ALEXIS ENRIQUE PÉREZ JIMÉNEZ

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO ABANDONO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS 6 MESES DE IDADE

PORTO ALEGRE - RS

2018

ALEXIS ENRIQUE PÉREZ JIMÉNEZ

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO ABANDONO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS 6 MESES DE IDADE

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.
Orientador: Lucas Mello Pioner

PORTO ALEGRE - RS

2018

RESUMO

A OMS e a UNICEF orientam que a amamentação deve ser mantida até que a criança ou a mãe decida, sem que haja um limite de tempo. Sendo assim, o presente trabalho tem como tema fatores de risco associados ao abandono do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. A má prática do aleitamento materno e o desconhecimento da sua importância, foram o fundamental problema nas mães, o que favoreceu o desmame precoce e, por conseguinte, a alta incidência de infecções respiratórias e digestivas. Com a realização de diagnósticos da situação da amamentação, se centraliza e coordena as medidas de intervenção necessárias, para reduzir o desmame cedo e minimizar as suas consequências. Além disso, permite que possamos orientar as famílias no cuidado de sua saúde para ter melhor qualidade de vida. Este trabalho tem como proposta apresentar os fatores motivadores e dificuldades encontradas, bem como as ações implementadas pela equipe, com o fim de prevenir o desmame precoce e promover práticas para seu melhor desempenho.

Descritores: Atenção Primária, Ciência e Saúde, Saúde da criança, Saúde Púbica.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO 7

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO 11

4. VISITA DOMICILIAR 14

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 16

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 17

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO 19

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Alexis Enrique Pérez Jiménez, sou graduado em medicina no ano 2013 pela Universidade de Ciências Médicas de Holguín. Comecei a trabalhar nesse mesmo ano, num Consultório do Médico da Família (CMF) e ao mesmo tempo iniciei a especialidade de Medicina Geral Integral finalizando em 2015. Desde dezembro do 2016, trabalho no Programa Mais Médicos (PMM) aqui no Brasil, realizando uma nova experiência na Atenção Primária de Saúde (APS) e ao mesmo tempo iniciando o Curso de Especialização em Saúde da Família (ESF).

Atuo na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Algarve, no município de Alvorada, localizada na Região Metropolitana de Porto Alegre. Faz limite com os municípios de Porto Alegre, Viamão, Gravataí e Cachoeirinha, distante 21 quilômetros da capital do estado.

Minha unidade atende dois bairros, Porto Verde e Algarve, com uma população de mais de 44 mil pessoas, predominando a raça branca, tendo muitos imigrantes dos países europeus; alemães e italianos. Também tem pessoas de raça negra, sendo um lugar com muitas misturas de raças. A economia é baseada principalmente no comércio e setor de serviços privados. A maioria da população trabalha em Porto Alegre. Existe também inúmeros usuários desempregados e consumidores de drogas, o que faz com que a violência se torne mais vulnerável na sociedade.

A maioria se encontra em situações de extrema pobreza, com nível sociocultural baixo e existe uma alta prevalência das doenças crônicas como: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Entre os principais problemas encontrados, destaca-se a alta incidência de infecções respiratórias e digestivas, em crianças menores de 6 meses de idade. Este fato ocorre devido às más práticas de aleitamento materno nesse período e ao desconhecimento da sua verdadeira importância, como fundamental problema nas mães adolescentes e desempregadas, favorecendo assim o desmame precoce. Portanto, a realização de diagnósticos da situação da amamentação é de fundamental importância, para auxiliar as medidas de intervenção necessárias, para reduzir o desmame cedo e minimizar as suas consequências. De acordo com a OMS e a

UNICEF (1989), desde os dois primeiros anos, a amamentação deve ser mantida até que a criança ou a mãe decida, sem que haja um limite de tempo.

Segundo NINO et al (2012), o leite materno oferece proteção contra o aparecimento de doenças infantis, como diabetes mellitus insulinodependente de início juvenil; aumento da pressão arterial; obesidade e aparição de doenças nos estágios posteriores da vida.

O presente portfólio constitui a base para a realização de uma investigação, a fim de determinar os fatores de risco, relacionados ao abandono do aleitamento materno, exclusivo até os primeiros 6 meses de idade, servindo como um ponto de partida, para organizar ações e melhorar os indicadores de aleitamento materno exclusivo e de suplementação, recomendados para influenciar a qualidade de vida das crianças e de suas mães.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Dentre os principais problemas mais destacados na UBS, nota-se a alta incidência de infecções respiratórias e digestivas em crianças menores de 6 meses de idade. Tal fato ocorre devido às más práticas de aleitamento materno e ao desconhecimento da sua verdadeira importância, principalmente nas mães adolescentes e desempregadas dando lugar ao principal problema, o desmame precoce. Destaca-se a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como os principais promotores em brindar força às mães para que consigam estabelecer e manter essa prática até os seis meses de vida do bebê, no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo (OMS; UNICEF, 1989).

Em todas as nossas consultas de puericultura, orientamos as mães, para que não deixem de amamentar seu bebê nos primeiros meses de vida. Destacamos o aleitamento natural como a melhor forma de proporcionar o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento das crianças, porque é parte integrante do processo reprodutivo, com repercussões importantes na saúde das mães (ANTUNES, 2008; OMS, 2012; OMS, 2017).

O seguinte caso relatado, é muito frequente em nosso trabalho de cada dia. Criança MF, masculino, 3 meses de idade, residente no bairro Algarve do Município Alvorada-RS, é levado pela mãe JF à consulta de puericultura para avaliação continuada. Ao entrar na sala, observamos que o menino não parava de chorar e estava muito irritado e segundo a mãe era porque tinha fome, mas que o choro ia passar rápido.

Através do interrogatório feito, foi informado que a família é composta pelo avô de 56 anos de idade, fumador e hipertenso, trabalha como porteiro num condomínio. A avó de 53 anos de idade, com histórico de depressão e diabetes mellitus, sem vínculo laboral. O pai RS está na cadeia faz 4 anos, além de dois irmãos, GF masculino de 5 anos de idade e RF feminina de 2 anos de idade. A mãe JF tem 24 anos de idade, não trabalha, recebe ajuda econômica dos pais dos filhos mais a bolsa família. Na consulta a mãe, JF, fala que quer começar a dar leite de caixinha ao filho, MF, porque tem muito trabalho em casa e as crianças não dão tempo para prestar atenção ao bebê, além disso, queixa-se que as mamas ficam doloridas após a

amamentação. Diz, que com seus irmãos nunca teve nenhum problema e agora não tem motivo para acontecer.

É importante, desde o pré-natal e no início das consultas de puericultura, informar e explicar a cada mãe, sobre a correta técnica para uma amamentação adequada. O posicionamento correto do bebê, permite o completo esvaziamento da mama, com o subsequente aumento da produção do leite e evita o aparecimento de fissuras mamilares e possíveis infecções da mama. Para isso não acontecer, o bebê deve estar bem apoiado, com a cabeça e o corpo alinhados o mais próximo e voltado para a mãe, barriga com barriga, o queixo tocando o peito e a boca bem aberta, de frente para o mamilo (Departamento de Nutrologia-SBP, 2012; BRASIL, 2014).

Apresentou carteira de vacinação atualizada, histórico de parto normal durante as 38 semanas e 4 dias, sem comorbidades. O teste do olhinho, pezinho, orelhinha, coraçãozinho, sem alteração e com reflexo vermelho presente.

No Exame físico da criança foi constatado o seguinte:

- Temperatura: 36.8°
- Peso: 5600gr
- Comprimento: 57cm
- Perímetro cefálico: 37cm
- Circunferência abdominal: 38cm
- Peso anterior 4830 (faz 24 dias) ganho de peso adequada para a idade.
- IMC: 17.23 P50/Adequado para idade.
- Fórmula Dentária: 0/0.
- DPM: segura a cabeça.
- Alimentação: Aleitamento Materno Exclusivo.
- Pele: corada e úmida.

Aparato Respiratório: MV normal, sem estertores, FR:40 por min.

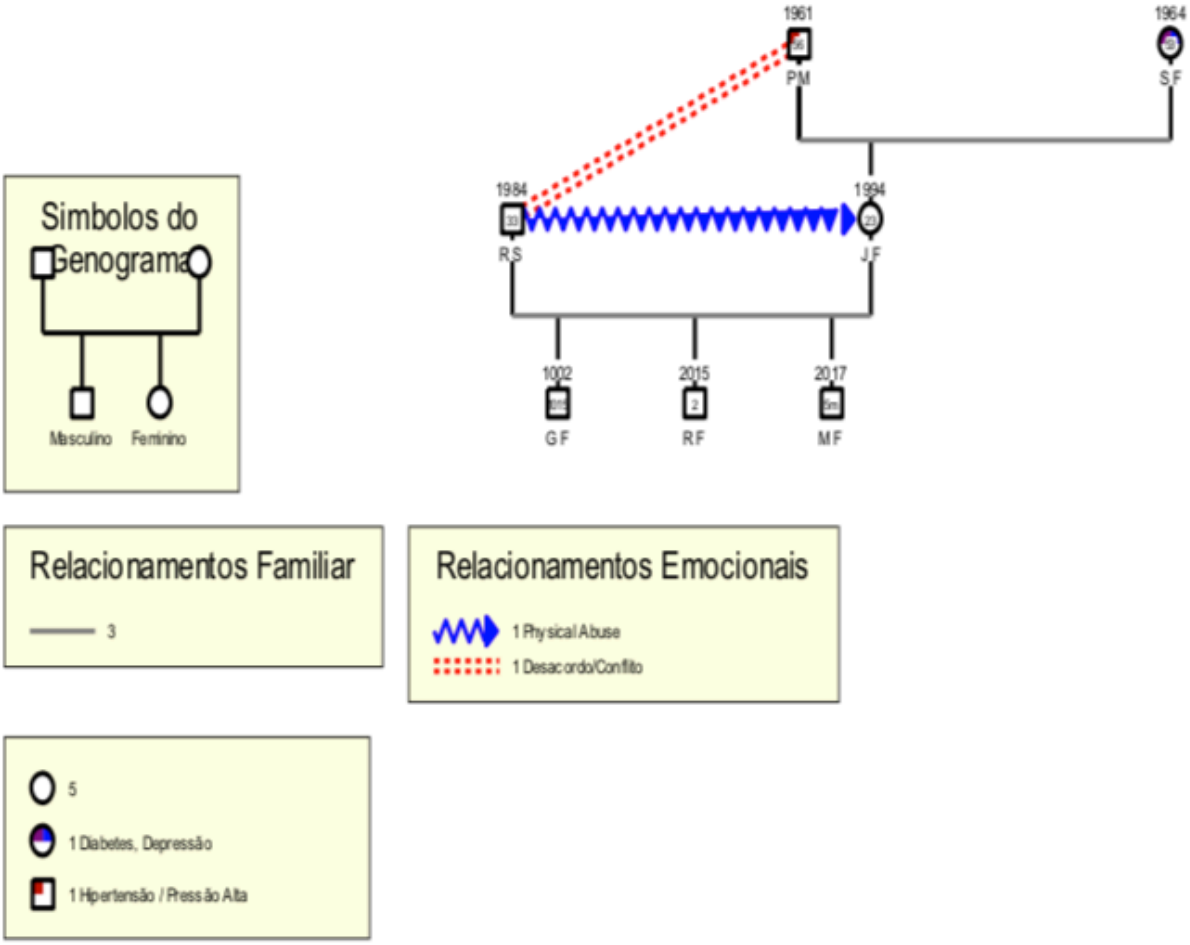
Aparato Cardiovascular: batimentos rítmicos, sem sopros, pulsos presentes e normais, enchimento capilar normal. FC:148 por min.

Abdome: Globuloso, brando, sem tumoração, umbigo sem sepses e sem hérnia. RHA presentes e normais. TCS: Sem edemas. Genitais: testículos descendidos, fimose. SNC: Fontanela anterior normotensa, reflexos presentes e

normais, sem sinais de focalização neurológica. SOMA: Manobra de Ortolani negativa, membros simétricos, sem deformidade. Diagnóstico: Criança eutrófico,.Fimose. Baixo risco por condições socioeconômicas desfavoráveis.

DISCUSSÃO DE CASO

Figura 1 - Genograma:



Plano de ação:

Atividade	Responsável	Data de cumprimento
Explicar a mãe, sobre as vantagens do leite materno para ela e o bebê.	Médico	Consulta
Orientar a mãe sobre a correta técnica de amamentação.	Médico	Consulta
Explicar sobre a prevenção da doença diarreica aguda e das infeções de vias aéreas.	Médico	Consulta
Explicar sobre a prevenção do acidente na criança.	Médico	Consulta
Explicar sobre a estimulação do desenvolvimento psicomotor.	Médico	Consulta
Explicar sobre sinais de desidratação e SRIS.	Médico	Consulta
Agendar consulta de planificação familiar para a mãe.	Enfermeira	Hoje
Agendar visita domiciliar para verificar a manutenção do aleitamento materno exclusivo e avaliar	ASC	Hoje

condições socioeconômicas.		
Fazer visita domiciliar e brindar apoio à mãe e à família.	ASC	Diariamente
Agendar próxima consulta em 15 dias para avaliar o cumprimento das medidas anteriores	Recepcionista	Hoje

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Toda a formação do médico inicia-se com a premissa de realizar medidas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em qualquer dimensão de seu âmbito de trabalho. Assim, dessa forma, é como nossa equipe desenvolve as atividades desde minha chegada na UBS onde laboro.

O canadense Henry Sigerist expressou pela primeira vez em 1945, “promoção de saúde”, onde definiu quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação (Pereira et al., 2000).

Nossa unidade conta com os grupos de saúde mental, que oferece atenção às pessoas com doenças crônicas e às gestantes. O principal objetivo é alcançar um estado de bem-estar, no qual o indivíduo seja capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se, contribuindo com ele mesmo, família e comunidade, assim promovendo um desenvolvimento livre de riscos, para que tenham uma vida saudável.

Na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa, em 1986, foi estabelecida uma série de princípios éticos e políticos, definindo os campos de ação, onde esclarece, que a promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo maior participação no controle desse processo”. Em resumo, poderíamos dizer que, cuidando a saúde teremos uma ótima condição de vida. Surge no contexto

da promoção da saúde a palavra “prevenção”, como o conjunto de atitudes, que devemos tomar por antecipação, de modo a evitar determinados acontecimentos contra a vida das pessoas (Brasil, 2012). É evidente, que a educação para a saúde deve ser considerada desde o planejamento familiar, do começo do pré-natal até o parto e puerpério, e com continuidade nas consultas de puericultura.

Vinculado a isso, nós explicamos aos pacientes, quando é o momento apropriado para a procriação, além conhecer a importância do acompanhamento mediante a assistência das consultas pré-natais, com a finalidade de manter a integridade das condições de saúde da mãe e do futuro bebê.

A equipe toda realiza atividades contínuas, partindo do trabalho dos agentes de saúde na visita domiciliar, onde tem como objetivo promover o intercâmbio de experiências e conhecimentos sobre gestação, parto e puerpério.

Nossa unidade não conta com Pediatra, mas a realização das consultas de puericultura, são conforme o Caderno de Atenção Básica 33 que recomenda sete atendimentos no primeiro ano de vida (na 1ªsemana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de mais duas no 2º ano (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano, consultas anuais.

Nas consultas acompanhamos o crescimento, o desenvolvimento físico e motor, através de uma atenção integral. Isso nos possibilita a detecção de problemas precocemente, estabelece diagnóstico de falha ou atraso do desenvolvimento intervindo positivamente nas alterações que surgirem.

Foi identificado como principal problema, frequentemente nas consultas, a má prática do aleitamento materno, que contribui ao desmame precoce.

No entanto, é importante continuar mantendo nosso papel fundamental no suporte à amamentação e na vigilância dos fatores de risco ao crescimento e ao desenvolvimento das crianças, a fim de conservar e garantir a melhor qualidade de vida, para que cresça de maneira saudável, evitando assim, seu desmame.

Segundo Araújo et al (2008), existem diversos fatores que implica à mãe a parar de amamentar seu filho, bem como o uso de medicações, a falta de alojamento conjunto por causa do trabalho, oferecimento de alimentos por parte dos familiares, entre outros. Com o apoio e compreensão dos familiares e dos profissionais da saúde ante as dificuldades e necessidades das mães, se contribui positivamente na prática e prevalência do aleitamento materno. A estabilidade da mãe com o pai ou companheiro, a paridade materna e experiências anteriores, são determinantes e

significativas, que influenciam a devida atenção que merece o lactente, assim como também, o desempenho do profissional da saúde desde início do pré-natal, no acionar de suas funções com abordagem à qualidade das consultas e assistência das mesmas (Faleiros et al, 2006).

No estudo realizado por Rodriguez et al (2014), destaca-se a importância da realização do pré-natal, no contexto de orientar e estimular à mãe na prática do aleitamento materno, ajudando-as a obter melhor eficácia no vínculo com a criança.

Assim, ações vêm sendo cultivadas pelo pessoal da equipe, na execução do importante papel na assistência das mulheres, desde o início da gravidez, até nas consultas de puericultura, com o fim de prevenir o desmame precoce e promover práticas para seu melhor desempenho.

4. VISITA DOMICILIAR

A Estratégia de Saúde da Família aciona mediante as diretrizes e os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, como universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação social e descentralização, e se apoia sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, organizado pelo trabalho em equipe (Brasil, 1997).

A família deve compreender-se desde seu espaço social, no contexto socioeconômico e cultural, observando-se diretamente, onde ocorrem as interações e conflitos contra a saúde deles.

Com esta prática, o profissional passa a conhecer os problemas de saúde dos indivíduos, diretamente no assunto no qual estão inseridos, de forma tal, para que possamos compreender com maior amplitude o processo saúde-doença, assim como promover seus cuidados.

Segundo Gomes, M. A. (2005), no seu estudo, informam sobre a importância da compenetração dos profissionais na cotidianidade da vida dos usuários. O fato de podermos interagir diretamente com nossa população, nos ajuda abrir novos espaços, que mediante o diálogo e a comunicação, nos faz entender melhor suas vivências e encontrar suas vulnerabilidades.

O agendamento das visitas domiciliares na minha unidade, é realizado pelos agentes de saúde e enfermeiros. Através desse planejamento, o acompanhamento é direcionado aos casos, que apresentam maior dificuldade para o acesso ao posto, como os acamados ou com limitações físicas, pacientes com doenças crônicas e os de alta hospitalar, que precisam de seguimento. E naqueles que tem deficiências no seu desenvolvimento familiar, também fazemos acompanhamento, para providenciar assim, a melhora mais pronta para seu restabelecimento.

As visitas são feitas quinzenalmente, alternadas pelas três equipes assistenciais, formadas pelo médico, enfermagem ou técnico de enfermagem e o agente de saúde, cada um atendendo na sua área de abrangência. Em cada frequência, se realizam quatro visitas domiciliares contando com o apoio do transporte, que a secretaria nos oferece para sua realização. Lima et al (2010), na sua revisão, expressam a importante e extraordinária função dos agentes no seu desempenho na Estratégia Saúde da Família. É fundamental, o papel dos agentes de

saúde em sua função na comunidade, já que se encontram em primeira linha de observação e detecção das vulnerabilidades, que acometem os pacientes e familiares no seu decurso.

Entre os principais problemas encontrados e expressados por eles, constatamos o difícil acesso dos pacientes acamados na realização dos exames de controle, devido a falta do transporte. E as mães que se encontram amamentando, referem dificuldade na prática do aleitamento por desconhecimento da sua importância e por falta de apoio da família, impossibilitando assim, seu desenvolvimento e prolongamento.

Um dos aspectos mais fundamentais desta ação é o grande potencial de promover o intercâmbio entre a equipe e a população, pois permite conhecer as condições de vida e suas relações familiares, ajudando-nos a revelar o contorno epidemiológico existente.

Durante as visitas, os agentes verificam o cumprimento das medidas terapêuticas indicadas pela equipe, como a formalidade dos tratamentos e a realização dos exames periódicos, que no caso de apresentar problemas na sua trasladação ao laboratório, é analisado com a equipe e se solicita à secretaria o apoio para transportar o paciente.

Com relação às mães com dificuldade na prática do aleitamento, é marcada a consulta com o médico para serem avaliadas e orientadas sobre suas situações presentes. Logo se organizam medidas de intervenção necessárias, para acompanhá-las no seu desenvolvimento, como explicar-lhes as vantagens do leite materno, orientá-las sobre a correta técnica de amamentação, entre outras, como fazer visitas para verificar a manutenção do aleitamento materno e oferecer apoio à mãe e a sua família. A compreensão da visita domiciliar, permite que a equipe conheça a realidade a que estão submetidos os indivíduos, no seu dia a dia, bem como trazer as dificuldades pelas quais atravessam, e assim, com a troca de informações, possamos orientar no sentido de incentivar as famílias no cuidado de sua saúde para ter melhor qualidade de vida.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Minha participação no curso de Especialização em Saúde da Família, além de ser o primeiro que faço à distância, aprendi e conheci coisas que antes só sabia por livros, revistas e programas de televisão. Admito que foi muito surpreendente, mas foi uma oportunidade que me ajudou a adquirir novas experiências e conhecimentos sobre os protocolos de atendimentos das diferentes doenças que acometem a população do Brasil.

No início do Eixo 1 – Saúde Coletiva, tive dificuldade porque não conseguia cumprir com as 8 horas que dedicava na semana, pois não eram suficientes e tinha que ocupar parte do tempo nos fins de semana, para cumprir com as aulas e as avaliações. Também tive problemas para acessar a plataforma, porque minha internet é limitada e a solicitada para o curso tem que ser de ótima qualidade e velocidade.

Nestas unidades, conheci as leis e constituições do país, assim como, as caraterísticas do sistema de saúde e as transformações que foram ocorrendo através da sua história. E após a sua compreensão, me serviu para compartilhar junto a meus colegas muitas experiências e dúvidas que surgiam no caminho.

No Eixo 2 – Casos Complexos foi mais fácil de entender, já que a abordagem era direcionada ao processo saúde – doença, desde seu contexto familiar. Também me auxiliou para aperfeiçoar meus conhecimentos sobre a medicina neste país, assim como, sua prática e seu desenvolvimento, quanto aos protocolos usados para cada tipo de procedimento e tratamentos específicos de cada doença.

Com a aprendizagem alcançada no curso, consegui mudar muitas coisas no meu desempenho na UBS onde trabalho, proporcionando aos pacientes e famílias um ótimo atendimento, oferecendo-lhes a melhor satisfação no cuidado da sua saúde.

Além disso, me ajudou a incentivá-los mediante as atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que nossa equipe realiza ativamente, por meio dos grupos de gestantes, saúde mental e crônicos, desde nossas consultas médicas e enfermagem, ajudando-os assim, a melhorar seu estilo de vida. É importante, que todo pessoal da saúde pudesse participar no curso de Saúde da Família, com o objetivo de expandir seus conhecimentos, para assim se direcionar com mais precisão, nos serviços solicitado pelo povo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. Ciência Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. Brasil. 2008.

ARAÚJO OD, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. Rev Bras Enferm. 2008;61(4):488-92.

BRASIL, Cadernos de Atenção Básica. SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília. DF. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, n° 33 1ª edição 2ª reimpressão Brasília – DF 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília. 2012.

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; Trezza, Ercília Maria Carone; Carandina, Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. Revista de Nutrição. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

GOMES, M. A. Famílias em situação de vulnerabilidade: uma questão de políticas públicas. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

MANUAL de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

NINO M, Rosa; SILVA E, Gioconda; ATALAH S, Eduardo. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo. Rev. chil. pediatr. Santiago, v. 83, n. 2, p. 161 - 169, abr. 2012. Abr; 83 (2): 161-169.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), Fundo das Nações para Infância (UNICEF). Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Genebra: OMS; 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 10 dados sobre o aleitamento materno. Agosto. 2017. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/index.html. Acesso 22 fevereiro 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estratégia mundial para a alimentação do lactente e a criança pequena. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf. Acesso 22 fevereiro 2018

OTTAWA. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. 1986.

PEREIRA, I. M. T. B., PENTEADO, R. Z., MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. O mundo da saúde, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

RODRIGUES, Andressa Peripolli et al. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 257-261, jun. 2014.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

ALEXIS ENRIQUE PÉREZ JIMÉNEZ

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO ABANDONO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS 6 MESES DE IDADE

ALVORADA - RS

2017

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam a amamentação exclusiva como essencial durante os primeiros seis meses do recém-nascido, assim como a sua continuação após esse período, até pelo menos dois anos de idade. **Objetivo:** O presente estudo teve o objetivo de determinar os fatores de risco associados ao abandono do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. **Métodos**: Estudo descritivo transversal, observacional, para caracterizar os fatores de risco que influenciam o abandono da amamentação exclusiva, até o sexto mês, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Algarve, no município de Alvorada, Estado do Rio Grande do Sul. Foi elaborado um questionário de respostas fechadas e codificadas preenchidas pelo autor e submetido a uma validade de conteúdo através de uma consulta de revisão de especialistas, que ajustaram as declarações de conceito em referência ao conhecimento, atitudes e práticas. **Resultados esperados:** No final do período a equipe conhecerá os resultados obtidos do projeto, com o fim de estabelecer novas estratégias de saúde educativas às mães, que não cumprem com a amamentação exclusiva até o sexto mês.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação exclusiva, fatores de risco, estratégias de saúde.

1. INTRODUÇÃO

É notório consenso na literatura que o aleitamento materno é a alimentação mais recomendável para o recém-nascido. As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras Instituições a favor da amamentação são indiscutíveis. Estudos epidemiológicos mostram que os benefícios do leite e da alimentação provida pelo corpo materno são refletidos na saúde em geral e no crescimento e desenvolvimento, reduzindo significativamente o risco de muitas doenças agudas e crônicas (Gutiérrez, 2012).

O leite materno fornece quase todos os nutrientes necessários para a plena formação como fatores de crescimento e componentes para o sistema imunológico que uma criança saudável precisa. E ainda, do ponto de vista econômico, não há custos diretos na amamentação, sendo a fonte mais barata de alimentação (Gutiérrez, 2012).

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam a amamentação exclusiva como essencial durante os primeiros seis meses do recém-nascido, assim como a sua continuação após esse período, oferecendo ao bebê outros alimentos complementares, até pelo menos dois anos de idade. A Academia Americana de Pediatria recomenda manter a amamentação pelo menos durante o primeiro ano de vida. Já o Comitê de Aleitamento Materno da Associação Espanhola de Pediatria concorda com as recomendações da OMS e UNICEF (OMS, 2012).

Mundialmente, é tendência nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a substituição da amamentação exclusiva pela artificial ou mista. Um bom exemplo são as crianças que passam parte do dia em creches, cujas alimentações são baseadas geralmente em alimentos processados, com leite artificial, cereais, entre outros (VAHLQUIST, 2011).

O ato de amamentar é um direito da mulher, essencial na criação natural dos seus filhos. A amamentação é considerada uma prática benéfica para reduzir a morbidade e mortalidade infantil, oferece satisfação pessoal à mãe, formando um vínculo único com a criança (CERDA, 2011).

Há amplas evidências dos benefícios de saúde a curto e a longo prazo da amamentação para os recém-nascidos e às mães. Os benefícios precoces incluem a diminuição da mortalidade em lactentes prematuros, a redução da morbidade infantil devido a infecções digestivas, respiratórias, infecções do ouvido médio e urinária e

menos doenças atípicas. Também está associada com escores significativamente elevados para o desenvolvimento cognitivo, tem um impacto sobre a saúde materna, além de outros inúmeros benefícios para crianças. Na saúde materna, estudos têm demonstrado uma menor incidência de câncer de mama e de ovário em mulheres que amamentaram (NINO, 2012).

Apesar dos comprovados benefícios do aleitamento materno, os programas governamentais do Brasil ainda não conseguiram atingir essas recomendações, e a interrupção precoce da amamentação ainda prevalece, ocorrendo de forma significativa, justificando as inadequadas condições de vida na maioria das crianças brasileiras, principalmente quando se refere à alta morbimortalidade infantil, ressaltando-se que parte do processo de desmame ocorre nas primeiras semanas de vida do bebê (ROCCI, 2014).

A preocupação com os efeitos causados pelo desmame precoce é uma constante nas agendas de saúde coletiva. Os modelos explicativos para a relação amamentação–desmame multiplicam-se e sinalizam para o embate entre saúde e doença, evidenciando os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que transformaram a amamentação em um ato regulável pela sociedade (CAMPOS, 2011).

Nas últimas três décadas, aconteceram avanços importantes para a prática da amamentação no Brasil, mas apesar dos incentivos ao aleitamento materno, o país ainda não conseguiu atingir as recomendações da OMS. Segundo relatório do Ministério da Saúde de 2009, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi de 41% e em crianças de nove a 12 meses a prevalência foi de 59,7%, ambas as prevalências no conjunto das capitais brasileiras (BRASIL, 2009).

Estes achados apontam que, apesar da prevalência da amamentação nos últimos anos, o desmame precoce ainda é um importante problema de saúde pública no Brasil, com destaque para a Região Sul (SENA, 2007). Em Alvorada, município do Estado Rio Grande do Sul, o cuidado é considerado como uma das grandes prioridades pela magnitude dos problemas, condições de pobreza e contingente populacional exposto. Sendo assim, a realização de diagnósticos da situação da amamentação é de fundamental importância para auxiliar as medidas de intervenção necessárias para reduzir o desmame cedo e minimizar as suas consequências. Todas as razões acima expostas constituem a base para a realização de uma investigação,

a fim de determinar os fatores de risco, relacionados ao abandono do aleitamento materno, exclusivo no município de Alvorada, servindo como um ponto de partida organizando ações para melhorar os indicadores citados e de suplementação, recomendados para a melhoria da qualidade de vida das crianças e de suas mães.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Determinar os fatores de risco associados ao abandono do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mães que não praticam a amamentação exclusiva até os 6 meses com variáveis estabelecidas: Idade materna, Número de Gestação, Nível educacional, Ocupação, Estado civil.
- Recomendar o aleitamento materno até o sexto mês em crianças de mães pesquisadas.
- Determinar as causas de abandono do aleitamento materno exclusivo.

3. REVISÃO DA LITERATURA

O início da lactação deve ser precoce, nas primeiras horas do pós-parto, evitando o soro ou a mamadeira, mesmo imediatamente após o parto. Isso favorece o contato mãe-filho e o primeiro estímulo para a secreção de leite. A superioridade do leite materno, em relação a qualquer outro alimento, faz com que seja recomendado para recém-nascidos e crianças durante os primeiros 6 meses de vida, pois sua composição se adapta às limitações fisiológicas do trato digestivo, metabolismo intermediário e da função renal. Fornece uma série de vantagens: nutricional, imunológica, psicológica e econômica (LÁZARO, 2010).

A amamentação exclusiva é o método ideal de alimentação, durante os primeiros meses de vida, uma vez que oferece, entre suas vantagens, nutrição ideal e alta proteção contra doenças respiratórias e digestivas nas crianças, e menor risco de uma nova gravidez nas mães. Os benefícios mais importantes e visíveis da amamentação são: a saúde imediata e a sobrevivência da criança (BEJARANO, 2012).

A evidência científica acumulada nos últimos anos apoia a superioridade nutricional do leite materno para a alimentação em recém-nascidos e crianças. Os bebês alimentados com fórmulas artificiais têm mais processos infecciosos, estes são mais graves e geram mais hospitalizações em relação às crianças que são alimentadas com amamentação exclusiva (BEJARANO, 2012).

Embora as recomendações dos órgãos competentes sejam baseadas em evidências bem estabelecidas, dados do Ministério da Saúde Brasil, em estudo realizado nas Capitais e Distrito Federal, mostram baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo. Especificamente, na região sul do País, o tempo de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 3 meses de idade foi de 59,3 dias, sendo relatados diversos fatores que interferem na amamentação materna, como condições socioeconômicas, idade e escolaridade maternas, entre outros (BRASIL, 2009).

A promoção do aleitamento materno ou a amamentação natural é uma estratégia básica para o controle da morbidade e mortalidade infantil. Com base nos estudos realizados, afirma-se que o prolongamento do período de aleitamento, pode salvar um milhão de crianças menores de um ano em países em desenvolvimento e os benefícios aumentam quando a criança é alimentada exclusivamente de forma

natural durante os primeiros seis meses de vida e acompanhada por um período prolongado de amamentação, combinada com a alimentação complementar (ESTRADA, 2010).

A amamentação é tão antiga quanto a humanidade. Por milênios, foi o único recurso para a alimentação de bebês, e aqueles que foram privados dela foram condenados a desaparecer dentro de um curto período. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 1 milhão de vidas infantis por ano poderiam ser salvas, se as mães amamentassem exclusivamente seus filhos durante os primeiros 4 meses de vida (CABALLERO, 2013; CEPERO, 2011).

Os benefícios da amamentação foram bem documentados:

- Reduz a morbidade de doenças diarréicas, respiratórias, alergênicas, enterocolites necrosantes, sepse neonatal e infecções do trato urinário. Portanto, reduz a morbidade e mortalidade de neonatos e bebês (KRAMER, 2011).
- Intervém no crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso da criança.
- É o alimento ideal para recém-nascidos e bebês, graças à sua composição que atende às necessidades da criança e evita a desnutrição, promovendo assim o crescimento normal.
- Oferece vantagens para a mãe. A amamentação exclusiva tem uma ação poderosa no controle da fertilidade, uma vez que existe 98% de chances de não engravidar; o vínculo psicoafetivo mãe-filho é melhorado, o risco de hemorragia pós-parto é reduzido, contribui para a involução uterina, diminui a incidência de câncer de mama e ovário (GORRITA, 2012; GONZÁLEZ, 2013).

Em 1991, a OMS tem certificado as definições precisas de tipos de alimentação infantil. Essas definições devem ser utilizadas em estudos de amamentação para comparar os resultados entre os estudos (INDICADORES, 2011).

- Amamentação exclusiva: aleitamento materno, incluindo leite de outra mãe que não tem laços sanguíneos. Permite que a criança receba apenas gotas ou xaropes (vitaminas, medicamentos ou minerais).

- Amamentação predominante: aleitamento materno, incluindo leite materno ou leite amamentado como principal fonte de alimento. Permite que a criança receba líquidos (água, água adoçada, infusões, sucos), bebidas rituais, gotas ou xaropes (vitaminas, medicamentos ou minerais).
- Amamentação completa: inclui aleitamento materno exclusivo e aleitamento predominante.
- Alimentação suplementar: leite materno e alimentos sólidos ou líquidos.
- Permite qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano.
- Aleitamento materno: alimentação por leite materno.
- Alimentação de garrafa: qualquer alimento líquido ou pastoso, tomado com uma garrafa e uma chupeta. Permite qualquer alimento ou líquido, incluindo leite humano e não humano.

No entanto, na literatura científica também é possível encontrar outros termos, como:

- Amamentação múltipla: aleitamento pelo leite materno para dois ou mais filhos da mesma idade.
- Aleitamento diferido: amamentação do leite materno extraído.
- Amamentação direta: quando o bebê se alimenta diretamente do leite da mama.
- Amamentação em conjunto: aleitamento por leite da própria mãe para dois ou mais filhos de diferentes idades.
- Aleitamento materno induzido: amamentação por leite materno diferente da sua própria, sem gravidez prévia na mãe.
- Amamentação mercenária: aleitamento por leite de uma mãe diferente da sua, em troca de algum tipo de remuneração.
- Amamentação mista: uma forma popular de se referir à amamentação complementar (leite humano + leite não humano). A OMS recomenda que este termo não seja usado na pesquisa científica.

- Amamentação solidária: amamentação por leite materno diferente da sua sem qualquer tipo de remuneração.
- Re-lactância: Amamentação exclusiva pelo leite da mãe após um período de alimentação complementar ou suspensão da lactação.

Desde tempos remotos da humanidade, quase todas as mães alimentaram seus filhos de forma normal, natural e sem problemas: amamentação. Quase todas as sociedades tradicionais na África, Ásia e América Latina tiveram excelentes conhecimentos locais sobre a amamentação, embora práticas tenham variado de uma cultura para outra. O famoso pediatra Paul Gyorgy disse: "O leite de vaca é o melhor para bezerros e o leite humano é melhor para bebês humanos" (NUTRIÇÃO, 2011).

Problemas ou fatores mais frequentes que afetam o aleitamento materno exclusivo: Os fatores em jogo para alcançar a amamentação bem-sucedida são múltiplos; a carga cultural, as experiências de vida da mãe, sua idade e humor, e o apoio que ela recebe de sua família e meio ambiente (DRAS, 2010).

Leite insuficiente

O leite insuficiente é uma condição que muitas mães temem o sofrimento, mas isso não tem um sustento real. A aparência do leite materno varia fisiologicamente durante o curso da alimentação, também varia de mãe para outra. De fato, o leite de cada mulher, varia de acordo com os requisitos de seu próprio filho e essas diferenças devem ser avaliadas. No que diz respeito ao leite "insuficiente" é uma condição, que ocorre com muita frequência, se a amamentação for levada corretamente. Qualquer situação, no entanto, que implica uma extração inadequada de leite pode determinar uma diminuição temporária de sua produção; e é por isso que recomenda-se avaliar a técnica de amamentação em todas as mães que consultam para essa preocupação.

Dor na amamentação

É considerado normal que haja algum desconforto durante a amamentação; no entanto, em mamas saudáveis e com uma boa técnica de lactação, não deve haver dor como tal. A principal causa de dor durante a amamentação é uma má ligação à

boca e mamilo; então a mãe deve ter uma boa técnica para amamentar o bebê para que ele possa alcançar uma sucção correta.

Congestão mamária

Corresponde a um aumento no volume bilateral da mama; associado ao calor local, dor no peito ou endurecimento da mama. Isso ocorre como resultado de uma amamentação insuficiente e / ou ineficaz. O tratamento do congestionamento mamário é baseado no esvaziamento frequente por parte da criança, massagens mamárias e uso de compressas frias.

Gretas no mamilo

As fissuras correspondem às feridas causadas por pressão inadequada dos mamilos na boca da criança; e que geralmente estão associados a uma falta de correspondência no momento da lactação. Na verdade, se houver fissuras, e se o mamilo está bem inserido na boca da criança, não deve haver dor.

Mastite

A mastite corresponde à infecção do tecido intersticial que envolve o lobo mamário. Sua aparência está associada à: fissuras, retenção de leite, diminuição da frequência de aleitamento materno e vazamento das mamas, entre outros. Clinicamente, a mastite apresenta dor nas mamas, eritema, endurecimento anormal e aumento do calor local. Geralmente, compromete só uma mama e são acompanhados por dor de cabeça, mialgias e comprometimento do estado geral.

A amamentação não deve ser descontinuada devido a mastite. Em caso de dor severa impedindo a mãe de amamentar o filho, uma boa alternativa é a extração de leite manualmente ou com bombas de extração. Este leite pode ser administrado à criança sem problemas, pois, como descrito, a mastite afeta apenas o tecido intersticial da mama.

A relação de trabalho

Muitas mulheres que trabalham têm problemas para continuar amamentando quando a licença da maternidade termina. O primeiro conselho, para as mulheres que trabalham fora, é que, quando estão em casa, amamentem o bebê com a maior frequência possível porque isso ajudará a manter a produção do leite materno.

Rejeição da mama

Há casos em que o bebê rejeita uma mama. Pode ser devido a uma fraca postura ou dificuldade em segurá-lo, estar doente ou simplesmente preferir a outra mama. Neste caso, pode continuar apenas com uma. A rejeição das mamas pode ser por várias razões: menstruação, algum alimento da mãe ou simplesmente alguma mudança que o aborreceu e geralmente é transitória. Em qualquer caso, a mãe deve avaliar se houve alguma mudança de rotina.

Doenças rejeitadas: se o bebê não quer mamar, devemos tentar amamentar em um ambiente calmo, tentar diferentes posições e tranquilizá-lo. Antes da tomada, ungir leite no mamilo para incentivar o bebê a pegá-lo, extraia o leite e ofereça com copo ou colher, já que as mamadeiras e chupetas podem piorar a situação, mas se não tentar, o bebê poderá perder a fome.

Sobre as chupetas

O bebê amamentado não precisa de chupeta. Durante as primeiras semanas, é melhor não oferecê-lo para aprender a sugar melhor. Desse jeito, ganhará mais peso e produzirá menos lesões e menos dor no mamilo da mãe. A chupeta deve-se relegar para situações isoladas, como à ausência da mãe ou quando ela dirige. Não é um produto desejável, então quanto mais rápido for removido ao bebê, melhor. Também a chupeta pode causar problemas nos dentes e na boca.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal, observacional, para caracterizar os fatores de risco que influenciam o abandono da amamentação exclusiva, até o sexto mês, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Algarve, no município de Alvorada, Estado do Rio Grande do Sul.

O universo de estudo estará constituído por mães com filhos, que cumpriram seis meses de idade, no período selecionado de julho a dezembro de 2017 na UBS da área de saúde escolhida, dos quais será tomada uma amostragem aleatória simples, seguindo os critérios abaixo:

Critérios de inclusão

Mães com filhos que completaram seis meses de idade no período selecionado e que dão o consentimento informado para participar do estudo e incluem dados de seus filhos.

Critérios de Exclusão

Mães com deficiência mental ou que não concordam em ser incluídas no estudo. Para a coleta de informações foi elaborado um questionário de respostas fechadas e codificadas preenchidas pelo autor, para evitar vieses na obtenção dos dados (anexo 1). Foi submetido a uma validade de conteúdo através de uma consulta de revisão de especialistas (bioestatísticas, pediatras), que ajustaram as declarações de conceito em referência ao conhecimento, atitudes e práticas.

Esta pesquisa inclui as seguintes variáveis (anexo 2):

- Variáveis sociodemográficas maternas: idade, número de partos, nível educacional, ocupação e estado civil.
- Variáveis sócio dependentes, que avaliam características envolvidas na duração da amamentação: causas de abandono de AM e tipo de lactação no sexto mês.

Técnicas e procedimentos

Os pacientes foram estudados no decurso da investigação e os resultados obtidos foram analisados posteriormente salvando-os em um banco de dados projetado para esse fim.

Análise estatística

Foi criado um banco de dados com a ajuda de uma calculadora e se estabeleceram os dados no computador. Os textos serão processados no Word e as tabelas e gráficos no Excel.

Os resultados serão apresentados em tabelas de distribuição de frequência usando números absolutos e percentuais próprios da estatística descritiva, e se chegaram a conclusões e recomendações.

Métodos utilizados

Foram utilizados métodos de nível teórico e empírico da investigação.

Do nível teórico:

- Histórico-Lógico: Foram utilizados para a análise e determinação dos antecedentes e fundamentos teórico-metodológicos sobre os conhecimentos que deve ter uma paciente emoldurada nesta faixa etária.
- Análise e síntese: Sua aplicação permitiu revelar a situação atual do problema investigado, analisar e sintetizar dados e informações relacionadas ao insuficiente conhecimento sobre os danos.
- Indução-dedução: Com base nos erros detectados, podemos generalizar os critérios das insuficiências na preparação de pacientes com essa dificuldade.

Do nível empírico:

A revisão e análise de documentos: Foi utilizada para a coleta e análise de informações sobre o problema, antecedentes e status atual do mesmo.

Considerações éticas

Antes de ser incluído no estudo, foi solicitada durante a atividade a cada paciente, uma pesquisa anônima, com consentimento prévio informado, criado com esse fim, a qual cumpre com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsinki para trabalhos de pesquisa com sujeitos humanos. (Anexo 3).

Para isso, contamos com quatro elementos importantes:

- Informação ao sujeito em investigação.
- Compreensão pelo sujeito através de uma linguagem clara e alto nível de empatia entre o investigador e o investigado.
- Princípio da voluntariedade.
- Competência ou capacidade do paciente para tomar decisões sobre como continuar ou não incluir no estudo.

A aceitação de pacientes para participar do estudo foi solicitada verbalmente e por escrito.

Pretende-se que as razões expostas anteriormente, constituam a base para empreender uma investigação, que permita determinar os fatores de risco relacionados ao abandono da amamentação exclusiva e que a mesma sirva como ponto de partida, para organizar ações para melhorar os indicadores de amamentação exclusiva e suplementada, recomendada para aperfeiçoar a qualidade de vida das crianças e suas mães.

5. CRONOGRAMA

AÇÕES	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Recolha de informação, documentação e bibliografia.	x	x	x			
Coleta de dados.			x			
Processamento de informação.				x		
Análise de informação				x		
Preparação do relatório final					x	
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho						x

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização do estudo e a consulta.
- Computador.
- Impressora.
- Folhas A4.
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- Listas com pacientes escolhidas.
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

7. RESULTADOS ESPERADOS

No final do período selecionado, se dará a conhecer os resultados obtidos do projeto à equipe, com o fim de estabelecer novas estratégias de saúde educativas às mães, que não cumprem com a amamentação exclusiva até o sexto mês, dando prioridade às adolescentes e às que tem pouca experiência, para que abordem a interferência do uso de chupeta e mamadeira na duração do aleitamento, bem como a importância da técnica correta da amamentação.

REFERÊNCIAS

BEJARANO Roncancio JJ. O Lactário no hospital: um paradigma por resolver desde a promoção a proteção o aleitamento materno. Rev Fac Med.2012; 60:117-125. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112012000200006&lang=pt. Acesso 28 setembro 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. 2009.

CABALLERO ORTIZ, Valentín et al. Fatores contribuyentes ao abandono do aleitamento materno exclusivo em uma área de saúde. MEDISAN, Santiago de

Cuba, v. 17, n. 3, p. 455-461, março 2013. Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013000300005&lng=es&nrm=iso>. Acesso 28 setembro 2017.

CAMPOS AAO, Ribeiro RCL, Santana LF, Castro FAF, Reis RS, Oliveira CA et al. Práticas de aleitamento materno: lacuna entre o conhecimento e a incorporação do saber. RevMéd Minas Gerais, 2011; 21(2): 161-7.

CEPERO, Armando Santiso, et al. Avaliação do tempo de aleitamento materno como fator de risco em alterações da oclusão dentaria temporal. Mediciego, 2011, vol. 17, no Supl 1. Disponível em: http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2011/mdcs111k.pdf. Acesso 28 setembro 2017.

CERDA Muñoz L. Aleitamento materno e manejo dos cuidados. Rev Cubana Enfer 2011; 27 (4) 327. Disponível em: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/issue/archive. Acesso 28 setembro 2017.

DRAS Verónica Valdés, Javiera Martínez. Problemas na lactância. UNICEF. 2010. Disponível em: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod03/Mod%203%20Problemas%20de%20lactancia%2018%20feb%2005.pdf>. Acesso 28 setembro 2017

RODRIGUEZ DELGADO, Carlos R et al. Intervenção educativa sobre aleitamento materno. AMC, Camagüey, v. 14, n. 3, jun. 2010. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000300005&lng=es&nrm=iso>. Acesso 28 setembro 2017.

GONZALEZ DE COSIO, Teresita et al. Práticas de alimentação infantil e deterioro do aleitamento materno em México. Salud pública Méx, Cuernavaca, v. 55, supl. 2, p. S170-S179, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800014&lng=es&nrm=iso>. Acesso 28 setembro 2017.

GORRITA Pérez R, Brito-Herrera B. Fatores relacionados com a utilização insuficiente do aleitamento materno. Revista de Ciencias Médicas da Habana 2012; 18(2): [aprox. 9 p.]. Disponível em: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/573. Acesso 28 setembro 2017.

GUTIÉRREZ R H J. Amamentação prolongada e alimentação artificial, sua relação com o ganho de altura durante o segundo semestre de vida. Arch Inv Mat Inf 2012; 4 (3): 121-130. Disponível em: http://www.medigraphic.com/maternoinfantil. Acesso 28 setembro 2017.

INDICADORES para avaliar as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas. Conclusões de uma reunião de consenso. Washington. 2011. Disponível em: http://www.who.int/childadolescenthealth/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf. Acesso 28 setembro 2017.

KRAMER MS. Amamentação materna e alergia: a evidencia. Ann Nutr Metab 2011; 59 (suppl 1): 20-26.

LÁZARO Almarza A, Martín Martínez B. Alimentação do lactente sano. Protocolos diagnóstico-terapêuticos de Gastroenterologia, Hepatología e Nutriçao Pediátrica. SEGHNP-AEP. 2010.

NINO M, Rosa; SILVA E, Gioconda; ATALAH S, Eduardo. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo. Rev. chil. pediatr. Santiago, v. 83, n. 2, p. 161 - 169, abr. 2012. Abr; 83 (2): 161-169.

NUTRIÇÃO Humana no Mundo em Desenvolvimento. Amamentação materna. Cap. 7. 2011. Disponível em: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0a.htm>. Acesso 28 setembro 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estratégia mundial para a alimentação do lactente e a criança pequena. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf. Acesso 28 setembro 2017.

ROCCI E, Fernandes RAQ. Dificuldade na amamentação e influência no desmame precoce. Rev. BrasEnferm, 2014; 67(1): 22-7.

SENA MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras. Revista da Associação Médica Brasileira 2007; 53(6): 520-4.

VAHLQUIST BO. «Introdução», na Organização Mundial da Saúde. Modalidades da amamentação no presente. Relatório sobre o estudo colaborativo da OMS sobre aleitamento materno. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011.

Anexo 1. Modelo de coleta de dados

Pesquisa para conhecer os fatores de risco relacionados ao abandono da amamentação exclusiva até o sexto mês.

Dados da mãe:

- Idade materna: ___ anos.

- Estado civil:

Casada __

Solteira __

Convivente __

• Ocupação:

Dona de casa __

Estuda__

Trabalha __

- Número de partos:

Primípara __ Multípara __

- Nível Educacional:

1º Grau __

Ensino Médio __

Superior __

- Causas de retirada da LME:

Doença da criança __ Doença materna __ Rejeição da criança ao peito __

Não fica lotado __

Falta de leite __

Início do trabalho ou atividade estudantil___,

Vários dos itens acima, Outro___.

• Tipo de amamentação até o 6º mês:

Exclusiva __

Predominante __

Mista __

Complementada __

Anexo 2. Operacionalização de variáveis:

Variáveis	Tipo	Operacionalização		
		Escala de classificação	Descrição	Indicador
Idade Materna	Quantitativa continua	**<20 anos(adolescentes)** **20 – 35(idade óptima)** **>35 anos (anosa)**	Segundo idade cronológica por data de nascimento	Frequência absoluta e por cento
Estado civil	Qualitativa nominal politômica	Solteira, casada o convivente	Segundo resposta da paciente	Frequência absoluta e por cento
Ocupação	Qualitativa nominal politómica	Dona de casa, estuda, trabalha	Segundo resposta da paciente	Frequência absoluta e por cento
Número de partos	Qualitativa nominal dicotómica	Primipara (um filho) ou multipara(2 ou mais)	Segundo resposta da paciente	Frequência absoluta e por cento
Nivel Educacional	Qualitativa ordinal politómica	1° Grau, Ensino Médio, Superior.	Segundo resposta da paciente	Frequência absoluta e por cento
Causas de retirada da LME	Qualitativa nominal politómica	Doença da criança, Doença materna, Rejeição da criança ao peito, Não fica lotado, Falta de leite, Inicio do trabalho ou atividade estudantil, Vários dos itens acima, Outro.	Segundo resposta da paciente	Frequência absoluta e por cento
Tipo de lactancia al sexto mes	Qualitativa nominal politómica	Exclusiva, Predominante, Mista, Complementada	Segundo resposta da paciente	Frequência absoluta e por cento

Anexo 3. MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.

Eu _____ participo voluntariamente em uma investigação que tem como objetivo, determinar os fatores de risco envolvidos no abandono da amamentação exclusiva até 6 meses.

Estou disposto a participar nesta pesquisa e permitir o uso da informação do mesmo pelos pesquisadores, sabendo que todas as informações coletadas serão mantidas em reserva e serão confidenciais.

Esses resultados não têm fins de diagnóstico, mas são investigativos. Não serei conhecido pessoalmente, nem será revelada a outros membros da minha família ou a outras pessoas. Autorizo seu uso em publicações e outros fins de investigação, sempre e quando sejam benéficas para o desenvolvimento da ciência e permaneçam sem revelar minha identidade. Se da investigação, se deriva bens materiais, não me beneficiarei com isso, porque sou totalmente voluntário.

Vou cooperar com a localização, caso seja necessário. Fui informado de que posso estar localizado, assim como posso-me retirar dessa investigação, se eu considerar pertinente, o que não afetará minhas relações com o pessoal de saúde responsável.

Fiz todas as perguntas que eu considerei necessárias sobre a investigação e no caso de querer contribuir com novas informações ou receber mais, sobre o estudo.

Dr. Alexis Enrique Pérez Jiménez, endereço; UBS JD Algarve Rua Antônio Carlos Jobim, 37.

Estou de acordo com todos os itens acima e, para esse efeito, assino abaixo expressando o meu consentimento.

Nome e Sobrenome: _____ Assinatura: _____

Endereço: _____ Data: _____

Testemunha: _____ Assinatura: _____

Membro do projeto: _____ Assinatura: _____