

**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Saúde Pública**

**Interrupção Precoce do Aleitamento Materno Exclusivo  
em um Centro de Saúde Escola do Município de São Paulo**

**Emily Antunes Domingues**

**Trabalho apresentado à disciplina  
Trabalho de Conclusão Curso II – 0060029,  
como requisito parcial para a graduação no  
Curso de Nutrição da FSP/USP.**

**Orientadora: Dra. Viviane Laudelino  
Vieira**

**São Paulo**  
**2024**

# **Interrupção Precoce do Aleitamento Materno Exclusivo em um Centro de Saúde Escola do Município de São Paulo**

**Emily Antunes Domingues**

**Trabalho apresentado à disciplina  
Trabalho de Conclusão Curso II – 0060029,  
como requisito parcial para a graduação no  
Curso de Nutrição da FSP/USP.**

**Orientadora: Dra. Viviane Laudelino  
Vieira**

**São Paulo**

**2024**

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra. Viviane Laudelino Vieira, pelo apoio incondicional, orientações valiosas e paciência ao longo do desenvolvimento deste trabalho e durante o estágio.

Às mulheres e mães participantes do estudo, por compartilharem generosamente suas experiências e por confiarem em mim para ouvir suas histórias.

Ao Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza, pela oportunidade de desenvolver este estudo.

À Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP) e a todos os professores que contribuíram para a minha formação acadêmica e pessoal ao longo dessa jornada.

À minha mãe, Nilda, por me amamentar no meu primeiro ano de vida e, acima de tudo, por continuar a me nutrir com amor, força e sabedoria em todas as etapas da minha vida.

Ao meu pai, Antonio, por ser meu alicerce e me apoiar incondicionalmente na busca pelos meus sonhos.

Às minhas irmãs, Adriana e Ana, que me ensinaram sobre empatia e respeito ao próximo, valores que têm sido fundamentais em minha vida e formação.

Ao meu noivo, Vitor, por cuidar de mim nos momentos mais difíceis e por me lembrar da importância de cuidar de mim mesma.

À minha família como um todo, meu refúgio e porto seguro, sempre presente para renovar minhas forças e me inspirar.

À Cláudia, minha mentora, colega de trabalho e amiga, que me incentivou a persistir e continuar a faculdade, mesmo nos momentos de dúvida.

Às minhas amigas da faculdade, Jennifer, Mafê, Deborah, Mari e Victória, pela parceria, apoio e por tornarem os últimos cinco anos mais leves e cheios de memórias inesquecíveis.

DOMINGUES, E.A. Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em um Centro de Saúde Escola do município de São Paulo [Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Nutrição]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2024.

## **Resumo**

**Introdução:** Apesar da recomendação da realização do aleitamento materno exclusivo (AME) ser até os seis meses de vida, 54,2% das crianças vivenciam sua interrupção precocemente. **Objetivo:** Identificar os motivos que levaram à interrupção precoce do AME em um Centro de Saúde Escola do município de São Paulo. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, com componentes descritivos e analíticos, utilizando-se a técnica da Análise de Conteúdo, desenvolvido no Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza (CSEGPS), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Foram identificadas as crianças que, por algum momento, tenham recebido exclusivamente leite materno, mas que interromperam o AME antes dos seis meses de idade, que estavam matriculadas no CSEGPS e em acompanhamento na Saúde da Criança. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, gravada em áudio, constituída por duas partes: a primeira, com aplicação de questionário, visando a caracterização da população e a segunda, com roteiro semiestruturado, que abordou questões que permitiram compreender os motivos relacionados à interrupção do AME. **Resultados:** Foram entrevistadas oito mulheres e identificados os motivos, explícitos e implícitos, que levaram à interrupção precoce do AME: o retorno ao trabalho e a falta de estrutura e apoio no local, o incentivo a práticas não recomendadas, a dificuldade inicial com as técnicas da amamentação, mitos e crenças da mãe sobre a amamentação e o leite materno, a preocupação da mãe quanto à saúde e desenvolvimento do bebê e a falta de acolhimento e escuta qualificada dos profissionais de saúde. **Conclusão:** O estudo apontou os motivos explícitos e implícitos que levaram à interrupção do AME em um Centro de Saúde Escola do município de São Paulo e recomenda o desenvolvimento de ações para suporte às mães, além do fortalecimento e a implementação efetiva das estratégias e programas existentes no Brasil.

**Descritores:** Desenvolvimento infantil; Aleitamento materno; Atenção primária à saúde; Nutrição do lactente

# SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>2. OBJETIVOS.....</b>  | <b>8</b>  |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....  | 8         |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                   | 9         |
| <b>3. MÉTODOS .....</b>   | <b>9</b>  |
| 3.1 DESENHO DO ESTUDO.....  | 9         |
| 3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO .....                             | 9         |
| 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....                                    | 10        |
| 3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....                                    | 11        |
| 3.5 SELEÇÃO DA AMOSTRA .....                                      | 11        |
| 3.6 COLETA DE DADOS .....   | 11        |
| 3.7 VARIÁVEIS PARA CARACTERIZAÇÃO .....                           | 12        |
| 3.8 ROTEIRO DA ENTREVISTA .....                                   | 12        |
| 3.9 ANÁLISE DOS DADOS .....                                       | 13        |
| 3.10 ASPECTOS ÉTICOS.....   | 14        |
| 3.10.1 Riscos.....  | 14        |
| 3.10.2 Benefícios .....   | 15        |
| <b>4. RESULTADOS .....</b>  | <b>15</b> |
| 4.1 PERFIL DAS ENTREVISTADAS .....                                | 15        |
| 4.2 PERFIL DOS LACTENTES.....                                     | 17        |
| 4.3 PERFIL AMAMENTAÇÃO E USO DE BICOS ARTIFICIAIS.....            | 17        |
| 4.4 PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO À EXPERIÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO .....       | 18        |
| 4.5 MOTIVOS QUE LEVARAM À INTERRUÇÃO DO AME .....                 | 22        |
| <b>5. DISCUSSÃO.....</b>  | <b>31</b> |
| <b>6. CONCLUSÃO .....</b>   | <b>40</b> |
| <b>7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO.....</b>     | <b>41</b> |
| <b>8. REFERÊNCIAS .....</b>                                       | <b>44</b> |
| <b>ANEXO I – FORMULÁRIO E ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>         | <b>47</b> |
| <b>ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b> | <b>49</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

O leite materno é o primeiro contato do bebê com um alimento após o parto. Produzido naturalmente pela mulher, contém nutrientes, anticorpos e outras substâncias que, além de favorecer o crescimento e desenvolvimento da criança, podem protegê-la de doenças infecciosas (BRASIL, 2019). A amamentação melhora a sobrevivência, a saúde e o desenvolvimento de todas as crianças (ROLLINS *et al.*, 2016).

Crianças amamentadas por mais tempo têm índices menores de morbidade e mortalidade na primeira fase da vida, frente à redução do risco de diarreia, pneumonia, otite, meningite e infecção urinária. Há evidências crescentes de que o benefício da amamentação se estenda até a adolescência e vida adulta, protegendo contra a incidência de diabetes tipo II, sobrepeso e obesidade nas fases posteriores de desenvolvimento (OMS, 2009). A amamentação também apresenta benefícios para as mulheres que adotam a prática, pois está associada a um menor risco de desenvolvimento de câncer de mama, de ovário, osteoporose e diabetes tipo II, além de contribuir para o aumento do intervalo entre partos (VICTORA *et al.*, 2016).

Além dos benefícios para a criança e a mãe, a amamentação tem valor econômico – a maior duração da amamentação está relacionada a uma cognição mais alta nas crianças, que por sua vez está associada a um aumento na capacidade de trabalho na vida adulta, o que contribui para o desenvolvimento econômico do país. A menor morbidade na infância, ou seja, o menor índice de adoecimento, reduz gastos públicos e privados com assistência em saúde, fator que também contribui para a economia. Por fim, amamentar tem baixo impacto ambiental, uma vez que o leite materno é um alimento natural, não industrializado e renovável. Além de ser uma fonte segura de alimento para a criança, não necessita de embalagens e não gera desperdícios (ROLLINS *et al.*, 2016).

A recomendação atual é de que a criança seja amamentada já na primeira hora de vida e siga sendo amamentada por 2 anos ou mais. Nos primeiros 6 meses de vida, a recomendação é de que o aleitamento materno seja exclusivo, o que significa que nenhum outro alimento precisa ser introduzido nessa fase, nem líquidos como água, chás ou sucos, uma vez que o leite materno possui toda a água necessária para a hidratação (BRASIL, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu indicadores para o estudo das práticas alimentares de crianças em 2021, sendo que em relação aos primeiros seis meses de vida são avaliadas: 1) a prevalência da amamentação na primeira hora de vida entre os

menores de 2 anos (proporção de crianças com menos de 24 meses de vida que foram amamentadas na primeira hora de vida); 2) a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de 6 meses através da proporção de crianças que foram alimentadas apenas com leite materno nas 24 horas anteriores à entrevista; 3) a prevalência de aleitamento materno misto em menores de 6 meses através da proporção de crianças que receberam, além do leite materno, fórmula infantil ou leite animal nas 24 horas anteriores à entrevista. A definição de leite materno para esses indicadores inclui, além do leite da própria mãe, leite humano doado ou recebido de outra mulher. Qualquer fórmula ou leite animal diferente do leite materno humano, quando oferecidos juntamente ao leite materno, são considerados no indicador de aleitamento misto (OMS, 2021).

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), coordenado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), realiza o acompanhamento na população brasileira através desses mesmos indicadores, mas o segundo é desmembrado em três faixas etárias, para permitir comparação com outras publicações brasileiras. Assim, além da prevalência de AME em crianças menores de 6 meses, são calculadas as prevalências de AME em menores de 4 meses e na faixa entre 4 e 5 meses. Além disso, o ENANI ainda inclui a prevalência de aleitamento materno predominante (AMP) em menores de 6 meses, que é a proporção de crianças que foram alimentadas com leite materno de forma predominante, mas que receberam também água, chás ou sucos no dia anterior à entrevista (UFRJ, 2021). Esse último é um indicador utilizado pela OMS em sua publicação de 2008, mas não mais em 2021 (OMS, 2008, 2021).

Segundo o ENANI, em 2019, a prevalência de AME em menores de 6 meses foi mais alta na região Sudeste do que na média do país. Enquanto no Brasil a prevalência foi de 45,8%, na região Sudeste foi de 49,1%. No entanto, a prevalência do aleitamento materno (AM) na primeira hora de vida foi menor no Sudeste do que na média brasileira: enquanto 62,4% das crianças brasileiras com até 2 anos foram amamentadas na primeira hora de vida, no Sudeste esta prevalência foi de 58,5% (UFRJ, 2021).

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde, nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF), em 2008, mostrou que no município de São Paulo, a prevalência de AM na primeira hora de vida entre crianças com até 1 ano de idade foi de 62,4%, a prevalência de AME em menores de 6 meses foi de 39,1% (BRASIL, 2009), sendo estes os dados mais recentes da capital paulista aos quais temos acesso.

Apenas um pequeno número de condições de saúde da criança ou da mãe pode justificar a indicação de complementação do aleitamento materno no período até os 6 meses ou a recomendação de não amamentar, seja ela temporária ou permanente. Alguns exemplos são: crianças muito prematuras, crianças com muito baixo peso ao nascer, mães que por algum período usaram algumas medicações específicas (ex: quimioterapia citotóxica). Essas condições foram listadas pela OMS e atualizadas em 2009 (OMS, 2009). Vale ressaltar que essas condições afetam um número pequeno de mulheres e crianças e para o desenvolvimento da pesquisa, mães e crianças com condições que interferem na realização do AME não serão consideradas.

Em uma revisão sistemática realizada por Rollins, *et al.* (2016), foram identificados os principais determinantes das decisões e atitudes da mulher em relação à amamentação. O contexto sociocultural e de mercado é o componente estrutural dos determinantes da amamentação, que age sobre toda a população (não somente as mães) e inclui a propaganda, a publicidade e os produtos que são disponibilizados nos pontos de venda. No Brasil, apesar do estímulo e do suporte à amamentação feita pelo Ministério da Saúde, entre 2014 e 2019, o consumo de substitutos de leite materno estava projetado para aumentar entre 6-8% por criança (ROLLINS *et al.*, 2016).

Esse componente estrutural afeta, inclusive, outros ambientes que podem estar relacionados com a decisão das mulheres em amamentar ou não – o familiar/comunitário, o trabalho/emprego, o pessoal e os sistemas de saúde. Todos esses ambientes possuem características e atitudes que são determinantes no auxílio ou desestímulo à amamentação.

No âmbito familiar/comunitário, as experiências e práticas anteriores dos integrantes da família e as atitudes dos parceiros, quando presentes, podem influenciar a incidência e a duração da amamentação; no âmbito profissional, o trabalho materno é um dos principais motivos para o desmame precoce; e no nível individual, a intenção de amamentar durante a gestação é um forte preditor da iniciação e duração da amamentação, desde que o contexto seja favorável: a falta de suporte, especialmente nas primeiras semanas pós-parto, além de antecipação das dificuldades da amamentação são razões comuns para o abandono da prática (ROLLINS *et al.*, 2016).

Por último, os sistemas e serviços de saúde têm papel importante no apoio à amamentação. Nos sistemas de saúde, os profissionais responsáveis pelo cuidado podem apoiar as decisões acerca da amamentação em momentos críticos, antes e depois do nascimento da criança e podem influenciar diretamente quando ocorrerem os desafios para a

manutenção do aleitamento materno exclusivo e continuado conforme a recomendação vigente. Nesse sentido, lacunas de conhecimento das equipes e falta de habilidade e prática para apoiar a amamentação são dificuldades reportadas em diversos níveis de profissionais de saúde (ROLLINS *et al.*, 2016).

No Brasil, são listadas recomendações para crianças menores de 2 anos que devem ser realizadas no ambiente da Atenção Primária à Saúde (APS). O documento “Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde” do Ministério da Saúde, possui uma série de ações específicas e universais que devem ser direcionadas aos indivíduos, famílias e comunidades para que se estabeleça o cuidado nutricional adequado. Quando falamos de ações específicas para menores de 2 anos, temos “Avaliar a prática do aleitamento materno e alimentação complementar por meio dos marcadores de consumo” como importante para o diagnóstico nutricional. “Orientar a mãe nutriz que trabalha sobre as técnicas e cuidados para extração do leite materno e oferta do leite para a criança”, “Acompanhar e incentivar a prática de aleitamento materno, observando e orientando sobre as técnicas da pega e posição”, “Acolher a nutriz com fatores associados ao desmame precoce (retorno ao trabalho, problemas de saúde, aspectos culturais, falta de apoio da família e do parceiro, utilização de bicos, chupetas e mamadeiras, dificuldades na amamentação)” e “Acolher e orientar as nutrizes que estão com dificuldades na amamentação” são ações de cuidado que devem fazer parte do serviço de saúde (BRASIL, 2022).

Compreende-se dessa forma que conhecer as dificuldades enfrentadas na manutenção da prática do aleitamento materno exclusivo é necessário para a definição de políticas públicas de promoção e apoio à amamentação. Na Atenção Primária à Saúde, o conhecimento, aconselhamento e apoio às nutrizes tem potencial para melhorar os índices observados hoje.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar os motivos que levaram à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em um Centro de Saúde Escola do município de São Paulo.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar as mães e os lactentes em relação ao perfil sociodemográfico e de saúde;
- b) Identificar a idade de interrupção do aleitamento materno exclusivo;
- c) Caracterizar a alimentação oferecida ao lactente após a interrupção do aleitamento materno exclusivo;
- d) Verificar o uso de bicos artificiais;
- e) Compreender as redes de apoio existentes à mãe no cuidado ao lactente;
- f) Conhecer a situação de trabalho remunerado das mulheres do estudo;
- g) Conhecer a percepção das mulheres do estudo sobre a experiência da amamentação.

## 3. MÉTODOS

### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, com componentes descritivos e analíticos. A análise é baseada na interpretação das falas obtidas através de entrevistas semiestruturadas sobre o tema, que foram gravadas, transcritas e analisadas utilizando-se a técnica da Análise de Conteúdo baseada em Minayo (2007).

### 3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza (CSEGPS), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Equipara-se a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, responsável por atendimentos, em nível de atenção primária em saúde, aos moradores e trabalhadores dos

bairros Jardim Paulista, Jardim América e Pinheiros, na Zona Oeste do município de São Paulo, além das famílias dos servidores da FSP e dos estudantes de escolas públicas do território. A unidade pertence à Coordenadoria Regional de Saúde Centro-oeste, Supervisão Lapa/Pinheiros.

O atendimento ao público-alvo do presente trabalho, crianças menores de dois anos, é estruturado através do trabalho multiprofissional que envolve pediatria, enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social e odontologia. O fluxo de atendimento geralmente inicia-se a partir do atendimento da pediatra da unidade, que ocorre em 3 períodos por semana. A primeira consulta do recém-nascido, em geral, é agendada pela maternidade de nascimento, mas também pode ser solicitada pela família. Segundo protocolo da unidade, as consultas, no primeiro semestre de vida, são mensais; no segundo semestre, bimensais; enquanto no segundo ano de vida são trimestrais. O intervalo entre as consultas pode ser menor, dependendo da avaliação médica. A partir da avaliação médica, outros profissionais da equipe são envolvidos no acompanhamento da criança. A equipe realiza semanalmente reuniões nas quais são discutidos casos necessários a serem compartilhados entre a equipe e os fluxos de atendimento.

Para a presente pesquisa, foram identificadas crianças que, por algum momento, tenham recebido exclusivamente leite materno, mas que interromperam o AME antes dos seis meses de idade, que estão matriculadas no CSEGPS e em acompanhamento na Saúde da Criança do serviço.

### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foi considerada a população a ser investigada:

- a) Crianças com até 12 meses;
- b) Crianças com matrícula vigente segundo os critérios já estabelecidos pelo CSEGPS e que estavam em acompanhamento pediátrico no período de coleta de dados;
- c) Crianças cujas mães tinham disponibilidade para entrevista;
- d) Crianças que tiveram algum período de aleitamento materno exclusivo, mas com interrupção precoce.

### 3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas da presente pesquisa:

- a) Crianças prematuras (<37 semanas);
- b) Crianças cuja interrupção do AME possa ter relação com condições de saúde (hipotonia muscular, cardiopatias...);
- c) Crianças cujas mães apresentam condições clínicas que sabidamente interferem na realização do AME (uso temporário de medicações incompatíveis com a amamentação sem possibilidade de adoção de uma alternativa, hipoplasia mamária...);
- d) Crianças cujas mães eram de outra nacionalidade, que não brasileira e que, portanto, pudessem apresentar dificuldades na compreensão do tema durante a entrevista.

### 3.5 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Considerando que o atendimento pediátrico acontece nas manhãs das terças, quartas e quintas-feiras, foram identificadas inicialmente as crianças com até 12 meses que seriam atendidas nestes dias. Na sala de espera, as famílias destas crianças foram abordadas para a apresentação da pesquisa e aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão. Sendo identificada como elegível, foi explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) e foi realizada a entrevista em local privativo. Quando a abordagem na sala de espera não foi possível ou quando não havia disponibilidade para a entrevista naquele momento, as famílias foram abordadas por mensagem de texto e a entrevista foi marcada presencialmente em outro dia. Em maio de 2024, foram identificadas 33 crianças com idade de até 12 meses que tiveram pelo menos um atendimento na pediatria no último ano e que, a princípio, não atendiam aos critérios de exclusão. Desse total, oito foram entrevistadas de maio a junho de 2024.

### 3.6 COLETA DE DADOS

As entrevistas aconteceram em formato presencial e foram gravadas em áudio, após a autorização da mãe. A entrevista foi constituída por duas partes: a primeira delas contemplou

informações para caracterização da população, contendo variáveis quantitativas ou qualitativas; já a segunda parte foi composta por uma entrevista semi-estruturada que abordou temas com o objetivo de compreender os motivos relacionados à interrupção precoce do AME. Somente foi gravada a segunda parte da entrevista. As duas partes da entrevista foram previamente testadas para ajustes anteriores ao início da coleta de dados.

### 3.7 VARIÁVEIS PARA CARACTERIZAÇÃO

Na primeira parte da entrevista, serão coletadas seguintes informações, que constarão em formulário (Anexo 1):

- a) Mãe: data de nascimento, raça/cor, estado conjugal, escolaridade, número de filhos, realização de trabalho remunerado, situação de trabalho remunerado, situação de estudo e licença-maternidade;
- b) Gestação: local de realização do pré-natal, número de consultas do pré-natal e intercorrências;
- c) Parto: local do parto, intercorrências, tipo de parto, presença de acompanhante e de doula;
- d) Lactente: data de nascimento, sexo, raça/cor, peso ao nascimento, comprimento ao nascimento, número de consultas na pediatria do CSEGPS, atendimento por outros profissionais, intercorrências de saúde, peso atual e comprimento atual;
- e) Amamentação: AM na primeira hora de vida, AME e AM na alta hospitalar, uso de fórmula na internação ao nascimento, idade de interrupção do AME, alimentos/líquidos oferecidos ao lactente após a interrupção do AME e uso de bicos artificiais (tipo e idade de início do uso).

### 3.8 ROTEIRO DA ENTREVISTA

O roteiro da entrevista (Anexo 1), no formato semiestruturado, contemplará informações relacionadas a:

- a) A vivência da amamentação ao nascimento/internação;
- b) As dificuldades que surgiram para a realização da amamentação;

- c) Os motivos que levaram à interrupção do AME;
- d) Os motivos relacionados ao uso de bicos artificiais, se houver;
- e) Informações e orientações recebidas sobre AM no serviço;
- f) A existência de rede de apoio para o cuidado do bebê;
- g) Para as mães com trabalho remunerado, eventuais dificuldades que surgiram com a volta ao trabalho.

### 3.9 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise da primeira parte da entrevista, as variáveis foram tabuladas em planilha de Excel e trabalhadas em função das suas distribuições por frequência e as medidas antropométricas dos lactentes foram analisadas sob os parâmetros da OMS (2006) para avaliação do estado nutricional segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2011).

Para a análise da segunda parte da entrevista, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, baseada em Minayo (2007). As unidades de registro utilizadas foram as transcrições dos conteúdos das entrevistas, tratados previamente. A técnica da análise de conteúdo é constituída em três fases:

- I. Pré-análise: será realizada a leitura flutuante do material para constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos;
- II. Exploração do material ou codificação: serão constituídas as categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado;
- III. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: serão escolhidas as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema. Após, serão propostas inferências e realizadas interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou identificação de elementos em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas.

### 3.10 ASPECTOS ÉTICOS

Em todas as etapas da presente pesquisa, os princípios éticos fundamentais que norteiam uma pesquisa envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, foram considerados. O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e aprovado. O parecer de aprovação pode ser consultado a partir do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 75983423.4.0000.5421.

As participantes foram informadas a respeito dos objetivos do estudo, dos desconfortos e riscos mínimos e dos possíveis benefícios à saúde decorrentes da participação, além da possibilidade de desistência a qualquer momento, sem implicação na assistência recebida no serviço de saúde. Todas as participantes autorizaram a participação na pesquisa mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### 3.10.1 Riscos

Conhecer os riscos inerentes à pesquisa é de grande importância para que seja possível implementar meios corretos de prevenção e proteção, buscando garantir o bem estar e os benefícios aos sujeitos de pesquisa. O impacto advindo de técnicas de pesquisa não invasivas, que não realizam nenhuma intervenção ou modificação das variáveis fisiológicas, apresentam risco mínimo para os indivíduos, entretanto, considerando-os como seres sociais, entende-se que há possibilidade de riscos àqueles que participaram deste estudo por chance de constrangimento ou desconforto ao serem entrevistados. Para que os riscos fossem minimizados, houve cautela na maneira com que a abordagem e a entrevista foram realizadas, sendo o respeito, acolhimento e privacidade aspectos indispensáveis. Os indivíduos receberam informações prévias sobre o estudo e o seu anonimato foi garantido, assegurando a assistência a qualquer dano que possa resultar de sua participação neste estudo.

### 3.10.2 Benefícios

Todas as participantes, no momento imediato à coleta de dados, tiveram a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas sobre a alimentação do filho e, caso necessário, foram direcionadas para o atendimento por nutricionista e/ou estagiário do CSEGPS, seguindo os fluxos do serviço. O presente estudo contribui para o desenvolvimento de estratégias futuras do serviço em prol do incentivo à realização do AME.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 PERFIL DAS ENTREVISTADAS

Do total de 33 mulheres, mães das crianças do universo amostral que não atenderam aos critérios de exclusão, 28 foram contatadas para participação na pesquisa. Desse total, 11 afirmaram não ter interrompido o AME em nenhum momento durante os primeiros seis meses do lactente. Das 17 restantes, nove não frequentavam mais o CSEGPS ou não responderam aos contatos para entrevista, de forma que não foi possível saber se interromperam o AME ou não, e oito foram entrevistadas.

As entrevistadas apresentaram perfis variados, e as informações sociodemográficas, sobre a gestação e o parto foram descritas no Quadro 1. A coluna IHAC, indica se o parto foi realizado em um hospital com o selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Quadro 1 – Características das participantes do estudo segundo variáveis sociodemográficas, da gestação e do parto, 2024.

| Participante | Idade (anos) | Raça/cor | Estado conjugal          | Escolaridade           | Realização de trabalho remunerado | Tipo de trabalho remunerado | Licença-maternidade (meses) | Número de filhos | Pré-natal no CSEGPS | Tipo de parto | IHAC |
|--------------|--------------|----------|--------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------|---------------|------|
| M.S.S.       | 43           | Parda    | Casada/<br>União estável | Médio completo         | Sim                               | Trabalhadora doméstica      | 5                           | 3                | Sim                 | Cesárea       | Não  |
| M.O.C.       | 33           | Parda    | Solteira                 | Superior incompleto    | Sim                               | Autônoma                    | 4                           | 4                | Não realizou        | Cesárea       | Não  |
| A.E.F.       | 18           | Parda    | Casada/<br>União estável | Médio incompleto       | Não                               | -                           | -                           | 1                | Não                 | Vaginal       | Não  |
| M.P.A.       | 35           | Parda    | Casada/<br>União estável | Fundamental completo   | Não                               | -                           | -                           | 3                | Sim                 | Vaginal       | Não  |
| F.S.N.       | 23           | Branca   | Solteira                 | Médio completo         | Sim                               | Setor privado               | 6                           | 1                | Sim                 | Vaginal       | Sim  |
| L.A.S.       | 37           | Branca   | Casada/<br>União estável | Fundamental incompleto | Não                               | -                           | -                           | 4                | Sim                 | Vaginal       | Não  |
| S.A.A.       | 39           | Preta    | Casada/<br>União estável | Superior completo      | Sim                               | Autônoma                    | Não                         | 1                | Sim                 | Cesárea       | Não  |
| K.C.S.       | 44           | Branca   | Casada/<br>União estável | Médio completo         | Sim                               | Autônoma                    | 4                           | 2                | Sim                 | Cesárea       | Sim  |

Fonte: elaborado pela autora.

## 4.2 PERFIL DOS LACTENTES

Quanto ao perfil dos lactentes das mães entrevistadas, as informações foram descritas no Quadro 2. Para melhor entendimento da evolução do peso até o momento da entrevista, as crianças foram colocadas na curva de crescimento da OMS – todas se mostraram adequadas nos indicadores de peso para idade e de comprimento para idade.

Quadro 2 – Características dos lactentes do estudo segundo variáveis sociodemográficas, e medidas antropométricas ao nascer e atuais, 2024.

| Participante | Idade do lactente (meses) | Sexo (lactente) | Raça/cor (lactente) | Peso ao nascer (g) | Comprimento ao nascer (cm) | Peso atual (g) | Comprimento atual (cm) |
|--------------|---------------------------|-----------------|---------------------|--------------------|----------------------------|----------------|------------------------|
| M.S.S.       | 11,9                      | Feminino        | Parda               | 2855               | 47,5                       | 8340           | 74                     |
| M.O.C.       | 12,4                      | Feminino        | Parda               | 2965               | 48                         | 8910           | 72                     |
| A.E.F.       | 5,2                       | Feminino        | Branca              | 3070               | 54                         | 7710           | 63                     |
| M.P.A.       | 11,9                      | Masculino       | Branca              | 2745               | 47                         | 10145          | 75                     |
| F.S.N.       | 4                         | Masculino       | Branca              | 3465               | 51                         | 6705           | 65                     |
| L.A.S.       | 9                         | Masculino       | Branca              | 3540               | 52                         | 8960           | 74,5                   |
| S.A.A.       | 5,1                       | Masculino       | Preta               | 3200               | 47                         | 6490           | 64,5                   |
| K.C.S.       | 3,9                       | Feminino        | Branca              | 3595               | 52                         | 6600           | 62                     |

Fonte: elaborado pela autora.

## 4.3 PERFIL AMAMENTAÇÃO E USO DE BICOS ARTIFICIAIS

As informações sobre o aleitamento materno, a interrupção do AME e o uso de bicos foram descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Características das participantes do estudo segundo variáveis sobre o aleitamento, a interrupção do aleitamento materno exclusivo e o uso de bicos artificiais, 2024.

| Participante | Aleitamento na 1ª hora de vida | AME na alta hospitalar | Idade de interrupção do AME | Alimentos oferecidos após interrupção | Retorno ao AME? | Uso atual de bicos  | Idade início de bicos |
|--------------|--------------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------------|
| M.S.S.       | Não                            | Sim                    | 5º mês                      | Fórmula / Fruta                       | Não             | Mamadeira           | 5º mês                |
| M.O.C.       | Não                            | Sim                    | 5º mês                      | Fórmula / Fruta                       | Não             | Mamadeira / Chupeta | 3º mês / 3º mês       |
| A.E.F.       | Sim                            | Sim                    | 1º mês                      | Fórmula / Suco / Fruta                | Não             | Chupeta / Chuquinha | 1º mês / 4º mês       |
| M.P.A.       | Sim                            | Sim                    | 1º mês                      | Fórmula                               | Não             | Mamadeira           | 1º mês                |
| F.S.N.       | Sim                            | Não                    | Antes do 1º mês             | Fórmula                               | Sim             | Chupeta             | 2º mês                |
| L.A.S.       | Sim                            | Sim                    | Antes do 1º mês             | Fórmula                               | Não             | Mamadeira / Chupeta | Antes do 1º mês       |
| S.A.A.       | Sim                            | Sim                    | Antes do 1º mês             | Chá                                   | Sim             | -                   | -                     |
| K.C.S.       | Sim                            | Sim                    | 3º mês                      | Fórmula / Água                        | Não             | Mamadeira / Chupeta | 3º mês / 1º mês       |

Fonte: elaborado pela autora.

#### 4.4 PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO À EXPERIÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO

As mães vivenciaram a amamentação de maneiras distintas após o parto. Para algumas, o início foi descrito como um momento “tranquilo”, enquanto outras relataram dificuldades. Com o passar do tempo, entretanto, algumas das percepções iniciais sobre a amamentação se transformaram.

Para M.S.S., a experiência prévia com a amamentação de outros filhos fez com que ela não enfrentasse dificuldades iniciais: “[...] eu não tive assim. Isso de dificuldade, não. Eu não tive não. Ah, já é a terceira. [...] Não tive problema no bico do peito, nada”. Contudo, em outro momento da entrevista, ela descreve a amamentação como trabalhosa: “Ah, os meu eu achei que, todos eles, que quando eu voltasse a trabalhar, que eles ia deixar (de mamar no peito). Mas não deixou. Dá trabalho fia. (risos).”

De forma similar, M.P.A., também mãe de três filhos, relata que a amamentação se tornou mais fácil com o segundo filho: “O primeiro eu sofri né, eu não tive orientação

*nenhuma. Mas o segundo, pra pegar, já foi de boa.*”. Com o terceiro filho, embora afirme não ter enfrentado as mesmas dificuldades do primeiro, ela comenta que percebeu uma produção menor de leite no início: *“Além de pouco leite no começo, não, nenhuma.”*.

K.C.S., que teve sua segunda filha, conta que começou a amamentar na primeira hora de vida e sua fala denota que não sentiu dificuldades neste início de relacionamento: *“Sim, logo que ela nasceu, já colocaram ela ali. Nossa, ela grudou no meu peito, parecia que já sabia. As enfermeira ficou boba com ela. Ela não me soltou, menina (risos).”*. Além disso, K.C.S. descreve a amamentação como algo que vai além de atender às necessidades nutricionais do bebê, destacando-a como um momento prazeroso de conexão:

*“O peito, ela pode tá com a barriguinha cheia, o buchinho cheio. Mas se eu colocar ela fica, nem que seja só pra ficar chupando, carinhando. É, é.. como é que fala? É a conexão entre nós, né? Que belezinha... Ai... Eu gosto também”* (K.C.S.)

M.O.C., por sua vez, relata ter enfrentado dificuldades no início, apesar de já ter amamentado três filhos anteriormente. O nascimento de sua última filha foi inesperado, já que ela não sabia que estava grávida ao chegar ao hospital. Naquele momento, ela demonstrou preocupação de não estar produzindo leite suficiente, o que poderia, em sua percepção, tornar necessária a complementação do leite materno. Em sua experiência, destacou o papel da enfermeira e do médico no auxílio que recebeu:

*“Não, eles não usaram (fórmula) porque eles queriam que eu tentasse. Tanto é que no começo eu achei que eu não ia conseguir, porque realmente nas primeiras horas não estava saindo nem o colostrinho e tal. Mas aí fazendo massagem, tudo, a enfermeira tava ajudando bastante e... Daí, logo em seguida, começou, assim. Não demorou muito a produção, não. Eu achei que ia precisar, mas... eu até pedi pro médico. E aí o médico falou que não, que não ia dar se ele não... se ele não visse que realmente tinha uma grande necessidade.”* (M.O.C.)

Em outro momento, já após o desmame de sua filha, M.O.C. expressa o desejo de ter prolongado a amamentação e destaca que considera essa experiência prazerosa: *“[...] Mas é*

*gostoso. Tem umas pessoas que eu conheço, que fala 'ai, da amamentação, não sei o que', eu falo 'ai, se ela quisesse mamar mais (risos), eu daria mais (risos)'*”.

Ainda no hospital. A.E.F., uma mãe jovem que teve sua primeira filha, conta que recebeu explicações das enfermeiras sobre a pega e a apojadura, o que tornou o processo mais fácil para ela:

*“Ela explicou né, como era que era para fazer, tipo pra fazer massagem também, porque às vezes fica muito duro assim, né? Aí ela pediu pra eu fazer massagem... aí foi tranquilo, a amamentação.”* (A.E.F.)

Por outro lado, F.S.N., também mãe de seu primeiro filho, compartilha que enfrentou dificuldades no início, apesar do auxílio das enfermeiras: *“As enfermeiras... as enfermeiras ajudaram, mas não foi possível. Até eu ter alta, não consegui”*. Em sua fala, ela destaca que foi um período difícil: *“Foi um começo muito difícil. Eu não estava conseguindo”*.

L.A.S., também relatou dificuldades no início, principalmente com problemas na mama, mas afirmou ter superado os obstáculos e definiu a amamentação como um processo “tranquilo”: *“Sim, um pouco. Fissura no peito, vixe... empedrou. Mas depois ficou tudo tranquilo”*. Ela menciona que, de seus quatro filhos, o último foi o único que conseguiu amamentar e que gostou da experiência: *“Foi ótimo, porque os outros três nunca mamou, só ele”*. Em outro momento, L.A.S. fala sobre a conexão que sente ao amamentar: *“[...] parece que a gente se entende”*.

Já S.A.A., em sua fala, se aprofundou nas dificuldades que enfrentou no início da relação com o bebê, destacando o contraste entre as expectativas sobre a amamentação antes do parto e a realidade após. A partir de sua própria experiência, ela menciona a dificuldade com a técnica correta da pega, os problemas com a mama, a dor e o medo de que o filho sinta fome como fatores que podem desencorajar outras mulheres a amamentar:

*“[...] Tem o que é fisiológico, tem o que é as nossas expectativas, né, o que é a nossa emoção... É... tem uma estratégia que eles utilizam lá no hospital que é desde o nascer a criança fica com a mãe, né? Não tem berçário e tal, então eu acho que isso é algo muito bom. E aquela expectativa de 'nossa, meu bebê tá aqui, e aí eu vou tentar amamentar'. Então veio uma enfermeira, foi lá, primeiro pressionou o meu seio pra ver se saía o colostro e tal. Então isso, pra mim é o que configura o emocional, né. Aquilo que a gente*

*espera, nossa 'que lindo, tá acontecendo e tal, não sei o quê'. Aí a gente vai pro fisiológico, né? (risos). Doeu horrores! E eu apertava, apertava pra sair. Doía muito, né? Então acho que tem isso... O J. teve uma pega errada, logo no início, daí eu pedi para ver uma fono. E isso não foi tão legal assim, lá no hospital. Porque daí eu pedi para ver uma fono e aí veio fono, mas veio fono para fazer todos os testes, mas não veio para me orientar, nessa relação. E aí ele fez uma pega errada, e eu sabia que a pega estava errada. Mas eu não sabia como consertar aquilo, né? E aí acabou que eu tive fissura, e essa fissura sangrou bastante. [...] Mas na primeira semana, assim, foi... muito doloroso, de dor mesmo, sabe? Porque sangrou bastante, tem aquela coisa de muita sensibilidade, de você não saber lidar muito com aquilo. E aí eu olhava pra ele e eu pensava 'nossa, meu filho vai ficar com fome, não sei o quê, tenho que dar o peito' Então eu falo, hoje eu entendo muito mais as mulheres que desistem de amamentar inicialmente. Assim, eu compreendo, porque não é todo mundo que vai querer sentir dor, porque é isso, você vai sentir dor, né?"*  
(S.A.A.)

Por outro lado, S.A.A. citou os benefícios para o bebê, para a mãe e o vínculo formado entre os dois, como fatores que podem estimular as mulheres a continuar amamentando. Mesmo destacando esses benefícios, ela reitera que a amamentação é difícil e que exigiu insistência de sua parte:

*"Mas ao mesmo tempo, eu acho que é algo que a gente tem que insistir, sabendo que... porque a minha insistência é o quê? Saber o quanto que a amamentação é de extrema importância para o desenvolvimento dele e também pra mim, né, pro meu corpo e depois para o nosso vínculo enquanto mãe e filho. Eu acho que tem todos esses bônus que a gente precisa levar em consideração pra poder passar por esses ônus. Mas foi difícil, tanto que eu falei pras minhas amigas, que eu insisti muito."* (S.A.A.)

A maneira como cada entrevistada define sua experiência com a amamentação oferece um contexto para entender os motivos que levaram à interrupção do AME.

#### 4.5 MOTIVOS QUE LEVARAM À INTERRUPÇÃO DO AME

Os motivos para a interrupção do aleitamento materno exclusivo, mencionados de forma explícita nas falas das mães entrevistadas, incluem o retorno ao trabalho, problemas de saúde da mãe, dificuldades com a técnica adequada de amamentação, a percepção de que o leite não era suficiente para suprir as necessidades do bebê, baixa produção de leite, além da falta de informação sobre as recomendações de aleitamento.

Nas falas das mães, além dos motivos que elas próprias identificaram para a interrupção do AME, também foram percebidos fatores implícitos que desempenharam um papel importante tanto na interrupção quanto na não retomada do aleitamento exclusivo após a interrupção. Esses fatores incluem a falta de estrutura e apoio no local de trabalho, a influência da creche, o uso de mamadeira e chupeta, o incentivo a práticas não recomendadas por pessoas próximas ou do círculo familiar, o medo em relação à saúde do bebê combinada aos sinais de desconforto e agitação da criança e a falta de uma escuta atenciosa por parte dos profissionais de saúde em relação às questões levantadas pelas mães.

De início, o retorno ao trabalho foi o motivo destacado por duas entrevistadas para a interrupção do AME:

*“Para ir trabalhar. Para ir trabalhar, isso. É que assim eu não conseguia mais tirar tanto mais leite como eu tirava antes né? Eu não tinha tanto mais. Começou a ficar menos, né.” (M.S.S.)*

*“De três para quatro meses, de três para quatro. Na fase de adaptação, eu tirava o leite materno e mandava. E aí, na escola, na creche dela, tinha enfermeira né, que ficava de olho. E aí também, a gente conversou e todo dia eu mandava um tanto. E aí depois eu fui aumentando, né, a quantidade de mandar, porque aí ela mamava super bem também. Ai acho que como era o meu leite, mesmo sendo na mamadeira, ela acabou não estranhando. Aí ela teve uma.. alguns dias assim, meio sem querer mamar, quando a gente começou a introduzir o Nestogeno, que é o leite que eles dão na creche né?” (M.O.C.)*

Tanto M.S.S., quanto M.O.C., relatam que a interrupção do AME para a introdução da fórmula ocorreu quando ambas precisaram retornar ao trabalho. No início, as duas conseguiram extrair o leite materno para ser oferecido pela cuidadora, no caso de M.S.S., ou pelas trabalhadoras da creche, no caso de M.O.C. No entanto, com o tempo afastada da bebê, M.S.S. percebeu que sua produção de leite diminuiu. Já para M.O.C., embora não tenha sentido essa diminuição na produção, ela relata dificuldades em ter que extrair o leite durante o trabalho.

*“Aí nos primeiros meses, nos primeiros dois meses foi meio (difícil)... Primeiro que aí eu tinha que levar a bombinha, né, pra poder tirar o leite. Porque acho que também como o ambiente da cozinha é quente, acaba ajudando a produção maior, né? E aí, aquela coisa, você sente... quando ela tava querendo mamar na escola, aí vinha aquele jato. Ficava e aí eu parava, tirava e tal. E, acho que é isso... Assim, os primeiros 2 meses acho que foi mais complicadinho assim, né? O peito dói muito, enche rápido e aí a gente ficava muito tempo... Começou a ficar muito tempo longe mesmo. Mesmo eu tirando, ainda... ainda tinha uma grande produção assim, de leite.” (M.O.C.)*

Essas mães atribuíram a interrupção do AME ao retorno ao trabalho. Vale destacar que, no caso de M.S.S., a introdução da fórmula ocorreu após a percepção de diminuição da produção de leite, enquanto M.O.C. enfrentou a complexidade da extração do leite na rotina intensa de trabalho na cozinha. De forma implícita, nas falas dessas mães, não apenas o retorno, mas também a falta de estrutura e apoio no local de trabalho surgem como potenciais motivos para a interrupção.

Outra diferença na experiência das duas mães foi a amamentação após o trabalho: ambas afirmaram continuar oferecendo o leite materno, no peito, após o expediente. No entanto, enquanto a filha de M.S.S. continuava a ser amamentada até o momento da entrevista, M.O.C. já havia interrompido o aleitamento materno. Um aspecto que diferencia a experiência das duas mães nesse sentido é o uso de bicos artificiais. M.S.S. relata que a filha nunca aceitou bem a mamadeira, embora fosse alimentada com ela enquanto a mãe trabalhava:

*“Para mim, não, por que ela não pegava tanto assim (a mamadeira), né? Ela não aceita. Até hoje ela não aceita muito bem a mamadeira não. Ah,*

*os meu eu achei que, todos eles, que quando eu voltasse a trabalhar, que eles ia deixar (de mamar no peito). Mas não deixou. Dá trabalho fia. (risos). É porque quando eu chego em casa, eu não dou o leite na mamadeira, eu sempre dou o peito. [...] A patroa ainda falava: ‘Ah, dá mamadeira’ e eu falava ‘tá bom, tá, tá certo’.” (M.S.S.)*

Já M.O.C. relata que a filha começou a usar chupeta após começar a frequentar a creche, como uma forma de acalento:

*“Ela usa, ela usa. Depois que ela foi pra creche, que ela começou a pegar mais, assim. Mais como uma forma de... É. De um acalento, né? Não sei, como é que... Acho que isso, mas... Mas depois que ela foi pra creche. Em casa, ela não, eu não dei logo de início para ela, não.” (M.O.C.)*

Além da chupeta, a mãe afirma ter comprado uma mamadeira similar à utilizada na creche para continuar a oferecer o leite materno por um tempo, uma vez que sentiu diferença depois que a mamadeira foi introduzida:

*“[...] porque na creche eles já davam com aquela mamadeira... (pausa para lembrar o nome) acho que, aquela que tem um bico parecido com o bico do peito, né? E aí eu tive, tanto é que eu tive que comprar uma mamadeira parecida para poder, para eu poder conseguir continuar assim, né?” (M.O.C.)*

Embora não seja citado de forma explícita como motivo para a interrupção do AME, a influência da creche e o uso da mamadeira são fatores que surgem repetidamente na fala de M.O.C. Ela relata perceber uma diferença no interesse da filha pelo peito após a introdução da mamadeira:

*“Ela fica meio, parecia que ela ficava meio que com uma preguicinha, ela mamava um pouco e aí, tipo, olhava, assim. Tipo, ‘nossa, é tão difícil mamar aqui’, sabe? ‘Tem aquela mamadeira, que é tão fácil. Eles coloca lá na escola, o leite já desce’ (risos). Eu acho que foi isso. Acho que foi isso mesmo. Depois que ela começou no... Tanto é que, quando ela começou na*

*mamadeira, na escola, aí começou a ficar um pouco mais difícil, porque tinha dias que eu ligava, às vezes eu ligava pra minha mãe chorando e falava, ‘eu não sei o que acontece, ela não quer mais mamar, que não sei o quê’.*”  
(M.O.C.)

Seguindo com os motivos levantados para a interrupção do aleitamento materno exclusivo, duas mães relataram que as condições de sua própria saúde foram determinantes. Para A.E.F., a primeira interrupção aconteceu quando ela contraiu uma infecção e precisou passar o dia no hospital:

*“É que assim, eu tive um problema de infecção depois do parto. Ai, como eu ia pro hospital, ela tinha que ficar com alguém, né, pra tomar leite. Ai, eu comprei a fórmula, o NAN, aí dei assim. Só que não foi por muito tempo, não. [...] Ela só passou um dia assim, tomando a fórmula, que era porque eu tava no hospital. Então depois eu comecei a dar o peito de novo pra ela.”* (A.E.F.)

Já para K.C.S., a interrupção ocorreu quando ela teve pneumonia:

*“(...) porque agora esse mês agora, eu tive um comecinho de pneumonia e fiquei muito ruim. Ai tive que tomar remédio e não conseguia comer, e parece que eu tentava dar o peito pra ela e ela chorava. E ai fiquei preocupada e eu pensava “ai meu Deus, parece que meu leite tá meio aguado” (pausa longa). Parecia que não tava alimentando e depois eu comecei a tomar antibiótico também e fiquei muito fraca.”* (K.C.S.)

Embora ambas, em suas próprias percepções, tenham interrompido o aleitamento exclusivo devido a um problema de saúde pontual, a fala de K.C.S. indica que a pneumonia não foi o único motivo para a interrupção: ela demonstra uma insegurança em relação à saúde do bebê e uma percepção, baseada no choro, de que a criança continuava com fome.

A experiência das duas mães durante a recuperação também foi distinta. A.E.F., que ficou apenas um dia no hospital, afirmou ter interrompido o uso da fórmula assim que voltou para casa. Já K.C.S., que passou por um tratamento mais longo, relatou a sensação de que o

leite materno já não supria de forma suficiente as necessidades de sua bebê e continuou oferecendo a fórmula em alguns momentos:

*“[...] Eu evito dar. Eu evito dar esse aqui, entendeu? (apontando para a mamadeira). Mas quando eu não tenho mais solução, eu pego e dou. Quando eu vejo que ela tá muito enjoada, eu acho que não sustentou ela, que eu pego e dou. Ela fica meio chorandinho, meio sei lá... eu pego e ofereço. Ai se eu ver que ela ta sugando bem a mamadeira, eu continuo” (K.C.S.)*

K.C.S. também relata sentir diferença na forma como a bebê suga o bico do peito e o bico da mamadeira ou da chupeta. Para ela, no momento da entrevista, a bebê ainda não estava acostumada com a forma de sugar os bicos artificiais e isso era positivo, no sentido de que o aleitamento materno se mostrava mais eficiente:

*“Ela suga melhor no meu peito do que na mamadeira. Na mamadeira ela não.. ela se atrapalha toda. É diferente, né, é diferente... o bebê percebe. Até a chupeta... se eu colocar a chupeta ela já (faz gesto de choro), faz aquela barulhada, já cospe. O trabalho que faz é diferente, na mamadeira, na chupeta e no peito. No peito ela pega do mesmo jeitinho, assim... com força, suga bem, mama bem. Agora a mamadeira ela fica meia... atrapalhada, parece que dá umas engasgadinha.” (K.C.S.)*

Mesmo relatando que a bebê tem preferência por mamar no peito e que "se atrapalha toda" ao receber a mamadeira, K.C.S. continuou oferecendo ambos. A percepção de que o leite materno não estava suprimindo as necessidades do bebê surgiu em outros momentos na fala dessa mãe. De fato, a ideia de que a filha precisaria de outra fonte de nutrição, já havia surgido antes da interrupção devido à pneumonia. Ela compartilha uma conversa que teve com a pediatra em uma consulta anterior, na qual foi desencorajada a complementar o leite materno. Na conversa com o profissional, parece que K.C.S. não conseguiu expor por completo suas preocupações em relação ao leite materno:

*“Um dia eu falei que ‘sabe, eu queria dar NAN’. Ai ela falou ‘por que?’... Ai eu falei ‘ah, porque eu acho que...’ e ela já disse ‘não, não mesmo.*

*Se você tem o peito, você tem leite do peito, você dá o seu leite. Eu não aconselho'.*” (K.C.S.)

Quando teve o início de pneumonia, K.C.S. também recorreu a um profissional de saúde para perguntar se precisaria interromper a amamentação para fazer o tratamento. O médico lhe afirmou que não seria necessário parar:

*“Eu falei pro médico, quando eu ia fazer o tratamento, que é muito forte, né. Se tinha problema amamentar. E ele falou que não tinha problema. Mas o problema foi em mim mesmo, que eu fiquei preocupada, sabe? Cansava né, nossa, um cansaço. Eu não conseguia nem segurar ela no colo.”* (K.C.S.)

Em ambas as interações com os profissionais de saúde, K.C.S. manifesta preocupação sobre a saúde da criança sendo alimentada exclusivamente com leite materno.

A percepção de que o bebê estava com fome e que o leite materno não era suficiente foi o motivo da interrupção do AME para outra mãe entrevistada. L.A.S. compartilhou que acreditava que o leite não sustentava o filho e, quando ele chorava, pensava que era por fome, o que a levou a introduzir a fórmula:

*“Foi questão... é porque ele chorava muito, com fome, só o peito não dava sustento à ele. Aí eu dei a fórmula. É... ele ficava com fome e eu ficava com dó.”* (L.A.S.)

É possível identificar na fala de L.A.S., assim como na de K.C.S., que o choro do bebê é percebido como fome e há uma preocupação com o desenvolvimento do bebê, o "sustento".

Além disso, L.A.S. menciona ter enfrentado problemas na mama no início: *"Fissura no peito, vixe... empedrou. Mas depois ficou tudo tranquilo."* Embora não seja o seu primeiro filho, L.A.S. compartilha que dos seus quatro filhos, conseguiu amamentar apenas o último, pois, quando os outros eram bebês, ela não produzia leite: *"Porque eu nunca, eu não tinha leite. Não tinha. Eles chupava, chupava e não saia nada (risos)"*.

Essa dificuldade inicial com a amamentação foi o motivo da interrupção do AME para F.S.N., que durante a internação após o parto de seu primeiro filho, introduziu a fórmula após tentativas frustradas de amamentar:

*“Ah, a pega. Lá na maternidade mesmo. Elas colocaram na primeira hora de vida e eu senti que não tava certo. Ai depois, elas foram explicar como era a pega, mas eu não estava conseguindo.” (F.S.N.)*

De forma implícita, a fala de F.S.N. sugere que as profissionais de saúde estavam presentes para explicar a técnica adequada de amamentação, mas, que de alguma forma, não conseguiram transmitir a orientação de maneira eficaz.

F.S.N. voltou a amamentar exclusivamente depois de conseguir ajustar as técnicas de amamentação. Ela continuou oferecendo a fórmula por mais um período após receber alta, e depois a suspendeu. *“A gente continuou com a fórmula mais um tempinho, coisa de umas duas semanas. Por precaução. Mas aí, paramos. Agora tá só no peito mesmo.”*

S.A.A. também relata que sua experiência com a amamentação durante a internação não foi positiva. Ela conta que o filho fez uma "pega errada", mas não soube como corrigir naquele momento. Mesmo pedindo auxílio a uma profissional do hospital, ela não se sentiu acolhida em sua demanda.

Enquanto para F.S.N., durante a internação, não ter conseguido corrigir a pega foi o motivo da interrupção do AME, para S.A.A., essa experiência não levou à interrupção. Ela seguiu tentando e procurou auxílio de outros profissionais.

Para S.A.A., a interrupção do aleitamento exclusivo foi um período muito breve, e seu relato difere do das outras mães. Enquanto que, para as demais, o objetivo de oferecer outro alimento era suprir as necessidades nutricionais do bebê, para S.A.A. a intenção foi acalmá-lo, ou seja, ela não buscava que o alimento oferecido atendesse a uma demanda nutricional. Ela conta que introduziu o chá de camomila durante uma semana, administrando-o em conta-gotas, ou seja, em uma quantidade muito pequena, com o objetivo de ajudar o bebê a dormir melhor, pois acreditava que ele estava com desconfortos abdominais causados por gases:

*“(...) ele já tava reclamando de novo, aí não dormia direito... E aí eu conversava com as minhas tias e as minhas tias falavam né, “dá um chazinho de camomila, que melhora bastante, melhora rapidinho”. E aí, como eu tinha um conta-gotas, eu fiz o chazinho, e coloquei no conta-gotas mesmo e coloquei no cantinho na boca dele, assim, acho que foi... comecei com um miligrama, né. Pensei assim “não sei como é que vai ser”. E aí, nossa! Ele dormiu super bem. Super! Ele dormiu muito bem, ele não sentiu mais e aí,*

*acho que eu dei por uma semana, assim. Uma semana foi o suficiente para ele não sentir mais, não sentir mais cólica. Não, não chegou a ser cólica, foi gases. Ele não sentiu mais os gases. Ele conseguia soltar o pum, ele não ficava incomodado com as perninhas. E aí depois, eu fui tirando aos poucos, né? Eu dava, eu comecei dando... uma vez, que aí eu dei à noite, e ele dormiu. Aí depois eu comecei dando duas vezes ao dia, que aí eu falei “ele vai ficar o dia inteiro bom”. E aí depois fui tirando. Aí eu dava um dia sim e um dia não. Depois eu vi que ele ficou bom, e eu não dei mais.” (S.A.A.)*

A percepção de que o bebê estava incomodado com gases surgiu após o período em que ela e o filho ficaram internados, logo após o parto. Ela relata que, durante a internação, a equipe do hospital administrou um medicamento para aliviar os sintomas do acúmulo de gases. No entanto, quando retornaram para casa e o medicamento não foi mais oferecido, o bebê passou a demonstrar sinais de desconforto:

*“É... Como eu tive as outras perdas (gestacionais) é, a gente ficou internado, acho que uma semana depois que eu saí do hospital, por conta da icterícia dele. E aí os médicos quiseram fazer outros exames, porque não sabiam o porquê eu tive as outras perdas, né? Então, aproveitou pra fazer todos esses outros exames. E aí ele tomou bastante Luftal, porque ele ficou uma semana naquela incubadora lá, de luz, e aí eles davam muito Luftal, lá né. E eu perguntava e via que eles tavam dando por conta da possibilidade de... (pausa longa)” (S.A.A.)*

No relato de S.A.A., ela conta que tentou alguns métodos para aliviar o desconforto do filho, mas foi o chá de camomila que pareceu ser eficaz. A sugestão do chá veio das tias de S.A.A., que fazem parte de sua rede de apoio. Esse relato destaca a influência que as interferências externas, de familiares, podem ter nas decisões das mães, inclusive no processo de interrupção do aleitamento materno.

A.E.F., outra mãe entrevistada, que havia interrompido o aleitamento materno exclusivo por um dia, devido a um problema de saúde quando o bebê tinha cerca de um mês, também menciona a participação de seus familiares na decisão de interromper novamente o aleitamento exclusivo, quando a bebê tinha quatro meses:

*“Ah, tipo assim, com o povo da família falando, né? Aí eu fui testar. Só que eu... Eu dou de vez em quando. É porque tipo assim, eu queria me informar primeiro, né. Porque eu tenho medo de fazer alguma coisa errada (risos). Aí eu já tava pensando em perguntar mesmo, eu ia perguntar à pediatra. Que eu fiquei com medo. Aí eu dei assim, mas com medo. Foi só pra testar, assim.” (A.E.F.)*

Na fala de A.E.F., é possível perceber uma insegurança em relação à introdução de outros alimentos na dieta de sua filha. Vale destacar que A.E.F. teve a filha aos 17 anos e, no momento da entrevista, havia acabado de se mudar para São Paulo, vindo de outro estado. Durante a conversa, ela demonstrou receio, mencionando que começou a oferecer sucos naturais e frutas amassadas quando a bebê tinha quatro meses, pois não tinha informações sobre as recomendações. A mãe enfatizou duas vezes que fez isso "para testar" e expressou medo de ter cometido um erro. A falta de conhecimento sobre as recomendações de aleitamento exclusivo, somada ao fato de a mãe ser adolescente, podem ser motivos implícitos para a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo.

Por fim, a entrevistada M.P.A. sentiu a necessidade de complementar o leite materno com fórmula, pois percebia uma baixa produção e temia que o leite fosse "secar":

*“Eu não tava produzindo muito leite né, pouquíssimo leite. Teve um momento até que eu achei que o peito ia secar né, e eu precisei introduzir o leite né, a fórmula.” (M.P.A.)*

Quando perguntada sobre sua experiência no hospital, logo que o bebê nasceu, M.P.A. relatou que o momento do parto foi “difícil”. A gravidez foi considerada de alto risco e depois de ter ido ao hospital e ser orientada a voltar para casa, teve um sangramento e precisou retornar. Nesse momento, relatou que já se encontrava em fase expulsiva, mas o bebê estava em posição pélvica. M.P.A. relatou com detalhes os momentos difíceis antes e durante o parto, o que sugere possível impacto nas suas emoções naquele momento:

*“No pré-natal eu fiz o acompanhamento aqui e na Santa Casa, porque era de alto risco, diabetes. E aí, foi parto forçado (risos). É, ele tava sentado. Eu ia fazer uma cesárea, tava esperando pra ser marcado. Aí eu comecei a ter contrações e sangramento. Aí fui pro hospital.” (M.P.A.)*

Em consulta com a pediatra, quando já havia revertido o quadro e retomado a produção de leite, a tensão e a ansiedade foram apontadas como possíveis causas para a diminuição na produção. Embora a produção de leite não tenha cessado e ela tenha retomado a amamentação, M.P.A. optou por manter a fórmula em um período do dia. Nessa fala, a preocupação com a saúde e o desenvolvimento do bebê também fica implícito, especialmente quando ela menciona o "pegar peso":

*“Então, ela falou que na verdade ele tava pegando peso pelo leite materno, né. Porque eu uso a fórmula só a noite, só a noite que eu tava dando ou quando saia... não tava dando muito né? Porque depois das coisas que eu comecei a tomar, comer, fazer, essas coisas todas, ajudou a produzir o leite. Era mais algo... como ela falou, eu tava mais tensa né, tipo (pausa)... ansiosa, nervosa, alguma coisa que tava me prendendo aí para não produzir o leite. Só que mesmo eu... quando eu comecei a produzir bastante leite, eu deixei na fórmula por coisa da cabeça né. Porque acho que se eu tivesse tirado, tinha resolvido. Mas eu deixei. Pelos seis meses e até hoje, né.” (M.P.A.)*

Os motivos, explícitos e implícitos, que levaram à interrupção do AME serão discutidos com base na literatura disponível sobre o tema, buscando compreender os fatores que influenciam essa decisão.

## **5. DISCUSSÃO**

As declarações das mães entrevistadas revelam dinâmicas frequentemente destacadas na literatura como fatores de risco para o desmame precoce. Entre elas, destacam-se os desafios de conciliar trabalho e aleitamento, a ausência de suporte e estrutura adequada no ambiente profissional, a inexperiência e as dificuldades iniciais com as técnicas de amamentação, a insegurança diante da agitação ou do choro do bebê, o estresse ou afastamento causado por problemas de saúde materna, as interferências externas de familiares, comunidade e profissionais de saúde, além do impacto do marketing relacionado ao uso de bicos artificiais e das fórmulas lácteas. Apesar de a importância da amamentação

para o desenvolvimento do bebê e o fortalecimento do vínculo mãe-filho ser amplamente reconhecida nas falas, barreiras práticas e contextuais ainda precisam ser superadas para garantir a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.

No contexto profissional, o trabalho materno é um dos principais fatores associados ao desmame precoce, seja devido à exaustão, à ausência de espaços adequados para a amamentação e para a ordenha no ambiente de trabalho ou ao tempo insuficiente de licença-maternidade. Estudos indicam que mulheres que planejam retornar ao trabalho têm até quatro vezes mais chances de interromper a amamentação precocemente ou até mesmo de não iniciá-la (ROLLINS et al., 2016).

Dentre os desafios de conciliar a amamentação com o trabalho, a dificuldade em compatibilizar a rotina com as pausas para a ordenha de leite e armazenamento foram decisivos para a não continuidade do AME. Além disso, trabalhar em locais distantes dos filhos inviabiliza a possibilidade de pausas para a amamentação direta.

Essas experiências evidenciam o impacto negativo das condições de trabalho na continuidade da amamentação, um obstáculo observado em escala global. Baker et al. (2023) destacam que, quanto mais tempo as mães conseguem permanecer próximas de seus filhos, maior é a duração da amamentação. No entanto, entre 185 países analisados pelos autores, embora quase todos possuíssem alguma legislação para proteger os direitos das mães, apenas 53% cumpriam o mínimo recomendado pela Organização Mundial do Trabalho: 14 semanas de licença remunerada com, no mínimo, dois terços do salário anterior, além de pausas remuneradas para lactação e espaços adequados para isso. Apenas 23% dos países alcançam ou superam a recomendação ideal de 18 semanas de licença remunerada com 100% do salário e infraestrutura adequada para apoiar a amamentação após o retorno ao trabalho.

No Brasil, a Estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA), prevê licença-maternidade, pausas para amamentação e salas de apoio à amamentação dentro das empresas e creche ou reembolso-creche em empresas com mais de 30 funcionárias. A licença-maternidade tem duração de 120 dias para mães contribuintes do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e pode ser estendida para 180 dias em empresas participantes do Programa Empresa Cidadã (Lei nº 11.770/2008) (BRASIL, 2015a). No caso das mães que trabalhavam fora de casa, ambas usufruíram de licença-maternidade remunerada pelo INSS durante os 120 dias previstos. Durante esse período, conseguiram manter o AME, que foi interrompido após o retorno ao trabalho. No entanto, a ausência de suporte adequado no ambiente profissional, como intervalos e ambiente adequado para ordenha do leite, contribuiu para o desmame precoce, uma realidade comum a muitas mães.

Para mitigar esse problema, garantir que todas as mulheres tenham acesso a uma licença-maternidade de 180 dias é fundamental, uma vez que corresponde ao período recomendado para o aleitamento materno exclusivo. Além disso, assegurar que as estruturas nos locais de trabalho que apoiem a manutenção da amamentação após os seis meses estejam disponíveis para as trabalhadoras, e avaliar como as mulheres que não estão no mercado de trabalho formal usufruem desses benefícios. Essas medidas exigem comprometimento e investimento tanto do setor público quanto do privado.

Outro fator que emergiu nas falas como motivo para a interrupção do AME foi o estado de saúde da mãe. Quando a mãe enfrenta problemas de saúde, sua disponibilidade física e emocional para a amamentação pode ser comprometida. Embora essas situações sejam, na maioria dos casos, temporárias, os relatos destacam a importância de uma rede de apoio sólida e do acompanhamento de profissionais de saúde para ajudar as mães a retomarem a amamentação após a recuperação.

Para explicar a decisão de complementar a amamentação com fórmula láctea, muitas mães relatam a percepção de que a produção de leite é insuficiente para atender as demandas dos filhos. Essa interpretação, muitas vezes associada ao comportamento do bebê, desempenha um papel importante na decisão da mãe por complementar o leite materno. Choro e agitação, frequentemente interpretados como sinais de fome, podem levar as mães a acreditar que não conseguem atender às necessidades do bebê, mesmo que, na maioria dos casos, isso não corresponda à realidade. Essa percepção equivocada frequentemente resulta na introdução precoce e desnecessária de fórmulas, como observado também por Rollins et al. (2016).

Agitação e períodos de curta duração de sono durante a noite são comuns nos primeiros meses de vida e chorar é a forma principal como as crianças conseguem expressar seu desconforto na primeira infância. No entanto, essa inquietação é frequentemente interpretada, tanto pelas mães quanto pelo círculo social, familiar e até por alguns profissionais de saúde, como indicativa de problemas digestivos, alergias ou fome causada por uma suposta insuficiência de leite materno. Essa percepção pode levar à introdução precoce e, muitas vezes, desnecessária de substitutos do leite materno, mesmo quando o aleitamento exclusivo seria suficiente para atender às necessidades do bebê (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2023).

A insegurança materna diante do choro do filho é um tema recorrente nas falas das mães, e, muitas vezes, o choro é imediatamente associado à fome do bebê. Pérez-Escamilla et al. dá o nome de “*self-reported insufficient milk*” (SRIM), traduzido como “auto-relato de

leite insuficiente”, ao “estado no qual a mãe acredita que tem um suprimento inadequado de leite materno para satisfazer a fome e/ou para sustentar o ganho de peso adequado do seu bebê”, e afirma que esse é o motivo alegado por 44,8% das mães globalmente para a introdução de fórmula, e que, geralmente, elas se baseiam em uma percepção de saciedade e satisfação da criança que é pautada pelo nível de agitação e choro do bebê. Esse estado está presente nas falas das mães em diversos momentos.

Nesse sentido, uma equipe de profissionais qualificada para dar suporte aos pais é fundamental. Segundo *Hernandes et al. (2016)*, existem mitos e crenças sobre a amamentação que devem ser esclarecidos de forma consistente e em linguagem acessível para as gestantes e puérperas – um deles é o mito de que o leite é fraco ou insuficiente, temas recorrentes nas falas das mulheres “que se apresentam como simbologias e paradigmas arraigados, transmitidos ao longo dos anos entre as gerações, sugerindo a não efetividade do leite materno e permeiam a amamentação nos seis primeiros meses de vida do bebê”.

Como citado anteriormente, o choro é uma forma de comunicação do bebê nas primeiras fases da vida. Quando a criança está agitada ou chorosa, amamentar pode ser uma forma de acalmá-la, não é necessário oferecer outros alimentos (*BRASIL, 2019*). No entanto, a administração de chá de camomila com o objetivo de acalmar, aparece como a solução mais eficaz na experiência de uma entrevistada. O fato de que o incômodo do bebê se resolveu em uma semana, apenas com algumas gotas de chá, é um indicativo de que esse desconforto abdominal provavelmente se resolveria espontaneamente, sem necessidade de interrupção do aleitamento exclusivo. O conselho, dado pelas tias dessa mãe, ilustra como a pressão externa frente à insegurança materna pode levar à adoção de práticas que contrariam as recomendações sobre aleitamento exclusivo, mesmo quando há conhecimento sobre sua importância.

O compartilhamento de vivências dentro do grupo familiar pode influenciar diretamente a prática da amamentação, tanto em sua incidência quanto em sua duração (*ROLLINS et al., 2016*). A influência das experiências e práticas anteriores dos familiares pode levar à adoção de estratégias que, embora baseadas no cuidado e na tradição, nem sempre estão alinhadas com as recomendações mais recentes sobre aleitamento exclusivo. Segundo *Ramos e Almeida (2003)*, "a mulher se sente compelida a aceitar a intervenção de familiares e amigos, e toma decisões baseadas nas constantes interações que faz com seu meio relacional".

Um estudo realizado com 601 mães de recém-nascidos na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, investigou a influência negativa que as avós podem ter sobre a duração da

amamentação e foi encontrada uma associação entre o fato das avós, principalmente as avós maternas, recomendarem chá ou água, e o risco do bebê não estar sendo amamentado exclusivamente no final do primeiro mês ou nos primeiros seis meses (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005). As mães que mantinham um contato frequente com suas próprias mães apresentaram maior probabilidade de interromper o AME, sugerindo que as práticas e conselhos familiares, muitas vezes baseados em experiências passadas, podem influenciar negativamente a decisão de manter o aleitamento exclusivo.

A influência negativa de familiares sobre a duração da amamentação também aparece na fala da entrevistada mais jovem, que com 18 anos no momento da entrevista, enquadra-se como uma mãe adolescente. A mãe jovem ou primípara, pode se sentir mais vulnerável às sugestões e pressões do seu círculo social, o que leva à adoção de práticas que não são recomendadas para a saúde do bebê, como a introdução precoce de alimentos complementares.

Dados da Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (DF), realizada em 2008, apontaram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses variou conforme a idade materna. Para mães com menos de 20 anos, a prevalência foi a mais baixa, atingindo 35,8%, em comparação com 44,4% entre mães de 20 a 35 anos e 42,1% para aquelas com 35 anos ou mais (BRASIL, 2009).

Takemoto et al. (2011), em uma análise exploratória sobre o tema, destacou que o papel da família da adolescente no incentivo ou não ao AME é particularmente significativo, uma vez que as jovens mães tendem a valorizar mais os conhecimentos e experiências transmitidos por outras mulheres de seu círculo familiar. Esses achados reforçam a necessidade de ações específicas voltadas ao suporte e à educação para mães adolescentes, considerando também a inclusão de seu grupo familiar no processo, com o objetivo de criar uma rede de apoio que favoreça a prática do AME.

A incerteza acerca das recomendações de alimentação da criança também pode influenciar a mãe a aceitar conselhos de outras pessoas, que elas consideram mais experientes. A falta de informação sobre as recomendações atuais de aleitamento materno exclusivo pode ser efetivamente combatida por meio de políticas e práticas locais de apoio à amamentação, que têm um impacto direto na continuidade do aleitamento materno. A implementação de ações educativas, como campanhas de conscientização, orientação adequada por profissionais de saúde e a criação de espaços de apoio à amamentação, são fundamentais para garantir que as mães tenham acesso a informações corretas e apoio

contínuo, o que pode facilitar a manutenção do AME, especialmente nos primeiros meses de vida do bebê.

Venâncio (2002) identificou, em seu estudo, que a presença de ações de incentivo à amamentação no município tem um efeito positivo na frequência do aleitamento materno exclusivo (AME). Três ações, em particular, foram associadas à maior prevalência de AME: "a existência formal de política municipal pró-amamentação, a realização da Semana Mundial da Amamentação e a presença de uma equipe multiprofissional dedicada à amamentação no município". Além disso, a pesquisadora observou que o número de ações implementadas também é um fator importante. A prevalência média de AME em crianças menores de seis meses foi maior nos municípios que adotaram quatro ou mais ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, quando comparados com municípios que implementaram apenas duas ou três ações, ou com aqueles que não implementaram nenhuma ação.

Retomando os agentes externos que influenciam na interrupção do aleitamento materno, é importante ressaltar que esse grupo não se limita aos familiares. No caso de uma mãe, o papel da creche no desmame foi evidente em dois momentos distintos. Primeiro, quando ela decidiu utilizar uma mamadeira específica para oferecer o leite ao bebê, acreditando que esse seria o método ideal, pois era o padrão adotado pela creche. Em seguida, quando começou a oferecer, em casa, a fórmula usada na creche, visando facilitar a adaptação de sua filha. Esse relato evidencia o impacto das práticas adotadas pela creche na decisão da mãe, ressaltando a importância de equipes orientadas para assegurar que as recomendações de aleitamento materno sejam promovidas no ambiente dos centros de educação infantil.

Em 2024, a Secretaria Municipal de Educação (SME) de São Paulo listou 1176 unidades de educação que incentivaram e apresentaram um ambiente favorável para as mães continuarem amamentando (BRASIL, 2024). Esses dados são da campanha educativa CEI Amigo do Peito, da SME, que promove o aleitamento materno na Rede Municipal de Ensino, assegurando o direito das crianças ao desenvolvimento saudável e destacando os benefícios para famílias e sociedade. A campanha destaca o papel da família, das equipes de educação e do ambiente na promoção do aleitamento materno, reforçando a importância do apoio integrado e contínuo à amamentação. É importante avaliar o quanto a campanha está sendo eficaz na preparação das equipes das instituições que já receberam o selo CEI Amigo do Peito e, também, como é possível difundir esse conhecimento para aquelas unidades ainda não contempladas.

A partir da relação com a creche, emerge, de forma implícita, a questão do uso de mamadeiras e suas consequências, particularmente em relação à mudança no padrão de sucção da criança, que pode ter um efeito negativo na amamentação.

A sucção necessária para a amamentação no peito é diferente daquela realizada na mamadeira ou chupeta. A ideia de que uma mamadeira possa imitar o seio materno de forma que desempenhe o mesmo papel na vida de um bebê é uma estratégia de marketing das empresas que vendem esses utensílios. A Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL) é um conjunto de normas que regula a publicidade e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até 3 anos de idade e que estabelece que não se pode fazer promoção comercial de mamadeiras, bicos e chupetas, por exemplo.

Embora o formato da mamadeira possa ser semelhante ao do peito – e aqui cabem algumas considerações sobre a diversidade de formatos das mamas que as mulheres podem apresentar –, é importante lembrar que o papel do seio materno vai além da simples alimentação. O contato pele a pele durante a amamentação, além de fortalecer o vínculo entre mãe e filho, regula a temperatura e o metabolismo do bebê, além de proporcionar benefícios como a redução das prevalências de asma e outras doenças crônicas não transmissíveis. Esses benefícios não são replicados quando o leite materno, mesmo ordenhado, é oferecido por mamadeiras ou outros utensílios (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2023).

As interferências de profissionais de saúde também podem ter um impacto significativo nas decisões das mães sobre a amamentação, tanto contribuindo para o desmame precoce quanto oferecendo o apoio necessário para a continuidade da prática. A falta de apoio adequado pode agravar as dificuldades de amamentação e, em alguns casos, levar à interrupção precoce do aleitamento materno. A qualidade da orientação profissional é crucial para garantir que as mães se sintam seguras e capacitadas a continuar com o aleitamento.

Em diversos momentos de sua relação com os filhos, as mães interagem com profissionais de saúde, para sanar dúvidas sobre a saúde do bebê e o leite materno. Preocupações sobre o efeito de medicações que eventualmente a mãe tenha que ingerir, apreensões sobre a qualidade do leite materno e dúvidas sobre o desenvolvimento do bebê, são momentos nos quais as mães buscam apoio em profissionais de saúde e precisam se sentir seguras e acolhidas em suas necessidades para seguir com o AME. No entanto, muitas vezes, seja pela falta de tempo nas consultas ou pela ausência de uma escuta qualificada, as questões que a mãe traz não são respondidas de forma eficiente. Segundo Raimundo e Cadete (2012), “a escuta qualificada é uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na

perspectiva do cuidado como ação integral, já que, por meio dela, é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado”. A falta de escuta qualificada pode dificultar a compreensão das reais preocupações das mães e, conseqüentemente, afetar a relação de confiança necessária para o cuidado integral.

Essa troca com profissionais de saúde é especialmente comum quando as mães enfrentam desafios iniciais. A técnica adequada de amamentação, a pega, está frequentemente relacionado à falta de experiência da mãe, e que aparece como um risco de desmame precoce na literatura. Segundo Junges et al. (2010), a pega incorreta pode causar dor e fissuras do mamilo “pela pressão da boca do bebê sobre o tecido que cobre o mamilo ou a auréola”. O Ministério da Saúde, em seus manuais de treinamento da IHAC, dispõe sobre a necessidade de dar especial atenção às mulheres primíparas (RAMOS; ALMEIDA, 2003). Isso é evidente nos casos das mães que tiveram seus primeiros filhos ou que estavam amamentando pela primeira vez. A falta de experiência, seja por ser a primeira vivência com a amamentação ou devido a interrupções anteriores do aleitamento, pode ser um fator determinante que favorece o desmame precoce, tornando essencial o apoio adequado durante esse período pós-parto.

O sofrimento físico causado pelas fissuras decorrentes de uma pega incorreta, que poderia ser evitado, é enxergado como inerente à amamentação para algumas mães. Nesse sentido, a observação e a orientação/correção das técnicas de amamentação e o tratamento de problemas da mama que interfiram na amamentação são ações específicas que constam na matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde (BRASIL, 2022), que devem ser praticadas pelos profissionais de saúde. Além disso, a apresentação das dificuldades que podem ocorrer no ato de amamentar e a orientação para superação desses obstáculos pode ser realizada durante o pré-natal, principalmente para as primíparas ou mães que não tenham amamentado anteriormente. Muitas vezes, o foco no pré-natal é evidenciar os benefícios do aleitamento materno: a conversa sobre “como amamentar” é adiada para o momento pós-parto, um período repleto de emoções e novas informações para serem absorvidas. Além disso, não é possível prever se no momento após o parto, haverá um profissional de saúde devidamente informado e treinado para dar as orientações, enquanto no pré-natal, é possível que um profissional habilitado possa ser apresentado à gestante.

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (BRASIL, 2019), possui um capítulo específico sobre o leite materno, com um tópico de “como amamentar”, com orientações sobre o que fazer para prevenir alguns problemas da amamentação. O material é bastante completo e pode ser aproveitado para a orientação no pré-natal. A

confeção de materiais simplificados sobre o cuidado com a pega e com a saúde das mamas pode auxiliar nesse primeiro momento, uma vez que o conteúdo do guia é bastante extenso e simplesmente apresentá-lo em sua forma completa à gestante pode não ser eficaz.

Esses materiais podem ser trabalhados em aconselhamentos individuais ou em grupo no contexto da APS: metanálises consideradas em um estudo revelaram que intervenções como aconselhamento individual ou em grupo, suporte imediato à amamentação após o parto e gerenciamento da lactação podem aumentar a amamentação exclusiva em 49% e qualquer amamentação em 66% (ROLLINS et al., 2016).

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) também tem o objetivo de qualificar os profissionais de saúde da Atenção Básica para o apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade. A estratégia prevê oficinas de formação de tutores, oficinas de trabalho nas UBS e outras atividades para o fortalecimento de ações de promoção do AM (BRASIL, 2015b).

Apesar da dor, relatada por mais de uma mãe durante a entrevista, com o ajuste na técnica e com o avanço da relação mãe e filho, a maioria das mães passa a considerar a amamentação prazerosa e uma forma de estabelecer um vínculo emocional com o bebê e contam como os benefícios superam as dificuldades. Em sua pesquisa, Araújo (1991) descobriu que, embora muitas mães relatem sentir dor durante a amamentação, elas frequentemente experimentam prazer assim que a dor diminui. Além disso, em seu estudo, a dor em si não foi a principal razão para o desmame; ao mesmo tempo em que uma "grande justificativa para amamentar" foi o vínculo afetivo entre mãe e filho que a amamentação proporciona. Esse vínculo emocional desempenha um papel fundamental na continuidade do aleitamento, sugerindo que, mesmo diante de dificuldades, as mães podem se sentir motivadas a persistir na prática da amamentação devido aos benefícios afetivos e à conexão com o bebê.

As declarações das mães sobre o prazer em amamentar e o reconhecimento dos benefícios tanto para o bebê quanto para o vínculo emocional são aspectos que demandam uma análise cuidadosa. Um elemento que pode interferir no aleitamento materno exclusivo, mas que não foi diretamente abordado nas entrevistas, é a falta de desejo da mãe de amamentar ou de continuar com a prática. Esse aspecto é particularmente desafiador de identificar neste estudo, considerando o contexto em que as entrevistas ocorreram — dentro de um serviço de saúde, conduzido por uma estagiária de nutrição —, o que pode dificultar que uma mãe expresse abertamente que não deseja amamentar, caso essa seja sua realidade. Também não foi uma pergunta explorada de forma direta pela pesquisadora no momento da

entrevista. No entanto, esse ponto aparece de forma tímida em algumas declarações, quando é mencionado que o fato de algumas mulheres desistirem de amamentar é compreensível ou que amamentar é o resultado de uma insistência. Essas falas sugerem que o desejo de amamentar nem sempre está presente ou é suficientemente forte, e que algumas mulheres podem enfrentar conflitos internos relacionados à amamentação. Isso reforça a necessidade de um acompanhamento que não apenas oriente tecnicamente, mas que também acolha e respeite as individualidades e escolhas das mães.

Algumas limitações do estudo devem ser destacadas. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a experiência do pesquisador pode influenciar diretamente os resultados, uma vez que a interpretação das falas das participantes está sujeita à subjetividade do pesquisador. Durante a transcrição das entrevistas, também foram identificados conteúdos que poderiam ter sido mais explorados nas falas das participantes, o que limita a profundidade da análise. Além disso, as entrevistas ocorreram no contexto de um serviço de saúde e foram conduzidas por uma estagiária de Nutrição, o que pode ter influenciado o discurso das entrevistadas sobre a sua experiência com amamentação, uma vez que o contexto profissional e a relação com a entrevistadora podem afetar a forma como as participantes se expressam e abordam o tema.

Por fim, os conteúdos identificados nas falas das entrevistadas fornecem um panorama que facilita a compreensão dos motivos que levam à interrupção do AME. Conhecer as diferentes vivências da amamentação dessas mães, neste recorte específico, pode contribuir para o planejamento de recursos e estratégias para promoção e apoio à amamentação. Além disso, os resultados deste estudo podem suscitar discussões sobre como o tema pode ser abordado no contexto da Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de beneficiar tanto o indivíduo quanto a sociedade, por meio de políticas públicas e práticas que incentivem a continuidade do AME e ofereçam suporte às mães durante esse processo.

## **6. CONCLUSÃO**

O presente estudo alcançou seu objetivo de identificar os motivos que levam à interrupção precoce do AME em um Centro de Saúde Escola do município de São Paulo, fornecendo uma visão aprofundada sobre as barreiras enfrentadas pelas mães e o impacto de fatores individuais, sociais e estruturais no desmame precoce.

Existem razões explicitadas pelas mulheres como motivos para a interrupção do AME, mas, por meio dos conteúdos das entrevistas, emergem outros potenciais motivos. As principais razões identificadas foram: o retorno ao trabalho e a falta de estrutura e apoio no local, o incentivo de grupos externos à práticas não recomendadas, a dificuldade inicial com as técnicas da amamentação, mitos e crenças da mãe sobre a amamentação e o leite materno, a preocupação da mãe quanto à saúde e desenvolvimento do bebê e a falta de uma escuta qualificada dos profissionais de saúde.

Os resultados evidenciam a importância de intervenções estruturadas que ampliem o suporte à amamentação, tanto nos serviços de saúde quanto nos ambientes laborais. Entre as ações recomendadas, destacam-se a promoção da escuta qualificada no atendimento primário, o aumento do tempo de licença-maternidade para 180 dias para todas as mulheres, a disponibilização de espaços adequados para extração e armazenamento de leite nos locais de trabalho e campanhas educativas voltadas para desmistificar conceitos equivocados sobre o aleitamento.

O Brasil já possui uma série de programas, estratégias e leis que visam proteger, apoiar e promover o aleitamento materno, como a EAAB, a IHAC, a NBCAL, a CEI Amigo do Peito, a estratégia MTA, entre outros. Contudo, é importante avaliar como essas estratégias estão sendo implementadas e como seus benefícios alcançam as mulheres atendidas na Atenção Primária, considerando o acesso à informação e, no caso da MTA, a natureza de seus trabalhos, especialmente se pertencem ao mercado formal ou informal.

Os achados reforçam a relevância de políticas públicas que integrem suporte social e educativo para mães e famílias, fortalecendo redes de apoio e capacitando os profissionais para atuar de forma proativa no enfrentamento dos desafios do aleitamento materno exclusivo. O fortalecimento e a aplicação efetiva das estratégias já existentes são fundamentais para melhorar os índices de amamentação, promovendo benefícios significativos para a saúde infantil e para a sociedade como um todo.

## **7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO**

Os resultados deste estudo oferecem contribuições relevantes para a atuação do nutricionista no campo da Nutrição em Saúde Coletiva, particularmente no cenário da Atenção Primária à Saúde no Brasil. As descobertas destacam e endossam áreas prioritárias

de intervenção e sugerem estratégias que podem ser implementadas pelos nutricionistas para fortalecer a prática do aleitamento materno exclusivo, promovendo a melhoria dos índices de amamentação e da saúde infantil.

Uma das principais aplicações dos resultados é a intensificação de ações educativas voltadas para gestantes e nutrizes. O nutricionista pode conduzir atividades de educação em saúde que abordem o manejo adequado da amamentação, esclareçam dúvidas sobre os benefícios do AME e desmistifiquem percepções equivocadas, como a ideia de "leite insuficiente". Programas como grupos de gestantes e rodas de conversa com mães são estratégias eficazes para promover a troca de experiências e criar redes de apoio entre mulheres em situações similares.

O acompanhamento individualizado é outra abordagem fundamental. O nutricionista pode identificar precocemente mães em situações de vulnerabilidade, como dificuldades técnicas com a amamentação, retorno ao trabalho ou falta de apoio familiar, oferecendo suporte contínuo e humanizado. Técnicas de aconselhamento em amamentação, combinadas com um atendimento acolhedor e escuta qualificada, podem ajudar as mães a superar barreiras específicas e melhorar sua confiança no processo de amamentar.

Além disso, o nutricionista pode desempenhar um papel essencial no matriciamento e na capacitação de equipes multidisciplinares, como médicos, agentes comunitários de saúde e enfermeiros, garantindo que todos os profissionais envolvidos estejam aptos a identificar e intervir em situações de risco para o desmame precoce. Também é crucial a articulação intersetorial, promovendo ações conjuntas com outras áreas, como educação e trabalho, para criar ambientes mais favoráveis à amamentação.

Os resultados do estudo também reforçam a necessidade de fortalecimento de políticas públicas e programas de saúde voltados ao apoio ao aleitamento. Projetos e legislações podem incentivar a criação de salas de amamentação e a flexibilização de horários para lactantes, contribuindo para a manutenção do AME e servindo de suporte às mães nutrizes que trabalham. Além disso, campanhas públicas de incentivo podem ser ampliadas para incluir mensagens sobre a importância das redes de apoio familiares e comunitárias no sucesso da amamentação.

Os achados apontam para a importância de novas pesquisas na área. Estudos futuros podem investigar o impacto de intervenções educativas e de aconselhamento nutricional no aumento das taxas de AME. Além disso, as questões abordadas neste estudo podem ser aprofundadas em trabalhos futuros para ampliar o conhecimento sobre o tema, como por exemplo, explorar as percepções e práticas de outros atores envolvidos no cuidado infantil,

como familiares e cuidadores, para compreender melhor suas influências na interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo.

Com a aplicação dos resultados deste estudo e o desenvolvimento de novas pesquisas, o nutricionista pode consolidar sua atuação como um agente central na promoção do aleitamento materno e na melhoria da saúde das famílias, contribuindo para uma APS resolutiva e orientada para as necessidades das populações atendidas.

## 8. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.D.S. *Querer/poder amamentar: uma questão de representação?*. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina, 1997. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/112062>. Acesso em 31 out. 2024.

BAKER, P.; SMITH, J. P.; GARDE, A.; GRUMMER-STRAWN, L. M., *et al.* The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *The Lancet*, v.401(10375), p.503-524, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01933-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01933-X). Acesso em 31 out. 2024.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 108 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_prevalencia\\_aleitamento\\_materno.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf). Acesso em: 27 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf). Acesso em: 27 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 28 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_mulher\\_trabalhadora\\_amamenta.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mulher_trabalhadora_amamenta.pdf). Acesso em: 9 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 152 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/estrategia-nacional-para-promocao-do-aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar-saudavel-no-sistema-unico-de-saude-manual-de-implementacao/view>. Acesso em: 9 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf). Acesso em: 28 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde [recurso eletrônico]. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 91 p. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz\\_organizacao\\_cuidados\\_alimentacao\\_aps.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_alimentacao_aps.pdf). Acesso em: 28 out. 2023.

BRASIL. Secretaria Municipal de Educação (SP). Programa de Alimentação Escolar. Educação Alimentar e Nutricional. CEI Amigo do Peito [recurso eletrônico]. Campanha CEI Amigo do Peito. São Paulo: Secretaria Municipal de Educação, 2024. Disponível em: <https://educacao.sme.prefeitura.sp.gov.br/programa-de-alimentacao-escolar/educacao-alimentar-e-nutricional/cei-amigo-do-peito/>. Acesso em: 24 nov. 2024.

HERNANDES, T. A.; FUJINAMI, A. N.; RAIMUNDO, E. C.; CARDOSO, C. P.; HIGA, E. F. R.; LAZARINI, C. A. Significado e dificuldades da amamentação: representação social das mães. **Rev Psicologia, Diversidade e Saúde**, v.6(4), p.247-257, 2017. DOI: 10.17267/2317-3394rpds.v6i4.1692. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v6i4.1692>. Acesso em: 31 out. 2024.

JUNGES, C.F.; RESSEL L.B.; BUDÓ, M.L.D.; PADOIN, S.M.M., *et al.* Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.31(2), p.343-350, 2010. DOI: 10.1590/S1983-14472010000200020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200020>. Acesso em: 22 out. 2024.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Revista e atualizada. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 9-29.

OMS (Organização Mundial da Saúde). WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: OMS, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>. Acesso em: 29 out. 2024.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA. Part 1: Definitions. Geneva: OMS, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596664>. Acesso em: 29 out. 2023.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva: OMS, 2009. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01](https://www.who.int/publications/i/item/WHO_FCH_CAH_09.01). Acesso em: 30 out. 2023.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>. Acesso em: 29 out. 2023.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; TOMORI, C.; HERNÁNDEZ-CORDERO, S.; BAKER, P., *et al.* Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. **The Lancet**, v.401, p.472-485, 2023. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01932-8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8). Acesso em: 15 nov. 2024.

PIWOZ, E.G; HUFFMAN, S.L. The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices. **Food Nutr Bull**, v.36(4), p.373-386, 2015.

PMID: 26314734. DOI: 10.1177/0379572115602174. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26314734/>. Acesso em: 29 out. 2023.

RAIMUNDO, J.S.; CADETE, M.M.M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm**, v.25(Número Especial 2), p.61-67, 2012. DOI: 10.1590/S0103-21002012000900010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900010>. Acesso em: 15 nov. 2024.

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, v.79(5), p.385-390, 2003. DOI: 10.1590/S0021-75572003000500004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572003000500004>. Acesso em: 22 out. 2024.

ROLLINS, N.C.; BHANDARI, N.; HAJEEDHOY, N.; HORTON, S., *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. **The Lancet**, v.387, issue 10017, p.491-504, 2016. ISSN 0140-6736. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869576/>. Acesso em: 29 out. 2023.

SUSIN, L.R.O.; GIUGLIANI, E.R.J.; KUMMER, S.C. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Rev Saúde Pública**, v.39(2), p.141-147, 2005. DOI: 10.31744/einstein\_journal/2018AO4293. Disponível em: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2018AO4293](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018AO4293). Acesso em: 15 nov. 2024.

TAKEMOTO, A.; SANTOS, A.L.; OKUBO, P.; BERCINI, L.O.; MARCON, S.S. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. **Cienc Cuid Saude**, v.10(3), p.444-451, 2011. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i3.17362. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17362>. Acesso em: 16 nov. 2024.

UFRJ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO). Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021. (108 p.) Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorio-4-aleitamento-materno/>. Acesso em: 28 out. 2023.

VENANCIO, S.I. Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, 2002. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6133/tde-04022021-130429/pt-br.php>. Acesso em 31 out. 2024.

VICTORA, C.G.; BAHL, R.; BARROS, A.J.; FRANÇA, G.V, *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v.387, issue 10017, p.475-490, 2016. ISSN 0140-6736. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869575/>. Acesso em: 29 out. 2023.

## ANEXO I – FORMULÁRIO E ROTEIRO DE ENTREVISTA

### PARTE I DA ENTREVISTA (PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO)

#### Mãe:

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

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Raça/cor: ( )branca ( )amarela ( )indígena ( )preta ( )parda

Estado conjugal: ( )solteira ( )casada/união estável ( )divorciada/separada ( )viúva

Escolaridade: ( )analfabeta ( )Ensino Fundamental incompleto ( )Ensino Fundamental completo ( )Ensino Médio incompleto ( )Ensino Médio completo ( )Ensino Superior incompleto ( )Ensino Superior completo ( )Mestrado ( )Doutorado

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Realização de trabalho remunerado: ( )sim ( )não      Considera-se desempregada: ( )sim ( )não

Tipo de trabalho remunerado: ( )empregada no setor privado ( )empregada no setor público ( )trabalhadora doméstica ( )autônoma

Estudante: ( )sim ( )não

Licença-maternidade: ( )não ( )sim Por quantos dias?\_\_\_\_\_

#### Gestação:

Local de realização de pré-natal:\_\_\_\_\_ 7 ou mais consultas:( )sim ( )não

Intercorrências:\_\_\_\_\_

#### Parto:

Local do parto:\_\_\_\_\_ ( )IHAC

Intercorrências:\_\_\_\_\_

Tipo de parto: ( )vaginal ( )cesárea

Presença de acompanhante: ( )sim ( )não

Presença de doula: ( )sim ( )não

**Lactente:**

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

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo: ( )masculino ( )feminino

Raça/cor: ( )branca ( )amarela ( )indígena ( )preta ( )parda

Peso ao nascer:\_\_\_\_\_g Comprimento ao nascer:\_\_\_\_\_cm

Número de consultas na pediatria do CSE:\_\_\_\_\_

Atendimento em outro local: ( )sim ( )não Qual: ( )público ( )particular ( )convênio

Atendimento por outros profissionais: ( )sim ( )não Qual(is):\_\_\_\_\_

Intercorrências de saúde:\_\_\_\_\_

Peso atual:\_\_\_\_\_g Comprimento atual:\_\_\_\_\_cm

**Amamentação:**

Aleitamento materno na 1a hora de vida:( )sim ( )não

Aleitamento materno na alta: ( )sim ( )não Exclusivo: ( )sim ( )não

Uso de fórmula na internação ao nascimento:( )sim ( )não

Idade de interrupção do aleitamento materno exclusivo:\_\_\_\_\_meses

Alimentos/líquidos oferecidos após interrupção do aleitamento materno exclusivo:( )fórmula láctea ( )leite de vaca ( )alimentos sólidos ( )outros:\_\_\_\_\_

**Uso de bicos artificiais:**

( )Mamadeira Idade de início:\_\_\_\_\_ meses Uso atual: ( )sim ( )não

( )Chupeta Idade de início:\_\_\_\_\_ meses Uso atual: ( )sim ( )não

( )Chuquinha Idade de início:\_\_\_\_\_ meses Uso atual: ( )sim ( )não

( )Bico de silicone Idade de início:\_\_\_\_\_ meses Uso atual: ( )sim ( )não

**PARTE II DA ENTREVISTA (ROTEIRO)**

- Fale sobre a sua história com a amamentação da criança
- Conte sobre a experiência que teve com amamentação no hospital (ao nascimento)
- Surgiram dificuldades para amamentar? Quais?
- Quais os motivos que levaram a não amamentar a criança somente com leite materno?
- Se usar bicos artificiais: o que a fez/faz usá-los?
- Com quem você pôde/pode contar para ajudar a cuidar da criança?
- Se a mãe tem trabalho remunerado: Você continuou amamentando após voltar ao trabalho? Teve dificuldades? Quais?

## **ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A senhora está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa “Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em um Centro de Saúde Escola do município de São Paulo”, que tem como objetivo identificar os motivos que levaram à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo neste Centro de Saúde. Essa pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecermos melhor os motivos que levam as crianças atendidas no Centro de Saúde terem o aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses para que, então, se possam propor melhor assistência quanto a esse tema. Para isso, os pesquisadores entrevistarão mães, como você, no momento em que estiverem no serviço ou, então, em outro horário a ser agendado conforme disponibilidade. A entrevista será sobre a gestação, o momento do nascimento e os primeiros seis meses de vida do seu bebê e sobre a sua maternidade, além de informações gerais sobre você (data de nascimento, estado conjugal, escolaridade, número de filhos e trabalho). Sua duração não deve ultrapassar 30 minutos e uma parte dela será gravada em áudio.

Por se tratar de uma pesquisa que consiste na realização de uma entrevista, seus riscos são mínimos, podendo ser de desconforto e/ou constrangimento ao participar dela. Para minimizar esses eventuais riscos, os pesquisadores terão sempre respeito, acolhimento e privacidade durante e após a entrevista. A sua assistência é garantida diante de qualquer dano que possa resultar de sua participação nesta pesquisa.

Todas as participantes, após a entrevista, terão a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas sobre a alimentação do filho e, caso necessário, você será direcionada para o atendimento nutricional do Centro de Saúde, seguindo os fluxos do serviço. Esse estudo irá contribuir para o desenvolvimento de um melhor atendimento deste Centro de Saúde em relação à realização do aleitamento materno exclusivo.

Todos os custos desta pesquisa são assumidos pelos pesquisadores.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** A Sra. será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A Sra é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não acarretará em qualquer penalidade ou perda nos atendimentos que recebe neste Centro de Saúde. Você possui garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa que absorverá qualquer gasto relacionado garantindo, assim, a não oneração de serviços de saúde. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com respeito e seguirão padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes de pesquisa. Seu nome ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra não será identificada em nenhuma publicação resultante deste estudo. Uma via assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada no Centro de Referência em Alimentação e Nutrição (CRNutri), localizado neste Centro de Saúde; outra será fornecida à Sra. O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do CEP quanto à interrupção ou quando for necessário, para que seja salvaguardado o participante da pesquisa.

## DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. O pesquisador \_\_\_\_\_ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Viviane Laudelino Vieira no telefone/WhatsApp (11)98914-7641.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, e-mail: coep@fsp.usp.br, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Para maiores informações sobre os direitos dos participantes de pesquisa, você poderá também consultar a Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa elaborada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que está disponível para leitura no site: [http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha\\_Direitos\\_Participantes\\_de\\_Pesquisa\\_2020.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf)

|             |                            |            |
|-------------|----------------------------|------------|
| _____       | _____                      | __/__/____ |
| Nome        | Assinatura da Participante | Data       |
| _____       | _____                      | __/__/____ |
| Pesquisador | Assinatura do Pesquisador  | Data       |