em todo o mundo, poucas crianças são alimentadas exclusivamente com leite materno por mais de algumas semanas. Mesmo em sociedades onde a amamentação é a regra, as mães normalmente introduzem alimentação complementar ou líquidos muito cedo. As razões mais comuns elencadas por elas para justificar a interrupção da amamentação ou a introdução de outros alimentos incluem a crença de que não terão leite suficiente ou que a qualidade do leite deixa a desejar.

Apesar de todos os dados relatados pelos órgãos competentes, ainda cabe uma questão: de que forma a amamentação provoca impactos na vida de famílias do bairro de Itaquera (Zona Leste, São Paulo/SP)?

1.2 Justificativa

O pré-natal e o puerpério são momentos adequados para revisar/ ensinar às mães os conceitos básicos sobre amamentação, orientar o quanto esse ato é importante e demonstrar a diferença que este provoca na renda familiar, quando exclusivo. É necessário enfatizar para a população que a alimentação industrializada não é mais importante que a amamentação natural, e que somente ela traz benefícios para o bebê, para a mãe, para a família, para a economia e para a sociedade.

A taxa de mortalidade infantil no Brasil reduziu-se em 61,7% entre 1990 e 2010, mas o país ainda ocupa o 90º lugar entre 187 países no *ranking* da Organização das Nações Unidas (ONU) – atrás de Cuba (5,25), Chile (6,48), Argentina (12,8), China (15,4) e México (16,5) –, apresentando inaceitáveis 19,9 mortes por mil nascimentos vivos (BRASIL, 2012a). Estas taxas de mortalidade infantil são muito elevadas em comparação aos países desenvolvidos. Uma parcela significativa destes óbitos está relacionada à desnutrição e doenças infecciosas, e muitas delas poderiam ter sido evitadas com a promoção do aleitamento materno. No entanto, apesar de inúmeros esforços, o número de mães que amamentam seus

filhos encontra-se aquém do ideal. As consequências desse fato são relevantes para o impacto na qualidade de vida e na economia das famílias e da sociedade. Entender as causas e consequências da não amamentação materna pode contribuir para minimizar as consequências para a saúde das crianças e para a economia das famílias.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar o impacto financeiro que a alimentação de crianças com idade entre quatro e seis meses pode causar na economia familiar.

2.2 Objetivos específicos

Avaliar os fatores que levam à introdução do leite artificial;

Utilizar os dados identificados no estudo para fornecer subsídios que visam a contribuição para a elaboração de instrumentos de educação em saúde para gestantes e puérperas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Importância da amamentação

A humanidade sempre dependeu do leite materno para sobreviver. Ao longo da história, a amamentação foi modificada devido a valores culturais, hoje considerados perniciosos para essa prática (CASTILHO; BARROS, 2010). Segundo Badinter (1985), na França do século XIII havia relatos de abertura da primeira agência de amas de leite, prática exclusiva das famílias aristocráticas. No século XVIII essa prática se generalizou, chegando a ocorrer uma escassez de amas. Até o final do século XVI a amamentação mercenária era procurada somente pela aristocracia, e as mulheres ricas começaram a trazer as amas para dentro de suas casas, privando os filhos dessa profissional de sua mãe. Como consequência, cada vez que uma mãe se recusava a amamentar seu bebê, cerca de duas crianças eram privadas do leite materno.

Desde a secular figura da ama de leite até a emblemática vanguarda científica, construída pelo *marketing* dos fabricantes de leites modificados, a alimentação do lactente tem servido a propósitos que não se limitam às questões ligadas à saúde, denotando, em muitas situações, interesses relacionados à modulação de comportamento social e à oportunidade de obter lucros de toda espécie. Diversos fatores, entre eles a industrialização, a Segunda Grande Guerra Mundial, a massificação do trabalho feminino, os movimentos feministas, a perda da família alargada, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno, tiveram como consequência uma redução significativa da utilização do aleitamento materno. Em geral, foram as mulheres com maior escolaridade que deixaram de amamentar os seus filhos mais precocemente, influenciando as mulheres com menor escolaridade. A partir dos anos 70, observou-se um retorno gradual à prática do aleitamento materno, sobretudo no grupo de mulheres de maior escolaridade (LEVY, 2008; ALMEIDA, 2004).

No Brasil, desde a década de 80 vêm sendo desenvolvidas estratégias para apoiar a promoção e proteção do aleitamento materno, como iniciativas de

capacitação de recursos humanos, apoio à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, produção e vigilância das normas nacionais de comercialização de alimentos infantis, campanhas nos meios de comunicação e apoio à criação de bancos de leite humano (BRASIL, 2008).

O leite materno é o alimento perfeito para o recém-nascido, e a amamentação é a maneira mais eficaz de assegurar a saúde e a sobrevivência da criança. É a primeira prática alimentar a ser estimulada para promoção da saúde, formação de hábitos alimentares saudáveis e prevenção de muitas doenças. É o alimento ideal, disponível e acessível, além de oferecer à criança todos os nutrientes necessários para um desenvolvimento saudável. Ele ainda contém anticorpos que ajudam a proteger as crianças de doenças comuns na infância, como diarreia e pneumonia, as duas principais causas de mortalidade infantil no mundo.

O sucesso do aleitamento materno também pode ser definido pela qualidade da interação entre mãe e bebê durante a mamada, pois proporciona a oportunidade de contato físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre ambos. Uma boa interação entre mãe e bebê durante a mamada se dá através de sinais que um emite ao outro, dando origem a comportamentos e uma progressiva adaptação mútua de mãe e bebê. Com a amamentação exclusiva, as mães não precisam se preocupar com mamadeiras e leites industrializados, havendo uma economia de até 40% da renda familiar, se comparado com famílias em que as crianças são amamentadas por fórmulas infantis (WHO, 2012; ARAUJO, 2004; LEVY, 2008; BRASIL, 2008).

A Organização Mundial de Saúde- OMS (1991) classifica o aleitamento em quatro categorias:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME) – crianças que receberam somente leite materno, soro de reidratação oral, medicamentos e vitaminas, sem água, chá, sucos, outros leites ou alimentos;
- Aleitamento Materno Predominante (AMP) – crianças que receberam leite materno, soro de reidratação oral, medicamentos e vitaminas, com água, chá ou sucos, sem outros leites ou alimentos;

- Aleitamento Materno Complementar (AMC) – crianças amamentadas que receberam outros leites ou alimentos, como comida de panela, fruta em pedaço, mingau, sopa ou papa de legumes;
- Aleitamento Artificial (AA) – crianças que receberam outro leite com ou sem outros alimentos e não receberam leite materno.

Muitas mães, principalmente as que estão inseguras ou com baixa autoestima, costumam interpretar comportamentos anormais do bebê, como sinal de fome, leite fraco ou pouco leite, o que pode resultar na introdução precoce e desnecessária de suplementos. Água, chás e, principalmente, outros leites devem ser evitados, pois há evidências de que o seu uso está associado com desmame precoce e aumento da morbimortalidade infantil. A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação, pode influenciar negativamente a amamentação (BRASIL, 2009).

De modo geral, a alimentação complementar é monótona, de baixa densidade energética, com número de refeições insuficientes ao dia, constituída basicamente de leites diluídos, engrossados com farinhas e sopas ralas. Existem muitas crenças e tabus sobre a oferta de alimentos à criança, que interferem na boa prática alimentar (OMS, 2010).

O aleitamento materno pode melhorar a qualidade de vida das famílias, porque as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, raramente são hospitalizadas ou usam medicamentos, o que pode implicar na redução do absenteísmo dos pais no trabalho, além de reduzir gastos e situações estressantes. Com a amamentação bem sucedida, mães e crianças podem estar mais felizes, com repercussão nas relações familiares e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas famílias (BRASIL, 2009). A decisão de amamentar é uma decisão dos pais e desde cedo pode ter conseqüências importantes para o funcionamento cognitivo e comportamental de uma criança. O consenso que prevalece a partir de estudos epidemiológicos de grande escala é que as crianças que foram amamentadas, em média, ao realizar testes de QI tem uma média superior se comparados com crianças que foram exclusivamente alimentados fórmula (ANDERSON et. al, 1999; MCCRORY & MURRAY, 2012).

A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL – Portaria MS/GM nº 2.051/2001), duas Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC nº 221/2002 e a RDC nº 222/2002) e a Lei nº 11.265, são instrumentos que regulamentam a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (até os três anos de idade) e produtos de puericultura correlatos. A legislação traz regras como a proibição de propagandas de fórmulas lácteas infantis, o uso de termos que lembrem o leite materno em rótulos de alimentos preparados para bebês, o uso de fotos ou desenhos que não sejam necessários para ilustrar métodos de preparação do produto. Além disso, torna obrigatório que as embalagens dos leites destinados às crianças contenham a advertência de que o produto deve ser incluído na alimentação de menores de um ano apenas com indicação médica, assim como os riscos do preparo inadequado do produto. A lei também proíbe doações de mamadeiras, bicos e chupetas ou a sua venda em serviços públicos de saúde, exceto em casos de necessidade individual ou coletiva (ANVISA, 2002).

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2009) teve como objetivo verificar a situação da amamentação e da alimentação complementar no Brasil, analisar a evolução dos indicadores de aleitamento materno no período de 1999 a 2008, identificar grupos populacionais mais vulneráveis à interrupção do aleitamento materno e avaliar práticas alimentares saudáveis e não saudáveis. Para este estudo foram coletados dados de 34.853 crianças, porém 469 (1,3%) foram excluídas da análise por falta de informação sobre sua data de nascimento, e 18 (0,05%) por inconsistência na idade. A prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em menores de seis meses foi de apenas 41% no conjunto das capitais brasileiras. É interessante observar que o comportamento desse indicador é heterogêneo entre os habitantes das diferentes regiões do país. A região Norte foi a que apresentou maior prevalência desta prática (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), sendo a região Nordeste a que apresentou a pior situação (37,0%). Em relação ao aleitamento materno na primeira hora de vida, observou-se em todas as capitais e Distrito Federal (DF) uma situação considerada “boa”.

No tocante ao AME em menores de seis meses, apesar dos avanços no país, segundo a OMS, 23 capitais ainda se encontram em situação “ruim” e apenas quatro estão em “boa situação”. A situação no conjunto das capitais e DF, portanto, ainda é considerada “ruim”. Finalmente, quanto à duração do aleitamento materno, a situação ainda é considerada “muito ruim”, com apenas uma capital classificada como “ruim”. Foi concluído que, ao longo de três décadas, os resultados da Política Nacional de Aleitamento Materno, criada em 1981, mostram que o país está distante do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS (de amamentação até o final do segundo ano de vida ou mais, e aleitamento materno exclusivo até o sexto mês). Desse modo, o estudo sugere a necessidade de intervenções para promover hábitos saudáveis de alimentação no primeiro ano de vida (BRASIL, 2009).

De acordo com Euclides (2005), o recém-nascido a termo saudável tem uma transição alimentar sem dificuldades porque o aparelho digestivo e os mecanismos da digestão, absorção e metabolismo estão preparados para receber o leite materno. A composição deste leite é adaptada às necessidades da criança e favorece a utilização dos nutrientes pelo organismo humano. O leite tem, em sua constituição, diversos fatores protetores que contribuem para a maturação funcional do trato gastrointestinal. Nos casos em que este mesmo aparelho digestivo recebe algum alimento diferente do leite materno, a criança pode apresentar intolerância alimentar e sobrecargas digestiva e metabólica, que afetam negativamente a saúde tanto em curto como em longo prazo.

3.2 Situação socioeconômica

Um total de 16 milhões de brasileiros tem renda familiar *per capita* inferior a R\$ 70,00 mensais (BRASIL, 2012b). E, no ano de 2010, nasceram vivas 2.861.868 crianças, sendo o maior número de nascimentos na região sudeste, com 1.123.593 nascidos vivos (601.352 em São Paulo) (SINASC, 2010). A amamentação previne mais mortes entre as crianças de menor nível socioeconômico. Enquanto para os bebês de mães com maior escolaridade, o risco de morrer no primeiro ano de vida é 3,5 vezes maior; em crianças não amamentadas e filhas de mães com menor escolaridade, esse risco sobe para 7,6 vezes (WHO, 2000).

A alimentação ideal de uma nutriz pode não ser acessível para muitas mulheres de famílias com baixa renda, o que pode desestimulá-las a amamentar seus filhos. Por isso, a orientação alimentar de cada nutriz deve levar em consideração, além das preferências e dos hábitos culturais, a acessibilidade aos alimentos. É importante lembrar que as mulheres produzem leite de boa qualidade mesmo consumindo dietas com baixo teor calórico-proteico (BRASIL, 2009).

Desigualdades sociais, econômicas e culturais tornam necessário o desenvolvimento de ações visando à transformação dessas condições, por meio da criação de mecanismos de participação e controle social, programas, projetos e ações. O Brasil precisa enfrentar a injustiça e desigualdade social enfatizando ações nas áreas de educação, assistência social, saúde, emprego e distribuição mais justa de renda (UNESCO, 2012).

Amamentar é um direito que tem que ser garantido a toda mulher e a toda criança, inclusive quando a mulher tem um trabalho remunerado. Tanto as políticas sociais que visam à normatização e proteção da mulher enquanto trabalhadora e mãe, como as práticas de manutenção da lactação, devem ser implantadas, pois são aspectos fundamentais da criação de um bebê (VIANNA, 2007).

Os dados descritos anteriormente mostram as desvantagens da amamentação artificial. No entanto é esta a mais utilizada atualmente, por conta, dentre outros motivos, da aparente praticidade. Ainda não foram feitas boas análises a respeito das diversas consequências que esta forma de alimentação gera na economia familiar. A investigação pode produzir dados que permitem reforçar, futuramente, aspectos que poderão ser empregados como parte da estratégia para futuras mães.

Para Steketee et. al (2003) a prevalência do aleitamento materno em quase todos os países do mundo continua a cair significativamente abaixo dos níveis recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Estima que 13% de todas as mortes de crianças em países de baixa renda poderiam ser evitadas se a prevalência da amamentação for aumentada para níveis ideais.

3.3 Causas comuns do desmame precoce

O custo elevado das fórmulas infantis possibilita que o consumo de leite de vaca no Brasil seja elevado nos primeiros seis meses de vida. Por isso, os profissionais de saúde devem ter o conhecimento de como as mães devem ser orientadas. Assim, o leite de vaca deve ser diluído até os quatro meses de idade da criança, por causa do excesso de proteína e eletrólitos, que fazem sobrecarga renal sobre o organismo do lactente.

Na diluição de 2/3 ou 10% (42 calorias), há deficiência de energia e ácido linoleico. Então, para melhorar a densidade energética, a opção é preparar o leite com 3% de óleo (1 colher de chá = 27 calorias). O carboidrato fica reduzido, mas a energia é suprida. Não é necessária a adição de açúcares e farinhas, que não são aconselhados para crianças menores de 24 meses. Portanto, até a criança completar 4 meses, o leite diluído deve ser acrescido de óleo, ou seja, 1 colher de chá de óleo para cada 100ml (BRASIL, 2012c).

Após o quarto mês de idade do bebê, o leite integral líquido não deverá ser diluído e nem acrescido de óleo, já que nessa idade a criança receberá outros alimentos. O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto (BRASIL, 2012c).

Após o nascimento, observa-se uma fase de elevada velocidade de crescimento, e, em uma criança a termo, as reservas adquiridas durante a gestação serão utilizadas durante os primeiros 4 a 6 meses de vida. O leite materno possui pequena quantidade de ferro, mas alta biodisponibilidade, com uma utilização elevada quando na ausência de outros fatores dietéticos, não sendo necessária a suplementação de ferro durante o aleitamento materno exclusivo. Após o esgotamento da reserva, o organismo depende do ferro exógeno (dietético) para evitar o aparecimento de anemia (BRASIL, 2012c).

É comum responsabilizar a mulher sempre que ocorre o desmame precoce, ao invés de questioná-la sobre o seu desejo em amamentar, sua experiência e/ou vivência com esta prática, enfocando não apenas os aspectos fisiológicos, mas, sobretudo, os aspectos subjetivos. A negação da subjetividade da mulher em processo de amamentação, assim como o reducionismo científico, reflete uma supervalorização dos aspectos biológicos da amamentação (RIBEIRO, 2011).

A interrupção prematura do aleitamento materno exclusivo é, ainda hoje, um problema de saúde que necessita de intervenção e apoio público, pois a introdução precoce de outros alimentos se inicia, habitualmente, no período que se segue à alta hospitalar da nutriz. Uma vez de volta ao seu contexto social, a mulher sofre interferências na sua forma de pensar e agir com relação ao aleitamento. Para revertermos às causas da interrupção do AME, é preciso compreendê-las dentro de um contexto socioeconômico-cultural em que a mulher esteja inserida (OSORIO, 2007).

Sabe-se que apenas as informações não bastam para que as mulheres tenham motivação e sucesso na prática do aleitamento materno. Ter informação não significa, necessariamente, ter conhecimento; conhecer algo não significa mudança de atitudes com relação àquele objeto; e a decisão de amamentar das mulheres não pressupõe necessariamente realizar a ação. Faz-se necessário que o profissional de saúde tenha o olhar ampliado para o ato de amamentar, pois pode deparar-se com diversas dificuldades no cuidado às mulheres e aos seus familiares durante o processo de amamentação (RIBEIRO, 2011).

Os pressupostos atuais da educação em saúde apontam para a necessidade da construção de práticas educativas baseadas no trabalho em rede, com a participação de todos os sujeitos desse processo. Para isso, é necessária a mudança do enfoque educativo e a busca pela integralidade da atenção (RIBEIRO, 2011).

O crescimento é considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, refletindo assim, as condições de vida da criança, no passado e no presente (BRASIL, 2012c).

3.4 Crescimento e desenvolvimento

Crescimento significa aumento físico do corpo, como um todo ou em suas partes, e pode ser medido em termos de centímetros ou de gramas. Traduz aumento do tamanho ou número das células e hipertrofia (MARCONDES, 1994). Desenvolvimento é um conceito amplo que se refere a uma transformação

complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais (ARGENTINA, 1996).

A palavra infante vem do latim *infans*, que significa “incapaz de falar”. Geralmente define o período que vai do nascimento até, aproximadamente, os 3 anos de idade, quando a fala já se transformou em instrumento de comunicação. Nessa fase, muitos eventos ocorrem pela primeira vez: o primeiro sorriso, a primeira palavra, os primeiros passos, o primeiro alcançar de um objeto. A criança é um ser dinâmico, complexo, em constante transformação, que apresenta uma sequência previsível e regular de crescimento físico e de desenvolvimento neuropsicomotor (SMITH, 1977).

Um bebê depende inteiramente de outra pessoa para se desenvolver, que na maioria das vezes é sua mãe. Sem ela (ou sem seu substituto), o filhote humano, ao contrário de outros animais, não é capaz de ir à busca do seu alimento. Ou seja, se um bebê não tem quem dele cuide, ele morre (BRASIL, 2002). No período denominado de primeira infância, ocorrem as maiores e mais rápidas modificações no desenvolvimento da criança, principalmente no tocante ao domínio neuropsicomotor (BRASIL, 2002).

A progressão do desenvolvimento vai desde o período em que o bebê está totalmente dependente até o final de seu primeiro ano de vida, quando o lactente dá os seus primeiros passos, adquirindo mobilidade e habilidades de manipulação que lhe permitem explorar a maior parte do meio ambiente. Essa capacidade neuromotora atende seu desejo de conhecer e dominar o ambiente que o rodeia. O mesmo acontece com a aquisição da linguagem. Assim, aprendem a caminhar, alcançam objetos desejados e se separam de suas mães (BRASIL, 2002).

Segundo Vohr et al. (2006) em estudo realizado sobre os efeitos do leite materno e o desenvolvimento infantil medidos pela Escala Bayley, mostrou que para cada 10 mL/kg da ingestão de leite materno por dia, o Índice de Desenvolvimento Mental, Psicomotor aumentou, além disso, a probabilidade de rehospitalização diminuiu 6%.

Por volta dos 3 ou 4 meses o bebê está bem mais ativo: olha para quem o observa, acompanha com o olhar e responde com balbucios quando alguém

conversa com ele, gosta de por as mãos e objetos na boca, aprecia a companhia da mãe e gosta de trocar de lugar (BRASIL, 2002). Entre os 5 e 6 meses o bebê sabe quando se dirigem à ele e gosta de conversar, quando ouve uma voz procura com o olhar (BRASIL, 2002). É importante salientar que, quanto mais jovem a criança, mais dependente e vulnerável é em relação ao ambiente. Isso faz com que condições favoráveis ao crescimento sejam funções, não apenas dos recursos materiais com que a criança pode contar (alimentação, moradia, saneamento, serviços de saúde, creches e pré-escolas), mas também dos cuidados gerais, como o tempo, a atenção, o afeto que a mãe, a família e a sociedade como um todo lhe dedicam (BRASIL, 2002).

Nas últimas décadas, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança tem crescido em todo o mundo como resultado do aumento constante da sobrevivência infantil e do reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias nesse período exerce efeitos duradouros na constituição do ser humano (BRASIL, 2002).

4 MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa de campo, transversal, onde as mães de crianças entre quatro e seis meses de idade responderam a um formulário sobre a forma de amamentação desde o nascimento até o momento da entrevista.

O objeto da pesquisa de campo é a fonte dos dados, e deve ser abordada em seu próprio meio ambiente. Os fatos e fenômenos devem ser observados exatamente como ocorrem no real, sem intervenções do pesquisador. Portanto, a coleta de dados deve ser feita nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem. O objetivo é a investigação de indivíduos, grupos, comunidades, instituições, entre outros, para obter informações, compreender seus múltiplos aspectos, descobrir novos fenômenos, bem como suas relações. O investigador assume o papel de observador e explorador, coletando diretamente os dados no local em que se deram ou surgiram os fenômenos. O trabalho de campo se caracteriza pelo contato direto com o fenômeno de estudo (SEVERINO, 2007; BARROS; LEHFILD, 2007).

Os estudos transversais consistem em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, identificação de grupos de risco e para a ação e planejamento em saúde. É recomendado quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo (PEREIRA, 1995; BASTOS; DUQUIA, 2007).

Coletam-se, simultaneamente, de um grupo ou população de indivíduos, informações sobre uma variedade de características que são posteriormente cruzadas em tabelas de contingência. Esta coleta é realizada em um único ponto no tempo e, frequentemente, o pesquisador não sabe o que ocorreu antes desse ponto. A obtenção da prevalência da doença, ou seja, da proporção do grupo com a doença no momento em que foi realizada a coleta, é um dos objetivos desses estudos. Constitui outro interesse, em geral, a investigação de potenciais relações causais entre os fatores suspeitos de serem de risco ou doença. O termo transversal é usado para indicar que os indivíduos estão sendo estudados em um ponto no

tempo (corte transversal). O interesse está em avaliar a associação entre as respostas obtidas. Nesses estudos é comum considerar algumas das variáveis como fatores (GIOLO, 2007).

Os estudos transversais descrevem uma situação ou fenômeno em um momento definido, apenas representado pela presença de uma doença ou transtorno. Assim sendo, não havendo necessidade de saber o tempo de exposição de uma causa para gerar o efeito, o modelo transversal é utilizado quando a exposição é relativamente constante no tempo e o efeito é crônico (BAILLAR, 1994).

Foi utilizado abordagem de natureza quanti-qualitativa, já que representa a combinação das duas modalidades, extraíndo o que há de melhor em cada uma delas (ARAÚJO; OLIVEIRA, 1997). A combinação de métodos, na prática científica, não significa somente aprender e compreender, mas sim extrair informações de duas modalidades de investigação com campos teóricos próprios (MINAYO, 2006).

4.2. Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Região Leste do município São Paulo, pertencentes à Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Itaquera, da Coordenadoria Regional de Saúde Leste. Nessa região existem 56 equipes de Estratégia de Saúde da Família que atendem a 204.871 habitantes. No ano de 2012, a região teve 2.726 nascidos vivos. Estas unidades são: UBS Jardim Santa Maria, no Jd. Santa Maria; UBS Jardim Copa, em Itaquera; UBS Gleba do Pêssego, em Parque do Carmo; UBS Jardim Helian, em Jd. Helian; UBS Santo Estevão, em Itaquera; UBS Vila Santana, em Vl. Santana.

4.3. Participantes da pesquisa

Mães naturais de crianças entre 4 e 6 meses foram selecionadas para fazer parte deste estudo. Estas voluntárias foram abordadas antes ou após a consulta ao pediatra, ou na consulta de enfermagem, ou até em grupos de Aleitamento Materno nas Unidades Básicas de Saúde ou Estratégia Saúde da Família vigentes.

Foram caracterizados como critérios de inclusão: mães, com bebês de idade de quatro a seis meses completos, que utilizam a UBS com ESF para consultas de

pediatria ou de enfermagem, e que estiverem amamentando ou não seus bebês. Foram considerados critérios de exclusão: mães com bebês que apresentem algum tipo de má formação congênita que cause dificuldade de alimentar-se; mães que não aceitem participar voluntariamente do estudo.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um formulário (Apêndice C) com dez perguntas abertas e nove perguntas fechadas. De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a aplicação de formulário é feita com contato face a face entre pesquisador e informante, sendo o roteiro de perguntas preenchido pelo pesquisador no momento da entrevista. As vantagens são:

- a) a possibilidade de aplicar em todo o segmento da população;
- b) a presença do pesquisador favorece o esclarecimento de dúvidas que possam ocorrer;
- c) facilita a adesão de participantes.

4.5 Período de coleta

A coleta dos dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no período de 19 de Janeiro a 20 de Abril de 2014.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi cadastrado e disponibilizado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética do Centro Universitário São Camilo (Anexo A). Após sua aprovação, foi encaminhado ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo B), que, após sua aprovação, seguiu para o Setor de Produção Científica da Atenção Primária à Saúde, ligada à instituição Santa Marcelina. Somente após autorização dos órgãos competentes foi solicitada autorização aos gestores de área, que disponibilizaram os dias de consultas para a realização da pesquisa.

4.7 Procedimento para coleta de dados

A aplicação do instrumento ocorreu em data e horários pré-determinados pelas coordenadoras de área, nos dias de consulta de enfermagem ou de pediatria, antes ou após as consultas, ou durante as consultas do grupo de Aleitamento Materno, de forma que não interferisse na assistência do profissional. A aplicação do formulário se deu, em sua maioria, as salas de espera das Unidades de Saúde ou em salas disponibilizadas pelas enfermeiras, de forma em que as entrevistadas estivessem familiarizadas com o local e a vontade.

Anteriormente à aplicação do formulário, as participantes foram informadas sobre os objetivos e procedimentos de investigação, e asseguradas quanto ao sigilo, anonimato, além da possibilidade de interrupção de sua participação a qualquer momento. Aquelas que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que, conforme a Resolução Nº 196, de 10 de Outubro de 1996, visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

4.8 Procedimento para análise de dados

Os dados foram registrados e organizados em planilhas de Excel e, posteriormente, analisados para servir como subsídios que possam contribuir para a elaboração e execução de programas educativos para gestantes e puérperas, cuja temática principal é o tipo de alimentação, o impacto na economia da família e os benefícios do aleitamento materno exclusivo para a mãe e para o bebê.

A distribuição de frequências foi utilizada para descrever as variáveis categóricas e as medidas de tendência central e de variabilidade para a variável idade.

O teste do qui-quadrado foi aplicado para verificar a associação entre as variáveis categóricas em relação ao tipo de amamentação e, quando pelo menos uma frequência esperada foi menor do que 5, em tabelas de contingências 2x2, o teste exato de Fisher foi empregado. O teste t de Student foi adotado para comparar a média das idades em relação ao tipo de amamentação. O nível de significância de 5% foi considerado em todos os testes estatísticos. O programa estatístico de

computador “STATA”, versão 7.0, foi utilizado para a realização das análises estatísticas.

As questões abertas foram interpretadas por meio da análise de conteúdo que, segundo Bardin (2009), pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Este tipo de análise utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 1994). Bardin (1994) apresenta a condução da análise de conteúdo em três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira fase é estabelecido um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. A segunda fase consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente, e finalmente na terceira etapa, o pesquisador apoiado nos resultados brutos procura torná-los significativos e válidos.

Pré- análise: Todo o material contido nas questões 18 e 19 do formulário foi utilizado e realizado uma leitura flutuante para uma possível orientação e impressões.

Exploração do material: A exploração se deu com uma leitura mais aprofundada e exaustiva das respostas de cada participante, observando os significados mais relevantes.

Tratamento do resultado: A categorização dos dados se deu utilizando um tema para isolar os elementos.

Para Bardin (2007, p. 99),

O tema enquanto unidade de registro corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídas no estudo 45 mães de crianças com idade de 4 a 6 meses que aceitaram participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam o formulário. Destas, a mais jovem tinha 17 anos e a de mais velha, 42 anos; a média geral foi de 25,5 anos, sendo mais frequente a faixa etária entre 20 e 30 anos de idade. A maioria das participantes (80%) relataram ser casadas ou viver em união estável (Tabela 1).

Metade das participantes apresentou escolaridade correspondente ao ensino médio completo (51,1%). Quando comparados os dados de amamentação entre maior ou menor índice de escolaridade, não houve relevância, sendo que 12 mulheres amamentavam exclusivamente e tinham nível de escolaridade fundamental completo e 11 mulheres que não amamentavam exclusivamente também tinham o nível fundamental completo (Tabela 1). Ao contrário, Escobar (2002) observou uma associação entre a escolaridade e a amamentação: quanto maior a escolaridade materna, maior o tempo de aleitamento.

No que diz respeito à atividade de trabalho, 46% se dedicava a atividades domésticas ou alguma das profissões autônomas, e 53,3% outras profissões. Quanto ao vínculo empregatício, 53,3% consideravam-se desempregadas e 28,9% eram trabalhadoras do comércio ou da indústria. Apenas 17,8% das participantes relataram estar de licença maternidade (Tabela 1).

Vianna et al (2007), em pesquisa para descrever as taxas de aleitamento materno e a interferência do trabalho remunerado na amamentação de mães da Paraíba, pesquisou, durante a campanha de vacinação de 2002, com 11.076 crianças menores de um ano. A prevalência de amamentação exclusiva foi de 22,4% de 0-4 meses, e foi significativamente maior entre as mães que trabalhavam fora e que tiveram licença maternidade. Entre as 1.779 mães que disseram exercer trabalho remunerado, independente de carteira assinada, apenas 936 declararam ter usufruído o direito de licença maternidade.

Com relação à paridade, 57,8% das participantes eram primigestas (Tabela 1). Segundo Saes, et al, (2006) em estudo realizado em uma Maternidade em Bauru, SP, do qual participaram 61 puérperas, 18 (29,5%) eram adolescentes

primigestas, 23 (37,7%) adultas primigestas e 20 (32,8%) adultas múltiparas. Não houve diferença significativa entre os grupos de primigestas, adolescentes e adultas, e multigestas entrevistadas. Tal realidade reforça a necessidade de orientações que busquem conscientizar as gestantes de todas as faixas etárias sobre o aleitamento, o tempo mínimo proposto pelos órgãos de saúde e os direitos das lactantes, uma vez que muitas referiram necessidade de interromper precocemente a amamentação por motivos ocupacionais.

Entre as mulheres estudadas, 91% relataram nunca ter tido nenhum aborto (Tabela 1). O estudo realizado por Dodt (2013) no município de Fortaleza, nas Unidades de Alojamento Conjunto no bairro de Rodolfo Teófilo, incluiu 150 mulheres com objetivo de elaborar e validar tecnologias educativas para autoeficácia da amamentação. Com relação ao aborto, mostrou-se nos dois grupos pesquisados que a maioria das puérperas nunca sofreu nenhum aborto (grupo I n=79; 79% e grupo G n=81; 80,2%).

Quase metade das participantes relatou ter tido parto cesárea (Tabela 1). Um estudo realizado por Osava, et al, (2011) em centro de parto de São Paulo, onde as gestantes adolescentes corresponderam a aproximadamente 11% da amostra, a cesariana foi mais prevalente entre mulheres com idade mais avançada. Ter sido submetida à cesariana em parto anterior e idade gestacional maior que 40 semanas também estiveram associadas com maior prevalência de cesarianas. Em 56,3% mulheres, a operação cesariana foi primeira parturição.

Tabela 1. Distribuição das variáveis demográficas e história obstétrica das 45 participantes.

Variável	Categoria / medidas	Freq. (%) / Medidas
Idade (anos)	Variação	17 - 42
	Mediana	25
	Média (Desvio padrão)	25,9 (6,0)
Estado civil	Solteira	9 (20,0)
	Casada/ União Estável	36 (80,0)
Escolaridade	Nível fundamental incompleto	3 (6,7)
	Nível fundamental completo	4 (8,9)
	Nível médio incompleto	12 (26,7)
	Nível médio completo	23 (51,1)
	Nível superior incompleto	1 (2,2)
	Nível superior completo	2 (4,4)
Profissão	Do lar ou autônoma	21 (46,7)
	Outras profissões	24 (53,3)
Relações de Trabalho	Desempregada	24 (53,3)
	Afastamento maternidade	8 (17,8)
	Trabalhando sem faltar ou faltando	13 (28,9)
Número de gestações	1	26 (57,8)
	2	10 (22,2)
	≥ 3	9 (20,0)
Número de abortos	Não	41 (91,1)
	Sim	4 (8,9)
Número de partos normais	0	15 (33,3)
	1	19 (42,2)
	≥ 2	11 (24,4)
Número de partos cesáreas	Não	24 (53,3)
	Sim	21 (46,7)

Fonte: COSTA (2014)

Na tabela 2 observa-se que a maioria das participantes (60%) mora com menos de 4 pessoas em sua residência. Em 64,6% das famílias da amostra, 2 a 4 pessoas trabalham para manter a renda. Em 35% dos casos, somente uma pessoa trabalha. No que diz respeito à renda familiar, 62,2% tem uma renda menor que R\$ 1.244,00 e 37,8% tem uma renda maior que R\$ 1.244,00.

Morais et al. (2011), realizaram um estudo com mulheres trabalhadoras de uma indústria têxtil de Fortaleza-CE. O grupo era composto por mulheres de baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade, pessoas que possuem renda familiar mensal entre R\$350,00 e R\$900,00 e dividem a residência com uma família numerosa. Observou-se um número reduzido de filhos por mulher, entre dois e três filhos, talvez em decorrência das políticas públicas de planejamento familiar, que possibilitaram a ampliação do acesso aos métodos contraceptivos e, também, das dificuldades financeiras que a família brasileira tem enfrentado para o investimento em educação, saúde e lazer dos filhos.

Em estudo realizado por Escobar (2002), sobre o aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais que levam ao desmame precoce, com 599 crianças no Instituto da Criança em São Paulo, mostrou que em 76,3% dos casos pai e mãe moravam juntos, e a média foi de dois filhos por casal; e em cada casa observou-se uma média de quatro habitantes. A renda familiar média foi de 5,16 salários mínimos e foi verificado que as mães que trabalham fora de casa também apresentam maior escolaridade e encontraram evidências, relacionado o maior tempo de aleitamento ao fator escolaridade da mãe.

Araújo et al. (2007) avaliaram alguns indicadores econômicos de mães e crianças e observaram, no aspecto da renda familiar mensal, os seguintes resultados: 62% ganhavam até três salários mínimos, 29,8% conseguiam uma renda mensal de até um salário mínimo e apenas 8,2% obtinham uma renda familiar superior a três salários mínimos, o que retrata uma condição econômica debilitada. O nível de renda familiar é um indicador de bem estar social, pois uma condição familiar econômica favorável permite o acesso aos bens de consumo e serviços que proporcionam uma boa qualidade de vida, tais como moradia, saneamento básico e educação.

Novellino (2004) relata que as políticas de redução da pobreza são políticas públicas voltadas para reduzir o sofrimento dos pobres de determinadas regiões geográficas. Políticas de redução da pobreza devem incluir geração de renda, geração de empregos, linhas especiais de crédito, distribuição de propriedades, reforma agrária, educação e programas de emprego.

Quando questionadas se já deixaram de receber alguma renda para cuidados com o bebê, somente 24,4% afirmam que sim. Com relação aos gastos com o bebê, 48,9% afirmam que sim. Com respeito à ajuda para custear os gastos com o bebê, 51,1% relatam não ter ajuda e 13,3% relatam receber ajuda do Bolsa Família ou pensão alimentícia (Tabela 2).

Segundo Novellino (2004), a feminização da pobreza é um fenômeno que pode ser atribuído ao modo de participação da mulher no mercado de trabalho pelos seguintes motivos: (a) há uma prevalência de mulheres trabalhando em tempo parcial ou em regime de trabalho temporário; (b) discriminação salarial; (c) concentração em ocupações que exigem menor qualificação e para os quais os salários são baixos; e (d) participação nos mais baixos níveis da economia informal. No que diz respeito à renda proveniente do próprio trabalho, o número de mulheres que participam do mercado de trabalho vem aumentando a cada ano, mas a sua renda ainda é inferior à dos homens. Além disso, elas ocupam, em sua grande maioria, atividades tipicamente femininas para as quais se exige pouco ou nenhum tipo de treinamento profissional.

Sobre a alimentação de outros filhos, 57,7% das pacientes incluídas nesse estudo relataram ser primigestas, e esta ser a primeira experiência com amamentação. Com respeito à amamentação dos filhos anteriores, 20,0% amamentaram exclusivamente, 17,8% relatam que amamentaram parcialmente e 4,4% não amamentaram (Tabela 2).

Souza (2012) realizou estudo com 100 mulheres atendidas em hospital particular da cidade de São Paulo, que foram monitoradas por telefone após alta hospitalar. Em relação às dificuldades para amamentar o filho atual, 87 mães mencionaram problemas. Entre elas, as primíparas foram as que apresentavam mais dificuldades (47%). A maioria das mães era secundípara (76,7%) e elas já haviam tido dificuldade anterior na amamentação (44% mantiveram).

Quanto à percepção das mães sobre o desenvolvimento da criança, foram questionadas se a amamentação contribuiu para tal. A maioria (97,8%) relatou concordar totalmente. Quando questionadas sobre amamentação artificial, se elas acreditavam que a amamentação artificial ajuda na nutrição do bebê, 13,3% relataram discordar parcialmente, 6,7% discordaram totalmente, 68,9% concordaram

parcialmente e 11,1% concordaram totalmente. Quando questionadas se a amamentação artificial interfere na renda familiar, 11,1% relataram discordar parcialmente, 37,8% discordaram totalmente, 26,7% concordaram parcialmente e 24,4% concordaram totalmente (Tabela 2).

Um estudo realizado para analisar a introdução da alimentação complementar em lactentes atendidos no ambulatório do hospital da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, do qual participaram 306 mães com crianças na faixa etária de 0 a 12 meses, identificou-se que 76,4% das mães referiram o aleitamento materno como o melhor para seu filho. O resultado foi equivalente ao observado nas mães que diziam que praticavam o aleitamento. Os dados sobre a prevalência do aleitamento materno exclusivo mostram que 77,5% das mães não ultrapassaram o quarto mês de aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2012c).

Tabela 2. Distribuição das variáveis socioeconômicas, história e crenças sobre amamentação das 45 participantes.

Variável	Categoria	Freq. (%)
Número de Pessoas que moram casa	≤ 4	27 (60,0)
	>4	18 (40,0)
Número de pessoas que trabalham	1	16 (35,6)
	2 a 4 pessoas	29 (64,6)
Renda familiar mensal	≤ R\$ 1244,00	28 (62,2)
	> R\$ 1244,00	17 (37,8)
Deixou de ganhar devido às faltas ao trabalho, amamentação ou cuidado com a criança	Não	34 (75,6)
	Sim	11 (24,4)
Gasto mensal com bebê	Não	23 (51,1)
	Sim	22 (48,9)
Recebe alguma ajuda para custear a alimentação do bebê	Não	39 (86,7)
	Bolsa família ou pensão alimentícia	6 (13,3)
Amamentou outros filhos	Este é o primeiro filho	26 (57,8)
	Sim, exclusivamente	9 (20,0)
	Sim, parcialmente	8 (17,8)
	Tenho um outro filho e não amamentei	2 (4,4)
Acredita que amamentação contribui para desenvolvimento da criança	Concordo parcialmente	1 (2,2)
	Concordo totalmente	44 (97,8)
Acredita que a amamentação artificial ajuda na nutrição do bebê	Discordo parcialmente	6 (13,3)
	Discordo totalmente	3 (6,7)
	Concordo parcialmente	31 (68,9)
	Concordo totalmente	5 (11,1)
Acredita que a amamentação artificial interfere renda familiar	Discordo parcialmente	5 (11,1)
	Discordo totalmente	17 (37,8)
	Concordo parcialmente	12 (26,7)
	Concordo totalmente	11 (24,4)

Fonte: COSTA (2014)

Com respeito às informações sobre amamentação, 48,9% das participantes amamentavam exclusivamente do seio materno e 51,1% já haviam introduzido o leite artificial (Tabela 3). Estudo realizado por Morgado et al. (2013) investigou a

associação entre rede e apoio social e as práticas alimentares de lactentes no quarto mês de vida. Foram incluídas 294 crianças selecionadas em quatro Unidades de Saúde do município do Rio de Janeiro, relatando-se que 16% dos lactentes encontravam-se em AME e 18,7% em aleitamento materno parcial. Destaca-se que 16,3% das crianças receberam leite artificial e 49% leite materno e outros alimentos. Foi ainda observado que viver em más condições ambientais de moradia está associado a uma maior chance de a mãe oferecer à criança leite artificial.

Quanto ao motivo pelo qual introduziram o leite artificial, 15,6% relataram que o motivo estava relacionado ao retorno ao trabalho. A participante P6 relatou:

porque vou trabalhar e tenho que dar leite pra ela.

O baixo peso do bebê foi o motivo alegado por 4,4% das participantes. Entre elas, P38 relatou que,

...não estava ganhando peso.

Já a baixa produção de leite, foi motivo pelo qual 13,3% justificaram a necessidade de complementar a alimentação. Uma participante (P21) disse que

...tinha pouco leite, mamava e chorava... completava com mamadeira.

A recusa do bebê em alimentar-se no seio materno foi apontada por 4,4% das participantes. Uma delas (P4) assim resumiu:

...não quis mais o peito.

Motivos relacionados a saúde materna foram alegados por 4,4%. A participante P12 mencionou:

...por causa da dermatite de contato.

Uma paciente (P19) (2,2%) relatou além do retorno ao trabalho a pouca produção de leite:

não tinha muita produção e retorno ao trabalho.

Finalmente, 6,7% relataram outros motivos. A participante P24 alegou que

...na creche pediram para inserir o leite em pó.

Um grupo composto por 48,9% das participantes amamentavam exclusivamente (Tabela 3, Apêndice C).

Achados diferentes dos observados em nosso estudo foram relatados por Campos et al. (2011). Estes autores estudaram a prática do aleitamento materno na cidade de Teixeira-MG, mostrando que das mães questionadas sobre o motivo que as levaram ao desmame, 48,8% (n=40) alegaram que o leite secou, enquanto somente 4,9% (n= 4) mencionaram o retorno ao trabalho como sendo fator decisivo para o desmame precoce.

Azeredo et al. (2008) em estudo realizado também na cidade de Teixeira-MG com mães de bebês com até 24 meses sobre a percepção de mães e profissionais sobre o aleitamento materno mostraram que as mães que não amamentavam (46%, n=73) apontavam diversas razões do desmame precoce. A maioria delas relatou motivos como "leite fraco", "pouco leite", "o leite secou" e "os seios caem com a amamentação". Na óptica das nutrizes, o retorno ao trabalho foi relatado como o segundo motivo para desmame, seguido pelas intercorrências/ dificuldades da amamentação. Considerando-se que as respostas "leite fraco", "leite secou", "leite insuficiente" e "mamas caem" foram apontadas como motivos mais prevalentes para o desmame, optou-se por considerá-los como 'causas finais' e determinantes para a interrupção precoce do aleitamento materno para este grupo. É interessante destacar que a maioria das categorias de vantagens citadas pelas mães relacionava-se ao bem-estar do filho, indicando que, para elas, a importância de amamentar consiste muito mais ao que esse ato representa, em termos de benefícios ao bebê, sendo o bem-estar materno deixado em segundo plano. Esperava-se que a opção economia estivesse presente entre as vantagens mais citadas, tanto por parte das mães quanto dos profissionais, pelos benefícios que trazem à família em termos de redução de custo e de praticidade. Entretanto, nas vantagens citadas nos relatos maternos e dos profissionais, a opção economia esteve em último plano.

A tabela 3 e o apêndice D mostram as categorias de respostas das participantes quanto ao significado da amamentação. Entre as respostas, 28,9% foram agrupadas na categoria relação afetiva. A participante P37 relatou,

... é uma forma de alimentar o bebê uma forma de carinho e o leite materno é uma forma de carinho, ficou mais apegado.

A participante P1 relatou

...tudo que pude fazer de melhor.

Aproximadamente metade das participantes (51,1%) relatava motivos relacionados à saúde da criança. Uma participante (P10) referiu

...faz bem pro nenê, não tem gripe, não tem resfriado, tem saúde.

Um grupo composto por 4,4% das participantes relatou tanto a relação afetiva quanto a saúde da criança. Uma participante (P07) mencionou

...foi tudo apego com a criança, a saúde dela dá pra ver na cara dela que é saúde pura, nunca precisou ficar internada.

As demais participantes (15,6%) referiram diversos significados da amamentação que foram categorizados como outros motivos 15,6%. A participante P22 comentou

...tudo, pois não precisa gastar com leite pra minha filha.

Quanto às dúvidas sobre amamentação, nenhuma mulher relatou dúvida, e quando questionadas quanto ao uso do Leve Leite, 68,9% não recebem esta ajuda e 31,1% relataram receber de outros filhos que estão cadastrados na rede pública (Tabela 3).

Para Baião e Deslandes (2006) a gestação e os eventos a ela relacionados, como puerpério e lactação, são marcados por profundas mudanças que interferem na vida da mulher. As mais reconhecidas são as modificações relacionadas ao corpo, sua fisiologia e metabolismo. Sob o ponto de vista da biomedicina, é inegável que são fases de maior vulnerabilidade e de grandes demandas que requerem prioridade na assistência. Nesses períodos a mulher está sujeita a determinadas regras baseadas em saberes diversificados (provenientes da cultura familiar, da cultura de gênero, da cultura biomédica, entre outros), que nem sempre dialogam entre si, mas que estão intrinsecamente ligados ao modo como as gestantes/puérperas se alimentam e sobre as escolhas que fazem.

O aleitamento materno também pode envolver situações que geram ansiedade na nutriz e em sua família, as dificuldades podem ocorrer após a alta hospitalar e a família é o apoio fundamental nesse momento. As crenças relacionadas à alimentação da nutriz podem levá-la a não ingerir certos alimentos com o risco de que certos alimentos causam cólicas ao bebê. Estudo realizado por

Gonçalves (2001) fala sobre mitos e crenças sobre amamentação, relata que as verduras verdes apareceram várias vezes como alimentos geradores de cólicas no bebê, o que levava as nutrizes a retirarem estes alimentos de seus cardápios, prejudicando assim o alcance de uma dieta equilibrada.

A aparência aguada do leite materno, principalmente do colostro, faz com que algumas mães considerem seu leite inferior, acreditando que não serve para atender às demandas da criança, já que difere do leite popularmente conhecido como leite forte: o leite de vaca (EUCLYES, 2005). A crença de que o leite materno não sustenta pode estar apoiada também no fato do bebê ficar chorando, causando a suspeita que o leite está fraco e não está atendendo mais às necessidades da criança, tornando-se pouco em função do seu crescimento (GONÇALVES, 2001).

A crença de ter pouco leite deve-se ao fato de a mãe não sentir as mamas cheias e o leite vazando nos primeiros dias de puerpério, o que a deixa preocupada e temerosa quanto a sua capacidade de produzir volume de leite adequado ao bom crescimento do bebê e ao seu aumento de peso. Ao ter dúvidas quanto a quantidade de leite, algumas mulheres tomam a iniciativa da introdução de outro alimento, sem procurar auxílio profissional para a avaliação do bebê, e contam com o apoio de muitas mulheres mais experientes, como a mãe, sogra, vizinha. Com relação às fissuras mamilares estão relacionadas à pega inadequada da criança ao mamar, dependendo de sua extensão podem causar muita dor e gerar muito desconforto (GONÇALVES, 2001).

Embora a amamentação seja um processo biologicamente determinado, é fortemente influenciada pelo ambiente; e, por não ser um ato totalmente instintivo no ser humano, deve ser aprendida. A percepção de leite insuficiente é um fenômeno universal, sendo a causa mais comum à suplementação precoce da criança amamentada e de interrupção do aleitamento materno em quase todas as sociedades. Na maioria das vezes a produção insuficiente de leite não passa apenas de uma percepção como resultado da falta de confiança, algumas vezes forçada pela família e amigos em resposta ao choro. Muitas vezes mamadas ineficientes podem resultar em uma demanda maior do bebê por mamadas mais frequentes e prolongadas para obter leite suficiente. Entretanto a percepção do pouco leite é real, e se deve, principalmente, à práticas inadequadas de amamentação, mal

posicionamento ou má pega, mamadas infrequentes e com horários pré-estabelecidos, ausência de mamadas noturnas (CARVALHO, 2002).

Tabela 3. Distribuição das variáveis informações sobre amamentação das 45 participantes.

Variável	Categoria	Freq. (%)
Tipo de alimentação está oferecendo ao bebê	Somente materna	22 (48,9)
	Artificial	23 (51,1)
Motivo pelo qual introduziu o leite artificial	Trabalho	7 (15,6)
	Baixo peso	2 (4,4)
	Pouca produção de leite	6 (13,3)
	Recusa do lactante	2 (4,4)
	Saúde materna	2 (4,4)
	Trabalho e pouca produção leite	1 (2,2)
	Outros	3 (6,7)
	Aleitamento materno exclusivo	22 (48,9)
Significado da amamentação para as participantes	Relação afetiva	13 (28,9)
	Saúde da criança	23 (51,1)
	Relação afetiva e Saúde da criança	2 (4,4)
	Outros	7 (15,6)
Alguma dúvida sobre amamentação	Não	45 (100,0)
Utiliza o leite do programa Leve leite	Não	31 (68,9)
	Sim	14 (31,1)

Fonte: COSTA (2014)

Com relação aos tipos de alimentação disponibilizada, aos bebês em substituição ao aleitamento materno exclusivo, de acordo com os relatos das participantes, a dieta de muitos é composta de leite em pó, frutas e papinha, onde 13,6% relataram a inserção de papinha na dieta da criança e 13,6% relataram a inserção de leite em pó (Tabela 4).

Cavalcante (2012) pesquisou as práticas do aleitamento materno no município de Iguatu-CE. As respostas das mães quanto ao tipo de alimento que o bebê estava ingerindo além de leite materno foram: outro leite (78; 30,9%), mingau (72; 28,5%) e mingau associado a outros alimentos (58; 23%). Portanto, 252 entrevistadas ofereciam outros tipos de alimentos ao lactente, e destas, 176 (79%)

ofereciam quando eles tinham ainda menos de três meses de vida. Um total de 40 mães (16,2%) afirmaram oferecer outro tipo de alimentos aos bebês quando eles ainda tinham até de sete dias de vida.

Com relação aos gastos com a alimentação artificial a média foi de R\$219,54, com valores variando entre R\$ 70,00 e R\$ 1.000,00 (Tabela 4).

Barbosa (2007) realizou um estudo para comparar os custos das diferentes alternativas de alimentação disponíveis para lactentes no primeiro ano de vida, considerando as limitações de cada opção em relação ao oferecimento de uma alimentação adequada ao crescimento e desenvolvimento e ao orçamento da família. Relatou que o aleitamento materno associado a alimentação complementar representa 12,8% do salário-mínimo mensal, isto é, o menor custo de alimentação no primeiro ano de vida. A utilização da fórmula infantil, que é a recomendação adequada como substituto do leite materno, corresponde a 42,0% do salário-mínimo mensal, custo bastante elevado que não pode ser assumido pela população de baixa renda. Observa-se, também, que a partir do cálculo do custo percentual em relação à aleitamento materno associado a alimentação complementar o uso de fórmula infantil representa custo 3,3 vezes maior. O uso do leite de vaca teve custo 1,7 vezes maior que o valor do custo do aleitamento materno, demonstrando que a recomendação de utilização da fórmula infantil não pode ser orientada para a maior parte da população brasileira. Portanto, devido as condições socioeconômicas, cerca de 1 milhão dos recém-nascidos por ano no Brasil (31,1%) estão excluídos da opção de consumo de fórmula infantil na impossibilidade de aleitamento materno.

Tabela 4. Distribuição das variáveis informações amamentação das 23 participantes com uso amamentação artificial.

Variável	Categorias	Freq. (%)
Tipo de alimentação fornecido aos bebês que não estão sendo amamentados exclusivamente no seio	Leite em pó e de caixinha	1 (4,5)
	Leite em pó e papinha	1 (4,5)
	Fórmula infantil	1 (4,5)
	Fórmula infantil e frutas	1 (4,5)
	Papinhas	3 (13,6)
	Papinhas e frutas	2 (9,1)
	Suco de frutas e papinha	1 (4,5)
	Suco de laranja	1 (4,5)
	Frutas e papinha	1 (4,5)
	Leite em pó	3 (13,6)
	Leite em pó e cereal infantil	1 (4,5)
	Leite em pó, cereal infantil, papinha, frutas, água	1 (4,5)
	Mamadeira e frutas	1 (4,5)
	Mamadeira e cereal infantil	1 (4,5)
	Mamadeira verduras e frutas	1 (4,5)
	Sopinhas	1 (4,5)
	Suco e papinhas de frutas	1 (4,5)
Gastos com aleitamento artificial (valores em Reais)	N	22
	Variação	70,00 – 1000,00
	Mediana	160,00
	Média (Desvio padrão)	219,54 (202,33)

As participantes gastam de 70 a 1000,00 reais com aleitamento, com média de 219,54; Somente 22 participantes informaram quanto gastam com aleitamento artificial.

Fonte: COSTA (2014)

Em comparação entre as participantes que amamentaram exclusivamente e as que amamentaram artificialmente, mostrou-se que não houve diferenças quanto à faixa etária, estado civil e escolaridade, número de abortos e número de cesáreas (Tabela 4).

Com respeito ao estado civil, das mães solteiras, 5 (55,6%) amamentam exclusivamente e 4 (44,4%) amamentavam artificialmente. Houve uma pequena tendência das mães solteiras amamentarem exclusivamente que as mães casadas ou que tinham uma união estável. Um total de 17 mães deste último grupo (47,2%) amamentavam exclusivamente e 19 (52,8%) usavam amamentação artificial. No entanto, as diferenças não foram estatisticamente significativas (Tabela 5).

De acordo com Giugliane (2010) em relação ao perfil sócio-demográfico, a maioria das mulheres (70,3%) tinha companheiro fixo, sendo 14,7% casadas e

55,6% vivendo em união consensual; a maioria (54%) cursou o nível médio; 56% declararam-se do lar e 53% tinham renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos; a maioria das famílias (54,7%) era constituída por 2 a 4 pessoas. Para a manutenção do AM, estes dados são considerados positivos uma vez que mães com companheiro fixo, com disponibilidade para cuidar do bebê e com maior nível de escolaridade tendem a aleitar por mais tempo.

Na tabela 5 apresentam-se os resultados das análises de correlação entre escolaridade e tipo de amamentação. Um total de 23 participantes tinham como nível mais alto de escolaridade o segundo grau, e, deste grupo, 12 (52,2%) utilizavam AME. Nos demais grupos, a distribuição não revelou nenhuma tendência favorável ou desfavorável, não sendo possível a aplicação de teste estatístico. Quanto à profissão, das 21 mães que tinham como profissão “do lar” ou exerciam atividades autônomas, 12 (57,1%) estavam com seus bebês em AME. Por outro lado, de 24 que exerciam outras atividades profissionais, 10 (41,7%) usavam este mesmo tipo de amamentação. Estas diferenças não foram, no entanto, estatisticamente significativas. Quanto às relações de trabalho, das 24 que disseram estarem desempregadas, 13 (54,2%) relatam ofertar AME. Este tipo de alimentação foi usada por 5 (62,5%) das 8 que estavam em afastamento por maternidade, por somente 4 (30,8%) das 13 que estavam trabalhando (algumas faltando ocasionalmente para cuidar do bebê). Estas diferenças não foram passíveis de serem avaliadas estatisticamente.

Bernardi (2009) estudou 2857 mães e crianças menores de 2 anos, avaliando o peso e a altura associados a variáveis sócio-demográficas. Demonstrou que ocorrem diferenças significativas nessas variáveis de acordo com o aleitamento materno. A maioria das mães havia estudado além do ensino fundamental e/ou estavam trabalhando em profissões de nível não graduado e/ou declararam que eram donas de casa. Mostrou ainda que as mães adolescentes amamentavam menos, assim como as que estavam vivendo sem um parceiro e aquelas que estavam trabalhando em profissões técnicas. Durante o primeiro mês de vida, 66,2% das crianças estava em aleitamento materno exclusivo. O nível de escolaridade materna influenciou a amamentação de forma que as crianças cujas mães tiveram mais anos de educação formal empregaram amamentação exclusiva por períodos mais longos.

Com relação ao número de filhos, das 26 primigestas 13 (50%) estão em AME e 13 (50%) em artificial. Quando a participante foi secundigesta (10 participantes), 6 (60%) usavam AME. Houve uma tendência maior ao aleitamento artificial nas 9 participantes com 3 ou mais filhos (6; 66,7%). Estas diferenças não foram, entretanto, passíveis de análise estatística (Tabela 5).

Gigante (2000) realizou pesquisa com 977 mulheres em Pelotas-RS sobre a relação entre situações nutricionais materna e variáveis socioeconômicas e demográficas, com respeito à prevalência de amamentação aos seis meses de idade e também sobre a duração da amamentação. As mães com 20 anos ou mais e as multíparas amamentam seus filhos por mais tempo, mostrando uma diminuição na velocidade do desmame de 11% e 12%, respectivamente.

De um total de 4 participantes que revelaram ter tido aborto anteriormente, uma usava AME. Por outro lado, das 41 que não tiveram aborto, 21 (51,2%) usavam este tipo de amamentação. Esta diferença não foi significativa estatisticamente, provavelmente pelo pequeno número da amostra com aborto. Com relação ao número de partos normais, entre as 19 que tiveram ao menos um parto normal, 10 (52,6%) usavam AME. Entre as 15 participantes que nunca tiveram parto normal, 7 (46,7%) usavam este tipo de amamentação. Não foi possível aplicar teste estatístico na análise desta variável. Com respeito ao histórico de cesáreas, 21 pacientes foram submetidas a este tipo cirurgia pelo menos uma vez. Entre elas, 9 (42,9%) usavam AME. Por outro lado, entre as 24 que nunca foram submetidas a este procedimento, 13 (54,2%) usavam AME. Todavia, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas (Tabela 5).

Alves (2013) analisou a prevalência do aleitamento materno exclusivo e sua associação com a assistência pela Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação na cidade de Barra Mansa, Rio de Janeiro. Foram estudadas 587 mães, registrando-se que o parto cesáreo reduziu a prevalência de aleitamento materno exclusivo em 16,0%.

Morgado et al. (2013) investigaram a associação entre rede e apoio social e as práticas alimentares de lactentes no quarto mês de vida. Foram estudadas 294 crianças selecionadas em 4 Unidades de Saúde do município do Rio de Janeiro, observando-se que a baixa escolaridade materna aumenta a chance de oferta de

outros líquidos ou alimentos, incluindo o leite artificial. Mães que trabalham fora apresentam cerca de seis vezes mais chances de complementar a oferta de leite materno com outros leites ou alimentos, como comida de panela, fruta em pedaço, mingau, sopa ou papa de legumes. Seus filhos têm também em torno de quatro vezes mais chances de terem consumido leite artificial. Já para idade materna observou-se que quanto maior a idade da mulher, maiores são as chances do bebê ser amamentado exclusivamente ao seio. O parto cesáreo está associado a uma menor chance de aleitamento materno parcial em relação ao AME. Observou-se que filhos de mães com níveis baixos de apoio social apresentam três vezes mais chances de terem consumido leite artificial, independente das condições ambientais, escolaridade materna, idade materna, tipo de parto, semana gestacional, trabalho materno e número de "parentes com quem podem contar". Adicionalmente, mães que 'contam com a ajuda de parentes' têm um risco menor de oferecer alimentação artificial aos seus bebês.

Tabela 5. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e história obstétrica de acordo com tipo de amamentação.

Variável	Categorias	AME Freq. (%)	Artificial/outros ou medidas	p-valor
Idade (anos)	Variação	17 – 35	18 – 42	0,491**
	Mediana	25	24	
	Média (Desvio padrão)	25,2 (4,8)	26,5 (7,0)	
Estado civil	Solteira	5 (55,6)	4 (44,4)	0,722
	Casada/União Estável	17 (47,2)	19 (52,8)	
Nível de Escolaridade	Fundamental incompleto	0 (0,0)	3 (100,0)	NA
	Fundamental completo	2 (50,0)	2 (50,0)	
	Médio incompleto	7 (58,3)	5 (41,7)	
	Médio completo	12 (52,2)	11 (47,8)	
	Superior incompleto	1 (100,0)	0 (0,0)	
	Superior completo	0 (0,0)	2 (100,0)	
Profissão	Do lar ou autônoma	12 (57,1)	9 (42,9)	0,300 *
	Outras profissões	10 (41,7)	14 (58,3)	
Trabalho	Desempregada	13 (54,2)	11 (45,8)	NA
	Afastamento maternidade	5 (62,5)	3 (37,5)	
	Trabalhando sem faltar ou faltando	4 (30,8)	9 (69,2)	
Número de gestações	1	13 (50,0)	13 (50,0)	NA
	2	6 (60,0)	4 (40,0)	
	≥ 3	3 (33,3)	6 (66,7)	
Abortos	Não	21 (51,2)	20 (48,8)	0,608
	Sim	1 (25,0)	3 (75,0)	
Partos normais	0	7 (46,7)	8 (53,3)	NA
	1	10 (52,6)	9 (47,4)	
	≥ 2	5 (45,4)	6 (54,6)	
Cesáreas	Não	13 (54,2)	11 (45,8)	0,449 *
	Sim	9 (42,9)	12 (57,1)	

p-valor obtido pelo teste exato de Fisher

* p-valor obtido pelo teste de frequências do qui-quadrado

** p-valor obtido pelo teste t de Student

NA, não se aplica

Fonte: COSTA (2014)

Na tabela 6 estão descritas as associações de outras variáveis estudadas com o tipo de amamentação oferecida ao bebê. Com relação ao número de pessoas que moram em casa, parece que quanto menor o número de pessoas mais frequente é a utilização da amamentação exclusiva (16 de 27 participantes, 59,3%). No grupo de 18 participantes que convivem com mais de 4 pessoas, somente 6 (33,3%) usam este tipo de alimentação. Estas diferenças aproximam-se de significância estatística ($p=0,088$). Com relação ao número de pessoas que trabalha nas residências onde somente 1 pessoa trabalha, de 16 participantes, 9 (56,2%) oferecem AME. Por outro lado, quando mais de 2 pessoas trabalham (2 a 4), de 29, 13 (44,8%) oferecem AME. Estes resultados podem estar relacionados à necessidade da mulher trabalhar e também ter uma renda para ajudar em casa, ou pelo motivo de terem mais pessoas em casa, e a mulher encontra menos tempo para se dedicar ao recém-nascido.

No tocante à renda familiar, não foram observadas associações relevantes com o tipo de alimentação. No entanto, entre as 22 participantes que usavam AME, somente 3 relataram ter deixado de ganhar devido: faltas ao trabalho, amamentação ou cuidado com a criança. No grupo, de 32 que não usava AME, 8 tiveram perdas financeiras. Todavia, estas diferenças não foram estatisticamente significativas, provavelmente devido ao pequeno tamanho da amostra estudada. De 22 mães que revelaram ter gasto mensal com o bebê, todas usavam alimentação artificial ($p<0,001$) (Tabela 6). Entre estas participantes que haviam perdido alguma oportunidade de ganho rentável, algumas buscavam novas oportunidades de trabalho ou a necessidade de ajudar nos gastos familiares levaram estas mulheres a procura de trabalho, mas o novo bebê interferia neste aspecto, muitas vezes por falta de suporte familiar ou social.

Quando questionadas se recebiam alguma ajuda para custear os gastos com o bebê, 53% daquelas que não recebiam amamentam exclusivamente. Já no grupo de mulheres que recebia alguma forma de subsídio do Governo Federal (Bolsa Família) ou pensão alimentícia (6), 5 (83,3%) amamentam artificialmente. Não houve associação do tipo da alimentação oferecida com o fato de ter amamentado ou não outros filhos anteriormente (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição das variáveis socioeconômicas de acordo com tipo amamentação.

Variável	Categorias	AME Freq. (%)	Artificial/outros Freq. (%)	p-valor
Pessoas que moram casa	≤ 4	16 (59,3)	11 (40,7)	0,088
	>4	6 (33,3)	12 (66,7)	
Pessoas que trabalham	1	9 (56,2)	7 (43,8)	0,463
	2 a 4 pessoas	13 (44,8)	16 (55,2)	
Renda familiar mensal	≤ R\$ 1244,00	14 (50,0)	14 (50,0)	0,848
	> R\$ 1244,00	8 (47,1)	9 (52,9)	
Deixou de ganhar devido às faltas ao trabalho, amamentação ou cuidado com a criança	Não	19 (55,9)	15 (44,1)	0,165 *
	Sim	3 (27,3)	8 (72,7)	
Gasto mensal com o bebê	Não	22 (95,6)	1 (4,4)	<0,001
	Sim	0 (0,0)	22 (100,0)	
Recebe alguma ajuda para custear a alimentação do bebê	Não	21 (53,8)	18 (46,2)	0,187
	Bolsa família ou pensão alimentícia	1 (16,7)	5 (83,3)	
Amamentou outros filhos	Este é o primeiro filho	13 (50,0)	13 (50,0)	NA
	Sim, exclusivamente	5 (55,6)	4 (44,4)	
	Sim, parcialmente	3 (37,5)	5 (62,5)	
	Tenho 1 outro filho e não amamentei	1 (50,0)	1 (50,0)	

p-valor obtido pelo teste de frequências do qui-quadrado

* p-valor obtido pelo teste exato de Fisher

Fonte: COSTA (2014)

Quando questionadas se a amamentação contribui para o desenvolvimento da criança, 14 das 22 participantes que estão em AME responderam que concordam parcialmente ou totalmente. Entre as 23 que não usam AME, 22 deram as mesmas respostas. Discordâncias parciais ou totais foram reportadas por 8 das que usam AME e somente 1 das que não usam. Por outro lado, com respeito à pergunta se a amamentação artificial ajuda na nutrição, 14 das 22 que usam AME concordam. A mesma resposta foi dada por 22 das 23 que usam amamentação artificial (p=0,010). No tocante a interferência da alimentação na renda familiar, 15 das 22 que usam

AME (68%) discordam, das quais 12 discordam totalmente. Por sua vez, entre as 23 que não usam AME, 16 (69,6%) concordam (Tabela 7).

Escobar (2002) observa que 92% das mães entrevistadas referiram conhecer a importância do leite materno. Quase metade (48%) das entrevistadas citou ser importante a defesa contra infecções, 16% citou o valor nutricional e 19%, ambos os fatores. Este autor mostrou uma associação significativa entre as variáveis ($p=0,004$), indicando que conhecer a importância do leite materno influenciou o tempo de amamentação.

Tabela 7. Distribuição das variáveis sobre opiniões sobre amamentação e nutrição de acordo com tipo amamentação utilizada.

Variável	Categoria	AME Freq. (%)	Artificial/outros Freq. (%)	p-valor
Amam. contribui desenv. Cça.**	Discordo parcialmente	5 (83,3)	1 (16,7)	NA
	Discordo totalmente	3 (100,0)	0 (0,0)	
	Concordo parcialmente	13 (41,9)	18 (58,1)	
	Concordo totalmente	1 (20,0)	4 (80,0)	
Amam. artif. ajuda nutri.***	Discordo	8 (88,9)	1 (11,1)	0,010 *
	Concordo	14 (38,9)	22 (61,1)	
Amam. interf. renda família****	Discordo parcialmente	3 (60,0)	2 (40,0)	
	Discordo totalmente	12 (70,6)	5 (29,4)	
	Concordo parcialmente	2 (16,7)	10 (83,3)	
	Concordo totalmente	5 (45,4)	6 (54,6)	
Amam. interf. renda família****	Discordo	15 (68,2)	7 (31,8)	0,011
	Concordo	7 (30,4)	16 (69,6)	

p-valor obtido pelo teste de frequências do qui-quadrado

* p-valor obtido pelo teste exato de Fisher

**Amam. contribui desenv. cça? - Amamentação contribui para o desenvolvimento da criança?

***Amam. artif. ajuda nutri. – Amamentação artificial ajuda na nutrição?

****Amam. interf. renda família – Amamentação artificial interfere na renda da família

Fonte: COSTA (2014)

Quando as mulheres foram questionadas quanto ao significado da amamentação, não se observou diferenças nas respostas entre as que estão em AME ou não: 23 das 45 participantes relacionaram a saúde da criança, 13 a relação afetiva, 2 a ambos e 7 a outros significados. A utilização do Programa Leve Leite foi

reportada por somente 4 das 22 que usam AME. Já no grupo que amamenta artificialmente, 10 das 23 fazem uso do programa (Tabela 8).

Azeredo (2008) analisou as percepções e vivências de 13 mulheres que amamentaram exclusivamente por seis meses, observando, por meio das narrativas obtidas, que mesmo em diferentes segmentos socioeconômicos, que, além de fatores de defesa do leite humano para o bebê, há uma associação da amamentação com o vínculo estabelecido entre mãe e filho. A amamentação não é vista por essas mulheres apenas como importante para o crescimento e desenvolvimento de um bebê saudável, quer sob o ponto de vista biológico, quer no que tange ao aspecto psíquico (vínculo mãe-filho, por exemplo), mas também para a sua própria saúde, quando previne doenças da mama, pela maior praticidade, bem como evitando outras despesas familiares, aspectos exaustivamente enfatizados nas campanhas e no discurso dos profissionais. O autor observa que na entrevista com as mulheres que amamentaram exclusivamente, foi observada uma motivação interior que as possibilita superar opiniões e pressões contrárias, fazendo com que se sintam seguras quando decidem amamentar os filhos. Na entrevista com as mulheres participantes da investigação, foi constatado ainda que algumas delas buscam solucionar o impasse envolvendo familiares para colaborar na administração do leite materno, que é estocado previamente à saída da mãe para atividades externas ou "sacrificam" um pouco a vida rotineira para amamentar com exclusividade.

Fragoso (2012), ao investigar as vantagens do leite materno, em maternidade do Distrito Federal, com 34 nutrízes, observou uma prevalência maior de nutrízes que consideraram a proteção contra as doenças a principal vantagem do aleitamento materno para a criança e, para a mãe, o vínculo mãe-filho foi descrito como a principal vantagem do processo de amamentação pela maioria das nutrízes.

Tabela 8. Distribuição das variáveis significado a amamentação e utilização do Programa Leve Leite de acordo com tipo amamentação.

Variável	Categorias	AME Freq. (%)	Artificial/outros Freq. (%)
Qual o significado da amamentação	Relação afetiva	6 (46,2)	7 (53,8)
	Saúde da criança	11 (47,8)	12 (52,2)
	Relação afetiva e Saúde da criança	0 (0,0)	2 (100,0)
	Outros	5 (71,4)	2 (28,6)
Utiliza o leite do programa Leve Leite	Não	18 (58,1)	13 (41,9)
	Sim	4 (28,6)	10 (71,4)

Fonte: COSTA (2014)

6 CONCLUSÃO

A população estudada era composta essencialmente por pessoas de baixa renda. Mais da metade do grupo de 45 mulheres estudaram pelo menos até nível secundário, mas somente duas entre elas tinham concluído curso superior. Quase metade delas exerciam atividades domésticas ou autônomas e as demais outras atividades, no entanto, de baixa remuneração. Quase dois terços tinham renda familiar ao redor de dois salários mínimos.

Apesar de não relatarem dúvidas sobre amamentação, metade das mulheres amamentava seus bebês com alimentação artificial e as principais justificativas foram relacionadas a atividade profissional ou baixa produção de leite.

Entre as mulheres empregadas, a maior parte das que utilizava alimentação artificial tinha voltado ao trabalho e quase todas referiam ter algum gasto mensal com o bebê, mas muito poucas recebiam alguma ajuda para custear a alimentação. Entre a ajuda recebida, relatada por menos de metade das participantes do estudo, foi a do Programa Leve Leite.

O custo relacionado a alimentação artificial variou entre R\$ 70,00 e R\$ 1.000,00. Entre este grupo de mulheres que utilizava alimentação artificial, foi possível observar uma tendência de terem mais pessoas morando no mesmo domicílio. Pouco mais de um terço relatou que deixou de ganhar em razão de faltas ao trabalho devido amamentação ou cuidado com a criança, fato que ocorreu em um número bem menor entre aquelas que ofereciam amamentação materna.

As mulheres que usam alimentação artificial para seus bebês, concordam que a alimentação contribui para o desenvolvimento da criança e que a amamentação tem significado afetivo e que é importante para a saúde da criança, no entanto, a maioria delas refere que este tipo de alimentação ajuda na nutrição. A maioria delas também concorda que este tipo de alimentação interfere na renda familiar.

Programas de incentivo ao aleitamento materno devem ser desenvolvidos a partir de culturas e hábitos dos grupos. Apesar de todos os programas de incentivo ao aleitamento materno existentes, o Aleitamento Materno Exclusivo ainda está

aquém de chegar aos níveis estipulados pela Organização Mundial de Saúde, mas foi possível identificar nas respostas das mulheres que estudamos, que o fator cultural representado por crenças e mitos são levados em consideração com muita frequência.

Os resultados obtidos, forneceram subsídios para elaboração de instrumentos educativos que podem ser empregados como parte de um programa de educação em saúde voltado para a importância da amamentação:

- Incentivar a participação das mulheres desde o período gestacional em grupos educativos voltados para o incentivo da amamentação;
- Reforçar o estímulo das mulheres no período puerperal, possivelmente em grupos, orientando-as e tirando dúvidas sobre a amamentação materna em cada etapa do desenvolvimento da criança, bem como a comparação das consequências para a saúde e a economia, que pode ser feita quando comparada com a alimentação artificial;
- Distribuir entre as gestantes instrumentos educativos que estimulem a amamentação exclusiva, e ressaltem as vantagens;
- Estimular a presença dos companheiros nos grupos de acompanhamento ao aleitamento materno exclusivo;
- Garantir a presença dos membros da equipe nas reuniões com as mães, entre eles enfermeiro, nutricionista, assistente social, entre outros;
- Oferecer orientação financeira às famílias com baixa renda;
- Oferecer inclusão social para as mães desempregadas para que estas possam ser inseridas novamente no mercado de trabalho;
- Oferecer apoio àquelas que trabalham através da oferta maior de creches públicas e convênios com creches particulares para que as mães possam ter a opção de deixar seus filhos em locais próximos do trabalho;
- Proporcionar campanhas que possam sensibilizar os profissionais da saúde quanto à amamentação, onde os mesmos possam identificar precocemente os riscos para desmame precoce.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, 2004.

ALVES, A.L.N.; OLIVEIRA, M.I.C.; MORAES, J.R.. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.6, Dec.2013. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000901130&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Apr. 2014.

ANDERSON, J.W., JOHNSTONE, B.M., REMLEY, D.T. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. V. 70. **Am. J. Clin. Nutr.** 1999.

ANVISA- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 222, de 05 de agosto de 2002. Regulamento Técnico para Promoção Comercial de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 06 ago. 2002.

ARAÚJO, A. O.; OLIVEIRA, M. C. **Tipos de pesquisa**. 1997. Monografia da disciplina Metodologia de Pesquisa Aplicada a Contabilidade – Departamento de Controladoria e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

ARAÚJO, M. F. M. et al. A prevalência de diarreia em crianças com uma amamentação ausente ou inferior a seis meses. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 69-76, set./dez. 2007.

ARGENTINA. Comisión Intersectorial para la Promoción del Desarrollo Psicosocial de la Infancia – **Documento Marco**. Argentina, Outubro de 1996.

AZEREDO, C. M. et al. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 26, n. 4, dez. 2008. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822008000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2014.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAIAO, M. R.; DESLANDES, S. F. Alimentação na gestação e puerpério. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 2, abr. 2006. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2014.

BAILAR III, J. C. et al. Una clasificación de los informes de investigación biomédica. **OPS: Oficina Sanitária Panamericana**, n 550, p.3-13, 1994.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: LDA, Ed. 70, 2009.

_____. L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1994. 226 p.

_____. L. **Análise de Conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2007.

BARROS, A. J. S.; LEHFILD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ª ed. São Paulo: Pearson Prentue Hall, 2007.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. **Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal**. Porto Alegre: Scientia Medica, 2007.

BERNARDI, J.L.D.; JORDAO, R.E.; BARROS FILHO, A.A. Cross-sectional study on the weight and length of infants in the interior of the State of São Paulo, Brazil: associations with sociodemographic variables and breastfeeding. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v.127, n.4, July 2009. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802009000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Esplanada dos Ministérios. **Entendendo o SUS**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488. **Diário Oficial da União**, n 164, seção 1, p. 90, 2011a.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Secretaria Extraordinária para Superação da Extrema Pobreza**. Brasília, 2012b.

_____. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. **Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular**. São Paulo: SES/SP, 2011b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012c.

BARBOSA, M. B. et al. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 20, n. 1, fev. 2007. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000100006&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2014.

CAMPOS, A. A. O. et al. Práticas de aleitamento materno: lacuna entre o conhecimento e a incorporação do saber. **Rev. Med.** Minas Gerais, 2011.

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

CARVALHO, M. R. TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CAVALCANTE, L. V. T. F. Práticas de Aleitamento Materno no Município de Iguatu - CE. **Rev Bras Promoç Saúde.**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 476-481, out./dez., 2012.

DODT, R. C. M. et al. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, set. 2013. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300006&lng=en&nrm=iso.

Acesso em: 20 abr. 2014.

ESCOBAR, A. M. U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 2, n. 3, dez. 2002. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2014.

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do Lactente**: base científica para uma alimentação saudável. 3ªed. Minas Gerais, 2005.

FRAGOSO, A.P; FORTES, R.C. Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrizes de um hospital público do Distrito Federal. **J. Health Sci. Inst.** v. 29, n. 2 2011.

GIGANTE, D.P.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, 2000. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Apr. 2014.

GIOLO, S. R. **Análise de dados categóricos**. Disponível em:

http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11449&rastro=PESQUISAS+E+ESTAT%C3%8DSTICAS%2FConceitos+Estat%C3%ADsticos/Estudos+transversais+ou+cross-sectional. Acesso em: 18 abr. 2014.

Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva. In: Amamentação: bases científicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

GONÇALVES, A. C. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno**. 2001. Dissertação – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: Resultados gerais da amostra. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sp#>. Acesso em: 23 set. 2012.

LEVY, M.; BÉRTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno**. Lisboa: Comitê Português para UNICEF, 2008.

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1994.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **Revista e aprimorada**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORAIS, A. M. B. et al. Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n.1, fev. 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2014.

MORGADO, C.M.C.; WERNECK, G.L.; HASSELMANN, M.H. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, Feb. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200008>.

MCCRORY, C. MURRAY, A. The effect of breast-feeding on neuro-development in infancy. **Child Health J**. 2012.

NOVELLINO, M. S. F. Os Estudos sobre a feminização da pobreza e políticas públicas para mulheres. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2004, Caxambú, MG. **ABEP** Caxambú: ABEP, set 20-24; 2004.

OSAVA, R. H. et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2014.

OSÓRIO, C. M.; QUEIROZ, A. B. A. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: Teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 261 - 7., jun. 2007.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

RIBEIRO, V. M. **Representações sociais de enfermeiras sobre o aleitamento materno e sua influência nas práticas educativas**. 2011. Dissertação. UESB,

Jequié, 2011. Disponível em: <http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma2/DISSERTACAO-VIVIAN-MARA-RIBEIRO.pdf>.

SAES, S.O.; GOLDBERG, T.B.L.; ONDANI, L.M.; VALARELLI, T.P.; CARVALHO, A.P. Conhecimento sobre amamentação: comparação entre puérperas adolescentes e adultas. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 24, n. 2, p. 121-6, jun. 2006.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SINASC- SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS. **Nascidos vivos**. Brasil, 2010.

SMITH, DW. **Growth and its disorders**. S.I.: WB Saunders Company, 1977.

STEKETEE, J.G; BHUTTA, B.R.E; MORRIS, Z.A. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**. v.11 n. 65. 2003.

SOUZA, E. F. C. **Autoeficácia da amamentação: aplicação da escala em puérperas de um hospital privado**. 2012. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Guarulhos, 2012.

STACORP. **Statistical Software**: Release 7.0. College Station. Texas: Stata Corporation, 2001.

UNESCO- UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. **Redução da pobreza no Brasil**. Disponível em: <http://www.unesco.org/new/pt/brasil/social-and-human-science/s/poverty-reduction/>. Acesso em: 15 ago. 2012.

VIANNA, R. P. T. et al. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, 2007.

VOHR, B.R. et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. **NICHD Neonatal Research Network Pediatrics**. V. 118, n.1, 2006.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality.**, Lancet, v. 355, p. 451-5, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>. Acesso em: 28 jun. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Motivação para a pesquisa

O tema “aleitamento materno” me chama atenção desde a graduação. Por este motivo, este ramo da enfermagem despertou o interesse em buscar mais sobre este tema, que foi motivo de pesquisa para os Trabalhos de Conclusão de Curso tanto da graduação como da especialização.

Já inserida no ambiente hospitalar, na prática assistencial, apareceram inquietações que muito me colocaram a pensar sobre a amamentação. Entre elas estão as dificuldades, o impacto que causa na família e o que acontece com crianças que são amamentadas exclusivamente ou não. Neste momento percebi que o aleitamento materno está presente em minha prática, seja na orientação durante uma consulta de enfermagem, ou até mesmo no auxílio em sala de parto, momento em que ocorre o primeiro contato pele a pele entre mãe e filho. Tive o privilégio de ouvir muitos relatos de gestantes e puérperas, quer em situações formais ou informais, que me colocaram a estudar e buscar entender melhor o assunto.

Os serviços de saúde, juntamente com os órgãos governamentais competentes, trabalham com o objetivo de atender as necessidades das crianças na primeira infância. No entanto, na prática clínica encontramos muitas mães com dificuldades de amamentação. Fica claro que os diversos mitos e crenças ainda são muito presentes na cultura brasileira.

Esta experiência de ouvir as gestantes e puérperas sobre o ato de amamentar me incentivou a procurar cursos sobre amamentação e pesquisar sobre como eu poderia produzir benefícios para a sociedade e devolver a elas informações relevantes para a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Desse modo, a busca de conhecimento é essencial para elaborar estratégias que possam interferir na mudança de hábitos alimentares do recém-nascido e de toda a família inserida neste contexto.

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido a senhora a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada: “**A Influência da Amamentação na Economia de Famílias Residentes na Região Leste do Município de São Paulo**”. Caso concorde, deverá assinar este formulário em duas vias, das quais uma delas será sua. Caso não aceite participar ou desista de fazê-lo, esta decisão não afetará sua assistência à saúde.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o impacto que a amamentação pode causar na economia familiar. Não haverá riscos esperados, pois a pesquisa será realizada através de formulário. O tempo empregado para preenchimento é de cerca de quinze minutos. Todas as informações serão confidenciais, não haverá qualquer forma de pagamento, o nome do participante será mantido em sigilo e os dados obtidos terão finalidade somente de pesquisa, não afetando a sua assistência. Todos os dados serão arquivados por cinco anos e, após, incinerados, conforme Resolução N. 466/12.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com. Dúvidas quanto o projeto entrar em contato com a pesquisadora: Luciana Fernandes da Costa, pelo telefone 11-2053-2589- e-mail: lucianafcosta2003@yahoo.com.br

Eu, _____, fui devidamente informada sobre os procedimentos da referida pesquisa. Sendo assim, concordo em participar da mesma e autorizo a utilização dos dados com finalidade científica.

Data/Local: _____.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE C: Formulário

Iniciais do entrevistado:_____ Data:___/___/_____.

Local da aplicação do formulário:_____.

1. Qual a sua idade? _____ anos.

2. Qual o seu Estado Civil?

- Solteira
- Casada/União estável
- Divorciada/Separada
- Viúva
- Outros:_____.

3. Até que série a senhora estudou?

- Não estudou
- Nível fundamental incompleto
- Nível fundamental completo
- Nível médio incompleto
- Nível médio completo
- Nível superior incompleto
- Nível superior completo

4. Qual é a sua profissão: _____.

5. Qual é a sua situação com relação ao trabalho?

- Desempregada
- Afastamento maternidade
- Afastamento por doença – Qual? _____.
- Trabalhando sem faltar
- Trabalhando mas faltando ___ dias por mês para cuidar do bebê.

6. Quantas vezes a senhora já ficou grávida? _____ vezes.

Quantas vezes abortou: _____ vezes.

Quantos partos normais: _____.

Quantas cesáreas: _____.

7. Quantas pessoas moram com a senhora e o bebê?

_____ pessoas.

8. Quantas pessoas da família trabalham? _____ pessoas.

9. Qual a renda mensal da sua família?

- Menos de 1 salário mínimo (até R\$ 621,00)
- 1 salário mínimo (R\$ 622,00)
- 1-2 salários mínimos (entre R\$ 623,00 e R\$ 1.244,00)
- 2-3 salários mínimos (entre R\$ 1.245,00 e R\$ 1.866,00)
- 3-10 salários mínimos (entre R\$1.867,00 e R\$ 6.222,00)
- Mais que 10 salários mínimos (mais que R\$ 6.223,00)

10. Quanto você deixou de ganhar, em média, devido às faltas ao trabalho, amamentação ou cuidado com a criança?

R\$ _____.

11. Quanto gasta, mensalmente, para alimentar seu bebê, incluindo mamadeira, bico, leite e outros suplementos? R\$_____.

12. A senhora recebe ajuda para custear a alimentação do bebê? Se sim, de quem?

_____.

13. A senhora amamentou os outros filhos?

- Este é o primeiro filho
- Sim, exclusivamente
- Sim, parcialmente
- Tenho outros _____ filhos e não amamenteei

14. A senhora acredita que amamentação contribui para o desenvolvimento da criança?

- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

15. A senhora acredita que amamentação artificial (leite tipo C, leite em pó, fórmulas infantis, etc) ajudam na nutrição do bebê?

- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

16. A alimentação artificial interfere na renda da sua família?

- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

17. Que tipo da alimentação a senhora está oferecendo para seu bebê?

- Somente materna
- Materna e mamadeira
- Materna e outros _____.
- Somente mamadeira
- Mamadeira e outros _____.

18. Por que a senhora introduziu o leite artificial? (caso esteja utilizando outro tipo de alimentação que não seja a materna).

19. O que a amamentação significa para você?

20. A senhora tem alguma dúvida sobre amamentação?

21. A senhora utiliza leite do Programa Leve Leite, da Prefeitura de São Paulo?

APÊNDICE D: Lista de motivos que fizeram as mães deixarem de amamentar seus bebês.

Motivo	n.
Motivos relacionados a Trabalho:	6
P11- “Por causa do serviço”.	
P12- “Devido ao trabalho”.	
P13- “Porque ia trabalhar”.	
P14- “Porque vou trabalhar e tenho que dar leite pra ela”.	
P20- “Porque tem que trabalhar”.	
P21- “Porque voltou a trabalhar”.	
Devido ao baixo peso:	2
P1- “Não estava ganhando peso”.	
P5- “Pouco peso, baixo, orientação do grupo de amamentação”.	
Motivos de pouca produção de leite:	7
P3- “Pouco leite, muito esganada”.	
P4- “Leite não tava dando conta”.	
P6- “Tinha pouco leite, mamava mas o leite não saía”.	
P9- “Tinha pouco leite, mamava e chorava. Complementava com mamadeira”.	
P17- “Peito secou”.	
P18- “O leite estava secando”.	
P19- “Não tinha muita produção e retorno ao trabalho”.	
Recusa do lactente:	2
P8- “Enjoou o peito com dois meses, fazia ânsia”.	
P15- “Não quis mais o peito”.	
Por motivos de saúde materna:	2
P10- “Por causa da dermatite de contato”.	
P16- “Tive anemia a gravidez inteira o médico aconselhou não amamentar mais”.	
Outros Motivos:	3
P2- “Já passou seis meses, o médico orientou”.	
P7- “Na creche pediram para inserir leite em pó”.	
P22- “O bebê chorava muito a noite”.	
Aleitamento Materno Exclusivo:	23

APÊNDICE E: Lista de Motivos quando questionada sobre o significado da amamentação.

Motivo 1: Relação afetiva

- P01- "Tudo que pude fazer de melhor".
- P02- "Momento só eu e ele, carinho, atenção, converso muito com ele. Conheci mais o meu bebê, um ato de amor que a mamadeira não consegue passar".
- P09- "Amamentação é tudo, todos os fatos quando amamenta, não precisa levar mamadeira é quentinho".
- P11- "Contato com a criança, melhor alimentação para ele".
- P12- "Saúde e bem estar da criança e o contato materno".
- P15- "Ato de carinho, amo dar de mamar, maior aconchego".
- P16- "Querida amamentar ele; significa muito, até onde Deus permitir, quero ver ela bem, leite é tudo mas fazer o que está acabando".
- P17- "Amor".
- P23- "Cuidado".
- P24- "Coisa Muito boa para o bebê se pudesse dava até mais".
- P27- "O mais importante, tão gostoso amamentar".
- P33- "Vínculo faz muito bem para o bebê, vínculo de amor e afeto entre a mãe e a criança".
- P35- "Proximidade com ela, importante para ela".
- P37- "E uma forma de alimentar o bebê uma forma de carinho e o leite materno é uma forma de carinho, fico mais apegados".
- P39- "É uma forma de carinho, afeto, apego".

Motivo 2: Saúde da criança

- P03- "Tudo. Porque isso significa que meu bebê crescerá mais saudável".
- P05- "Saúde do meu filho importante para a saúde dele".
- P07- "Foi tudo, apego com a criança, a saúde dela dá pra ver na cara dela que é saúde pura, nunca precisou ficar internada".
- P08- "Difícil dela ficar doente".
- P10- "Faz bem pro nenê, não tem gripe, não tem resfriado, tem saúde".
- P11- "Contato com a criança, melhor alimentação para ele".
- P12- "Saúde e bem estar da criança e o contato materno".
- P13- "Vitaminas, cálcio, ferro, água, leite".
- P18- "É muita coisa, bastante coisa, desenvolvimento da criança".
- P19- "Muito importante, não fica doente, ele mesmo nunca ficou doente, se desenvolve melhor".
- P21- "Tudo, principal, mais importante para o desenvolvimento do meu filho, saudável".
- P26- "Muito importante para o bebê, importante para o desenvolvimento dela".
- P28- "É bom para a criança, evita doenças".
- P29- "Para o bebê é tudo, alimentação nutrição, desenvolvimento".
- P30- "Muito importante para criança, para a saúde do bebê".
- P31- "Evita doença e crescimento da criança, saúde da criança".
- P32- "Desenvolvimento da criança menos doença e o contato que você tem com ele".
- P34- "Saúde para ela".
- P36- "Desenvolvimento dela".
- P38- "Ela fica mais doentinha que ele (compara com o outro filho amamentado exclusivamente) ela às vezes tem febre".
- P40- "Evita doenças, ela não fica doente tão fácil".

P41- “Muito importante, é tudo, cresce forte, não fica doente”.

P43- “Não sei explicar, mas é muito importante para a saúde dele”.

P44- “Alimento muito saudável, não precisa de preparo”;

P45- “O quanto eu puder dar, vou dar, porque o meu outro filho nunca ficou doente”.

Motivo 3: Outros

P04- “Importante”.

P06- “Não sei”.

P14- “Amamentação é tudo”.

P20- “Muita coisa, não sei nem dizer”.

P22- “Tudo, pois não precisa gastar com leite pra minha filha”.

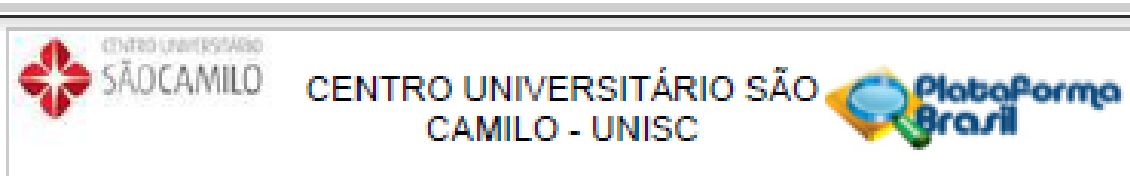
P25- “Não sei”.

P42- “Não preciso comprar leite, não tenho gasto com leite para ele”.

APÊNDICE F: Cartilha de Amamentação

ANEXOS

ANEXO A: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Influência da amamentação na economia de famílias residentes na região leste do município de São Paulo

Pesquisador: Ludana Fernandes da Costa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14528213.7.0000.0062

Instituição Proponente: Centro Universitário São Camilo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 482.435

Data da Relatoria: 04/12/2013

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora descreve como o aleitamento beneficia a saúde da criança e muitas vezes garante a sobrevivência da mesma, sendo indicado pelo menos, até os seis meses de idade. Com a amamentação exclusiva, as famílias têm uma economia de até quarenta por cento da renda, se comparado com famílias com crianças alimentadas com fórmulas infantis e, também, necessitam menos de atendimento médico, pois, adoecem menos, o que impacta na redução do absenteísmo dos pais no trabalho e reduz gastos. Um total de dezesseis milhões de brasileiros têm renda familiar per capita inferior a setenta reais. A taxa de mortalidade infantil no Brasil é de 19,9 mortes por mil nascidos vivos, e pode ser melhorada com a promoção do aleitamento materno. Apesar de todas as vantagens do aleitamento materno exclusivo, o número de mães que amamentam ainda está aquém do ideal, e as consequências deste fato impactam na qualidade de vida das famílias e da sociedade. Entender as causas e consequências da não amamentação materna pode contribuir para minimizar as consequências para a saúde das crianças e para a economia das famílias.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Identificar o impacto financeiro que a alimentação de crianças com idade entre quatro e seis meses pode causar na economia familiar, através de uma amostra de famílias pertencentes ao território

Continuação do Parecer: 482-435

da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e residentes na região leste do município de São Paulo.

Objetivos específicos:

- Avaliar os fatores que levam à introdução do leite artificial;
- Fornecer subsídios que possam contribuir para a elaboração e execução de programas educativos para gestantes e puérperas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não apresenta riscos físicos e emocionais às participantes e nem benefícios diretos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

*Instituição Proponente: Centro Universitário São Camilo.

*Projeto de pesquisa vinculado ao Mestrado Profissional em Enfermagem.

*Instituição Coparticipante: Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Região Leste de São Paulo, pertencentes à Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Itaquera, da Coordenadoria Regional de Saúde Leste.

*Tipo de pesquisa: Trata-se de uma pesquisa de campo, transversal, onde as mães de crianças entre quatro e seis meses de idade serão entrevistadas e questionadas sobre a forma de amamentação desde o nascimento até o momento.

*Amostra: Cerca de 100 mulheres, mães naturais de crianças na idade entre 4 e 6 meses, participarão do estudo.

*Caracterização do participante do estudo: Serão considerados critérios de inclusão: mães com bebês de idade de quatro a seis meses completos, que utilizam a UBS com ESF para consultas de pediatria ou de enfermagem, e que estiverem amamentando ou não seus bebês.

*Procedimento junto ao participante: Será aplicado um formulário com perguntas abertas e fechadas juntos às mulheres.

*Análise dos dados: análise estatística descritiva e análise de conteúdo.

*Abordagem dos participantes: Estas voluntárias serão abordadas após a consulta ao pediatra ou a consulta de enfermagem na Unidade Básica de Saúde ou Estratégia Saúde da Família vigente.

*TCLE: este Termo foi reapresentado, atendendo todas as demandas deste Comitê, não havendo mais pendências. Emenda no termo aprovada.

*Coleta de dados estimada para outubro, novembro e dezembro de 2013, elucidando que só será conduzida após a aprovação deste Comitê.

*Orçamento: total no valor de R\$ 265,40, será subsidiado pelos próprios pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Continuação do Parecer: 402.405

Foram apresentados os seguintes documentos:

1. Folha de Rosto de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos assinada pelo pesquisador e assinatura do responsável pela Instituição proponente.
2. Carta de autorização da Instituição coparticipante.
3. Parecer da Comissão de Pesquisa do Centro Universitário São Camilo.
4. Formulário de Encaminhamento assinado pela orientadora.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda refere-se a inserção dos contatos do Comitê de Ética em pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e atualização do cronograma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar relatório parcial ou final após 6 meses a partir da data desse parecer.

SAO PAULO, 06 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Adriana Aparecida de Faria Lima
(Coordenador)

Anexo B: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A influência da amamentação na economia de famílias residentes na região leste do município de São Paulo

Pesquisador: Luciana Fernandes da Costa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14528213.7.0000.0062

Instituição Proponente: Centro Universitário São Camilo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 483.809

Data da Relatoria: 06/02/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto já aprovado por este CEP.

Justificativa da Emenda:

Foi solicitado pela SMS/SP inserir no TCLE os dados do Comitê, segue em anexo a alteração. Foi necessário alterar o cronograma devido algumas alterações nas datas.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto já aprovado por este CEP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto já aprovado por este CEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Do ponto de vista ético, este adendo não muda a essência do estudo que continua a mesma, estando de acordo com a Res 644/12 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

não se aplica

Recomendações:



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 403.009

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

-

SAO PAULO, 09 de Dezembro de 2013

Assinador por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)