

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMILIA

ANDRÉIA CERRI

**O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DOS USUÁRIOS INSCRITOS NO PROGRAMA  
DE PUERICULTURA: UM OLHAR SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO**

CURITIBA  
2012

ANDRÉIA CERRI

**O processo saúde-doença dos usuários inscritos no programa de puericultura:  
um olhar sobre o aleitamento materno**

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, do Departamento de Saúde Comunitária, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito à conclusão do Curso.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Marta Nolasco Chaves

CURITIBA

2012

## **Processo saúde-doença dos usuários inscritos no programa de puericultura: um olhar sobre o aleitamento materno.**

CERRI, A.\*

\*Enf<sup>a</sup> Residente no Programa de Residência em Saúde da Família, UFPR.

**Resumo:** O leite materno tem características fisiológicas fundamentais frente às necessidades dos lactentes, conferindo proteção imunológica contra processos infecciosos e alérgicos nos primeiros anos de vida. Buscou-se reconhecer a interferência do aleitamento materno na determinação do processo saúde-doença dos usuários inscritos no programa de puericultura e correlacionar a incidência de doenças nos usuários inscritos no programa com o tipo de aleitamento oferecido. Foram revisados registros em prontuários de crianças de 0 a 2 anos inscritas no programa de puericultura em uma US com ESF em Colombo-PR, avaliando-se as seguintes variáveis: idade gestacional, peso ao nascer, tempo e tipo de aleitamento, idade, ocupação e escolaridade das mães, principais adoecimentos relacionados ao sistema respiratório, gastrointestinal e atopia. A prevalência de aleitamento materno exclusivo até 2 meses foi 76,5%, entre 2 e 4 meses foi de 44,5% e até 6 meses foi de 29%. Em relação aos adoecimentos registrados, o maior índice - 86,17% dos eventos registrados - foram relacionados agravos relacionados ao sistema respiratório, seguido por eventos relacionados a atopia, com 7,44% do total de eventos registrados, e agravos do sistema gastrointestinal, com 6,38% do total dos casos identificados. A ocorrência destes agravos foi significativamente maior conforme menor a duração do aleitamento exclusivo recebido pelas crianças. Das crianças que foram acometidas por complicações no sistema respiratório, encontrou-se o desmame precoce em 100% dos casos. O estudo demonstrou dados comparáveis com a literatura, sendo que a oferta de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses representou um fator de proteção para a criança contra as principais doenças nos primeiros anos de vida.

**Palavras-chave:** processo saúde-doença; aleitamento materno; puericultura.

## INTRODUÇÃO

Atualmente o leite materno é reconhecido mundialmente por suas vantagens para os lactentes. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), amamentar é uma ação que traz vários benefícios, como vínculo e afeto entre mãe e filho, nutrição adequada, proteção contra várias doenças, entre outros. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e MS recomendam a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade da criança e a manutenção do aleitamento materno acrescido de alimentos complementares até os dois anos de vida ou mais (BRASIL, 2011).

Todo o desenvolvimento fisiológico depende direta ou indiretamente da nutrição, principalmente na criança, que está em plena aquisição de massa e crescimento. É consenso que o aleitamento materno tem inúmeras vantagens para o binômio mãe-filho, entre elas: nutricionais, imunológicas, psicológicas e econômicas (São Paulo, 2003).

O enfermeiro na atenção básica atua em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos de sua área de responsabilidade, visando à proteção, promoção e recuperação da saúde. Na área da saúde da criança, a atuação da enfermagem visa, sobretudo, incentivar e orientar no sentido de promover o aleitamento materno (São Paulo, 2003). Nesse contexto, a enfermagem trabalha como uma grande aliada nas práticas de apoio e incentivo à mulher na promoção do aleitamento materno visando a saúde integral da criança. (CHAVES *et al*, 2011).

A partir de 1984, o Ministério da Saúde (MS) priorizou nos serviços de atenção à saúde 5 ações básicas para a saúde da criança: promoção do aleitamento materno, imunizações, prevenção e controle de doenças diarreicas, prevenção e controle das infecções respiratórias agudas e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2009).

Organismos nacionais e internacionais, tais como a OMS e o MS, apontam possíveis prejuízos que podem ocorrer à saúde da criança em situações em que o processo de aleitamento materno é interrompido antes dos 6 meses e substituído pela alimentação complementar e outros tipos de leite, configurando o desmame precoce do lactente, entre eles: maior número de episódios de diarreia; maior número de hospitalização por problemas respiratórios; risco de desnutrição; menor absorção de nutrientes importantes presentes no leite materno, como ferro e zinco, entre outros (BRASIL, 2009).

Para GALVÃO et al (2007) os recém-nascidos e os lactentes são mais vulneráveis às infecções, devido à imaturidade do sistema imunológico. Assim considera que para o sistema imunológico desta fase da vida da criança, o leite materno tem características fisiológicas fundamentais frente às suas necessidades, auxiliando na proteção de doenças do tubo digestivo e respiratórias principalmente.

Essa proteção que o leite humano oferece contra os processos infecciosos se faz pela presença de importantes componentes imunológicos que passam da mãe para o lactente, como as imunoglobulinas (IgA, IgM, IgD, IgE), lisozima, lactoferrina e peptídeos bioativos. Outros componentes celulares do leite materno também são considerados importantes nesse processo, são eles: fagócitos polimorfonucleares, linfócitos, plasmócitos. Há destaque também para a presença de componentes do sistema complemento e oligossacarídeos nitrogenados que possibilitam a instalação de flora bífida. Esta última tem sido reconhecida como importante fator de proteção contra os principais patógenos desencadeadores da diarreia (GRASSI; COSTA; VAZ, 2001).

Cabe também destacar que crianças que mamam o leite materno exclusivamente por 6 meses são menos vulneráveis ao desenvolvimento de atopia (SILVA et al, 2008; LEITE et al, 2007). Entende-se como atopia uma predisposição a produzir resposta IgE à alérgenos ambientais e antígenos na alimentação, constituindo como manifestações a dermatite atópica, a asma e a rinite alérgica (LEITE et al, 2007). Os alérgenos do leite de vaca são os primeiros antígenos a entrar em contato com a criança. A sintomatologia, em geral multissistêmica, pode estar relacionada ao trato gastrointestinal, à pele e ao aparelho respiratório (CARVALHO JUNIOR, 2001).

Como Residente do Programa de Residência Multiprofissional da Saúde da Família da UFPR, no município de Colombo- PR, ao atender no programa de puericultura na Unidade de Saúde pude perceber muitas crianças em desmame precoce, ou seja , antes dos 6 meses de idade, conforme orienta o Ministério da Saúde (Brasil,2011). Sabe-se que, apesar das informações veiculadas na mídia sobre os benefícios do leite materno e dos esforços governamentais em divulgar estes benefícios, e ainda, dos profissionais de saúde nas ações de educação em saúde no sentido de promover o aleitamento materno, permanece em boa parte da população concepções populares sobre o aleitamento materno. Entre estas se destacam aquelas que referem sobre a qualidade e quantidade do leite de algumas

lactantes, sendo muito comum a ideia de que algumas mães têm leite fraco, que a quantidade do leite produzido é insuficiente aos bebês, que a introdução de outros alimentos não levará ao desmame, que a oferta de leite artificial fortalece o bebê, até mesmo que o uso de alguns tipos de leite artificial é *status* social. Somado à estas concepções a propaganda da indústria de leites artificiais e complementos alimentares infantis tem sido um processo potencializador para a indução do desmame precoce (DEVITO, 2010).

Considerando que o aleitamento materno é um fenômeno determinado histórico e socialmente, se faz necessário mais do que informação e conhecimento relacionado ao processo da amamentação e seus benefícios para que se tenha adesão à prática da oferta de leite materno exclusivo para crianças até os 6 meses de idade. Muitas adversidades para o processo de amamentação exclusiva encontram-se no contexto social da criança, pode-se afirmar que isso se dá pelas precárias condições materiais da vida. Como exemplo tem-se que as mulheres que trabalham com vínculo empregatício informal não terão o direito à licença maternidade. Logo, estas são levadas ao retorno imediato ao trabalho após nascimento de seus filhos, o que representa um processo determinante para a interrupção do aleitamento exclusivo (CHAVES *et al*, 2011).

Mendes (1999, p.237) considera que "saúde é resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população". Para Teixeira (1989) na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 se definiu o processo saúde-doença como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, assim como acesso a serviços de saúde.

Baseado no exposto acredita-se que para entender a determinação do processo saúde-doença das crianças de uma comunidade periférica de um município da região metropolitana de Curitiba-PR é relevante que o profissional de saúde de uma equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) busque conhecer as características da população inscrita no programa, assim como verificar o tipo de aleitamento oferecido e as doenças que as crianças apresentaram nos primeiros meses de vida. Com isso será possível contribuir para que a equipe local de saúde realize ações mais efetivas para a mudança da realidade de saúde indesejada neste segmento populacional.

Neste contexto, o objetivo da pesquisa foi reconhecer a interferência do aleitamento materno na determinação do processo saúde-doença dos usuários inscritos no programa de puericultura e correlacionar a incidência de doenças nos usuários inscritos no programa de puericultura com o tipo de aleitamento oferecido.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa foi precedida pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde – UFPR, sob o protocolo 1281206111, por atender a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Trata-se de um estudo descritivo documental de caráter quanti-qualitativo sobre a determinação do processo saúde-doença dos usuários inscritos no programa de puericultura de uma Unidade de Saúde com ESF do município de Colombo-PR. Para Tobar e Yalour (2001), o estudo descritivo é aquele em que as características de população ou fenômeno são expostas, podendo também possibilitar correlações entre variáveis.

Segundo Richardson (1999, p. 79), “há autores que não distinguem com clareza métodos quantitativos e qualitativos, por entenderem que a pesquisa quantitativa é também, de certo modo, qualitativa”.

Já as pesquisas qualitativas são em sua maior parte, voltadas para a descoberta, a identificação, a descrição aprofundada e a geração de explicações. Buscam o significado e a intencionalidade das relações sociais e das estruturas sociais sem se basear no tamanho da amostra, mas sim na abrangência do problema investigado em suas múltiplas dimensões, investigando o cotidiano dos fatos, o descobrimento e a exposição dos objetivos, permitindo captar as informações de maneira mais flexível (TOBAR; YALOUR, 2001; SANTOS, 1999; MINAYO; SANCHES, 1993).

De acordo com Portela (2004) e Richardson (1999), a pesquisa quantitativa busca identificar os elementos constituintes do objeto estudado, estabelecendo a estrutura e a evolução das relações entre os elementos e caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto para a coleta dos dados, quanto para a sua interpretação.

Os dados foram coletados em fontes primárias e secundárias. Os dados primários foram coletados em registros do programa de puericultura da Unidade de Saúde Alexandre Nadolny no município de Colombo - PR. Foram coletadas informações em registros relacionadas ao tipo e duração de aleitamento e aos sinais, sintomas e diagnósticos dentro de categorias de agravos que demonstraram na literatura serem preveníveis com a prática do aleitamento materno, como: doenças respiratórias, do trato gastrointestinal e doenças alérgicas.

Foi considerada amamentação materna exclusiva (AME) a alimentação somente com leite materno; a amamentação complementada (AMC) quando eram oferecidos leite materno e outros tipo de leite (leite de fórmula ou de vaca *in natura*) e/ou outros alimentos semi-sólidos e sólidos; e aleitamento artificial (AA) quando o leite materno não era oferecido e a criança recebia leite de fórmula ou leite de vaca *in natura* e/ou outros alimentos semi-sólidos e sólidos. Também foram coletados dados para caracterização dos usuários do programa, tais como: localização no território, escolaridade e ocupação dos pais ou responsáveis, idade da mãe, antecedentes obstétricos e tipo de parto.

Já os dados secundários foram selecionados por meio de busca de informações do município e da população em bancos de dados disponibilizados em *sites* das instituições públicas tais como: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Secretaria Municipal de Saúde de Colombo (SMS-Colombo).

Realizou-se busca dos registros das crianças de 0 a 2 anos completos até junho de 2011 inscritas no programa de puericultura de uma US com ESF no município de Colombo -PR. A consolidação dos dados obtidos foi feita em planilhas com distribuição de usuários por microárea (5). Nessa distribuição foram organizadas cinco (5) planilhas com as seguintes variáveis: identificação da criança, data de nascimento, endereço completo e número de prontuário da família.

No levantamento dos registros foram descartados: os usuários com nascimento após o mês de junho de 2011, pois estes ficariam fora do prazo e faixa etária delimitados para o estudo - crianças de 0 (zero) a 2 (dois) anos até junho de 2011; usuários com nascimentos com idade gestacional abaixo de 37 semanas ou usuários cadastrados no programa de puericultura com apenas 1 (um) atendimento registrado. Assim, dos 100 (cem) sujeitos inscritos no programa 38 foram excluídos. A amostra corresponderia a 62 sujeitos, porém ao buscar os prontuários familiares



13 não foram localizados na unidade de saúde e 7 não continham registros sobre o tipo de aleitamento ofertado no período dos 6 primeiros meses. Portanto, a amostra deste estudo compreendeu 43 sujeitos que corresponderam aos critérios de inclusão e que tiveram os registros localizados no período do estudo.

## **RESULTADOS**

Em relação a amostra estudada, 43 crianças, 53,5% (23) destas são do sexo feminino e 46,5% (20) do sexo masculino. Com relação à idade gestacional no nascimento das crianças estudadas teve-se que 48,5% (21) destas nasceram a termo (entre 37 e 41 semanas) e outras 51,5% (22) estavam sem registros sobre IG de nascimento em seus prontuários. Tal fato prejudicou a reflexão sobre as condições do pré-natal e do parto, o que para Galvão et al (2007) tem relação direta com o processo saúde-doença dos sujeitos nos seus primeiros anos de vida. Pois sabe-se que a IG de nascimento interfere no processo de adocimento das crianças, o que pode ser explicado pela maior maturidade do sistema imunológico daquelas nascidas a termo em relação às prematuras. Para Galvão et al (2007) a ocorrência de doenças infecciosas é quase 7 vezes menor para as crianças nascidas a termo.

Um fato que chamou a atenção na coleta e na análise dos dados da pesquisa é a falta de registros de informações importantes nos prontuários, faltam informações registradas nos atendimentos que auxiliem o profissional a conhecer determinantes do processo saúde-doença desses usuários. O programa de puericultura possui um impresso específico para o registro dos atendimentos no programa, no qual constam campos em branco, sem preenchimento, principalmente campos que solicitam informações pertinentes aos dados dos pais e/ou responsáveis. Esta falha no registro de informações veio dificultar a caracterização dos sujeitos e suas condições de gestação e parto, bem como caracterização de idade, escolaridade e ocupação dos pais e/ou responsáveis.

Em relação ao local de nascimento, 16% (7) crianças nasceram na Maternidade de referência do município de Colombo, outros 5 % (2) em hospitais da região metropolitana e 79% (34) estavam sem registros sobre esse tipo de informação.

Com relação a caracterização do tipo de parto se teve que 32% (14) dos nascimentos foram por parto cesárea e 46% (20) por parto vaginal. Observou-se um cuidado maior com o registro desta variável nos prontuários, pois 22% (9) dos prontuários não continham o registro relacionado ao tipo de parto, percentual de falta de registro menor do que outras variáveis estudadas, como mostrarão os resultados discutidos neste capítulo. Cabe destacar que apenas 1 dos partos vaginais foi realizado com auxílio de fórceps.

Analisando o peso de nascimento dos sujeitos, 18,5% (8) nasceram com peso entre 2500-3000g; 35,5% (15) com peso entre 3000-3500g; 23% (10) com >3500<4000g ; 5% (2) entre 4000-4500g e 18,5% (8) estavam sem registros sobre esse tipo de dado.

Para verificar as condições de nascimento das crianças deste estudo, avaliou-se as condições de oxigenação no recém-nascido imediatamente após ao nascimento por meio de busca de informações sobre o escore de Apgar que os sujeitos receberam na maternidade, conforme tabela 1 a seguir. Ao serem analisadas os pontos recebidos no escore de Apgar no 1º minuto de vida, encontrou-se 5% (2) com asfixia moderada (escore de Apgar entre 3-4 pontos); 7,5% (3) com asfixia leve (entre 5-7 pontos); e 62,5% (27) sem sinais de asfixia (entre 8-10 pontos). O restante, correspondente a 25,5% (11), são referentes a prontuários que não tinham este tipo de informação registrada. No 5º minuto de vida, as crianças que possuíam esses dados em seus registros, os achados foram de 100% com boas condições de oxigenação e sem sinais de asfixia, com escore de Apgar entre 8-10 pontos.

**TABELA 1** - Distribuição de crianças segundo escore de Apgar no 1º minuto de vida, Colombo-PR, 2012.

<b>Escore de Apgar</b>	<b>Nº de crianças</b>	<b>%</b>
0-2 pontos	0	0
3-4 pontos	2	5
5-7 pontos	3	7,5
8-10 pontos	27	62,5
Sem registro	11	25
Total	43	100

**Fonte:** O autor (2012)

Ao analisar a idade das mães dos sujeitos do estudo, os resultados mostram um alto índice (23%) de crianças com mães na faixa etária de 15 a 19 anos - mães adolescentes, conforme tabela 2 a seguir. Este índice, frequência da faixa etária das mães, se seguiu na seguinte ordem: mães com idade entre 20-24 anos com 18,5%; entre 25-30 anos com 5%; entre 30-34 com 14%; entre 35-39 anos com 2,5%; entre 40- 44 anos com 5% . Prontuários sem registro sobre a idade materna representaram 32% (14).

**TABELA 2** - Distribuição do número de crianças inscritas no programa de puericultura de uma unidade de saúde no período de xxxx, segundo faixa etária da mãe, Colombo-PR, 2012

<b>Faixa etária da mãe</b>	<b>Número de crianças</b>	<b>%</b>
15-19	10	23
20-24	8	18,5
25-30	2	5
30-34	6	14
35-39	1	2,5
40-44	2	5
sem registro	14	32
Total	43	100

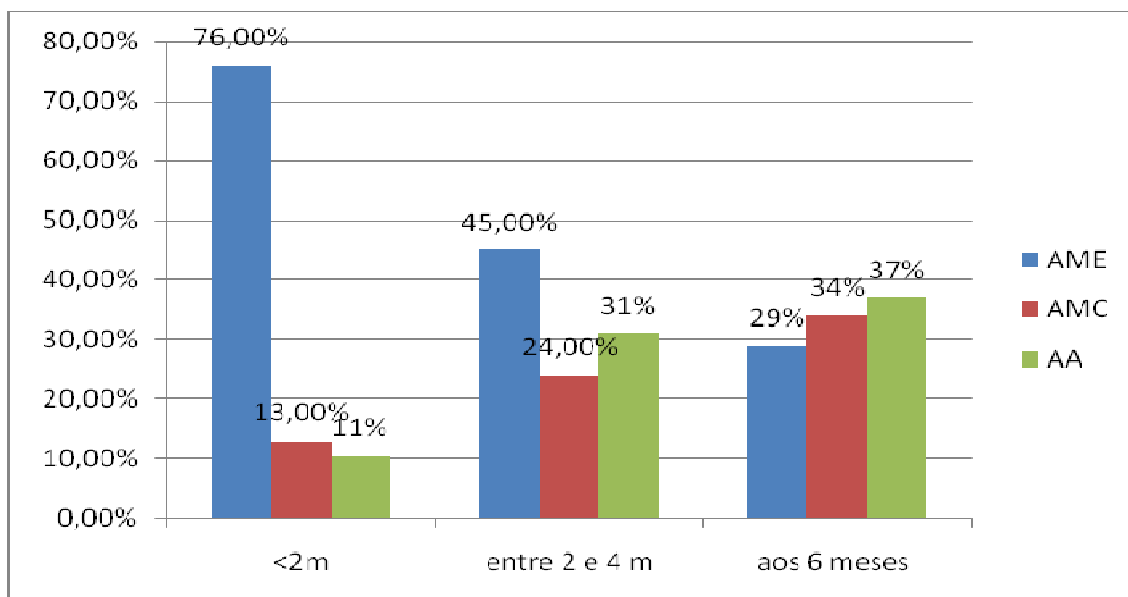
**Fonte:** O autor (2012)

Em relação ao grau de escolaridade das mães das crianças analisadas, 95% (41) estavam sem registros sobre o nível educacional, dificultando a caracterização dessa variável. Foi identificado o grau de escolaridade de apenas duas (2) mães, 5%, sendo uma com ensino médio incompleto e outra com ensino médio completo. Sobre a identificação de suas ocupações, 77% (33) delas não tiveram sua ocupação registrada em nenhum documento, nem no prontuário da criança, e nem em seu próprio prontuário. Foi possível identificar ocupações de apenas 23% (10) das mães, sendo 18,5% (8) do lar, 2,5% (1) balconista de panificadora e 2,5% (1) analista contábil.

A renda familiar não foi citada em nenhum tipo de registro dos usuários estudados. Analisando a coleta de informações sobre ocupação dos pais das crianças, 90% (39) não possuíam registros desta informação. Das ocupações identificadas, constavam 2,5% (1) na ocupação de marceneiro; 2,5% (1) motorista; 2,5% (1) eletricista e 2,5% (1) como auxiliar de produção.

O estado civil da mãe também foi um tipo de informação pouco registrado pelos profissionais de saúde da unidade, sendo que 71,5 % (31) não possuíam este dado em seus registros. Do restante, identificou-se 16,5% (7) das mães como casadas ou em união estável e 12,5% (5) das mães identificadas como solteiras.

Analisando a prevalência do aleitamento materno, percebe-se que das 43 crianças analisadas, 12,5% (5) delas receberam leite artificial já nos primeiros dias de vida, não recebendo o aleitamento materno posteriormente. Das 38 crianças que receberam aleitamento materno desde o início da vida, a prevalência de aleitamento materno exclusivo até 2 meses foi 76 %, entre 2 e 4 meses foi de 45% e até 6 meses foi de 29%, conforme demonstrado na figura 1 a seguir.



**FIGURA 1.** Prevalência do AME, AMC e AA em crianças de 0 a 6 meses, inscritas no programa de puericultura de uma unidade de saúde no período de XXXX, Colombo-PR, 2012

**Fonte:** O autor (2012)

Em relação às crianças que receberam AME por tempo inferior a 6 meses, percebeu-se uma queda significativa da oferta do aleitamento materno exclusivo na faixa de idade dos 2º ao 4º mês, sendo que mais da metade das crianças já não recebiam AME após os primeiros 4 meses de idade.

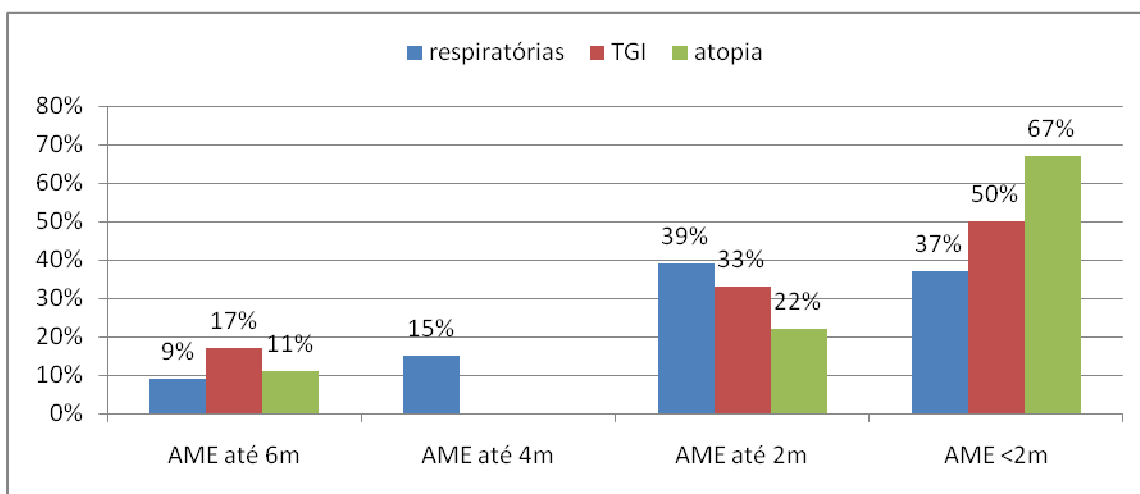
Das crianças que receberam aleitamento complementado (oferta de leite materno e outro tipo de leite) no período de 0 a 6 meses - 27 crianças - 48 % (13) delas receberam esta modalidade de aleitamento até o 6º mês de vida, e 33,5% (9)

até os 4 meses. 18,5% (5) receberam AMC por tempo inferior ou igual 2 meses de idade, passando posteriormente a receber o AA.

A ocorrência de adoecimentos foi analisada pelos diagnósticos médicos registrados e se relacionou esses registros aos adoecimentos do sistema respiratório, sistema gastrointestinal e atopias. Dos eventos que foram registrados nos prontuários para este grupo de 43 crianças, identificou-se 94 eventos. O maior índice, 86,17% (81) dos eventos registrados foram relacionados a acometimentos do sistema respiratório. Os casos de IVAS corresponderam a maior parte desses eventos, com 64,89% (61) dos casos. O restante dos adoecimentos relacionados ao sistema respiratório seguiu na ordem de ocorrência seguinte: as pneumonias corresponderam a 7,44% (7) dos casos; faringites com 3,19% (3); otite média aguda com 3,19% (3); amigdalites com 2,12% (2), bronquiolite com 1,06% (1); e bronquite com 4,25% (4) dos casos.

A ocorrência de eventos relacionados ao sistema gastrointestinal teve-se que a gastroenterocolite aguda (GECA) e sintomas gastrointestinais associados compreenderam 6,38% (6) dos casos. Já os eventos relacionados a alergia foram 7,44% (7) do total de eventos registrados.

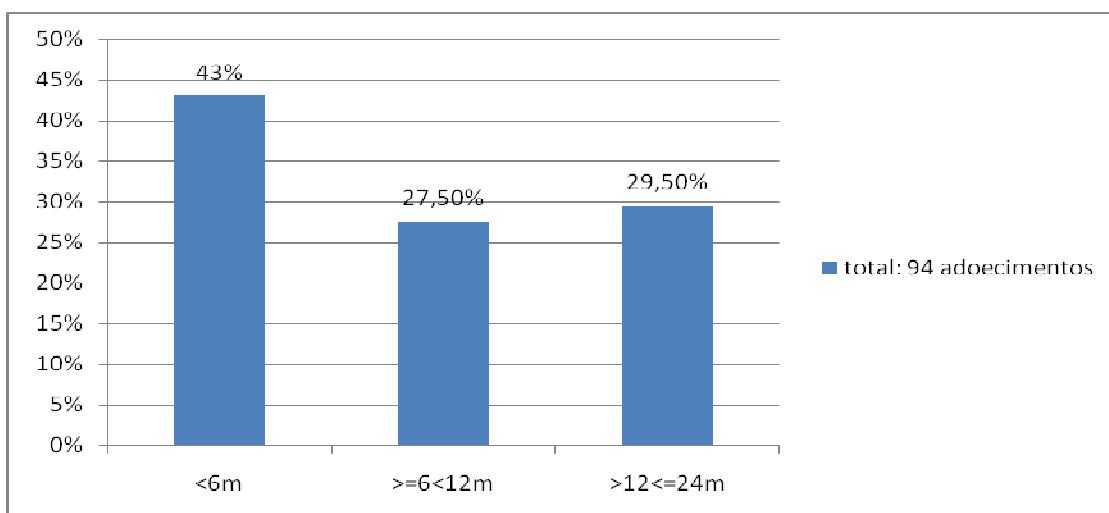
Observou-se que a ocorrência destes agravos foi significativamente maior conforme menor a duração do aleitamento exclusivo recebido pelas crianças, conforme demonstrado na figura 2 a seguir. Desses agravos encontrados, a maior frequência dos eventos foi em crianças que receberam AME por tempo igual a 2 meses ou menos, conforme figura 2 a seguir.



**Figura 2.** Frequência de adoecimentos registrados em relação à duração do AME, Colombo-PR, 2012.

**Fonte:** O autor (2012)

Ao relacionar os registros dos eventos - adoecimentos, sinais, sintomas e queixas com as idades em que eles aparecem, o grupo mostra a tendência ao aparecimento de agravos já nos primeiros meses de vida, sendo que 43% dos agravos registrados aconteceram na faixa de 0 a 6 meses, conforme mostra a Figura 3 a seguir.



**Figura 3.** Distribuição de adoecimentos por faixa etária, Colombo-PR, 2012.

**Fonte:** O autor (2012)

A ocorrência dos agravos também aparecem mais cedo para aqueles que receberam por menos tempo a modalidade de AME. Nas crianças que foram amamentadas por tempo inferior a 2 meses, 56% (19) dos agravos registrados ocorreram já nos primeiros 6 meses de vida. Em contrapartida, as crianças que receberam AME até 6 meses de idade, esse percentual caiu para 36,4% (4) dos eventos registrados nos 6 primeiros meses de vida.

Das complicações dos adoecimentos que comprometeram o sistema respiratório, foram identificados 7 casos de pneumonia (incluindo 1 broncopneumonia) e 1 caso de bronquiolite. Desses eventos, 50% (4) ocorreram em crianças menores que 6 meses de idade, 37,5% (3) estavam no segundo semestre e 12,5% (1) com idade maior que 12 meses.

Destas 8 crianças acometidas por complicações no sistema respiratório, 37,5% (3) casos são de filhos de mães adolescentes – 16, 18 e 19 anos de idade. Um (1) com mãe de 33 anos e 50% (4) sem registros sobre informações da mãe. Sobre a oferta de leite materno a estas crianças que adoeceram por pneumonia, nenhuma delas recebeu leite materno exclusivo até 6 meses de idade.

Analisando a duração de oferta de AME nestas 8 crianças, encontrou-se o desmame precoce em 100% dos casos: 12,5% (1) das crianças passou a receber leite artificial já nas primeiras semanas e vida; 12,5% (1) recebeu AME por tempo < 2 meses e depois somente leite artificial; 12,5% (1) recebeu AME até 3 meses e depois somente leite artificial; 25% (2) receberam AME até 2 meses e AMC até 4 meses; e 37,5% (3) receberam AME até 4,5 meses e permaneceram com AMC até 6 meses de vida. Destas últimas, a ocorrência da pneumonia aconteceu na faixa etária maior que 6 meses de vida – com 6 meses e 1 dia, 8 meses e 26 dias e 14 meses. Uma das crianças que recebeu AME até 2 meses e AMC até 4 meses apresentou a pneumonia com 9 meses de idade. As outras crianças que não receberam leite materno complementado até os 6 meses tiveram seus adoecimentos por pneumonia mais cedo: com 1 mês; 2 meses e 1 dia; 4 meses e 3 dias; e 4 meses e 3 dias.

Ao avaliar o total de atendimentos realizados a essas crianças no período delimitado pela pesquisa, foram registrados e analisados 307 atendimentos. Desses, 80% (245) dos atendimentos corresponderam a consultas programadas pelo cronograma da puericultura conforme idade, e 20% (62) corresponderam a atendimentos eventuais buscados pelas mães por queixas de adoecimentos de suas crianças.

No grupo de crianças que receberam AME por 6 meses, representado por 11 crianças, foram registrados 79 atendimentos ao total, sendo 14% (11) atendimentos eventuais e 86% (68) atendimentos programados. No restante das crianças - 32 crianças – foram registrados 228 atendimentos, sendo 22,5% (51) atendimentos eventuais por queixas, e 77,5% (177) atendimentos programados pelo cronograma de puericultura da unidade. Desta forma, tem-se uma média de 1 atendimento eventual por criança que recebeu exclusivamente leite materno até 6 meses, e para aqueles que não receberam AME até 6 meses e foram incluídos em outra modalidade de aleitamento, tem-se uma média de 1,6 de atendimento eventual registrado em seu histórico de atendimentos.

## **DISCUSSÃO**

Para iniciar a discussão cabe registrar que na busca dos dados se percebeu que no programa de puericultura os impressos específicos para registro

relacionados à identificação da criança, assim como dos seus responsáveis, as condições do nascimento e parto muitas vezes não eram preenchidos. Os campos destas variáveis ficavam em branco, principalmente aqueles que solicitam informações pertinentes aos dados dos pais e/ou responsáveis. Esta falta de informações leva o profissional a desconhecer variáveis significativas para a determinação do processo saúde-doença desses usuários, assim como, dificultou a caracterização dos sujeitos neste estudo, conforme dados apresentados nos resultados.

O registro é de suma importância para o trabalho multiprofissional em saúde, principalmente no âmbito da estratégia saúde da família, além de ser facilitador à pesquisa e formação profissional. O registro pode ser considerado um critério de avaliação da qualidade da prestação de serviços em saúde, além de ser instrumento chave para informar acerca do processo de trabalho da equipe (DONABEDIAN; 1988). Apesar disso no Brasil estudos apontam a baixa qualidade dos registros na assistência à saúde (VASCONCELLOS et al, 2008).

Durante o desenvolvimento do estudo, por meio de observações sistematizadas, pode-se perceber que muitas informações não registradas são de conhecimento de membros da equipe da ESF, pois ao atender os usuários esses profissionais os compreendiam na sua historicidade e na realidade em que viviam. Porém, estes dados não eram sistematicamente registrados, neste sentido, cabe refletir sobre a assistência prestada pela equipe multiprofissional, e ainda, que a falta de informação pode levar os demais profissionais a adotarem uma intervenção que já foi escolhida em outro momento ou mesmo adotar uma intervenção que para aquele caso é inadequada o contexto familiar.

Em relação ao aleitamento materno, o estudo mostra concordância com a literatura ao apontar que a maioria das mulheres inicia o aleitamento materno; entretanto, mais da metade das crianças já não se encontra em amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida, sendo que a recomendação da OMS é que o aleitamento exclusivo deve durar até os seis meses de idade da criança ou mais.

Das 38 crianças que receberam aleitamento materno desde o início da vida, a prevalência de aleitamento materno exclusivo até 2 meses foi 76%, entre 2 e 4 meses foi de 45% e até 6 meses foi de 29%. Reflete-se que o fenômeno observado, queda do aleitamento exclusivo do 2º ao 4º mês, pode se dar pelo retorno da mulher ao trabalho, tendo como consequência a necessidade de inserir a criança em



creches ou deixá-la sob cuidado de familiares. Sendo que a licença maternidade tem duração de 120 dias, as mulheres que retornam ao trabalho após esse período dificilmente manterão o aleitamento materno de forma exclusiva após retorno ao trabalho. Já aquelas que mantêm trabalho informal terão mais dificuldades para evitar o desmame precoce nos primeiros meses da criança.

De acordo com a II Pesquisa de Prevalência do aleitamento materno no país (BRASIL, 2008), a estimativa da duração da mediana do AME foi de 54,11 dias ( 1,8 meses) no conjunto das capitais brasileiras.

Verificou-se que a região Centro-Oeste apresentou a maior estimativa de duração em dias desta prática (66,6 dias), seguida da Norte (66,2 dias), Sul (59,3 dias), Sudeste (55,0 dias) e Nordeste (34,9 dias). A probabilidade de uma criança chegar em AME aos 6 meses em Curitiba ficou em 10,6%. Em Florianópolis 13,1% e Porto Alegre 8,2%. A prevalência de 29% encontrada em nossa pesquisa esteve acima da média de todas as capitais e aproximou-se de 2 estudos encontrados na literatura e em cidades que não são capitais. Em um trabalho realizado em São José do Rio Preto por Carvalho & Silva (2005), os autores encontraram uma taxa de 28,4%. Em Joinville –SC uma pesquisa realizada na cidade evidenciou índices de 22% de aleitamento exclusivo no período de 4 a 6 meses (PNIAM/INAN/UNICEF, 1994). Carvalhães *et al* (1998), num estudo sobre a situação de aleitamento materno em Botucatu, observaram que a porcentagem de crianças em aleitamento materno exclusivo aos 6 meses era de 18,7%. Em Maringá no PR a prevalência do AME foi de 14,2% aos 4 meses e 9,5 % aos 6 meses.

As taxas de gravidez na adolescência, verificado em nosso meio e em nosso estudo, é consideravelmente um fator predisponente para o abandono do AME precocemente, como indicado na literatura por Gigante *et al* (2000) e Faleiros *et al* (2006). Das mães nesta pesquisa, 23% eram mães com idade entre 15 a 19 anos, ou seja, adolescentes. Destas, apenas 20% (2) delas amamentaram com seu leite de forma exclusiva até 6 meses. Em média, as outras amamentaram por tempo igual ou menor que 2 meses e depois iniciaram com fórmula infantil.

A taxa encontrada de número de gestantes adolescentes vem assemelhar-se com a situação da média nacional, pois segundo estatísticas realizadas pelo IBGE no ano de 2006 mostram que a proporção nacional de gestações de mães muito jovens vem mantendo-se alta, sendo que 51,4% dos nascidos vivos notificados ao

SINASC eram filhos de mães com idade até 24 anos, sendo 0,9% de mães do grupo etário de 10 a 14 anos; 20,6% de mães com idade de 15 a 19 anos; e 29,9% de mães com idade de 20 a 24 anos (IBGE, 2009).

No município de Colombo, por meio de dados obtidos do SINASC (Sistema Nacional de Nascidos Vivos) em 1997, das 3262 mães com nascidos vivos, 24, 67% (805) tinham entre 10 e 19 anos. Em 2001, das 3985 mães, 22,45% (895) tinham idade entre 10 e 19 anos. E em 2008, das 3521 mães, 21,61% (761) eram adolescentes de 10 a 19 anos. Esse processo faz refletir sobre as condições de vida das adolescentes do município de Colombo e sobre o risco dessas gestações, o que tem forte relação com a escolaridade, pois na maioria dos casos a gestação não planejada dessas adolescentes implicará em uma evasão escolar.

As dificuldades na disseminação do hábito de amamentar as crianças segundo as recomendações estabelecidas pelo MS e a OMS tem origem multicausal, envolvendo aspectos sociais, econômicos e culturais. De acordo com a pesquisas, quanto maior os anos de estudo e melhor situação econômica, e idade materna maior que 20 anos, maiores as taxas de oferta desta modalidade de aleitamento (GIGANTE et al, 2000; FALEIROS et al, 2006)

Assim, quanto mais anos de estudo a mulher possui, maior sua adesão a prática de aleitamento materno por maior acesso a informação sobre seus benefícios à criança, além da inserção ao mercado de trabalho formal que lhe assegura o direito à licença maternidade e condições de manutenção desta prática por mais tempo do que as trabalhadoras do mercado informal.

Uma forma indireta de se investir em saúde das crianças é investir nas atividades educativas com as adolescentes e jovens. A gravidez na adolescência é fenômeno que atinge principalmente adolescentes de classes menos favorecidas economicamente e em período de formação da educação básica, vindo resultar em agravamento de vulnerabilidade social dessas das famílias. Neste contexto, uma boa iniciativa da equipe local seria investir em atividades com os jovens, aproveitando o espaço da comunidade, escolas e das unidades de saúde, a fim de fortalecer o vínculo dessas jovens com a equipe multiprofissional de saúde, aproveitando temas de interesse dessa faixa etária com temas de educação para contracepção e sexo seguro. Assim, parcerias da saúde com o serviço social, com grupos de trabalho voluntário para o desenvolvimento de atividades que se tornem

instrumentos de sensibilização deste grupo sobre a importância de conclusão dos estudos e busca de atividades profissionalizantes.

O estudo também confirmou o consenso geral encontrado em pesquisas correlatas de que o aleitamento materno é um fator de proteção contra doenças infecciosas para o lactente, principalmente nos 6 primeiros meses, em que o sistema imunológico ainda não está totalmente competente.

De acordo com a literatura, a realidade brasileira abrange as doenças respiratórias e digestivas como principais representantes das doenças infecciosas na infância. De acordo com Galvão et al (2007) essas duas causas juntas correspondem a aproximadamente 80% das internações da população infantil e níveis elevados de morbidade e mortalidade nesta faixa etária.

Ao relacionar o adoecimento por doenças do trato respiratório com o tempo de oferta de aleitamento exclusivo, as doenças respiratórias ocorreram em maior frequência naquelas crianças que sofreram mais cedo o desmame precoce. Confirmou-se que a amamentação exclusiva por período maior ou igual a 4 meses foi relevante em diminuir quadros infecciosos de pneumonia e infecções de vias aéreas superiores, considerando os casos identificados com complicações do sistema respiratório, todos ocorreram em crianças que foram desmamadas precocemente do leite materno, e quanto mais cedo iniciado o desmame, mais cedo a ocorrência da doença. Dos casos de IVAS registrados, 76% dos casos correram em crianças que receberam leite materno exclusivo em tempo menor ou igual a 2 meses. Do grupo que recebeu AME até 6 meses essa porcentagem caiu para 9% dos casos registrados.

Um dado que também chamou a atenção foram as complicações das doenças respiratórias como os casos de pneumonia, em que todos os casos se deram em sujeitos que sofreram desmame precoce e uma parte significativa em filhos de mães adolescentes. Esses dados comparam-se a estudos de Carvalho e Silva (2005), em que as chances de crianças desenvolverem pneumonia foi de 11% maior no grupo amamentado exclusivamente por tempo menor que 4 meses quando comparadas ao grupo de crianças que foram amamentadas por tempo superior a 4 meses. Cabe também destacar a vulnerabilidade instalada às crianças de mães muito jovens, como já destacado anteriormente.

Aqui mais uma vez ressalva-se a importância no incentivo desta prática de AME já que é consenso que as doenças respiratórias na infância representam motivo de preocupação dada sua elevada morbidade e mortalidade principalmente em populações mais fragilizadas e menos favorecidas economicamente (CHIESA, WESTPHAL, AKERMAN; 2008).

Também foi possível concluir que a amamentação exclusiva até os 6 meses confere menor chance de aparecimento de diarreia. Identificou-se apenas um caso de gastroenterocolite aguda em criança com AME por 6 meses, sendo que todos os outros casos ocorreram em crianças que receberam AME por tempo igual ou inferior a 2 meses. O que vem corroborar com estudos que comprovaram o efeito protetor do aleitamento sobre o trato gastrointestinal.

Um estudo realizado com um grupo de 1.677 crianças demonstrou que o aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida confere ótima proteção contra diarreias, sendo o risco da doença surgir, nas que não mamaram até os seis meses, 2,23 vezes maior. Outros estudos consultados na formulação desta pesquisa atestam ainda que a proteção contra diarreia conferida a uma criança com amamentação até o sexto mês é de 83%, sendo o risco de contrair uma doença entérica diarreica 14 vezes maior entre aquelas que mamaram por um período inferior a seis meses (VAZ, 1999; VIERA et al, 2003; ARAUJO et al, 2007).

Ao analisarmos os casos identificados como atopia nas crianças do estudo, apenas 1 deles ocorreu em criança que não sofreu desmame precoce, sendo que todos os outros- 6 casos - foram em crianças que receberam AME somente nos primeiros meses de vida, por um tempo igual ou inferior a 2 meses.

O lactente, particularmente nos primeiros meses de vida, é mais susceptível à absorção de macromoléculas e ao desenvolvimento de reações de hipersensibilidade devido imaturidade gastrointestinal e do sistema imune (BUSINCO et al, 1992), o que pode levar a aumentar as chances de desenvolvimento de atopia.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento são o histórico familiar de atopia, ou seja, o componente genético da criança, e o estímulo ambiental, entre os quais o principal é a exposição precoce à proteínas do leite de vaca (SEIDMAN e SINGER, 2003; STUART et al, 1984). Como não há possibilidade da alteração da influência exercida pela genética, os esforços de prevenção devem se concentrar

no controle ambiental, e o mais importante é o incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros anos de vida.

O suprimento de pequenas quantidades de alérgenos alimentares originados da alimentação da mãe passados à criança pelo aleitamento materno pode contribuir para a indução de tolerância de forma gradual, e desta forma proteger contra uma possível intolerância alimentar com manifestações sistêmicas.

Às vezes o componente genético se faz fortemente pronunciado, como pode-se notar no nosso estudo em que uma criança que mesmo tendo recebido exclusivamente leite da mãe como fonte de alimento até os 6 meses de vida acabou desenvolvendo quadro de atopia. Isto é explicado na literatura, como nos estudos de Seidman e Singer (2003) e Stuart et al (1984) que mesmo os lactentes em aleitamento materno exclusivo podem apresentar reações alérgicas às proteínas do leite e a outras proteínas vindas da alimentação da mãe por influência genética importante.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A falta de registros de informações obtidas nos atendimentos em atividades programadas dentro da Estratégia em Saúde da Família, que tem como base filosófica o trabalho com a realidade local e das famílias, pode levar a equipe de saúde a desconhecer variáveis significativas para a determinação do processo saúde-doença dos sujeitos e famílias atendidas, variáveis estas que constituem pontos-chave para escolha da melhor conduta terapêutica, que muitas vezes é a própria educação em saúde.

Neste mesmo sentido, a caracterização dos sujeitos deste estudo ficou comprometida pela falta de informações registradas, conforme dados apresentados nos resultados.

Em relação ao aleitamento materno, o estudo demonstrou dados comparáveis com a literatura, sendo que a oferta de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses representou um fator de proteção para a criança.

Assim, a prática do aleitamento materno se mostra de grande importância principalmente em populações menos favorecidas economicamente, em que as condições materiais e culturais não favorecem, como no caso da população de

nosso estudo. Portanto, estimular políticas de promoção à prática do aleitamento materno é fortalecer a garantia do direito à criança de um recurso biológico protetor à saúde disponível naturalmente sem custos ao estado ou à família.

O incentivo ao aleitamento materno deve ser fortalecido e implementado de forma sistematizada e contínua nas unidades de saúde, abrangendo desde o grupos de planejamento familiar, pré-natal e programa de puericultura.

Com os resultados encontrados, também é importante para a equipe de saúde como um todo o planejamento para orientação da introdução da alimentação complementar quando o aleitamento materno deixa de ser compatível com a situação familiar. A higienização dos alimentos e rotinas de boas práticas no preparo da alimentação também é tema importante na programação da puericultura e uma iniciativa em educação em saúde que serve de instrumento de prevenção para doenças diarreicas e infecciosas.

De uma forma geral, analisando a necessidade de atendimentos da equipe de saúde por queixas percebidas pela mãe, ficou evidente a menor ocorrência de adoecimentos em crianças que recebem por mais tempo o LM, implicando em menor necessidade de atendimento médico e pela equipe de saúde. Do ponto de vista políticas públicas de saúde, o aleitamento materno representa um investimento em saúde, pois sua prática reflete diretamente na menor necessidade de consultas e de menor uso de medicamentos por essas crianças, e possivelmente menores índices de hospitalizações necessárias, o que significa menos gastos em saúde e melhor qualidade de vida às crianças.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.B. **As reformas na área da saúde: a emergência do sistema único de saúde e as propostas de mudanças do modelo assistencial**. In: Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes. ALVES, C.R.L., VIANA, M.R.A. Belo Horizonte: COOPMED, 2003.

ALMEIDA, M. F. de; JORGE, M. H. P. de M. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, v. 32, n. 3, p. 217-224, jun. 1998. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101998000300003&lng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000300003&lng=pt)>. Acesso em: jun. 2009.

ARAÚJO, M.F.M.; FERREIRA, A.B.; GONDIM, K.M.; CHAVES, E.S. A prevalência de diarreia em crianças não amamentadas ou com amamentação por tempo inferior a seis meses. **Cienc Cuid Saude**, v.6, n.1, jan/mar. 2007, p.76-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da saúde: saúde da criança**. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1251](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1251). Acesso em 08/08/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção básica, n.23, 2009.

Brasil. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS; 2001.

BRASIL: pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1997. 182 p.

BUSINCO, L.; GIAMPIETRO, P.; CANTANI, A. Allergenicity and nutritional adequacy of soy protein formulas. *J. Pediatr*, v.121, p.21-8, 1992.

CARVALHAES, M.A.B.L., PARADA, M.G.L., MANOEL, C.M., VENÂNCIO, S.Y. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Rev Saúde Pública**, v.32, n.5, p.430-6, 1998.

CARVALHO JUNIOR, F.F. **J Pneumol**, v. 27, n.1, jan-fev, 2001.

CARVALHO, C. F.; SILVA, M.G.F. Avaliação do desmame precoce e suas implicações infecciosas nas crianças atendidas no ambulatório de um hospital terciário. **Arq Ciên saude**, v.12, n.3, jul-set; p.129-32, 2005.

CHAVES, M.M.N; FARIAS, F.C.S.A; APOSTÓLICO, M.R.; CUBAS, M.R; EGRY, E.Y. Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.1, p.199-205, 2011.

CHIESA, A.M.; WESTPHAL, M.F.; AKERMAN, M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan. 2008 .

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad Saúde Pública**, v.18, p.191-202, 2002.

DAIN S. **A reestruturação do modelo assistencial de saúde em grandes cidades**: padrões de custo e formas de financiamento. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002.

DEVITO, L. F.A.D. **Promoção e incentivo ao aleitamento materno: orientações para equipes de saúde da família**. Monografia apresentada para conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica – Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Bebedouro/Saõ Paulo, 2010. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0950.pdf>. Acesso em 08/08/2011 .

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v.260, p.1743-8, 1988.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, Oct.,2006.

FERTONANI, H.P., PIRES, D. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da família e novo modelo assistencial. **Enfermagem em foco**, v.1,.2, p.51-54, 2010.

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**, v.34, n. 3,p. 259-65, 2000.

GALVÃO, A; LORENZO, D; BARREIRA, L.; OLIVEIRA, M; FURTADO, R; MOTA, R. *et al.* Aleitamento Materno como Fator Protetor de Hospitalização em Lactentes. **Gaz med Bahia**; v.77, p.2-7, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª ed. São Paulo, Atlas, 1999.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev Adm Empresas**, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GRASSI, M. S; COSTA, MTZ; VAZ, F. A.C. Fatores imunológicos do leite humano. **Pediatria**, São Paulo, v. 23, n.3, p. 258-63, 2001.

LEITE, R.M.S.; LEITE, A.A.C.; COSTA, I.M.C. **An Bras Dermatol**, v.82,n.1, p.71-8, 2007.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**: metodologia, planejamento. São Paulo: Atlas,1997.

MAUAD FILHO M, VALADARES NETO JD, RANGEL MADR, WAGNER A, COTRIM AM. Grande para a idade gestacional: aspectos obstétricos e perinatais. **Rev Femina**.1992; 20(2):113-6.

BRASIL. Ministério da Saúde r. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.



Organização Mundial da Saúde. **Saúde para todos no ano 2000**. Geneva: OMS; 1978.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem: Atenção à Saúde da Criança**. Departamento de Atenção Básica, 2003.

PNIAM/INAN/UNICEF. Boletim Nacional Iniciativa Hospital Amigo da Criança, nº 10, out-nov, 1994.

QUEIROZ, M. I. de P. **O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas**: algumas reflexões. In: Lang, A.B.S.G., org. Reflexões sobre a pesquisa sociológica. São Paulo, Centro de Estudos Rurais e Urbanos. Coleção Textos; 2ª série, n.3, p. 13-29, 1992.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3º ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SEIDMAN, E., SINGER, S. Alergia alimentar e gastroenteropatia eosinofílica. In: Ferreira T., Carvalho E, Silva R. Gastroenterologia e hepatologia em pediatria. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

STUART, A., TWISELTON, R., NICHOLAS, K., HIDE, W. Passage of cow's milk proteins in breast milk. **Clin Allergy**, v.14, p. 533-5, 1984.

SIGAUD, C.H.S. **Concepções e práticas maternas relacionadas à criança com pneumonia: estudo realizado no município de São Paulo** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

SILVA, M. B.; ALBERNAZ, E. P.; MASCARENHAS, M. L. W.; SILVEIRA, R.B. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.8, n.3, jul/set, p. 275-284, 2008.

SIMÕES, C. C. da S.; OLIVEIRA, L. A. P. de. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil**: a situação de fecundidade: determinantes gerais e características da transição recente. Rio de Janeiro: IBGE, 1988. 63 p.

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I. H. S. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.173-182, 2008.

VAZ, F.A.C. Diarréia: fatores de risco associados ao óbito em crianças. **Rev Assoc Med Bras**. V.45, n.1, jan/mar, 1999.

VIERA, G.O., SILVA, L.R., VIERA, T.O. Alimentação infantil e morbidade por diarréia. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.79, n.5, p. 449-54, set/out 2003.

VIANA, A.L.D.; HEIMANN, L.S., LIMA, L.D; OLIVEIRA, R.G., RODRIGUES, S.H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.18, p.139-51, 2002.

VITURI, S.C.; BRITO, A.S.J. Prevalência do aleitamento materno em crianças até o sexto mês de idade na cidade de Maringá, estado do Paraná, Brasil. **Acta Scientiarum**, Maringá, v.25, n.2, p. 141-46, 2003.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Marta Nolasco Chaves, pesquisadora do Departamento de Enfermagem da UFPR, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é “ **Processo saúde-doença dos usuários inscritos no programa de puericultura: um olhar sobre o aleitamento materno**”.

O objetivo desta pesquisa é reconhecer a influência do aleitamento materno na determinação da saúde e de adoecimentos das crianças entre 0 a 2 anos e que são atendidas no programa de puericultura da unidade de saúde Alexandre Nadolny. Para tanto, necessitarei pesquisar informações disponíveis nos prontuários (ficha de atendimento) das crianças que estão nessa faixa de idade para identificar por quanto tempo receberam aleitamento materno e como isso veio influenciar na sua saúde.

Para isso, convido o senhor(a) a autorizar que eu utilize o prontuário de seu(a) filho(a). Este prontuário fica armazenado na unidade de saúde. A participação do(a) seu (sua) filho(a) nesta pesquisa é voluntária e não trará riscos, pois as pesquisadoras não entrarão em contato direto com seu(sua) filho(a), já que a pesquisa será feita a partir de coleta de informações já existentes no prontuário referentes aos atendimentos que ele(a) já recebeu na unidade de saúde.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: conhecer a situação da oferta de aleitamento materno às crianças e reconhecer a situação de saúde-doença dessas crianças nos seus dois primeiros anos de idade, para que os resultados possam ser discutidos com a equipe de enfermagem do serviço. Assim espera-se contribuir com incentivos à ações de prevenção em saúde no programa de puericultura da unidade.

No entanto, nem sempre seu(a) filho(a) será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico que os resultados dessa pesquisa pode trazer.

As pesquisadoras Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Marta Nolasco Chaves (Fones/ fax: 41-3360-3777; e-mail: [mnolasco@terra.com.br](mailto:mnolasco@terra.com.br)) e a Enf<sup>a</sup> Residente Andréia Cerri (Fone: 96169840; email: [andreia\\_cerri@hotmail.com](mailto:andreia_cerri@hotmail.com)) responsáveis por este estudo poderão ser contatadas no Departamento de Enfermagem, na UFPR (Endereço: Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico – Curitiba, Fones/ fax: 41-3360-3777) de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:00h, no tel: (041) 3360-3777, para esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.

Estão garantidas todas as informações que o Sr. (a) queira sobre este estudo estudo. A participação neste estudo é voluntária e se o Sr.(a) não quiser mais que tenhamos acesso ao prontuário de seu filho(a), poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida, respeitando-se completamente o seu(a) anonimato e do seu(a) filho(a). Ou seja, se os resultados forem publicados, não aparecerá nome do seu(a) filho(a), e sim um código.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade e sim das pesquisadoras. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que qualquer problema decorrente do estudo será resolvido pela pesquisadora responsável do projeto.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual permiti a participação do(a) meu(minha) filho(a) por meio de permissão para utilização de informações registradas em seu prontuário A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper a sua participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Ficou claro também que a participação do(a) meu(minha) filho(a) é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em permitir a participação do(a) meu(minha) filho(a) deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Assinatura do pai (mãe) ou responsável

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Assintura da pesquisadora



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA- UFPR



**Projeto de pesquisa: Processo saúde-doença dos usuários inscritos no programa de puericultura: um olhar sobre o aleitamento materno**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

Identificação (nome por sigla)	Nº prontuário (para controle da pesquisadora e não divulgação)	Codificação da Área e micro-área:
Data de nascimento	Sexo ( ) feminino ( ) masculino	

**2. DADOS SOBRE A FAMÍLIA DO USUÁRIO**

Nome da Mãe (nome por sigla): Estado civil/situação conjugal  ( ) casado ( ) viúvo ( ) solteiro ( ) separado ( ) união estável	Data de nascimento: Escolaridade:  ( ) analfabeto ( ) sabe ler/escrever ( ) primeiro grau ( ) segundo grau ( ) superior  ( ) completo ( ) incompleto	Nº filhos: Antecedentes obstétricos:  Nº gestações: Nº partos: Nº abortos:
Constituição familiar:	Ocupação pai:  Ocupação mãe:	Renda salarial: ( ) < 1 salário mínimo ( ) 1 a 3 salários mínimos ( ) 3 a 5 salários mínimos ( ) > 5 salários mínimos

**3. DADOS SOBRE O NASCIMENTO**

Hospital no qual nasceu a criança:	Tipo de parto: ( ) normal ( ) fórceps ( ) cesária	Idade destacional : _____ Apgar 1º min: Apgar 2º min
Peso ao nascimento: _____ kg	Intercorrências: _____ _____ _____	

**4. DADOS SOBRE AMAMENTAÇÃO**

A criança mamou exclusivamente até a idade de:  ____ meses e ____ dias	Idade (Meses e dias) da introdução do outro alimento complementar ao leite materno ( misto)  ( ) água idade: _____ ( ) suco idade: _____ ( ) outro tipo de leite idade: _____ ( ) Papinhas idade: _____ ( ) outro : _____ idade: _____	Idade em que cessou completamente a oferta de leite materno:  ____ m ____ d	Motivo do desmame:  _____ _____ _____
---	--	---	---