



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB**  
**FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**

**AMANDA COUTO LOPES**

**DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E ALEITAMENTO MATERNO**  
**EXCLUSIVO: EXISTE ALGUMA RELAÇÃO?**

**CEILÂNDIA**

**2014**

**AMANDA COUTO LOPES**

**DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E ALEITAMENTO MATERNO  
EXCLUSIVO: EXISTE ALGUMA RELAÇÃO?**

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro pela Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup>Msc. Casandra G. R. M. Ponce Leon

**CEILÂNDIA**

**2014**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Lopes, Amanda Couto.

Doenças respiratórias e aleitamento materno exclusivo: existe alguma relação?/ Amanda Couto Lopes. Ceilândia - DF, 2014.

51f.: il.

Orientadora: Casandra G. R. M. Ponce de Leon;

Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

1. Aleitamento materno. 2. Doenças do trato respiratório. 3. Alimentação artificial. 4. Desmame precoce

LOPES, Amanda Couto

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO:  
EXISTE ALGUMA RELAÇÃO?

Monografia apresentada à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Aprovado em: Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**Banca Examinadora**

---

Prof. Dr. Kelb Bousquet Santos

Professor Examinador

---

Prof. Msc. Juliana Machado Shardosim

Professor Examinador

---

Prof. Msc. Casandra G. R. M. Ponce de Leon

Professor Orientador

## **DEDICATÓRIA**

A todas as crianças que serão salvas pelo Aleitamento Materno Exclusivo, graças à conscientização das mães a respeito dos benefícios deste. Ao meu pai que me apoia e me incentiva sempre, e às pessoas que contribuíram para realização deste estudo.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, MEU TUDO! Minha luz quando as madrugadas de estudo eram intermináveis, meu caminho quando me via perdida em meio a tantas dúvidas e indecisões, meu calmante quando a ansiedade me dominava, meu colo acolhedor quando me sentia cansada, minha companhia quando ninguém mais o era, meu protetor quando me esquecia de que era necessário fazê-lo. À Nossa Senhora por ser minha mãe zelosa e protetora, minha fiel companheira e intercessora em todos os momentos difíceis e felizes.

Aos meus pais. Antônio Lopes da Silva Júnior, o melhor pai do mundo, meu exemplo, meu carrasco, meu herói, meu companheiro, meu amigo, meu conselheiro, meu cuidador, meu colo nos momentos de descanso. Lucileny Couto Correia, minha momy, pelo dom da vida e por ter me mostrado o quão importante é o aleitamento materno para o bom desenvolvimento de uma criança, sendo ama de leite de muitos vizinhos e amigos.

À minha família e amigos pelo carinho, apoio e incentivo, acreditando no meu potencial até mesmo quando eu duvidava. Ao grupo UP, por ser a melhor parte dos meus cinco anos de Universidade e serem a melhor lembrança que terei para o resto de minha vida, principalmente por serem o melhor exemplo de amizade verdadeira, pura e sem interesses que conheci, obrigada pelas tardes, noites e madrugadas de bate-papo e muito aprendizado. Meus amigos de fé, amo muito cada um de vocês!

Ao meu namorado Phellipe pelo carinho, atenção, apoio, paciência, compreensão e ajuda dedicado a mim ao longo desta caminhada, e por compreender minhas ausências e falta de paciência em momentos decisivos da minha graduação. I love you, honey!

Aos meus primos, Renata Silva e Marcus Allan Lopes, pela paciência, carinho, apoio e compreensão nos momentos de estresse com a faculdade, nas tarefas domésticas deixadas para mais tarde e pelas madrugadas em que fiz barulho pela casa enquanto vocês dormiam para trabalhar no dia seguinte, por ouvirem meus desabafos quando os problemas já estavam grandes de mais para carregar sozinha. Obrigada meus queridos!

À todos os professores da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia por me ensinarem o “caminho das pedras” e mostrarem que ser enfermeiro é muito mais do

que ter conhecimentos científicos e biológicos, mas sim ser “apenas mais uma alma humana ao tocar uma outra alma humana”. Obrigada, por me ensinarem a ser uma exímia profissional!

Agradeço, em particular, à professora Casandra Ponce de Leon pelo carinho, dedicação, paciência, compreensão e ensinamentos transmitidos ao longo deste um ano e meio que estivemos juntas trabalhando neste projeto. Obrigada por tudo, nunca terei palavras suficientes para demonstrar a tamanha gratidão que sinto! Agradeço ainda ao professor Carlos Eduardo dos Santos por ter sido meu orientador no PIBIC e por ter despertado em mim a vontade de pesquisar. Obrigada professor!

À toda equipe do Centro de Saúde nº11 de Ceilândia que me recebeu com tanto carinho e possibilitou o desenvolvimento deste estudo. Principalmente à equipe da Estratégia Saúde da Família, que com muito carinho atendeu o meu pedido de ajuda para a realização das visitas. Em particular ao Agente Comunitário de Saúde Leomar Morais, que me acompanhou na realização das visitas. Obrigada meus AMIGOS!

Às entrevistadas, pela cordialidade, disposição e carinho ao me receberem em seus lares, mesmo quando tinham que cuidar de seus filhos e casa, ou tinham retornar ao trabalho. Obrigada, sem vocês esta pesquisa não existiria!

*“Toda vocação nasce de um grande amor, de uma grande esperança.”*

*(Rubem Alves – Conversas com quem gosta de ensinar, 1981)*



LOPES, A. C. **Doenças respiratórias e aleitamento materno exclusivo: existe alguma relação?** 2014. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2014.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O aleitamento materno é o alimento ideal às necessidades da criança até o seu sexto mês de vida. Oferece benefícios à mulher e principalmente à criança, que além de receber os anticorpos, recebe fatores protetores ao desenvolvimento de infecções respiratórias. **OBJETIVO:** Descrever a presença de comorbidades respiratórias em lactentes que foram amamentados exclusivamente e não exclusivamente até o quarto mês de vida. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, transversal, retrospectivo e abordagem quantitativa, realizado por meio da aplicação de questionário semi-estruturado. Análise de dados realizada através de estatística simples, prevalência pontual do grupo estudado e posterior correlação destes com a literatura científica dos últimos cinco anos. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética sob protocolo nº 636.220/2014. **RESULTADOS:** Foram entrevistadas 55 mães, alocadas em dois grupos distintos: AME – Aleitamento Materno Exclusivo e N-AME – Aleitamento Materno Não Exclusivo. Este composto por 25 e aquele por 30 mulheres. Os determinantes apontados pelas mães entrevistadas como razão para a introdução da alimentação complementar foram: impressão de leite fraco, retorno ao trabalho, opção materna, indicação médica, hipogalactia e rejeição do seio pelo bebê. O grupo AME apresentou menor predominância de doenças respiratórias, com prevalência pontual de 0,83% contra 0,88% do grupo N-AME. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Não foram encontradas, neste estudo, fortes evidências de que o AME até o sexto mês seja fator de proteção ao desenvolvimento de doenças respiratórias. Considera-se necessária a realização de novos estudos neste sentido, devido às limitações do estudo e possível manifestação tardia das consequências da interrupção precoce do AME.

**Descritores:** Aleitamento materno, Doenças do trato respiratório, Alimentação artificial, Desmame precoce.

LOPES, A. C. **Respiratory diseases and exclusive breastfeeding: is there any relationship?** 2014. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2014.

### **ABSTRACT**

**INTRODUCCION:** Breastfeeding is the ideal food to the child until her sixth month of life. Offers benefits to women and especially the children, who in addition to receiving the antibodies, gets protective factors for the development of respiratory infections.

**OBJECTIVE:** Describe the presence of respiratory comorbidities in infants who were exclusively breastfed and not exclusively by the fourth month of life.

**METHODS:** Descriptive, cross-sectional, retrospective and quantitative approach, performed by applying a semi-structured questionnaire. Data analysis performed by simple statistics, the point prevalence study group and subsequent correlation of these with the scientific literature of the past five years. Research was approved by the Ethics Committee under protocol n ° 636 220/2014.

**RESULTS:** EBF- Exclusive Breastfeeding and NEBF- Non Exclusive Breastfeeding: 55 mothers, divided into two distinct groups were interviewed. This consisted of 25 women and one for 30. The determinants mentioned by the mothers interviewed as a reason for the introduction of complementary foods were feeling weak milk, return to work, maternal choice, medical indication, hypogalactia and rejection of the breast by the baby. The EBF group showed lower prevalence of respiratory disease, with point prevalence of 0.83% against 0.88% in the group NEBF.

**FINAL THOUGHTS:** It was found in this study is strong evidence that the EBF up to six months to be protective for the development of respiratory disease factor. Considered necessary to conduct further studies in this direction, due to the limitations of the study and possible late manifestation of the consequences of premature discontinuation of exclusive breastfeeding.

**KEYWORDS:** Breast Feeding, Respiratory Tract Diseases, Bottle Feeding, Weaning.

## **LISTA DE TABELAS**

- Tabela 01** – Doenças respiratórias nos lactentes por grupo estudado. **32**  
Brasília – DF, 2014.
- Tabela 02** – Distúrbios respiratórios superiores e inferiores em lactentes dos **34**  
grupos AME e AMNE, Brasília – DF, 2014.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 01** – Momento de introdução da alimentação complementar, Brasília – DF, 2014. **30**
- Figura 02** – Motivos de introdução da alimentação complementar, Brasília – DF, 2014. **31**
- Figura 03** – Episódios de gripe até o momento de entrevista, Brasília – DF, 2014. **33**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMNE	Aleitamento Materno Não Exclusivo
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CPE	Comitê de Ética em Pesquisa
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FCE	Faculdade de Ceilândia
IAVRI	Insuficiência Aguda das Vias Aéreas Superiores
IgA	Imunoglobulina A
IgD	Imunoglobulina D
IgE	Imunoglobulina E
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
IL-3	Interleucina 3
IL-4	Interleucina 4
IL-5	Interleucina 5
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SES-DF	Secretaria Estadual Saúde do Distrito Federal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
UNB	Universidade de Brasília
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## **SUMÁRIO:**

<b>1 – INTRODUÇÃO</b>	15
<b>2 – REFERENCIAL TEÓRICO</b>	18
<b>3 – OBJETIVOS</b>	25
3.1 - Objetivo geral	25
3.2 - Objetivos específicos	25
<b>4 – METODOLOGIA</b>	26
4.1 Tipo de estudo	26
4.2 Local do estudo	26
4.3 População e amostra	27
4.4 Coleta de dados	27
4.5 Critérios de inclusão e exclusão	27
4.6 Análise de dados	28
4.7 Aspectos éticos	28
<b>5 – RESULTADOS</b>	29
<b>6 – DISCUSSÃO</b>	35
<b>7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	40
<b>8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	41
<b>APENDICE A</b>	45
<b>APENDICE B</b>	47
<b>ANEXO A</b>	48

# 1 INTRODUÇÃO

Um processo fisiológico do ser humano que atrai muita atenção refere-se à nutrição, seja pela questão gastronômica, seja pelo enfoque da saúde. Quando o olhar parte do profissional da saúde, objetiva-se constatar se os alimentos ofertados fornecem os nutrientes que o organismo precisa, de forma equilibrada, favorecendo o bom funcionamento da máquina humana.

Pensando-se na nutrição desde o nascimento, onde o recém-nascido recebe os nutrientes na composição e temperatura mais apropriada a um aparelho digestivo ainda imaturo por meio do leite produzido por sua genitora, e na influência deste alimento no primeiro ano de vida, estudaremos melhor o Aleitamento Materno Exclusivo e a nutrição do infante em seus primeiros meses de vida.

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é definido por Dias, et al. (2010) como sendo o fornecimento de todos os líquidos, nutrientes e energia exclusivamente por meio do leite materno, seja diretamente da mama ou extraído, com a hipótese do uso de suplemento medicamentoso caso seja necessário. O ideal recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) é que se realize o AME até o 6º mês de vida da criança (180 dias), devendo, após este período realizá-lo juntamente com alimentação complementar até o 2º ano de vida ou mais.

Essa recomendação baseia-se no fato de que o leite materno oferece à criança, até o seu sexto mês de vida, os nutrientes adequados às suas necessidades. O leite materno é ideal às limitações apresentadas pelo organismo do bebê; ao incompleto desenvolvimento imunológico e biológico, à baixa produção de amilase salivar e pancreática, ao reflexo de protrusão da língua, à limitada função renal e à permeabilidade da mucosa intestinal a proteínas heterólogas (DIAS, et al., 2010).

A introdução precoce da alimentação complementar pode ocasionar danos à criança aumentando o risco de morbimortalidade, uma vez que a deixa mais suscetível ao desenvolvimento de diarreias, infecções respiratórias e gastrointestinais, e ainda desnutrição, comprometendo assim o crescimento e desenvolvimento da mesma (DIAS, et al., 2010; BRAGA, et al., 2008). Outros danos incluem: sangramento intestinal clínico e subclínico, causando impacto negativo no estado nutricional do lactente que terá suas reservas de ferro diminuídas (BRASIL, 2011).

A introdução precoce da alimentação complementar à dieta dos lactentes está relacionada ao aparecimento de doenças alérgicas, asma, eczema e dermatite atópica, além de maior risco de desenvolvimento de aterosclerose e doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta, tudo isso em decorrência da baixa absorção de nutrientes como ferro e zinco no período de lactação (DIAS, et al., 2010; ARANTES et al., 2011).

O AME, além de importante fator de proteção às patologias citadas, constitui-se um fator determinante ao desenvolvimento craniofacial, motor-oral, psicológico e emocional do lactente. A sucção proporciona o desenvolvimento apropriado dos órgãos fonoarticulares, quanto à postura e mobilidade, e também a mastigação, a deglutição, a função respiratória e a articulação dos sons da fala (DIAS, et al., 2010; BRAGA, et al., 2008; FRANÇA, et al., 2007).

Além dos benefícios já citados, Passanha, Cervato-Mancuso e Silva (2010) em revisão integrativa sobre os elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias, acrescentam que o leite materno possui elementos que lhe atribui propriedades anti-infecciosas, antimicrobianas, e ainda ação antiaderente para inúmeros microrganismos causadores de diversas doenças nos tratos respiratório e digestivo. Sendo estes maiores a cada semana suplementar de aleitamento (HOWELL, et al., 2014).

Estudos recentes encontraram indícios da existência de correlação entre o Aleitamento Materno Não Exclusivo (AMNE) e a manifestação de doenças respiratórias, diarreia e deficiências nutricionais (MWIRU, et al., 2010). Evidências apontam o AME até o 6º mês de vida como fator de proteção a infecções respiratórias e gastrintestinais, comprovando o que é afirmado pelas políticas de saúde sugeridas pela OMS e MS.

Os benefícios do AME se estendem também às mães, que ao amamentar tem a involução do útero ao tamanho natural acelerado, rápida perda do peso adquirido durante a gestação e suas reservas de ferro mantidas por meio da redução do sangramento pós-parto (TOMA; REA, 2008). A longo prazo, é protegida contra o desenvolvimento de diabetes tipo 2, câncer de mama e ovários, e até mesmo contra o desenvolvimento de depressão pós-parto (BRASIL, 2011).

O levantamento realizado pela II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal revela que a região Centro-Oeste



apresenta a segunda maior prevalência de AME, enquanto o Distrito Federal é a quarta capital brasileira onde esta prática se dá com maior frequência (BRASIL, 2009).

O relatório realizado pela Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sobre a Situação Mundial da Infância em 2012, afirma que a falta de conhecimento sobre a importância da prática do AME é, em parte, o responsável pelas baixas taxas dessa prática, estando esse fato muitas vezes associado ao contexto urbano, já que muitas mulheres por trabalharem fora e possuírem baixa renda não conseguem amamentar durante todo o período recomendado pelo MS e pela OMS (UNICEF, 2012).

As infecções respiratórias são consideradas um sério problema de saúde pública em países em desenvolvimento, uma vez que essas são as principais causas de internação, sendo responsáveis ainda por um terço das mortes de crianças menores de cinco anos. No Brasil, estas são juntamente com diarreia aguda as causas da maior parte dos óbitos de crianças nessa faixa etária (VARGAS; SOARES, 2010).

Essa realidade pode ser modificada por meio do tipo de alimentação oferecida às crianças, principalmente em seus primeiros meses de vida, já que este é um fator determinante no estado nutricional e de saúde. Por isso a oferta dos alimentos adequados a cada faixa etária é fundamental, já que favorecem a adequada maturação, crescimento, desenvolvimento e constituição de mecanismos imunológicos (VARGAS; SOARES, 2010).

Com base nesses achados considerou-se importante conhecer a prevalência da correlação de co-morbidades respiratórias e AME na população atendida no Centro de Saúde nº 11 da Ceilândia. Local que oferece campo de prática na disciplina Cuidado Integral na Saúde da Mulher e Criança ministrada no curso de enfermagem na UnB (Universidade de Brasília) – FCE (Faculdade de Ceilândia), e para que se possam elaborar intervenções coerentes que contribuam para a melhora na alimentação dos recém-nascidos e lactentes atendidos pelo Centro de Saúde e assim melhorar a saúde das mesmas.

Como é apontado amplamente pela literatura, é elevada a prevalência de doenças respiratórias relacionadas ao AMNE principalmente devido à elevada fragilidade social, que é evidenciada nesta população por meio do baixo nível socioeconômico e de escolaridade. Além de existirem estudos que reforçam este pressuposto, onde diversas crianças apresentam intolerância à lactose, episódios de diarreia, mas principalmente, quadros gripais recorrentes (BARTLEY; MCGLASHAN, 2010; PASSANHA, et al., 2010).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O levantamento nacional sobre o aleitamento materno de 2006, último realizado no Brasil, aponta que 41% das crianças com idade inferior a seis meses residentes nas capitais e no Distrito Federal receberam aleitamento materno exclusivo e que 58,7% das crianças que têm entre nove meses e um ano de idade receberam aleitamento materno complementado (BRASIL, 2009). Constatou-se ainda que aproximadamente metade das crianças aí residentes tiveram acesso a alimentação complementar entre quatro e seis meses de vida, ou seja, antes do recomendado pelo Ministério da Saúde e pela OMS (BORTOLINI, et al., 2013).

Inúmeras evidências apontam para os benefícios do AME para a saúde materna e principalmente para o bom crescimento e desenvolvimento adequado da criança. Este também é considerado fator importante na prevenção da mortalidade e morbidade infantil, já que possui efeito protetor ao desenvolvimento de infecções gastrintestinais (RITO, et al., 2013). Seus benefícios incluem ainda diminuição do risco de desenvolvimento de infecções, morte pós-neonatal, obesidade infantil e ainda o câncer de ovários e mama maternos (HOWELL, et al., 2014).

Fatores como as condições nutricionais e idade maternas não interferem de forma significativa na composição do colostro. As concentrações dos oligoelementos do leite (IgG, IgA, proteínas totais e albumina) parecem ser reguladas por meio de mecanismos específicos da glândula mamária (PASSANHA, et al., 2010).

O desenvolvimento da glândula mamária se dá em cinco momentos da vida da mulher: embriogênese, puberdade, gravidez, lactação e pós-amamentação. Sendo que nos dois primeiros momentos ocorre o desenvolvimento das glândulas e na gravidez o seu desenvolvimento completo e maturação devido ao grande número de hormônios (GONZÁLEZ, 2012).

O desenvolvimento mamário se divide em três fases: mamográfica ou mamogênica, galactogênica ou da lactação e galactopoiese. Na fase mamogênica se dá o desenvolvimento das glândulas mamárias, ocorrendo por toda a vida da mulher desde a sua geração até a senilidade, se intensificando na puberdade onde ocorre seu intenso crescimento e alterações devido ao estímulo do estrogênio e da progesterona, e na quinta/sexta semana de gestação onde a prolactina tem os seus níveis elevados, já produzindo pequenas quantidades de colostro (SANTOS, 2005).

A fase da lactação se subdivide em duas fases: a secreção e a ejeção do leite. A secreção do leite se inicia no terceiro ou quarto dia de puerpério, e é momento no qual se dá a sua produção e armazenamento nas glândulas mamárias por meio do estímulo da prolactina que promove a síntese dos constituintes do leite (proteínas, gordura e lactose), posteriormente o leite é excretado para os alvéolos, sendo armazenado nos canículos, canais e ampolas galactóforas, onde é aperfeiçoado até o momento de sua ejeção (SANTOS, 2005).

Esta fase sofre forte influência de fatores emocionais, que merecem atenção neste momento. Para que o leite seja ejetado é necessário que os hormônios da gestação (progesterona e estrogênio) diminuam rapidamente, o que ocorre após a saída da placenta, que é responsável por promover o aumento das quantidades de prolactina, hormônio adenocorticotrófico (ACTH) e corticosteróides (FERRO, et al., 2009).

A manutenção da lactação é regulada pela liberação de ocitocina, sendo influenciada pelo reflexo de sucção, bem como pelo esvaziamento completo e frequente das mamas. A ejeção láctea iniciada por meio da sucção exercida pela criança nos mamilos, o chamado reflexo neuro-hormonal é quem determina o processo, pois promove a liberação de ocitocina pela hipófise posterior e assim a contração dos alvéolos e canais galactóforos (SANTOS, 2005; GONZÁLEZ, 2012).

Por último se dá a fase da galactopoiese, manutenção da lactação, que é moderada por fatores neuroendócrinos estimulados pela sucção exercida sobre o mamilo. Influenciada de forma determinante pela somatotrofina, ACTH, corticoides, insulina e tireoide. Os fatores nervosos também exercem papel importante, as terminações nervosas dos mamilos estimuladas na sucção agem indiretamente sobre o núcleo hipotalâmico que inibe o fator de inibição da prolactina (SANTOS, 2005; GONZÁLEZ, 2012).

O leite materno é considerado o alimento mais eficiente no que diz respeito ao fornecimento dos nutrientes necessários ao desenvolvimento e crescimento da criança. Além do mais, o aleitamento é responsável pelo adequado desenvolvimento biológico e psicológico da criança, uma vez que no ato de amamentar se utilizam os músculos da face, favorecendo o fortalecimento e melhor desenvolvimento dos mesmos, e ainda o estabelecimento do vínculo entre a mãe e o lactente (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Ele ainda é responsável pelo fornecimento de anticorpos à criança, que ao nascer não possui seu sistema imune completamente desenvolvido. Com isso é ele quem protege a criança de infecções que por ventura possam desenvolver, dentre elas as infecções respiratórias, que estão entre as maiores responsáveis pela internação de lactentes no mundo todo (DIAS, et al., 2010).

O leite materno, em oposição aos demais tipos de leite existentes, possui as propriedades exatas ao atendimento das necessidades da criança, suprimindo suas carências nutricionais, metabólicas e fisiológicas de forma adequada. É por este motivo que se recomenda o AME até os 6 meses de vida, devendo ser realizado de forma complementada a partir desta idade, prolongando-se até os 2 anos de idade da criança, ou mais. O seguimento desta recomendação assegura além do crescimento, desenvolvimento e saúde ótimos, também prevenção de doenças infantis e da idade adulta (PASSANHA, et al., 2010).

O leite humano possui elementos que lhe atribui propriedades anti-infecciosas, antimicrobianas, e ainda ação antiaderente para inúmeros microrganismos responsáveis por causar diversas doenças nos tratores respiratório e digestivo. Sua ação anti-infecciosa é garantida por componentes solúveis como: imunoglobulinas, IgA, IgM, IgD, IgE, IgG (predominando a IgA), lisozima, lactoferrina, componentes do sistema do complemento (C3, C4), peptídeos bioativos, oligossacarídeos e lipídios; e componentes celulares como: fagócitos polimorfonucleares, linfócitos, macrófagos, nucleotídeos, plasmócitos e células epiteliais, que se encontram imunologicamente ativos (PASSANHA, et al., 2010).

A ação antimicrobiana do leite materno se dá pela presença da lactoperoxidase, que oxida bactérias, além de macrófagos e linfócitos que realizam fagocitose e produzem fatores do complemento. A ação antiaderente para microrganismos de doenças gastrintestinais e respiratórias é assegurada por oligossacarídeos e glicoconjugados que também fazem parte da composição deste leite (PASSANHA, et al., 2010).

Este líquido nutritivo apresenta em sua composição: fatores imunológicos, anticorpos, nutrientes, células imunocompetentes e fatores bioquímicos. Ao entrarem em contato com as mucosas intestinal e respiratória do recém-nascido estes componentes lhes concedem imunidade passiva e estimulam a maturação do sistema

imune nas mesmas e ainda o seu desenvolvimento (LIESBETH, et al., 2009; PASSANHA, et al., 2010).

Em ensaio clínico realizado por Lopes e Berezin (2009) no período de maio de 2005 a janeiro de 2006 com 139 gestantes em um hospital público de São Paulo – SP constatou-se que o AME diminui em aproximadamente sete vezes o risco de lactentes manifestarem a doença pneumocócica, reduzindo a colonização por pneumococos e também a frequência da manifestação da doença nos primeiros seis meses de sua vida.

A ação protetora do AME a doenças respiratórias se justifica pela presença de fatores imunológicos na sua composição, bem com pela ação de seus diversos componentes em outros órgãos. Ela é capaz de promover a entrada, pelo sistema digestório, de fatores alergênicos e ainda reduzir a fragilidade aos mesmos. Apresenta efeito protetor contra infecções otológicas e pulmonares por meio da ação da IgA secretora, que limita os efeitos nocivos da inflamação. Possui elevadas concentrações de citocinas na sua composição lhe conferindo imunogenicidade, principalmente pela ação das citocinas IL-4, IL-5 e IL-3, que estão envolvidas na síntese de IgE e na instigação da resposta de eosinófilos (PASSANHA, et al., 2010).

Outra citocina presente no leite humano é o fator de crescimento transformador beta, que aguça a capacidade do lactente de produzir IgA. Os oligossacarídeos presentes nas células receptoras da faringe bloqueiam pneumococos invasores. Promove a proteção do lactente contra o vírus influenza por meio da ação antiviral de lipídeos e algumas macroglobulinas, que também possuem ação protetora contra agentes causadores de infecção respiratória alta aguda. Alguns de seus componentes, mais especificamente o CD14 solúvel, são responsáveis por modular a resposta de linfócitos T auxiliares a bactérias podendo proteger contra doenças alérgicas e a asma. Estimula os efeitos das células T em resposta a sua ação direta no retardo da involução da glândula do timo durante a infância (PASSANHA, et al., 2010).

A interrupção precoce do AME está associada ao maior número de visitas a hospitais, clínicas e médicos devido a infecções no trato respiratório superior, se observando ainda que crianças internadas ou admitidas em hospitais com febre de origem desconhecida ou diversas causas tiveram um curto período de AME e que a AME é apontada como fator protetor a estas internações nos primeiro dois anos de vida do lactente (LIESBETH, et al., 2009).

A ausência do AME no primeiro semestre de vida do neonato está diretamente relacionada à maior probabilidade deste manifestar Insuficiência Aguda das Vias Respiratórias Inferiores (IAVRI), bem como à maior morbidade e mortalidade por esta patologia. Este fato se justifica pela transferência de elementos da imunidade inata da mãe para o bebê e pelo favorecimento da maturação do sistema imune, além de promover uma melhor resposta dos anticorpos aos principais agentes causadores da pneumonia (ROTH, et al., 2008).

A exposição precoce da criança a alimentos complementares ao aleitamento materno pode ocasionar danos à criança aumentando o risco de morbimortalidade, uma vez que a deixa mais suscetível a desenvolver diarreias, infecções respiratórias e gastrintestinais, e ainda desnutrição, comprometendo assim o crescimento e desenvolvimento da mesma (DIAS, et al., 2010; BRAGA, et al., 2008).

Juntamente com o uso de chupetas e mamadeiras, a alimentação complementar precoce representa um maior risco ao aparecimento das comorbidades citadas, já que a criança é exposta a contaminantes antes que aquela possua as defesas adequadas ao combate deste (PASSANHA, et al., 2010).

É elevado o número de mães que introduzem outros tipos de leite em substituição ao AME e é o leite de vaca o tipo mais consumido (BORTOLINI, et al., 2013). Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) a introdução do leite de vaca na alimentação do lactente antes que este complete um ano de idade não é recomendável, isto porque, antes deste período a criança não possui seu intestino desenvolvido para que possa digerir sua fórmula e subtrair dela os nutrientes de que necessita neste período (SBP, 2012).

O leite de vaca não possui composição adequada para crianças menores de um ano. Composto por uma elevada quantidade de proteína, apresenta um desequilíbrio nas quantidades de caseína e proteínas do soro, além de excesso de cloretos, sódio, potássio e fósforo, mostra-se insuficiente em carboidratos, minerais, vitaminas e ácidos graxos essenciais. Além de não atender às necessidades nutricionais do lactente, o leite de vaca lhe é muito alergênico favorecendo o surgimento de atopias. Seu consumo antes da idade correta está associado ao aumento de risco de anemia (por possuir pouco ferro em sua composição), podendo causar hemorragia microgastrointestinal (CASTILHO, et al., 2010).

A ingestão excessiva de leite e seus derivados é responsável por agravar a asma e outras doenças respiratórias, uma vez que estes alimentos estimulam a produção de muco pelo trato respiratório (THIARA; GOLDMAN, 2012). Apesar desta evidência não ter sido completamente explicada, sabe-se que componentes do cólon humano em contato com substâncias presentes no leite estimulam glândulas respiratórias a produzirem muco, principalmente em pacientes que já apresentam alguma doença respiratória ou asma (BARTLEY; MCGLASHAN, 2010).

A constante modificação das fórmulas utilizadas em substituição ao AM nas últimas décadas dificulta a observação de seus reais efeitos sobre a saúde e desenvolvimento da criança representando assim um viés em pesquisas recentes sobre o tema (LIESBETH, et al., 2009). Outro fator importante a ser observado é a composição da papa oferecida à criança após a interrupção do AME, uma vez que esta é determinante ao desenvolvimento de doenças nutricionais importantes no decorrer da vida da criança, como obesidade, hipovitaminose A, anemia, dislipidemia e diabetes (SOUZA, et al., 2014).

Existem raros casos em que as crianças não podem ser amamentadas, nestes casos são os profissionais de saúde os responsáveis por aconselhar as mães e/ou cuidadores a respeito das alternativas adequadas à nutrição do lactente, ressaltando que somente ai devem receber a fórmula infantil e que o leite bovino não é indicado até que a criança complete um ano de idade (BORTOLINI, et al., 2013).

Além dos benefícios anteriormente citados, Brasil (2011) menciona que o AME é benéfico também à mãe. O início da amamentação logo após o parto provoca a liberação de ocitocina endógena, por meio da sucção realizada pela criança, o que diminui o sangramento pós parto e promove mais rápida involução uterina por meio da contração do útero. Diminuindo as chances desta desenvolver atonia uterina, responsável por 25% das mortes maternas no mundo.

Brasil (2011) afirma ainda, que a sua não realização está vinculada ao desenvolvimento de depressão pós-parto. Evidências apresentadas apontam para o fato de que a amamentação reduz o estresse e atenua a resposta inflamatória. Em longo prazo a amamentação é responsável por contribuir para o planejamento familiar, por meio da promoção do espaçamento das gestações em decorrência de amenorreia lactacional. Diminui a perda de ferro pela redução do período menstrual e contribui para mais rápida perda do peso ganho durante a gestação. O prolongamento da amamentação

tem sido associada ao menor risco de desenvolver diabetes tipo 2, câncer de ovário e de mama.

Em contextos gerais, o profissional de saúde deve sempre ressaltar a superioridade do leite humano frente aos outros tipos de leite no que diz respeito ao atendimento das necessidades da criança. Ensinando à mãe como deve oferecê-lo a seu filho, informando-a sobre estratégias para melhor fazê-lo e ainda sobre os benefícios deste ato para si e para a criança (BRASIL, 2010; BORTOLINI, et al., 2013).

Inúmeras pesquisas realizadas sobre a correlação entre AME e infecções infantis apontam para a existência do fator de proteção para infecções gastrintestinais e respiratórias, justificando iniciativas governamentais neste sentido (LIESBETH, et al., 2009). Assim, foram criadas iniciativas para o incentivo do AME, em âmbito nacional, com o Programa Nacional de Implementação do Aleitamento Materno (1981) ou internacional como os instituídos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a partir da década de 1990 (RITO, et al., 2013).

O governo brasileiro, em seus manuais, busca esclarecer sobre as atitudes adequadas a serem tomadas na alimentação das crianças menores de dois anos de idade, como ocorre no manual “Dez passos para a alimentação saudável – Guia alimentar para menores de dois anos”, que é destinado ao profissional de saúde e esclarece dúvidas a respeito de todos os aspectos da alimentação de crianças nesta faixa etária falando desde a posição correta para amamentar até os alimentos a serem ofertados em cada fase da vida destas.

Além desta iniciativa, existem outras inúmeras políticas e programas nacionais que têm o objetivo de incentivar o aleitamento, como: criação e expansão da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; incentivo à implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança; criação e implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); criação de folhetos contendo instruções de fácil assimilação para a boa amamentação; mobilizações populares por meio da comemoração das Semanas Mundiais da Amamentação e advento do Dia Nacional da Doação de Leite Humano (VENANCIO, et al., 2010).



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Descrever a presença de co-morbidades respiratórias em lactentes que foram amamentados exclusivamente e não exclusivamente até o quarto mês de vida.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Conhecer o perfil de amamentação das crianças da comunidade atendida pela unidade básica de saúde escolhida para a realização do estudo;

Destacar os fatores que levaram à introdução da alimentação complementar antes do período proposto pela OMS (antes de 6 meses de idade).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado por meio da aplicação de questionário semi-estruturado.

O estudo descritivo busca descrever as características de uma determinada população permitindo identificar a correlação entre as variáveis eleitas para a realização do estudo. Estudo transversal e retrospectivo é aquele que se dá em uma amostra da população pré determinada composta por indivíduos que possuam características comuns e é realizada em um dado período.

### **4.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado na comunidade atendida pelo centro de saúde nº11 de Ceilândia, localizado à EQNO 17/18, Área Especial H, Expansão Setor “O”, Ceilândia – Distrito Federal. Possui como área de abrangência: QNO 16,17,18, 19, 20, condomínio Privê, Incra 08. 09 e Posto Rural Boa Esperança. Atende as especialidades de clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia, apresentando ainda programas especiais para hipertensos, diabéticos, portadores de DSTs, tuberculose, hanseníase, cárie zero, automassagem, imunização, saúde da família, climatério, assistência à criança, assistência ao idoso, assistência à mulher, assistência ao adolescente e ambulatório de dependência química (SES-DF, 2014).

A Ceilândia é a Região Administrativa mais populosa, com maior número de crianças e uma das mais antigas do Distrito Federal com população urbana estimada em cerca de 449.592 habitantes. Destes, 22,57% tem até 14 anos de idade, 62,98% apresentam de 15 a 59 anos, faixa etária esta que se constitui a força de trabalho, além de 14,45% que possuem 60 anos ou mais. A migração de outras regiões do país para Ceilândia é fator importante, visto que 48,27% dos habitantes são imigrantes e a maior parte destes (66,43%) é originária do Nordeste (CODEPLAN, 2013).

Em relação à escolaridade, apenas 3,41% se declararam analfabetas, sendo que a maior parte da população (38,11%) concentra-se na categoria dos que têm somente o nível fundamental incompleto. Os que concluíram o curso superior incluindo mestrado e doutorado somam 4,7% (CODEPLAN, 2013).

A renda domiciliar média da população de Ceilândia corresponde a 3,7 salários mínimos, mas é expressivo (43,08%) o percentual de renda domiciliar de 2 a 5 salários mínimos. É importante ressaltar que 83,08% dos moradores desta cidade não utilizam planos de saúde sendo, desta forma, dependentes dos serviços de saúde prestados pela rede pública (CODEPLAN, 2013).

#### **4.3 População e amostra**

O estudo se destina às mães de crianças de até nove meses de vida que tiveram o seu pré-natal e consultas de Crescimento e Desenvolvimento (CD) realizados no centro de saúde nº11 de Ceilândia – DF.

#### **4.4 Coleta de dados**

Utilizou-se um questionário com questões predefinidas elaboradas com base nos objetivos aos quais se destinam a realização deste estudo. O instrumento para coleta de dados apresenta duas partes: na primeira, foram coletados os dados referentes ao responsável pela criança (nome, idade, ocupação, telefone para contato, seu parentesco com esta), renda familiar média, e por fim, tomar conhecimento a respeito do número de consultas de pré-natal realizadas pela mãe e semana gestacional na qual esta se encontrava no momento do parto.

Na segunda parte buscamos conhecer a criança, perguntando seu nome completo, idade, peso ao nascer, diagnóstico de doenças ao nascimento, idade da introdução do alimento complementar e o motivo desta no período no qual foi realizada, e quais os alimentos foram introduzidos. Nesta parte, buscamos ainda, saber sobre a manifestação de doenças respiratórias (idade, período do ano e sintomas apresentados), a necessidade de internação por este motivo, bem como o tempo da mesma, assim como ainda a frequência com que a criança fica doente, segundo a concepção do entrevistado, descrevendo quais são as patologias mais comumente manifestadas (APÊNDICE A).

#### **4.5 Critérios de inclusão e exclusão**

- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Mães que levaram seu filho a pelo menos 3 consultas de CD;
- Lactentes até nove meses de vida;

- A mãe ou o responsável pela nutrição e cuidados da criança, aceitar participar da pesquisa.

- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Crianças que nasceram com algum tipo de doença congênita; prematuras; ou que apresentavam baixo peso ao nascer;

- Crianças que não fazem parte da população atendida pela unidade de saúde;

#### **4.6 Análise de dados**

As informações colhidas a partir do Instrumento de Coleta de Dados foram lançadas em planilhas do *Microsoft Office Excel*, e foram classificadas, agrupadas e apresentadas em forma de tabelas e gráficos. Foram realizados cálculos de estatística simples e Prevalência Pontual (PP) do grupo estudado, com posterior correlação dos mesmos com estudos publicados em literatura científica nos últimos cinco anos.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em anexo (APÊNDICE B), onde foi explanada a forma de realização da pesquisa, bem como a finalidade desta. Salientou-se ainda, que não serão divulgados nomes ou dados pessoais dos participantes, nem retiradas fotos destes ou de sua moradia, respeitando assim as normas de pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução nº466/ 12 (CNS, 2012).

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UNB, e os dados só foram coletados após esta aprovação de Protocolo nº 636.220/2014 (ANEXO A).

## 4 RESULTADOS

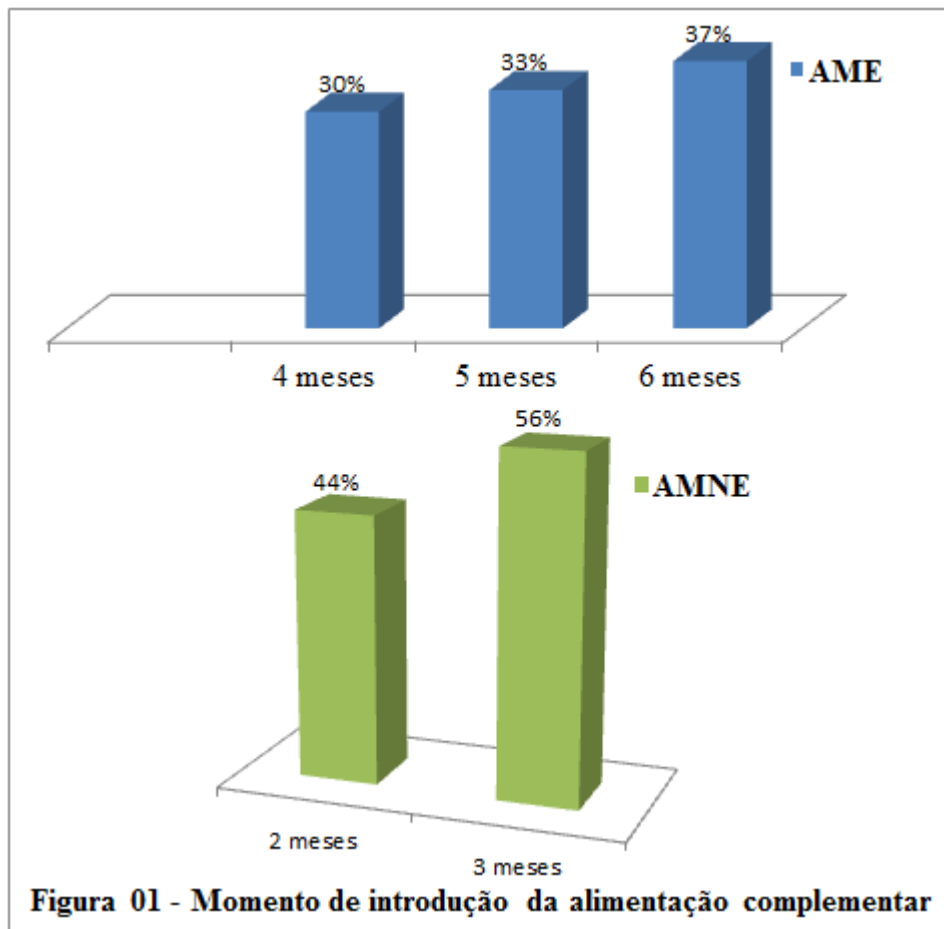
Entrevistou-se um total de 55 mães que foram divididas em dois grupos distintos, AME (Aleitamento Materno Exclusivo) composto por 30 mães e AMNE (Aleitamento Materno Não Exclusivo) com 25 mães, de acordo com as respostas apresentadas pelas mesmas.

No grupo AME as mães apresentam em média 28 anos, com renda média de R\$ 1.585,40, tendo realizadas em torno de nove consultas de pré-natal e o lactante em questão possuía em média 6 (seis) meses de vida, sendo 60% meninas e 40% meninos. 33% das mulheres deste grupo atuam no setor privado, as demais mães deste grupo são estudantes (10%) ou declararam-se do lar (57%). Enquanto o grupo AMNE apresenta média etária de 24 anos, renda média de R\$ 1.544,72, realizadas em torno de nove consultas de pré-natal e os lactantes com uma média de seis meses, sendo 52% meninas e 48% meninos. Neste grupo 56% (14) das mães atuam no setor privado e 44% (11) das mães declararam-se do lar.

A variável “Momento de introdução da alimentação complementar” (Figura 01) aponta que o grupo AME o fez em momentos diferentes, ocorrendo o predomínio do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança em 11 mães (37%), que foi seguido pela introdução no quinto mês por 10 mães (33%) e por último no quarto mês com 9 mães (30%).

Houve a necessidade de considerar a introdução da alimentação até o quarto mês de vida da criança como AME, uma vez que a licença maternidade no setor privado é de no máximo quatro meses, levando-as a antecipar a introdução da alimentação complementar à dieta do lactente.

No grupo AMNE, observa-se a prevalência de introdução de outro alimento no terceiro mês de vida da criança por 14 mães (56%), as demais mães, 11 (44%) o fizeram no segundo mês de vida do lactente.



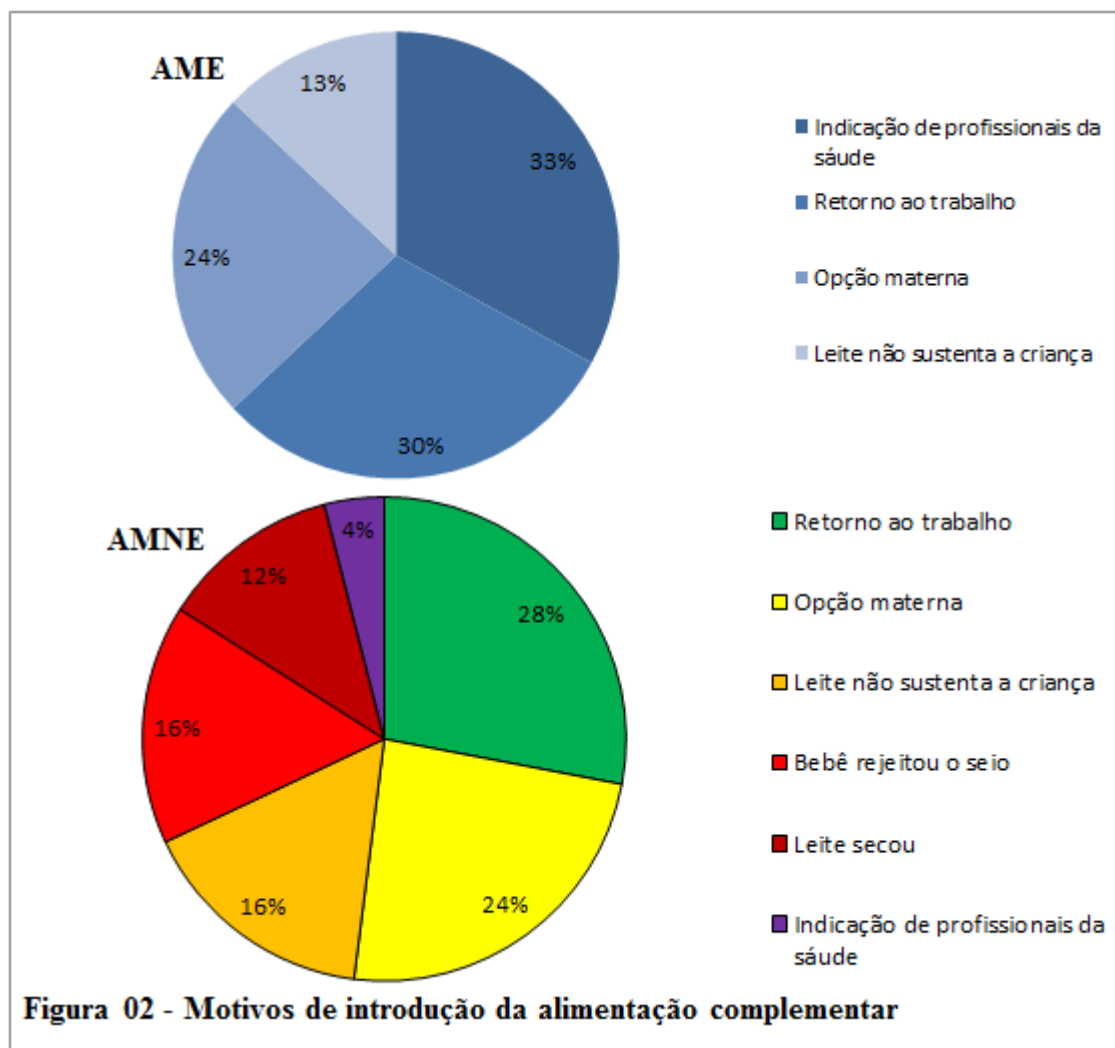
Como mencionado anteriormente os motivos que levam a mulher a realizar o aleitamento materno até o sexto mês, como é recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde, ou interrompê-lo antes deste período depende, dentre outros aspectos, da escolha individual da mulher e influências socioculturais.

Por meio das entrevistas realizadas no presente estudo alguns fatores foram mencionados pelas mães de lactantes como motivo para a introdução da alimentação complementar à dieta de seu filho. Na Figura 02 pode-se observar que as mães presentes no grupo AME apontaram como justificativa a indicação de profissionais de saúde 33% (10), o retorno ao trabalho 30% (9), a opção materna 24% (7) e a percepção de que o leite não estava sendo suficiente para prover sustento à criança 13% (4).

Observa-se, ainda na Figura 02, que no grupo AMNE o motivo predominante para a introdução do alimento complementar foi o retorno ao trabalho 28% (7), seguido da opção materna 24% (6), a impressão de que o leite não sustentava a criança 16% (4), o bebê não aceitar mais o seio 16% (4), o fato de o leite ter secado 12% (3) e por último, a indicação do profissional de saúde 4% (1), devido ao

desenvolvimento de mastite. Dentre os alimentos ofertados aos lactentes deste grupo estão fórmulas infantis, água, chás e outros tipos de leite.

É importante salientar que apesar da introdução precoce do alimento complementar observada neste grupo, todas as mulheres afirmam que não retiraram totalmente o leite materno da alimentação de seus filhos, ofertando-lhes o seio sempre que a criança requisita ou pelo menos uma vez ao dia.



As mães entrevistadas foram questionadas a respeito da manifestação de doenças respiratórias por seus filhos, lactentes em questão. Na Tabela 01 podemos observar que no grupo AME somente 20% (6) das crianças manifestaram doenças respiratórias até o momento da entrevista e as demais 80% (24) não as manifestaram, nem de forma leve. Dentre as doenças manifestadas estão bronquite 33% (2), pneumonia 50% (3) e bronquiolite 17% (1). Destas manifestações resultaram 3

internações (50%) com duração média de 04 (quatro) dias. Pôde-se observar, neste grupo, a prevalência pontual de 0,2% no que diz respeito à manifestação de doenças respiratórias.

Quando submetidas à mesma indagação a respeito das doenças respiratórias manifestadas por seus filhos lactantes, 88% (22) das mães do grupo AMNE afirmaram que seu filho não apresentou nenhum tipo de doença respiratória e apenas 12% (3) responderam afirmativamente a esta pergunta. As doenças apresentadas foram bronquite 67% (2) e bronquiolite 33% (1), não sendo necessária internação nestes casos. A prevalência pontual relacionada ao desenvolvimento de doenças respiratórias, observada neste grupo foi de 0,12%.

**Tabela 01** – Doenças respiratórias nos lactentes por grupo estudado. Brasília – DF, 2014.

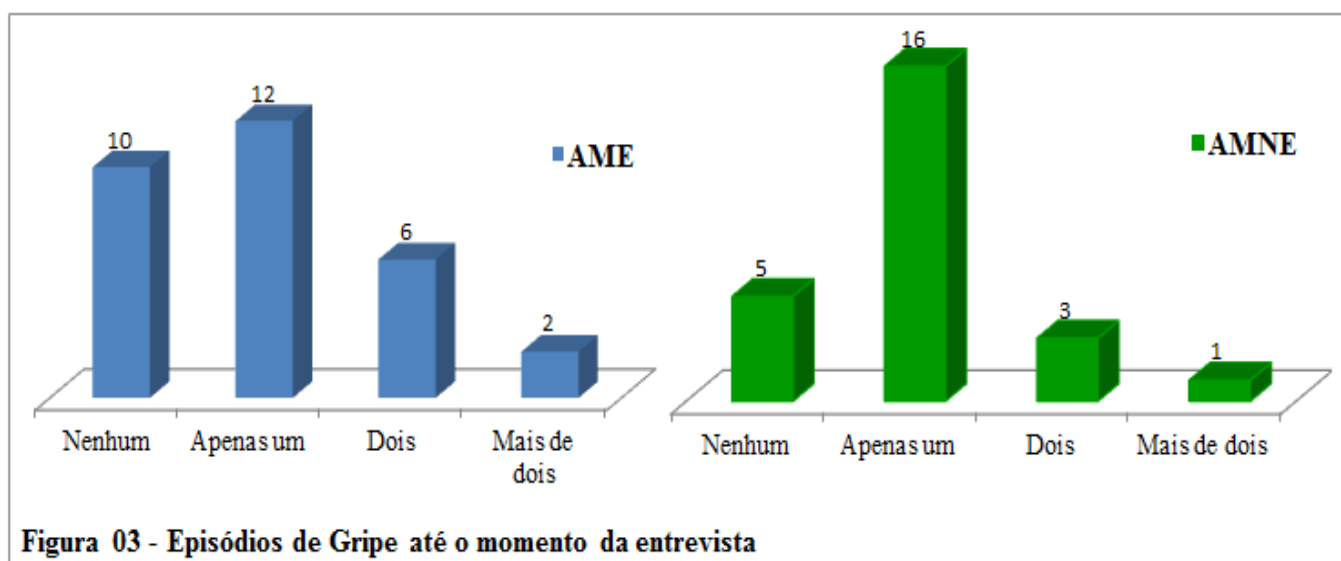
<b>Presença de doenças respiratórias no grupo estudado</b>				
	<b>AME</b>		<b>AMNE</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	6	20	3	12
<b>Não</b>	24	80	22	88
<b>Total</b>	30	100	25	100
<b>Doenças respiratórias manifestadas</b>				
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Bronquite</b>	2	33	2	67
<b>Pneumonia</b>	3	50	0	0
<b>Bronquiolite</b>	1	17	1	33
<b>Total</b>	6	100	3	100

Dentro do questionário aplicado, pediu-se que as mães respondessem, segundo sua própria concepção, com que frequência seu filho adoecia. No grupo AME 93% (28) delas afirmou que seus filhos raramente adoeciam e 7% (2) que eles adoeciam sempre, como por exemplo, na ocorrência da menor mudança climática ou ambiental, apresentando pequenos resfriados e alergias tanto dermatológicas quanto respiratórias leves. Quanto aos episódios de gripe neste grupo, 10 crianças (33%) não apresentaram nenhum, 12 crianças (40%) apresentaram apenas um episódio, 6 crianças (20%)



apresentaram dois episódios e 2 crianças (7%) apresentaram mais de dois episódios até o dia da entrevista (Figura 03).

O grupo AMNE sob o mesmo questionamento a respeito da frequência de adoecimento de seus filhos 96% das mães (24) afirmou que seus filhos raramente adoecem, enquanto 4% das mães (1) afirmou o oposto. Quanto aos episódios de gripe as mulheres pertencentes a este grupo afirmam que 5 crianças (20%) não apresentaram, 16 crianças (64%) apresentaram apenas um, 3 crianças (12%) apresentaram dois e apenas 1 criança (4%) apresentou mais de dois episódios de gripe, até o momento da entrevista.



Por meio dos dados obtidos pode-se perceber que as mães não consideram a gripe como doença respiratória. Do ponto de vista biológico sabe-se que esta também é uma inflamação das vias aéreas superiores, sendo a mais comum na infância.

Com base neste conhecimento obteve-se a tabela 02 que nos revela a mudança no cenário encontrado até o momento, onde um maior número de crianças no grupo AME apresentaram doenças respiratórias em comparação ao grupo AMNE.

Na tabela 03 pode-se observar que no grupo AME, 17% (5) das crianças não apresentaram qualquer tipo de doença respiratória, enquanto no grupo N-AME apenas 12% (3), o que altera a prevalência pontual de doenças respiratórias que passa a ser de 0,83% no grupo AME e 0,88% no grupo AMNE. Através desta tabela pode-se ainda observar que ao contrário do que foi referido pela maior parte das mulheres entrevistadas, seus filhos apresentaram distúrbios respiratórios. No grupo AME estas foram manifestadas por 83% (25) das crianças, enquanto no grupo AMNE esta se deu em 88% (22).

**Tabela 02** - Distúrbios respiratórios superiores e inferiores em lactentes dos grupos AME e AMNE. Brasília – DF, 2014.

	AME		AMNE	
	N	%	N	%
Bronquiolite	1	3%	2	8%
Bronquite	2	7%	1	4%
<b>Gripe</b>	<b>19</b>	<b>63%</b>	<b>19</b>	<b>76%</b>
Pneumonia	3	10%	0	0%
Nenhuma	5	17%	3	12%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

## 5 DISCUSSÃO

É importante salientar que o número de mães entrevistadas em cada grupo difere em decorrência das limitações que permearam este estudo. O curto período para coleta de dados e a dificuldade em entrar em contato com as mães, uma vez que o contato inicial foi realizado por meio do telefone de contato fornecido pelas mesmas no momento da primeira consulta de CD realizada no Centro de Saúde nº11 e boa parte dos números estavam errados. Outra limitação encontrada foi a dificuldade de comprovação da veracidade das informações fornecidas pelas entrevistadas, já que a pesquisa foi realizada por meio de apenas uma visita e não foram realizados exames laboratoriais ou consulta a prontuários médicos para confirmação das informações quanto à real condição de saúde da criança.

A idade materna é amplamente apontada como fator relevante para o desmame precoce, como foi constatado por Lima, et al. (2011) em sua revisão bibliográfica relativa ao tema, onde mães com maior idade amamentam por mais tempo. Tal informação não é confirmada pela análise do perfil da população aqui estudada, uma vez que tanto o grupo AME quanto o AMNE apresentam média etária materna parecidas, de 28 e 24 anos respectivamente.

No que diz respeito ao perfil socioeconômico, os dois grupos apresentam renda média similar. Mostrando que neste grupo a renda não se revelou como um fator decisivo ao prolongamento do AME como é amplamente defendido pela literatura e foi constatado pelo estudo realizado por Wenzel e Souza (2011), onde o AME prolongamento é diretamente proporcional à renda familiar. Estes autores, em contrapartida, afirmam que as mães com menor renda continuam a oferecer o seio ao filho por um período maior, mesmo que de forma complementada. Tal achado condiz com o que foi encontrado nesta população, uma vez que toda ela apresenta renda média menor que dois salários mínimos, o que é considerado baixo, e mesmo após oferecer ao lactente alimentação complementar continuam a amamentar segundo o desejo deste.

Por meio da observação do número de consultas realizadas, em média, pelos integrantes dos grupos pode-se concluir que nem sempre o número de consultas com enfermeiro e/ou médicos é sinônimo de maior conhecimento sobre os benefícios do AME ou ainda maior aplicação dos conhecimentos adquiridos em sua vivência. Apesar disto sabe-se que o AME está envolto de muitas outras variáveis dentre elas a escolha

individual materna e ainda o contexto sociocultural no qual esta está inserida. A importante ação de coerção da sociedade reforça a necessidade de uma maior troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde e a mulher durante todo o período pré-natal, para que esta se sinta apta a realizar o AME e não se perceba sendo obrigada ou ainda culpabilizada pelo fracasso ou não persistência desta (OLIVEIRA, 2010).

O momento de introdução da alimentação complementar é de suma importância para a saúde da criança, sendo considerado um importante determinante no que diz respeito à morbimortalidade infantil e ao crescimento ideal da criança (MACHADO; et al, 2014; PASSANHA, et al., 2010). Os determinantes apontados pelas mães entrevistadas no presente estudo foram: a impressão de leite fraco, retorno ao trabalho, opção materna e indicação médica, presentes nos dois grupos, e ainda hipogalactia (ausência de leite) e a rejeição do seio pelo bebê.

A impressão de leite fraco foi encontrada nos dois grupos – 13% em AME e 16% em AMNE – e também observada nos estudos de Rocci e Fernandes (2014) e de Issler et al (2010). Esta impressão está intimamente ligada à crença popular que geralmente resulta do pouco conhecimento a respeito da produção do leite humano e valores nutricionais do mesmo, podendo estar ligada ainda à atribuição do choro incessante da criança à fome, o que nem sempre é real (ROCCI; FERNANDES, 2014). Juntamente com a queixa da falta de leite mencionada por 12% das mães do grupo AMNE, a impressão de leite fraco, é tida como resultante de um conflito proveniente da pressão social que afirma que a mãe tem o dever de amamentar que por sua vez é um direito da criança, e para se livrarem desta carga social utilizam esta queixa para ficarem livres de julgamentos (ISSLER, et al, 2010; SOUZA, et al, 2011).

A opção materna, presente nos dois grupos estudados em igual porcentagem (24%), traduz os valores culturais envolvidos no AME já que se acredita que esta não procede de eventuais problemas, podendo transparecer a influência de outras pessoas próximas (avós, conhecidos, vizinhos).

Todos estes entraves podem ser vencidos por meio do auxílio da equipe de saúde nos primeiros seis meses de vida da criança, caracterizando-se uma estratégia eficaz no prolongamento do AME, desde que estes estejam comprometidos com este objetivo, pois de outra forma caracterizariam estímulo negativo a esta prática (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Como observado em ambos os grupos, as mães apontam a influência do profissional de saúde como fator de inserção do alimento complementar, AME 33% e AMNE 4%. Este dado concorda com o que é afirmado por Giugliani (2010), que constata a influência desta recomendação de complementação com água, chá e outros alimentos como fator de desmame. Isto se dá principalmente pelo fato destes profissionais não estarem convencidos a respeito da efetividade das resoluções que permeiam os objetivos da OMS ao incentivar o AME até o sexto mês (ROCCI; FERNANDES, 2014).

O fator mais citado no grupo AMNE como motivo para a inclusão do alimento complementar foi o retorno ao trabalho (28%), enquanto no grupo AME este mesmo item é o segundo mais mencionado (30%). A literatura trás que este é o principal fator para a introdução precoce do complemento alimentar e/ou desmame (FIGUEIREDO, 2009; LIMA, et al., 2011; GALVÃO, 2011). Este argumento, apesar de coerente e incontestável, é passível de mudança. Tal modificação seria possível caso as mães recebessem instruções a respeito do correto armazenamento do leite humano, podendo garantir que a criança recebesse o leite em sua ausência (ROCCI; FERNANDES, 2014). Tal intervenção necessitaria também da ação dos profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na Atenção Básica de Saúde, que estão mais próximos à residência das mães após o parto e são os responsáveis pela assistência no pré-natal (ROCCI; FERNANDES, 2014).

A rejeição do seio por parte da criança, apontada por mães do grupo AMNE (16%) como motivo para introdução da alimentação acessória trata-se, muitas vezes, da má interpretação do ato por parte da puérpera, que pode se dar devido à influência da cultura popular ou até mesmo pela ausência do amparo profissional neste momento desafiador (POLIDO et al, 2011). Esta barreira pode ser vencida por meio do ensinamento da técnica correta de amamentação, onde o lactente deve abocanhar não somente o mamilo, mas também a aréola o máximo que conseguir e ter um bom posicionamento em relação à mama.

As doenças respiratórias não tiveram grande representatividade na população estudada, quando se considera a fala das mães. Por meio da qual se constatou que no grupo AME existe uma maior frequência (20%) em comparação com o grupo AMNE (12%).

No entanto, ao considerar-se o que é entendido pela literatura como infecção respiratória, foco do presente estudo, pode-se observar que o grupo AMNE 88% (22) das crianças apresentaram doenças respiratórias, enquanto AME apresentou 80% (25). Concordando com o que é afirmado por Lopes e Berezin (2009) em seu estudo, onde o AME até o sexto mês de vida é tido como fator de proteção à comorbidades respiratórias. Passanha, et al. (2010) ressaltam ainda que mesmo o AMNE é um fator de proteção a todas as causas de mortalidade infantil se realizado pelo menos de zero a três meses de vida. Confirmando a influência positiva da manutenção do AM observada no grupo AMNE, já que apesar de introduzirem o alimento complementar as mulheres entrevistadas afirmam ofertar o seio à criança pelo menos na hora em que vai colocá-la para dormir.

Nos dois grupos estudados pode-se observar a predominância de meninas. Segundo estudo realizado por Klein et al. (2008) este é um potente fator de proteção à doenças respiratórias quando associado ao aleitamento materno. Esta constatação favorece a compreensão de que o leite materno está mesmo relacionado ao mecanismo protetor contra doenças do trato respiratório, o que está presente também no presente estudo.

O leite materno mesmo não sendo ofertado de forma exclusiva pelo tempo almejado pela OMS, seis meses, resguarda a saúde as criança de uma forma geral. Este fato é observado por meio da apreciação dos dados relativos ao desenvolvimento de episódios de gripe pelos entrevistados, onde no grupo AME ou desenvolveu-se apenas um episódio de gripe (40%) ou não desenvolveu nenhum (33%), e no grupo AMNE 64% apresentou apenas um episódio de gripe e 20% nenhum.

Ao se estabelecer um comparativo entre os resultados obtidos nos dois grupos pode-se constatar que o grupo AMNE possui maior número de crianças com um episódio de gripe, sugerindo que as mesmas são mais vulneráveis aos fatores que desencadeiam estes episódios.

No entanto, acreditamos que este seja um início para um maior aprofundamento. Faz-se necessário ampliar o número de participantes dos dois grupos para podermos achar significância estatística.

Como este estudo envolveu entrevistas às mães, consideramos esta uma importante limitação, como mencionado anteriormente, principalmente pelo fato da concepção/percepção de adoecimento da criança ser afetado pelo grau de conhecimento

das mães quanto a este processo. Assim, poderão ter um número maior de episódios, ou até morbidades respiratórias subnotificadas, devido ao entendimento desta como uma doença simples, e por não ter tido febre, subestimar o estado enfermo do lactente.

Reconhecemos ainda que os lactentes deste estudo estavam com menos de nove meses no momento da coleta de dados. Estudos que investigam comorbidades mais tardiamente, após noventa meses pelo menos, poderão apresentar resultados diferentes dos encontrados aqui, conforme foi observado no estudo de Li et al. (2014), onde constatou-se associação entre o AME e o menor desenvolvimento de infecções em crianças de até seis anos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lactação é um período muito importante e desafiador para a mulher, uma vez que é necessária a superação de todas as dificuldades provenientes da mesma em detrimento das necessidades de seu filho. A superação dessas dificuldades é possível caso a lactante receba o apoio adequado de sua família e, principalmente, o auxílio dos profissionais de saúde que devem incentivar esta prática desde a realização do pré-natal, reforçando-a na assistência após o parto, por meio da explanação de seus inúmeros benefícios, maternos e filiais, e ainda confirmação da correta realização da técnica de amamentação.

A população estudada tem como perfil a realização média do AME por 117 dias, 63 dias a menos do que é recomendado pela OMS e MS. Por meio deste estudo pôde-se constatar que isto se deve principalmente ao fato de que as mulheres que compõem este grupo trabalham fora e na previdência privada. No entanto, foram elencados fatores que indicam a necessidade de um melhor acompanhamento e atuação de profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, junto às puérperas. Esta atitude, frente ao que foi observado, mudaria o cenário não só local mas nacional do AME e consequentemente a saúde infantil.

Um dado relevante no estudo é que a prevalência pontual de distúrbios respiratórios, como a gripe, foi maior no grupo AMNE do que no AME. Mesmo tendo sido encontrada maior prevalência pontual de doenças respiratórias no grupo AMNE em relação ao AME quando reunimos todas as comorbidades respiratórias, considera-se necessária a realização de novos estudos neste sentido devido às limitações presentes no presente estudo. Outras pesquisas realizadas neste sentido indicam que é possível a manifestação tardia das consequências da interrupção precoce do AME, como mencionado no decorrer do presente estudo.



## 7 REFERÊNCIAS:

ARANTES, C.I.S., et al, Aleitamento materno e práticas alimentares em crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.24, n.3, p. 421-429, Mai.-Jun., 2011.

BARTLEY, J. MCGLASHAN, S. R. Does milk increase mucus production? **Medical Hypotheses**. v.74, n.4, p.732-34, abr, 2010.

BORTOLINI, A. G., et. al. Early cow's milk consumption among Brazilian children: results of a national survey. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v.89, p.608-13, Set, 2013.

BRAGA, D. F.; et al. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepção e experiências de lactantes usuárias de serviço especializado. **Rev. Nut.**, Campinas, v.21, n.3, p. 293-302, Mai./Jun., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. p.108, Brasília, 2009. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos**. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. p.60, Brasília, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. p.50, Brasília, 2011.

CASTILHO, S. D.; et al. The history of infant nutrition. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.86, p.179-88, 2010.

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **PDAD – Pesquisa Distrital por amostra de Domicílios – 2013**, Ceilândia-DF, 2013.

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

DIAS, M. C. A. P.; et al. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista Nutrição**, Campinas, v.23, n.3, p. 475-486, Mai./Jun. 2010.

FERRO, N. G., et al. Fatores relacionados ao insucesso da lactogênese: revisão da literatura. **Online Braz. J. Nurs. (online)**. v.8, n.3, dez, 2009.

- FIGUEIREDO, S. F. **Avaliação da iniciativa Hospital Amigo da Criança na prática do Aleitamento Materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em uma maternidade pública da cidade de São Paulo.** Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.
- FRANÇA, G. V. A., et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.41, n.5, p.711-18, Out, 2007.
- GALVÃO, D. G. Formação em aleitamento materno e repercussões na prática clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v.64, n.2, p.308-314, Abr, 2011.
- GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação exclusiva. **Amamentação: bases científicas.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 29, 2010.
- GONZÁLEZ M, M. A. La lactancia y La madre. **Médicas UIS: revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander.** Bucaramanga, Colombia, v.25, n.1, p.55-62, 2012.
- HOWELL, E. A. et al. An intervention to extend breastfeeding among black and Latina mothers after delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol.** Baltimore, v.210, p.239.e1-5, Mar. 2014.
- ISSLER, H. et al. Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo. **Pediatria.** São Paulo, v.32, n.2, p.113-120, 2010.
- KLEIN, M. I. et al. Diferencial gender response to respiratory infection and to the protective effect of breast milk in preterm infants. **Pediatrics.** v.121, n.6, p. e1510-16, Jun., Vermont, 2008.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- LI, R. et al. Breastfeeding and risk of infections at 6 years. **Pediatrics.** v.134, s.1, p. s-13-20, Set., Vermont, 2014.
- LIESBETH, D.; et al. Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review. **Maternal and Child Nutrition.** Malden-MA, v.5, p.199–210, 2009.
- LIMA, A. P. E.; et al. de. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Revista brasileira de enfermagem.** Brasília, v.64, n.5, p. 912-8, Out, 2011.
- LOPES, C. R. C.; BEREZIN, E. N. Fatores de risco e proteção à infecção respiratória aguda em lactentes. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 43, n. 6, p. 1030-4, Dez, 2009.
- MACHADO, A. K. F. et al. Intention to breastfeed and complementary feeding of postpartum women in a teaching hospital in southern Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.19, n.7, p.1983-1989, 2014.

MWIRU R. S. et al. Relationship of exclusive breast-feeding to infections and growth of Tanzanian children born to HIV-infected women. **Public Health Nutrition**. Boston, v.14, n.7, p.1251–58, Fev, 2011.

OLIVEIRA, M. C. de. **Práticas de aleitamento materno entre mães atendidas em Unidades de Saúde da Família num Distrito Sanitário do Recife**. 2010. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, p.26, Recife, 2010.

PASSANHA, A.; et al. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Rev. Bras. Crescimento e Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p.351-360, Ago, 2010.

POLIDO, C. G. et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta paulista de enfermagem**. São Paulo, v.24, n.5, p.624-30, 2011.

RITO, R. V. V. F.; et al. Degree of compliance with the ten steps of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative and its association with the prevalence of exclusive breastfeeding. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.89, n.5, p. 477-84. Jul, 2013.

ROCCI, E. FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.67, n.1, p.22-27, Jan-fev, 2014.

ROTH, D. E. et al. Acute lower respiratory infections in childhood: opportunities for reducing the global burden through nutritional interventions. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 86, n. 5, p. 356–364, Mai, 2008.

SANTOS, E. K. A. dos, Aleitamento materno. In: SCHMITZ, E. M. R; et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SES-DF, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Regional de Saúde de Ceilândia**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>> Acesso em: 07 nov 2014.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente na escola. Departamento de Nutrologia. 3a ed. Rio de Janeiro: **Sociedade Brasileira de Pediatria**; 2012.

SOUZA, F. I. S. de et al. Complementary feeding of infants in their first year of life: focus on the main pureed baby foods. **Rev. Assoc. Med Bras**. São Paulo, v.60, n.3, p. 231-235, Jun., 2014.

SOUZA, N. K. T. de et al. Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. **Com. ciências saúde**. Brasília, v.22, n.4, p.231-238, Abr.- Jun.2011.

THIARA, G.; GOLDMAN, R. D. Milk consumption and mucus production in children with asthma. **Canadian Family Physician**. Canadá, v.58, n.2, p.185-88, 2012.

TOMA, T. S., REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as vivências. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.5, p.235-46, 2008.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2012** – Criança em um mundo urbano. p.155, Fev 2012.

VARGAS, V. S.; SOARES, M. C. F. Relação entre introdução precoce de alimentos, condições socioeconômicas familiares e doenças respiratórias. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.23, n.3, p. 268-277, jul./set., 2010.

VENANCIO, S. I.; et. al. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. v.86, nº4, p.317-24, 2010.

WENZEL, D.; SOUZA, S. B. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 251-258, 2011.

## APÊNDICE A



Universidade de Brasília

**Instrumento de Coleta de Dados****Dados do Responsável**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_ Parentesco com a criança: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Número de consultas pré-natal: \_\_\_\_\_

Semana gestacional no momento do parto: \_\_\_\_\_

**Dados da Criança**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Peso ao nascer: \_\_\_\_\_

AME ( ) Não-AME ( )

Apresentou alguma doença/ anomalia no momento do parto: ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Idade da introdução do alimento complementar:

\_\_\_\_\_

Motivo da introdução do alimento antes do tempo indicado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alimento introduzido:

água

chá

leite de vaca

leite de soja

leite NAN

outro leite

frutas

papinhas

outros:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apresentou doenças respiratórias desde o seu nascimento:  Não  Sim

Se sim, com que idade: \_\_\_\_\_

Em qual período do ano: \_\_\_\_\_

Sintomas apresentados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Foi necessária internação:  Não  Sim

Se sim, por quanto tempo: \_\_\_\_\_

Costuma adoecer com frequência:  Não  Sim

Se sim, quais as doenças mais comuns: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo (a) sobre o objetivo e procedimentos da pesquisa “**Doenças respiratórias e o aleitamento materno exclusivo: existe alguma relação?**” e solicitar apoio e participação do(a) senhor(a) para a realização deste estudo.

Meu nome é Amanda Couto Lopes, sou aluna de graduação da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia (UnB – FCE), supervisionada pela Msc. Casandra G. R. M. Ponce Leon professora de Enfermagem da UnB – FCE.

Convido o(a) Senhor(a) para participar desta pesquisa a qual tem o **objetivo** de identificar a prevalência de co-morbidades respiratórias em crianças de 06 meses de vida, em AME (Aleitamento Maternos Exclusivo) ou não, até ao sexto mês de vida. Para isso, **precisaremos** nos encontrar uma vez para conversar, em local e horário que for melhor para o(a) Senhor(a), para que o(a) Senhor(a) possa ser entrevistado(a). A entrevista buscará conhecer o perfil de amamentação da criança para em seguida estabelecer a relação desta com a manifestação de doenças respiratórias e outras. Nosso tempo junto pode durar até 30 minutos, dependendo da sua disponibilidade. Todas as informações que nos disser serão mantidas sob a nossa guarda e responsabilidade e também serão utilizadas somente para essa pesquisa. Seu nome não irá aparecer e se você não quiser responder a alguma questão não há problema. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, como congressos. Sua participação será completamente voluntária e não haverá custo para você por estar participando. Você poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicado por isso. Os resultados dessa pesquisa subsidiarão a elaboração de intervenções de saúde capazes de reduzir ou extinguir os possíveis problemas de saúde que tenham relação comprovada com o tipo de amamentação a qual a criança foi submetida.

Se você concordar em participar, por favor, assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após todos os esclarecimentos e entregue ao pesquisador que for entrevistá-lo(a). O(a) Senhor(a) receberá uma cópia assinada.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Profa. Casandra G. R. M. Ponce de Leon, na instituição UnB-FCE, telefone: (61) 3107.8418 ou 9196.6557, em horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325.4955. Agradecemos a sua colaboração.

Ceilândia - DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Pesquisadores responsáveis:

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Msc. Casandra G. R. M. Ponce Leon - E-mail: [casandra@unb.br](mailto:casandra@unb.br)

Amanda Couto Lopes – Aluna de graduação - E-mail: [amanda.lopes622@gmail.com](mailto:amanda.lopes622@gmail.com)

---

**Amanda Couto Lopes**

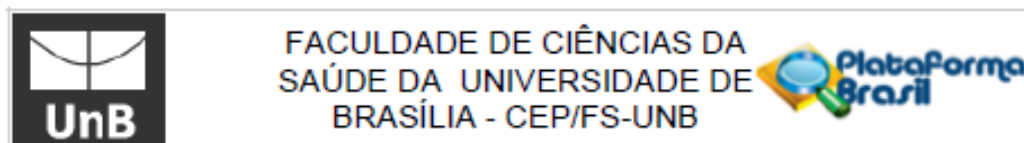
---

**Participante**

---

**Prof.<sup>a</sup> Msc. Casandra G. R. M. Ponce Leon**  
**Pesquisadora Responsável/Orientadora**

## ANEXO A



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM CRIANÇAS DE 6 MESES DE VIDA

**Pesquisador:** CASANDRA GENOVEVA ROSALES MARTINS PONCE DE LEON

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 25060614.7.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ceilândia - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 636.220

**Data da Relatoria:** 15/04/2014

**Apresentação do Projeto:**

Parecer Consubstanciado

30/04/2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB

FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM CRIANÇAS DE 6 MESES DE VIDA

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem

AMANDA COUTO LOPES

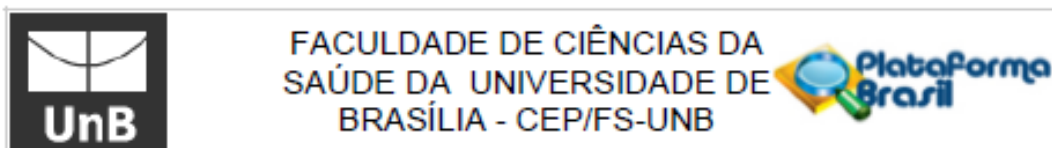
Orientadora: Prof.ª Msc. Casandra G. R. M. Ponce Leon

Apresentação / Sumário do Projeto

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa,

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br





Continuação do Parecer: 636.220

realizado por meio da aplicação de questionário, junto a mães que são atendidas no Centro de Saúde nº 11 da regional administrativa da Ceilândia.

**Critério de Inclusão:**

Mães que realizaram pelo menos 3 consultas de CD (crescimento e desenvolvimento) com o seu filho; Lactentes até sete meses de vida; A mãe ou o responsável pela nutrição e cuidados à criança, aceitar participar da pesquisa.

**Critério de Exclusão:**

Mães que não realizaram pelo menos 3 consultas de CD com o seu filho; Crianças que nasceram com algum tipo de doença congênita; ou prematuras; ou com baixo peso ao nascer; Crianças que não fazem parte da população atendida pela unidade de saúde. Mães que não aceitaram participar da pesquisa.

Tamanho da Amostra: 50 participantes, sendo 25 compondo o Grupo de mães em AME e 25 no grupo de mães Não-AME.

Orçamento Financeiro: R\$ 3.010,00 (três mil e dez reais) a serem custeados pelos pesquisadores.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo geral.** Identificar a prevalência de co-morbidades respiratórias em crianças de 12 meses de vida, em AME ou não até ao sexto mês de vida.

**Objetivos específicos:**

- Conhecer o perfil de amamentação das crianças de 12 meses de vida da comunidade atendida pela unidade básica de saúde escolhida para a realização do estudo;
- Destacar os fatores que levaram à introdução da alimentação complementar antes do período proposto pela OMS (antes de 6 meses de idade); Descrever os hábitos alimentares das crianças após o término do Aleitamento Materno Exclusivo (AME).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Não existem riscos à população, uma vez que os dados pessoais dos participantes da pesquisa não serão divulgados nem farão parte do corpo desta. Também, não serão tiradas fotos das residências ou participantes, nem se farpa nenhuma menção ao endereço das casa visitadas sob o risco de identificar as participantes. A aplicação do questionário (apêndice A) será realizada e analisada pessoalmente pela pesquisadora, não sendo submetida a qualquer outro centro analisador.

**Benefícios:** O estudo pode ajudar na elaboração de intervenções coerentes com o objetivo de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepts@unb.br