

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA**

CARLA REGINA GONÇALVES PEREIRA

**PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO CRUZADO E SABERES SOBRE ESTA
PRÁTICA, ENTRE AS GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM, ESTADO DO PARÁ**

**BELÉM
2014**

CARLA REGINA GONÇALVES PEREIRA

**PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO CRUZADO E SABERES SOBRE ESTA
PRÁTICA, ENTRE AS GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM, ESTADO DO PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará. Orientadora:
Prof.^a M. Sc. Waltair Maria Martins Pereira.

**BELÉM
2014**

CARLA REGINA GONÇALVES PEREIRA

PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO CRUZADO E SABERES SOBRE ESTA PRÁTICA, ENTRE AS GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM, ESTADO DO PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.

Banca Examinadora:

M. Sc. Waltair Maria Martins Pereira / Universidade Federal do Pará

Dra. Márcia Maria Bragança Lopes / Universidade Federal do Pará

Esp. Raimunda Silvia Gatti Nobre / SESMA / Universidade do Estado do Pará

Aprovado em: _____ / _____ / _____

Conceito: _____

Dedico este trabalho à minha mãe Maria Assunção pelo apoio incondicional e por nunca ter me deixado desistir de perseguir os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me ajudado várias vezes a levantar e prosseguir nesta caminhada rumo à realização de um sonho.

Aos meus pais pela confiança inabalável depositada em mim, mesmo diante de alguns tropeços no meio do caminho.

As minhas irmãs Ruth e Raquel pelo companheirismo em todos os momentos.

Aos meus sobrinhos amados Lucchesia, Cássio e Matheus que sempre conseguiam arrancar um sorriso meu, mesmo durante os dias de caos.

Ao meu saudoso tio Lázaro, uma das pessoas que mais se alegrou ao saber que eu havia conquistado uma vaga no concorrido curso de Medicina.

A Profa. Waltair Pereira por ter aceitado me orientar nesta etapa crucial da formação acadêmica que é a elaboração do trabalho de conclusão de curso.

Ao Prof. Cláudio Galeno Soares pelo exemplo de profissional médico e professor.

A Patrícia Barros, da Coordenação do Trabalho de Conclusão de Curso, pela paciente orientação dispensada quanto aos procedimentos para inscrição, encaminhamento e defesa do TCC.

O conhecimento dirige a prática; no entanto,
a prática aumenta o conhecimento.

Thomas Fuller

RESUMO

Introdução: o aleitamento cruzado é a prática de lactação, na qual a criança recebe um leite que não é produzido por sua mãe, e sim por outra mulher, sem qualquer tratamento prévio, consistindo em uma modalidade de amamentação que pode colocar em risco a saúde do lactente. **Objetivo:** este trabalho teve como objetivo investigar a prevalência do aleitamento cruzado e os saberes sobre esta prática, entre gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família (PSF), do município de Belém, estado do Pará. **Método:** foi realizada uma pesquisa quanti-qualitativa, com desenho de estudo descritivo, observacional do tipo transversal. Os sujeitos da pesquisa se constituíram de 85 gestantes atendidas nos PSF Galo I, Galo II e Canal da Visconde. Os dados foram coletados através da aplicação de questionário semi-estruturado, entre os meses de setembro a novembro de 2013. **Resultados:** a prevalência de aleitamento cruzado encontrada foi de 61,54% entre as mulheres que já tinham filhos, a maioria das gestantes entrevistadas amamentaria o filho de outra pessoa caso fosse solicitada sem qualquer restrição, bem como pediriam para outra mulher amamentar seu filho caso achasse necessário. Um grande percentual (94,87%) de entrevistadas presenciou o aleitamento cruzado. Praticamente todas as gestantes relataram que não receberam informação sobre os riscos do aleitamento cruzado pela equipe de saúde durante a realização do pré-natal. Os motivos que justificaram a prática aleitamento cruzado foram: a dificuldade para amamentar e a ausência temporária ou definitiva da mãe. **Conclusão:** as concepções históricas culturalmente estabelecidas sobre o aleitamento materno, o sentimento de solidariedade, o altruísmo entre as mães, o incentivo ao aleitamento materno sem enfatizar suas contra-indicações, em conjunto com a carência de informações sobre os riscos do aleitamento, se configuraram nesta pesquisa como os principais motivos para a prática do aleitamento cruzado.

Palavras-chave: amamentação, leite materno, lactente, saúde, pré-natal.

ABSTRACT

Introduction: the crossed breast feeding is the nursing practice, in that the child receives a milk that is not produced their mother, but for other woman, without any previous treatment, consisting of a breast-feeding modality that can put in risk the health of the infant. **Objective:** this work had as objective investigates the Prevalence of crossed breast feeding and knowledge about this practice, among the pregnant women assisted in the Family's Health Strategy of the of the Municipal district of Belém, state of Pará. **Methods:** a quant-qualitative research was accomplished, with drawing of descriptive study, observational of the traverse type. The subjects of the research were 85 pregnant women assisted in PSF Galo I, Galo II e Canal da Visconde. The data were collected through the application of semi-structured questionnaire, among the months of September to November of 2013. **Results:** The prevalence of crossed breast feeding found was of 61,54% among the women that already had children, most of the pregnant women interviewees would breastfeed the son of another person case was requested without any restriction, as well as they would ask for another woman to breastfeed her son case found necessary. A big percentile (94, 87%) of interviewees witnessed the crossed breast feeding. Practically all the pregnant women told that didn't receive information on the risks of the breast feeding crossed by the team of health during the accomplishment of the prenatal. The reasons that justified the practice crossed breast feeding were: the difficulty to breastfeed and the mother's absence temporary or definitive. **Conclusion:** the historical conceptions culturally established on the maternal breast feeding, the solidarity feeling, the altruism among the mothers, the incentive to the maternal breast feeding without emphasizing their against indications, together with the lack of information on the risks of the breast feeding, they were configured in this research as the main reasons for the practice of the crossed breast feeding.

Key-words: breast feeding, breast milk, infant, health, prenatal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Gestantes distribuídas de acordo à procedência por bairros de Belém, estado do Pará, 2013.....	30
Gráfico 2 - Gestantes entrevistadas, classificadas em nulíparas e não-nulíparas. Belém, estado do Pará, 2013.....	30
Gráfico 3 - Gestantes de acordo com o número de filhos tidos, por ocasião da entrevista. Belém, estado do Pará, 2013.....	31
Gráfico 4 - Faixa etária das gestantes participantes da pesquisa, classificadas em nulíparas e não nulíparas. Belém, estado do Pará, 2013.....	31
Gráfico 5 - Grau de escolaridade das gestantes participantes da pesquisa, classificadas em nulíparas e não nulíparas. Belém, estado do Pará, 2013.....	32
Gráfico 6 - Renda familiar das gestantes participantes da pesquisa, classificadas entre nulíparas e não nulíparas, de acordo com intervalos entre menos de 1 até mais de 5 salários mínimos. Belém, estado do Pará, 2013.....	33
Gráfico 7 - Estado civil das gestantes participantes da pesquisa, classificadas entre nulíparas e não nulíparas. Belém, estado do Pará, 2013.....	34
Gráfico 8 - Idade gestacional das gestantes participantes da pesquisa, classificadas entre nulíparas e não nulíparas. Belém, estado do Pará, 2013.....	34
Gráfico 9 - Disposição das gestantes participantes da pesquisa, classificadas em nulíparas e não nulíparas, para amamentar o filho de outra pessoa. Belém, estado do Pará, 2013.....	36
Gráfico 10 - Disposição das gestantes, nulíparas e não nulíparas, participantes da pesquisa, que permitiriam que seus filhos fossem amamentados por outra lactante. Belém, estado do Pará, 2013.....	36
Gráfico 11 - Gestantes não-nulíparas participantes da pesquisa que amamentaram ou não o próprio filho. Belém, estado do Pará, 2013.....	37
Gráfico 12 - Gestantes não-nulíparas que praticaram ou não aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013.....	37
Gráfico 13- Gestantes não-nulíparas que praticaram aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013.....	38
Quadro 1 - Respostas das gestantes participantes da pesquisa ao serem questionadas se amamentaram alguma criança sem ser seu próprio filho. Belém, estado do Pará, 2013.....	39

Quadro 2 - Respostas das gestantes participantes da pesquisa ao serem questionadas se permitiram que seu filho amamentasse em outra pessoa. Belém, estado do Pará, 2013.....	39
Gráfico 14: Proporção das gestantes participantes da pesquisa que presenciou o aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013.....	40
Quadro 3 - Conhecimento do termo “aleitamento cruzado” entre as participantes da pesquisa. Belém, estado do Pará, 2013.....	41
Gráfico 15 - Conhecimento das participantes da pesquisa sobre os riscos do aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013.....	42
Gráfico 16 - Conhecimento dos riscos do aleitamento cruzado entre as participantes da pesquisa que já praticaram aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013.....	42
Gráfico 17 - Riscos do aleitamento cruzado citados pelas participantes da pesquisa. Belém, estado do Pará, 2013.....	43
Quadro 4 - Riscos do aleitamento cruzado segundo as participantes da pesquisa. Belém, estado do Pará, 2013.....	43
Gráfico 18 - Conhecimento das participantes da pesquisa sobre Banco de Leite Humano. Belém, estado do Pará, 2013.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Ocupação exercida pelas participantes da pesquisa. Belém, estado do Pará, 2013.....	33
Tabela 2 – Quantidade de consulta pré-natal realizada pelas participantes da pesquisa, classificadas em nulíparas e não nulíparas. Belém, estado do Pará, 2013.....	35
Tabela 3 – Conhecimento das participantes da pesquisa, sobre o termo aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013.....	41
Tabela 4 – Distribuição de gestantes informadas sobre os riscos do aleitamento cruzado pela equipe de saúde durante a realização do pré-natal.....	44
Tabela 5 – Distribuição de gestantes que pressupunham ou não o risco do aleitamento cruzado, tendo sido informadas ou não pela equipe da saúde do pré-natal sobre os riscos da referida prática. Belém, estado do Pará, 2013.....	44
Tabela 6 – Distribuição de gestantes que amamentariam outra criança sem ser seu próprio filho, tendo sido informadas ou não pela equipe da saúde do pré-natal sobre os riscos da referida prática. Belém, estado do Pará, 2013.....	45
Tabela 7 – Distribuição de gestantes que permitiriam ou não que seus filhos amamentassem em outra mulher, tendo sido informadas ou não pela equipe da saúde do pré-natal sobre os riscos da referida prática. Belém, estado do Pará, 2013.....	45
Tabela 8 – Distribuição de gestantes que amamentariam outra criança sem ser seu próprio filho, quanto à pressuposição da existência de risco do aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013.....	46
Tabela 9 – Distribuição de gestantes que permitiriam ou não que seus filhos amamentassem em outra mulher quanto à pressuposição da existência de risco do aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013.....	46

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

CMV – Citomegalovirus

DASAC – Distrito Administrativo da Sacramento

DABEL – Distrito Administrativo de Belém

DABEN – Distrito Administrativo do Benguí

DAICO – Distrito Administrativo de Icoaraci

DAENTE – Distrito Administrativo do Entroncamento

DAGUA – Distrito Administrativo do Guamá

DAMOS – Distrito Administrativo de Mosqueiro

DAOUT – Distrito Administrativo de Outeiro

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HTLV – Human T Lymphotropic Vírus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PSF - Programa Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVO GERAL.....	15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	23
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	23
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	23
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	24
3.4 COLETA DE DADOS.....	26
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	27
3.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	28
4 RESULTADOS	30
5 DISCUSSÃO	48
6 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	64
ANEXOS	70

1 INTRODUÇÃO

Segundo Ferreira (2009) amamentar significa dar de mamar, aleitar, criar a leite e mamar corresponde a sugar o leite da mama ou da mamadeira.

O aleitamento cruzado é a prática de lactação, na qual a criança recebe um leite que não é produzido por sua mãe, e sim por outra mulher. Portanto, esta prática tanto se configura quando uma nutriz amamenta uma criança que não seja seu filho, quanto quando a mãe permite que seu filho seja amamentado por outra mulher (VIEIRA et al., 2001).

Essa modalidade de aleitamento pode acontecer de forma direta ou indireta. O modo direto ocorre quando uma nutriz, ou lactante, dá de mamar diretamente no seio o filho de outra mulher (CARVALHO, 2013).

Ainda conforme Carvalho (2013) a modalidade de aleitamento cruzado indireto se caracteriza quando a nutriz doadora faz a ordenha, ou seja, retira seu leite para algum frasco, e este é dado para o lactente sem qualquer tipo de análise microbiológica e tratamento.

A nutriz que amamenta a criança alheia recebe a denominação ama de leite, termo este que se popularizou aqui no Brasil durante o período colonial, época em que geralmente era uma escrava que praticava o aleitamento dos filhos de seus senhores (CASTILHO; BARROS-FILHO, 2010).

Santiago e Mattar (2007) ressaltam que existem duas formas especiais de aleitamento em que o leite oferecido ao lactente não é produzido pela mãe biológica, e, no entanto não são consideradas como formas de aleitamento cruzado, são elas: o aleitamento realizado com leite proveniente do Banco de Leite Humano (BLH), em que há todo um processo de seleção, esterilização, através da pasteurização, e controle biológico; e a relactação, situação caracterizada pela produção de leite por mães adotivas, mediante estimulação, devendo mãe e filho realizar avaliação médica assegurando-lhes aptidão para a amamentação.

Vieira, Issler e Teruya (2007) advertem que atualmente, o aleitamento cruzado é uma prática não recomendável, pois se evidenciou que através do leite materno as crianças podem ser contaminadas por algumas doenças, tais como aquelas causadas pelos seguintes agentes: *Human immunodeficiency virus* (HIV); *Human T lymphotropic virus* (HTLV); *Citomegalovirus* (CMV); entre outros.

Dessa forma, as mães que por algum motivo não produzem leite suficiente para alimentar seus filhos ou que por alguma outra razão estejam impedidas de amamentar, não devem dar leite de outra nutriz para a criança, de maneira indiscriminada.

No Brasil a proibição da amamentação cruzada é lei, conforme o estabelecido pela Portaria n.º 1.016, de 26 de agosto de 1993, a qual dispõe sobre a proibição da amamentação cruzada, ou seja, proíbe que as mães amamentem outros recém-nascidos que não os seus ou que permitam que seus filhos sejam amamentados por outra nutriz (BRASIL, 1993).

Para assegurar a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde, o Ministério da Saúde do Brasil inclui em sua política, como regra geral, estratégias voltadas para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como contempla, em situações de minoria, a sua contraindicação, sempre que essa prática coloque em risco a vida e a saúde da criança (BRASIL, 2005a).

A lactação é uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e o desenvolvimento de uma criança no seu primeiro ano de vida. Desse modo, o interesse pela efetiva inserção da prática de amamentar na população suscita, por parte dos órgãos governamentais, organizações não governamentais e, principalmente profissionais da área da saúde, as mais diferentes estratégias com vistas a tornar mais frequente e duradoura a prática da amamentação (SALIBA et al., 2008).

Nessa perspectiva, a saúde da criança é a prioridade, e a ação amamentar ou não amamentar, é apenas um dos elementos que compõem o cuidar, cujo objetivo maior é o de prevenir a instalação de doenças incuráveis promotoras de uma existência limitada, sofrida e/ou à morte prematura da criança (BRASIL, 2005a).

Dessa maneira, considera-se válido fazer uma análise das práticas de amamentação vigentes, especificamente o aleitamento cruzado, que implique na construção de uma base de conhecimento capaz de levar a encontrar ou validar propostas eficientes para a transformação da situação atual com relação a atos que podem tornar a prática do amamentar em algo inseguro, contrariando o que é preconizado, ou seja, amamentar é saudável, porém, dependendo das circunstâncias, nem sempre.

De acordo com Lamounier et al. (2004) embora a amamentação seja reconhecida como a melhor forma de alimentação da criança, propiciando inúmeras vantagens tanto para a mãe para o filho, conferindo importante proteção à criança, ela pode também ser uma importante fonte de infecção, haja vista que nutrizas com enfermidades infecciosas podem transmitir agentes patogênicos pelo leite materno para a lactente.

Os benefícios da amamentação são amplamente veiculados pela mídia e divulgados pelos profissionais de saúde, entretanto, parece haver um temor em se divulgar alguns riscos à saúde advindos de comportamentos inadequados relativos ao aleitamento materno.

Portanto, buscando romper esta barreira, este trabalho se dispôs a fazer uma investigação sobre a prática de lactantes doarem leite e de lactentes receberem este, em desacordo com os padrões de higiene e controle.

De acordo com Thorley (2008) o aleitamento cruzado é um tema pouco estudado e merece ser investigado. Assim sendo, em virtude do incipiente número de trabalhos sobre a temática específica abordada, a produção deste estudo contribuirá como eventual fonte de pesquisa sobre o tema em questão.

Apesar de todas as recomendações quanto aos riscos do aleitamento cruzado, este se configura como uma prática ainda muito recorrente. Portanto, através do levantamento de dados referentes ao conhecimento e práticas sobre o aleitamento cruzado entre as mulheres grávidas atendidas em um programa de saúde, o presente trabalho teve como propósito, por meio da apresentação de seus resultados e discussão, enfatizar a importância da temática abordada e a devida atenção ao tema que deve ser despendida pelas mães e futuras mães, bem como pelos profissionais de saúde e futuros profissionais.

1.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar a prevalência do aleitamento cruzado e os saberes sobre esta prática, entre gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família – ESF de três Casas Saúde da Família do Distrito Administrativo da Sacramenta – DASAC, sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, SESMA, estado do Pará.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as gestantes que já realizaram a prática do aleitamento cruzado;
- verificar os saberes das gestantes sobre os riscos do aleitamento cruzado;
- identificar quantas gestantes já presenciaram a amamentação cruzada entre outras mulheres;
- averiguar, junto as gestantes, se a equipe da ESF exerce em suas práticas orientações sobre aleitamento cruzado no pré-natal;
- identificar a proporcionalidade de aceitação da prática do aleitamento cruzado entre as gestantes entrevistadas;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A primeira descrição de ama de leite aparece na Bíblia, em Êxodo 1:15 a 2:10, na passagem sobre a história de Moisés, relatada no Velho Testamento, em que fala a respeito do comportamento dos hebreus e egípcios, que buscavam amas para garantir a sobrevivência de crianças afastadas da mãe (ÊXODO, 2007).

Castilho e Barros-Filho (2010) informam que na Grécia Antiga se cultivava a ideia de que a criança ao sugar absorvia as características da nutriz. Recomendavam que ao escolher uma ama se observasse tanto as qualidades do leite quanto as da mulher, verificando sua idade, saúde, estatura, temperamento e moral.

No início da era Cristã, filósofos e moralistas já discursavam contra o emprego de amas de leite. Plínio, Plutarco e Tácito entendiam que, além de o leite ser o melhor alimento, o ato de a própria genitora amamentar ajudava a fortalecer os laços de afeto evitando problemas futuros. A mãe só deveria ser dispensada dessa tarefa se estivesse doente ou desejasse engravidar. Plutarco deu início ao primeiro movimento moral em favor do aleitamento materno (CASTILHO E BARROS-FILHO, 2010).

No século IX. d.C. Avicena, médico islâmico de origem persa, acreditava que a saúde e as características da nutriz influenciavam a saúde do bebê. Se ela adoecesse, deveria ser substituída por outra mulher (CASTILHO E BARROS-FILHO, 2010).

Conforme Marques, Cotta e Priore (2011) no século XVI, os portugueses ao chegarem ao Brasil presenciaram mulheres indígenas amamentando seus filhos, fato este que causou estranhamento dos "descobridores" frente a uma prática do "novo mundo", situando-se aí um embate cultural em torno da amamentação. O ato de aleitar direto na mama, cultivado pelos integrantes da sociedade tupinambá, certamente foi percebido pelos portugueses como um comportamento instintivo e natural, impróprio para o homem civilizado, cujo padrão de referência comportamental circunscrevia-se aos hábitos e costumes da cultura europeia.

Para Badinter (2011) historicamente, o grande período negro da prática do aleitamento ocorreu, em especial, durante os séculos XVII e XVIII com a adoção de amas de leite pelas mulheres aristocratas e burguesas, que consideravam o ato de amamentar ridículo e repugnante, sendo esse comportamento tomado como exemplo pelas mulheres das classes menos favorecidas.

Na França, no século XVIII, se possuía a ideia de que a mulher não deveria desempenhar o papel de esposa e de nutriz ao mesmo tempo. A mulher que amamentava não deveria ter relações sexuais, pois se acreditava que secaria o leite e esfriaria o afeto ao recém-

nascido, para tanto uma ama de leite atuava como parte integrante da família, fazendo do aleitamento uma fonte de renda, ficando então conhecidas como amas de leite mercenárias (CASTILHO E BARROS-FILHO, 2010).

Segundo Carula (2013) no Brasil colonial e durante o império, a ama era uma escrava, chamada ama negra, que praticava o aleitamento mercenário, cujos lucros, ao invés de serem revertidos para si, como acontecia na Europa, eram convertidos aos seus senhores, pois estes afirmavam que criar amas de leite era mais lucrativo que a plantação de café.

O sistema de ama de leite predominou até o fim do século XIX, depois disso o aleitamento artificial foi substituindo a amamentação mercenária (OLIVEIRA, 2010).

Conforme Giugliani e Lamounier (2004) nenhuma função humana foi tão agredida, modificada e artificializada quanto à amamentação. As diversas práticas envolvendo o aleitamento materno vêm sofrendo variações ao longo da história da humanidade, assumindo um comportamento social mutável conforme as épocas e costumes, e atrelado aos determinantes sociais e às manifestações culturais.

Para Giugliani e Lamounier (2004) as mudanças mais radicais de todos os tempos na alimentação infantil ocorreram entre 1850 e 1970, época em que o leite materno foi gradativamente sendo substituído pelo leite de outras espécies, os quais foram passando por modificações na tentativa de assemelham-se ao leite humano até se chegar às fórmulas infantis atuais.

A partir de 1985, os Bancos de Leite Humano se propagaram principalmente nos hospitais, diante dos obstáculos que não permitiam o aleitamento, como a prematuridade. E os objetivos dos BLH passaram a incorporar além da coleta do leite, o incentivo a amamentação materna, o combate ao leite artificial e a contra-indicação ao aleitamento cruzado (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

Nos dias atuais, com o avanço do conhecimento técnico-científico na área médica, se sabe que várias doenças podem ser adquiridas através do aleitamento materno. De acordo com Veronesi e Focaccia (2010) a amamentação pode consistir em um risco de infecção importante, sendo uma das três principais formas de transmissão do HIV para crianças. Os outros dois modos de contágio podem acontecer durante a gestação ou no evento do parto.

Conforme Vieira, Issler e Teruya (2007) o HIV foi isolado no leite humano de mulheres infectadas, estando estas sintomáticas ou não, e foi constatado que esse vírus pode ser transmitido pela amamentação, em qualquer estágio da infecção, sendo mais frequente na fase aguda, pela maior viremia.

No final da década de 80, a frequência de casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA, em inglês Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) entre mulheres cresceu consideravelmente, quando a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão (BRASIL, 2010a).

De acordo com Brasil (2010a) a faixa etária que concentra os maiores percentuais de casos de AIDS em mulheres é a de 25 a 34 anos, ou seja, são atingidas em plena idade reprodutiva. Como consequência, vem-se observando o aumento da transmissão vertical. Atualmente a quase totalidade de casos de AIDS em menores de 13 anos tem transmissão vertical como fonte de infecção.

A evolução da epidemia da AIDS no Brasil, afetando de maneira especial as mulheres, trouxe, como novo desafio a ser enfrentado, o controle da transmissão vertical do HIV, neste sentido se fazendo necessária a tomada de intervenções profiláticas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no intuito de reduzir estes índices de transmissão vertical do HIV através do aleitamento materno, estabeleceu a suspensão da amamentação, ou seja, crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV não devem ingerir o leite materno contaminado, sendo a dieta substituída pelo leite artificial com fórmulas apropriadas até o segundo ano de vida, acrescentado também à contraindicação ao aleitamento cruzado (BRASIL, 2010b).

Consoante Brasil (2005b) a transmissão vertical quando se estabelece também demonstra falhas no sistema de saúde, reclamando atenção e comprometimento da sociedade brasileira, em especial dos gestores e profissionais de saúde.

A recomendação para não dar de mamar também se estende para os casos de mães com infecções pelo vírus T-linfotrópicos humanos tipo I. Nas demais doenças, é necessária uma avaliação cuidadosa, mas, em geral, na maioria dos casos, o aleitamento materno é mantido ou suspenso temporariamente (LAMOUNIER et al., 2004).

Ainda segundo Behrman, Kliegman e Jenson (2005) no leite humano já foi demonstrada a presença do citomegalovírus (CMV). Nos neonatos a termo, esta infecção transcorre de maneira assintomática e sem sequelas, considera-se nestes casos que a transmissão pode ser benéfica, na medida em que se constitui como uma forma de imunização contra a doença. Todavia em recém-nascidos prematuros existe maior probabilidade de desenvolver infecção sintomática e com graves sequelas.

No caso da nutriz apresentar hanseníase ou tuberculose o risco de contaminação do lactente se dará através de secreções respiratórias e pele, ou seja, pelo contato próximo. No

entanto, se a mulher estiver em tratamento medicamentoso, o aleitamento materno não deverá ser suspenso (VERONESI; FOCACCIA, 2010).

Apesar de já ter sido constatado a presença do vírus da hepatite B no leite materno, o Manual de Aconselhamento de Hepatites Virais, elaborado pelo Ministério da Saúde, recomenda que as mães portadoras do referido vírus amamentem seus filhos, entretanto, somente após estes receberem a aplicação da primeira dose do esquema vacinal e da imunoglobulina humana hiperimune (BRASIL, 2005b).

Em recente pesquisa realizada pelo Centro de Pesquisa Clínica e Experimental de Infecções de Hannover, na Alemanha, se verificou que as lípases do leite humano produzem ácidos graxos que danificam a estrutura dos vírus da hepatite C, da influenza e do herpes simples, inativando-os, o que permite que mães portadoras dos referidos vírus amamentem. Todavia, apesar do vírus da hepatite C, comprovadamente, não ser transmitido através do leite materno, ainda sim, pode ser transmitido por via sanguínea, portanto, alguns cuidados devem ser tomados no caso de existência de sangramento e de fissuras mamilares, onde o lactente corre o risco de ingerir sangue infectado (PFAENDER et al., 2013).

Lamounier (2004) ressalta que a amamentação deve ser suspensa quando existirem vesículas herpéticas nas mamas. E preconiza o uso de máscaras, cobrindo boca e nariz, nas lactantes que apresentarem doenças transmitidas pela via respiratória, a fim de proteger a criança que amamenta.

O aleitamento materno não é contraindicado quando a nutriz apresenta Doença de Chagas, mesmo na fase aguda, pois a forma parasitária infectante do leite materno é sensível ao suco gástrico, dessa forma, o leite contaminado ingerido pelo lactente pouco provavelmente representa risco de infecção. No entanto, se houver sangramento e fissura mamilar a amamentação deve ser interrompida (MARTINS et al., 2011).

Sumariamente, já se passou o tempo em que aleitamento cruzado era visto como prática positiva, a qual garantia a sobrevivência do lactente, entretanto, apesar das inúmeras possibilidades de substituição do aleitamento materno, que assegurem o bom desenvolvimento da criança, ainda é prevalente nos dias atuais as mães permitirem que seus filhos sejam amamentados por outra mulher, tal como foi verificado no estudo de Vieira et al. (2001) onde 15,38% das mulheres cadastradas em um Banco de Leite Humano permitiriam que seu bebê tomasse leite de outra nutriz, sem qualquer tratamento prévio.

Tendo em vista a importância do aleitamento materno para a criança e a mulher, entende-se que o sucesso da promoção da amamentação de forma adequada, sobretudo está

relacionado a programas educativos de diversas naturezas, os quais levem sempre em consideração valorização dos múltiplos aspectos ligados a esta prática (BRASIL, 2009).

Conforme Brasil (2009) é preciso que as mães saibam dos inconvenientes do aleitamento materno que podem ocorrer, tais como as eventuais dificuldades para amamentação e, principalmente as contraindicações.

Neste sentido Oliveira e Oliveira (2012) destacam como necessária a realização de práticas pedagógicas participativas que envolvam questões informativas e a preparação das gestantes para amamentar seus filhos. Para os referidos autores é de suma importância que a mãe esteja muito bem informada sobre a prática do aleitamento, não somente sabendo as vantagens para o binômio. Entretanto, é preciso que as mães saibam dos inconvenientes e restrições que dificultam ou impedem a amamentação e, sobretudo, saibam identificá-los e tomar as precauções necessárias.

Ressalta-se que essas orientações sobre a amamentação devem ser reforçadas entre as grávidas que se encontram nos extremos etários reprodutivos. Pois conforme Silva e Surita (2009) mulheres muito jovens ou com idade avançada são consideradas de maior risco para resultados adversos e complicações perinatais, tais como parto prematuro e dificuldades fisiológicas para lactação, as quais poderiam postergar o aleitamento materno.

Para Santos et al. (2009) essa fase da vida das gestantes merece especial atenção dos profissionais responsáveis para identificar precocemente sinais e sintomas de complicações natais e perinatais, bem como devem contar com serviço de saúde que proporcione a devida assistência e os exames necessários.

De acordo Lunardi (2007) orientar sobre a amamentação é essencial na consulta pré-natal, sendo necessário para isto, tempo e disponibilidade para dialogar com a gestante. E muitas vezes, em virtude da alegação de falta de tempo, Oliveira e Oliveira (2012) ressaltam que na maioria das vezes, as orientações a cerca da amamentação tem sido feitas, tardiamente e de forma totalmente inadequada, na maternidade.

Por meio da Portaria Nº 570, de 1º de junho de 2000, o Ministério da Saúde estabeleceu a realização mínima de seis consultas de acompanhamento pré-natal, as quais devem, preferencialmente, iniciar no primeiro trimestre de gestação. Portanto, cogita-se que esse número de consultas mínimas, represente tempo hábil para que seja feitas as devidas orientações sobre a gestação, incluindo as referentes à amamentação (BRASIL, 2000).

Conforme Fescina et al. (2010) o pré-natal no início da gestação e o número de consultas adequadas favorecem a minimização de resultados perinatais adversos.

Segundo Vieira et. al. (2001) a deficiência de informação faz com que as mães desconheçam os perigos que podem envolver o aleitamento materno, o que contribui para reafirmar a ideia, transmitida histórico culturalmente, de que o leite materno, incondicionalmente, seja sempre a melhor forma de alimentar a criança.

Para Waba (2008) as experiências e a educação das mulheres desde a mais tenra idade, influenciarão suas atitudes e desempenhos posteriores em relação ao aleitamento. Desta forma, a vivência sociocultural atua como um forte componente sobre as práticas relacionadas ao aleitamento materno.

Segundo os dados do Censo Demográfico do IBGE (2010), apesar da redução da taxa de fecundidade entre os anos de 2000 a 2010, principalmente nos grupos etários mais jovens, ainda assim, há uma tendência de concentração da fecundidade entre jovens de 15 a 24 anos.

Dessa forma, estes dados corroboram com as afirmações de Vieira et. al. (2001) e Waba (2008), ou seja, em razão da pouca idade, da menor experiência de vida, e por vezes da baixa escolaridade, essas mães imaturas provavelmente estariam mais propensas a reproduzir os valores culturais transmitidos por suas avós, mães e tias, e na ausência de orientação adequada, continuar repetindo-os ao longo da vida, perpetuando-os historicamente.

Para Barroso (2010) ter um entendimento geral do mundo em que vivemos é fundamental para o bem estar físico, psíquico e socioeconômico do indivíduo.

De acordo com Nascimento (2007) o elevado nível de escolaridade das mães impossibilita que estas sejam influenciadas por crenças e valores culturais, evitando que adotem determinados comportamentos pautados simplesmente nas informações e observações empíricas.

Consoante Shimitz (2005) a amamentação além de biologicamente determinada é socioculturalmente condicionada tornando-se, portanto, um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições reais de vida. Em suma, amamentar é um ato regulado pela sociedade mediante condicionantes econômicos, políticos, culturais e religiosos, entre outros.

Almeida e Novak (2004) afirmam que sob a perspectiva do realismo histórico, é possível se evidenciar os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que transformam a prática de amamentar em um ato regulado pela sociedade.

De acordo com Castilho e Barros-Filho (2010) o ser humano, pertencente à classe dos mamíferos, sempre dependeu do leite materno para sua sobrevivência. No entanto, ao longo da história, a amamentação foi moldada por valores culturais, muitos deles hoje considerados perniciosos para essa prática e, conseqüentemente, para a saúde da criança. Entender como e

por que determinadas crenças e costumes tiveram o apoio da sociedade, pode ajudar os profissionais de saúde da atualidade a trabalharem para estimular o aleitamento materno de forma mais segura.

Conforme Marques, Cotta e Priore (2011) a cultura, a crença e os tabus têm influenciando categoricamente o aleitamento materno, sendo assim os profissionais de saúde carecem adentrar na comunidade estudando sua cultura, comportamentos, pensamentos e atos arraigados, para obter dados que possam ser utilizados para a criação de políticas de saúde na área materno-infantil voltadas para a real dimensão dos problemas da mulher e da criança.

Ainda segundo Frade e Reis (2010) o ser humano é complexo e tem a sua subjetividade, a sua tradição cultural, os seus hábitos, tabus e crenças fundamentados em seus antepassados, portanto, não se devem desconsiderar tais aspectos peculiares, ao ditar normas e condutas, estabelecendo-se modelos de saúde impostos e querendo que estes cumpram o rígido protocolo.

Oliveira e Oliveira (2012) entendem que os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na assistência à mulher lactante, entretanto, para cumprir essa função, é necessário ter conhecimentos e habilidades para orientar adequadamente o manejo da lactação, e assim, coibir as más práticas envolvendo o aleitamento materno.

Assim, Fonseca-Machado et al. (2012) ressaltam a necessidade de constante atualização de conhecimento por parte da equipe de saúde no que se refere ao aleitamento materno, e isto pode ser adquirido através da educação continuada, onde se permite a aquisição de novos conhecimentos, a solução de dúvidas, e o mais importante, a troca de experiências entre os participantes.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, com desenho de estudo descritivo, observacional do tipo transversal. Optou-se combinar diferentes métodos de pesquisa, por entender consoante Dalfovo, Lana e Silveira (2008) que as diferenças entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa podem ser empregadas pelo pesquisador em benefício do estudo a ser realizado, de forma a contribuir para o enriquecimento da análise de dados.

Minayo (2010) considera que, do ponto de vista metodológico, não há contradição assim como não há continuidade entre investigação quantitativa e qualitativa. Ambas são de natureza diferente. Considera ainda que, do ponto de vista epistemológico, nenhuma das duas abordagens é mais científica do que a outra. Ou seja, uma pesquisa, por ser quantitativa não se torna “objetiva” e, portanto, “melhor”. Da mesma forma, uma abordagem qualitativa em si não garante a compreensão em profundidade de um determinado fenômeno.

Minayo (2010) enfatiza que cada um dos dois tipos de método tem seu papel, seu lugar e sua adequação. No entanto ambos podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade pesquisada, não havendo sentido em atribuir prioridade de um sobre o outro.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Para efeito de compreensão de termos doravante utilizados, conforme Brasil (1996) o Município de Belém possui oficialmente 71 (setenta e um) bairros, de acordo com a Lei Ordinária nº 7.806, de 30 de julho de 1996, distribuídos em oito Distritos Administrativos: Distrito Administrativo de Belém (DABEL), Distrito Administrativo do Benguí (DABEN), Distrito Administrativo do Entroncamento (DAENT), Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA), Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO), Distrito Administrativo de Mosqueiro (DAMOS), Distrito Administrativo de Outeiro (DAOUT) e Distrito Administrativo da Sacramenta (DASAC).

O referido estudo foi realizado na Estratégia Saúde Família do município de Belém, Estado do Pará, em três casas Saúde da Família, no distrito administrativo DASAC, composto pelos bairros da Sacramenta, Telégrafo, Pedreira, Barreiro, Val de Cães e Vila da Barca.

A escolha desse distrito administrativo se deu pelo fato deste ser cenário de prática do curso de medicina da Universidade Federal do Pará, inclusive tendo sido onde a pesquisadora

desenvolveu suas atividades discentes, aspecto que foi considerado como um componente facilitador para o desenvolvimento desta pesquisa.

O Programa Saúde Família (PSF) é um programa do Governo Federal, também conhecido como “Estratégia Saúde da Família”, tem por finalidade dar suporte e ampliar os serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde e aproximar a população dos serviços públicos de saúde, sendo assim, este programa pode ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Casa Saúde da Família (BRASIL, 2013).

Segundo Brasil (2012a) consoante às normas do Ministério da Saúde, cada equipe do programa deve ser composta, por no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde família, técnico de enfermagem, agente administrativo e agentes comunitários de saúde.

O número de agentes comunitários de saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2012a).

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade. A Secretaria Municipal de Saúde de Belém atualmente gerencia 52 Unidades Saúde da Família (SESMA, 2013).

As Unidades de Programa Saúde da Família devem ser instaladas perto de onde os usuários residem e realizam suas atividades cotidianas, desse modo, facilitando à população o acesso ao sistema público de saúde (BRASIL, 2012a).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

As participantes da pesquisa se constituíram de 85 gestantes atendidas nos PSF Galo I, Galo II e Canal da Visconde, todos localizados geograficamente no DASAC.

Entre as gestantes entrevistadas, parte delas eram nulíparas e a outra parte já tinha tido filhos. Todas as mulheres que relataram não ter filhos, também asseguraram serem primigestas e nunca terem amamentado alguma criança. Estes dados permitiram a formação de dois grupos entre as gestantes entrevistadas: o grupo das nulíparas e o grupo das não-nulíparas.

Essa divisão em grupos foi necessária para a investigação da prevalência do aleitamento cruzado entre as não-nulíparas, o que se constitui em um dos objetivos do referido estudo. Entretanto, as nulíparas continuaram fazendo parte da população de estudo, haja vista que constituíam importante fonte de informação sobre os saberes prévios ao parto, relativos ao aleitamento cruzado.

Foram incluídas no grupo das nulíparas todas aquelas que não tinham filhos até o presente momento, e que, por conseguinte, eram primigestas e nunca amamentaram. Compôs o grupo das não-nulíparas, todas as mulheres que já haviam tido filhos, e que já amamentaram ou não.

Os critérios de exclusão de participação na referida pesquisa foram os seguintes:

- a) recusa em participar da pesquisa;
- b) ser menor de idade e estar desacompanhada do responsável legal;
- c) apresentar enfermidade ou deficiência mental que impossibilitem a responsabilização pelos próprios atos.

Não foi registrado no presente estudo recusa em participar da pesquisa, todas as gestantes abordadas se dispuseram a ser entrevistadas, de forma bastante colaborativa.

Nenhuma das gestantes abordadas que se encontravam na faixa etária de menor idade foi excluída da pesquisa, haja vista que nenhuma delas estava desacompanhada de seu responsável legal, ou apresentavam enfermidade ou deficiência mental que poderiam impedir o necessário discernimento para a prática de seus atos.

Caso contrário, se alguma das gestantes adolescentes entrevistadas se encontrasse em pelo menos uma das situações relatadas, se enquadraria em um fator de exclusão do estudo, dada a impossibilidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B), haja vista que nos dois casos específicos em conformidade com o Código Civil, as gestantes sob as referidas condições são consideradas incapazes de exercer responsabilidade sob os atos da vida civil (BRASIL, 2002).

Os dados coletados das 85 gestantes entrevistadas foram incluídos na análise quantitativa e para a análise qualitativa dos dados foi obtida uma amostra de 27 gestantes entrevistadas. Esta quantidade amostral foi determinada pela saturação de dados, em que houve suspensão da inclusão de novas participantes quando o conteúdo das entrevistas apresentou convergência, redundância ou repetição de discurso, atingindo assim um ponto de saturação.

As gestantes participantes da análise qualitativa foram nomeadas com pseudônimos de flores, de forma a manter a privacidade e o anonimato das mesmas.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através da aplicação de questionário semi-estruturado (Apêndice A), aplicados no período compreendido entre os meses de outubro a dezembro de 2013. O momento para a abordagem das participantes da pesquisa foi o que sucedeu as consultas médicas e/ou de enfermagem de acompanhamento do pré-natal.

O questionário foi constituído por três partes assim identificadas: parte de identificação do sujeito; parte sociodemográfica e parte que atender o objetivo específico da pesquisa, constituída por variáveis marcadoras de conhecimento e práticas sobre o aleitamento cruzado.

Os dados quantitativos levantados no questionário tais como: idade, estado civil, escolaridade e renda familiar foram aglutinados de acordo com a peculiaridade de cada variável.

A informação sobre a idade foi coletada de forma contínua e agrupada em intervalos padrão utilizado pelo Ministério da Saúde, abrangendo um total de nove intervalos para análise, assim especificados: 10 a 14 anos; 15 a 18 anos; 19 a 22 anos; 23 a 26 anos; 27 a 30 anos; 31 a 34 anos; 35 a 38 anos; 39 a 42 anos; 43 a 46 anos.

O estado civil constou de seis categorias: solteira, casada, união estável, viúva, separada ou divorciada. A escolaridade foi classificada em cinco grupos, a saber: Nenhuma; 1 a 3 anos; 4 a 7 anos; 8 a 11 anos e 12 anos e mais de escolaridade.

Vale ressaltar que de acordo com a legislação, foi formalmente reconhecida como união estável a relação de convivência duradoura entre o homem e a mulher estabelecida com a intenção de constituição familiar, sem especificação de período mínimo ou de contrato formal, para que esta união seja considerada estável (BRASIL, 2002).

A renda familiar foi aglutinada em sete grupos, a saber: Menos de 1 salário mínimo; 1 salário mínimo; Mais de 1 até 2 salários mínimo; Mais de 2 a 3 salários mínimo; Mais de 3 a 4 salários mínimo; Mais de 4 a 5 salários mínimo; Mais de 5 salários mínimo.

O número de filhos tido por cada sujeito da pesquisa foi aglutinado em cinco grupos, assim especificados: Nenhum filho; Um filho; Dois filhos; Três filhos e Acima de três filhos.

A ocupação foi considerada a partir da tabela codificada de ocupações elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e adotada pelo Sistema de Saúde para análise de dados secundários (Anexo C).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados utilizando planilhas do Microsoft Office Excel 2010, com dupla entrada. De acordo com a natureza das variáveis, foi realizada a análise estatística descritiva, sendo informados os valores percentuais dos dados analisados, através de tabelas e gráficos.

Para verificar associações entre as variáveis e a consistência dos resultados foram realizadas as análises estatísticas de significância, através do software BioEstat 5.0, sendo aplicado o teste do Qui-quadrado, onde foi adotado como nível de significância $p < 0,05$, considerando a correção de Yates, quando necessária, conforme recomenda trabalhos na área da saúde.

Como técnica para tratamento dos dados qualitativos foi adotada a *Análise de Conteúdo*, definida por Bardin (2009, p.42) como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos a condições de produção/recepção destas mensagens.

Dentre as várias modalidades de Análise de Conteúdo foi escolhida para o referido estudo a Análise Temática que de acordo com Minayo (2010) é a mais simples e mais apropriada para investigações qualitativas em saúde.

Segundo Minayo (2010) fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifiquem algo para o objeto analítico visado, ou seja, a proposta que acompanha a análise de conteúdo sob a modalidade da análise temática se refere a uma decomposição das informações apuradas e, por conseguinte, identificação de unidades de análise para a categorização dos fenômenos, a partir da qual se torna possível uma reconstrução de significados que apresentem uma compreensão mais aprofundada da interpretação da realidade do grupo estudado.

A presente pesquisa desdobrou-se nas três etapas que compõem a análise de conteúdo sob a perspectiva da análise temática conforme assinala Bardin (2009), foram elas:

- a) primeira etapa - pré-análise: consiste na organização do material que será utilizado para a coleta dos dados, assim como também como outros materiais que podem ajudar a entender melhor o fenômeno e fixar o que o autor define como *corpus* da investigação, que seria a especificação do campo que o pesquisador deve centrar a atenção;
- b) segunda etapa - descrição analítica: nesta etapa o material reunido que constitui o *corpus* da pesquisa é mais bem aprofundado, sendo orientado em princípio pelas hipóteses e pelo referencial teórico, surgindo desta análise quadros de referências, buscando sínteses coincidentes e divergentes de ideias;
- c) terceira etapa - interpretação referencial: é a fase de análise propriamente dita, que tem como propósito desvendar o conteúdo latente do material analisado.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

O referido estudo seguiu a Resolução de nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde no tocante às questões éticas. Deste modo o emprego dos questionários foi precedido por um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) mediante aceitação voluntária, sem constrangimento para as participantes da pesquisa, sendo estas possuidoras de capacidade legal, cognitiva e emocional para entender os objetivos e possíveis consequências da pesquisa, considerando-se, portanto a competência legal das entrevistadas para a aquisição de total ciência do tipo de pesquisa e para a assinatura da autorização, caso estejam dispostas a colaborar (BRASIL, 2012b).

O termo de consentimento foi elaborado em duas vias, sendo que uma via ficou com a voluntária participante da pesquisa, e a outra via foi arquivada pela pesquisadora responsável. Ressalta-se, desse modo, a importância da participante ser informada sobre todos os aspectos envolvidos na pesquisa, a fim de garantir que ela não sofra nenhum prejuízo em função de estar participando desta pesquisa.

O presente estudo não trouxe nenhum risco para a integridade física das participantes da pesquisa. Quanto ao possível constrangimento do pesquisado frente à exposição das informações coletadas, foi garantida, a estes, a confidencialidade e a apresentação estatística dos dados, de forma consolidada. A participação neste estudo foi voluntária e consistiu em responder as perguntas contidas no formulário de pesquisa. Foi garantida a liberdade da retirada do consentimento e, por conseguinte da pesquisa a qualquer momento. Também não existiram despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo.

A identidade do entrevistado foi preservada e em nenhuma hipótese foram divulgadas informações que permitiriam a sua identificação. Os dados coletados foram utilizados somente na referida pesquisa, a qual, depois de finalizada, seus resultados doravante serão veiculados no meio acadêmico e científico. Todos esses cuidados foram necessários para evitar que a entrevistada sofresse algum dano em relação à sua imagem, assegurando a sua integridade física e mental.

Todas as voluntárias que participaram do estudo tiveram garantia de acesso ao responsável pela pesquisa para qualquer esclarecimento de eventual dúvida sobre a mesma.

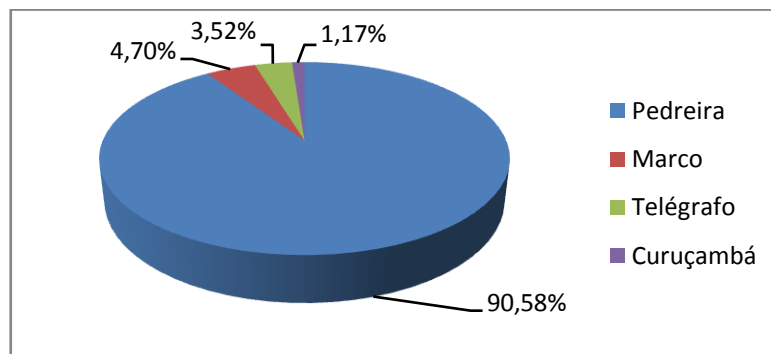
Quando da participação de adolescentes, o Termo de Consentimento foi assinado por seus representantes legais. A recusa da adolescente em participar da pesquisa também foi garantida, ou seja, a rigor, o consentimento foi dado pela própria adolescente, ficando delegada ao responsável legal somente autorização para participar da pesquisa.

Na ocasião de voluntária e/ou o seu representante legal analfabetos, o Termo de Consentimento seria lido na frente de uma testemunha imparcial, sem envolvimento direto com o projeto de pesquisa, e somente após esta leitura se assinaria o documento, certificando, assim, que todas as informações fossem dadas ao voluntário, ou ao seu representante legal, e que as perguntas suscitadas pelos mesmos fossem amplamente esclarecidas pelo pesquisador. Não houve necessidade de impressão datiloscópica ao Termo de Consentimento, pois todas as participantes ou responsáveis legais foram capazes de realizar a própria assinatura.

4 RESULTADOS

Foram entrevistadas 85 gestantes atendidas no Programa Saúde Família nas Unidades Saúde da Família do Galo I, Galo II e Canal da Visconde, do município de Belém, estado do Pará. No Gráfico 1 pode ser visualizado que quase a totalidade (90,58%) das gestantes participantes da pesquisa foi procedente do bairro da Pedreira, bairro onde se localizam as três unidades de saúde onde a pesquisa foi realizada. As demais gestantes tinham procedência dos bairros do Marco (4,70%), Telégrafo (3,52%) e Curuçambá (1,17%).

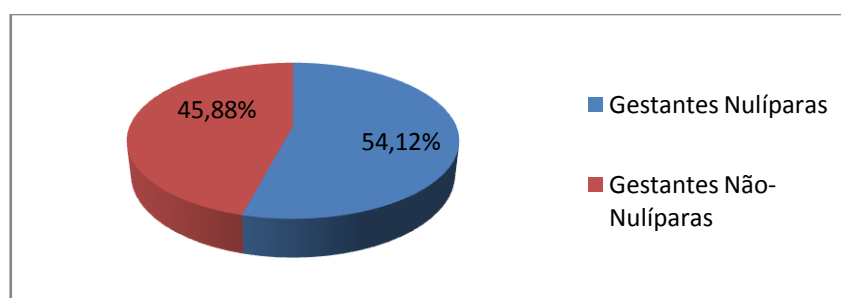
Gráfico 1: Gestantes distribuídas de acordo a procedência por bairros de Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

No gráfico a seguir observa-se que mais da metade (54,12%) das gestantes participantes da pesquisa incluíram-se entre as mulheres que não tinham filhos até aquele momento, sendo estas pertencentes ao grupo das nulíparas. Um percentual de 45,88% do total das entrevistadas já haviam concebido filho, ou seja, se incluíram no grupo das não-nulíparas, sendo portanto estas classificadas em primíparas ou múltiparas (Gráfico 2).

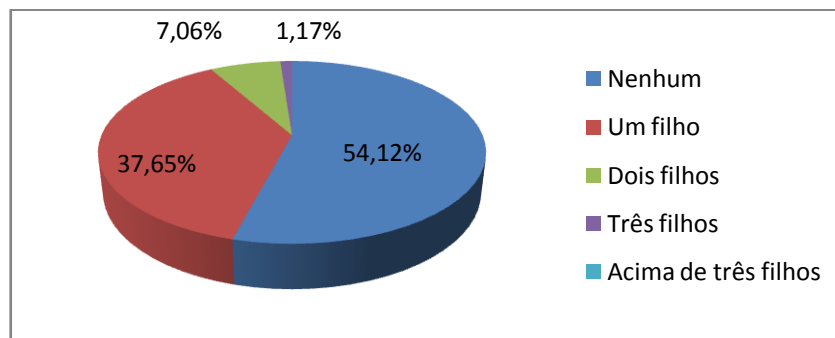
Gráfico 2: Gestantes entrevistadas, classificadas em nulíparas e não-nulíparas. Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

De forma mais detalhada, foi averiguada a paridade das participantes da pesquisa, sendo verificado que 37,65% já havia tido um filho, 7,06% tinha dois filhos e apenas 1,17% possuía três filhos. Nenhuma das entrevistadas havia tido mais de três filhos (Gráfico 3).

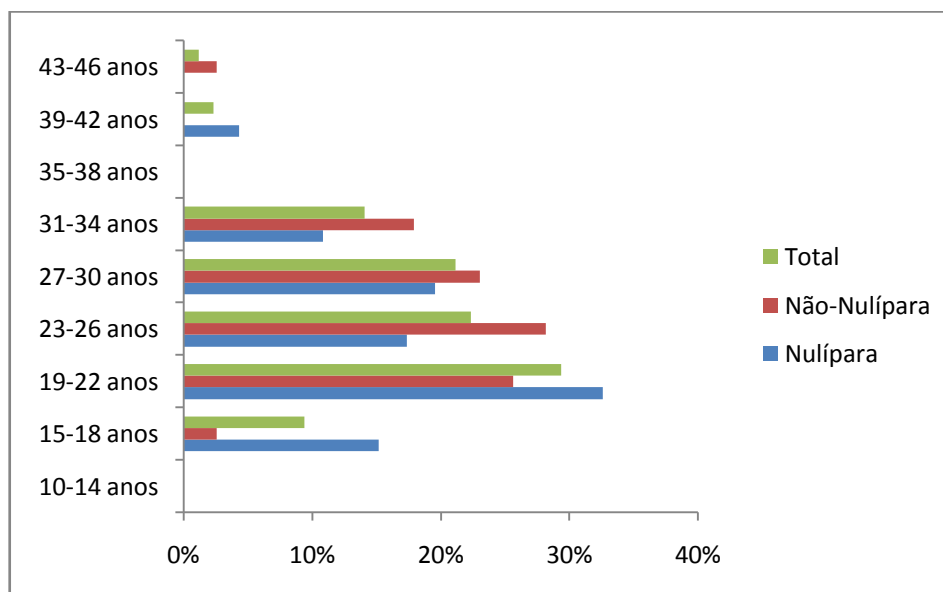
Gráfico 3: Gestantes de acordo com o número de filhos tidos, por ocasião da entrevista. Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Um maior contingente de gestante participante da pesquisa (29,41%) estava na faixa etária entre 19 e 22 anos, e a minoria se situava na faixa etária entre 43 e 46 anos. No grupo das nulíparas a maior parte das entrevistadas (32,62%) também estava na faixa etária entre 19 e 22 anos. Já no grupo das não-nulíparas um número maior de gestantes estava inserido na faixa etária compreendida entre 23 e 26 anos (Gráfico 4).

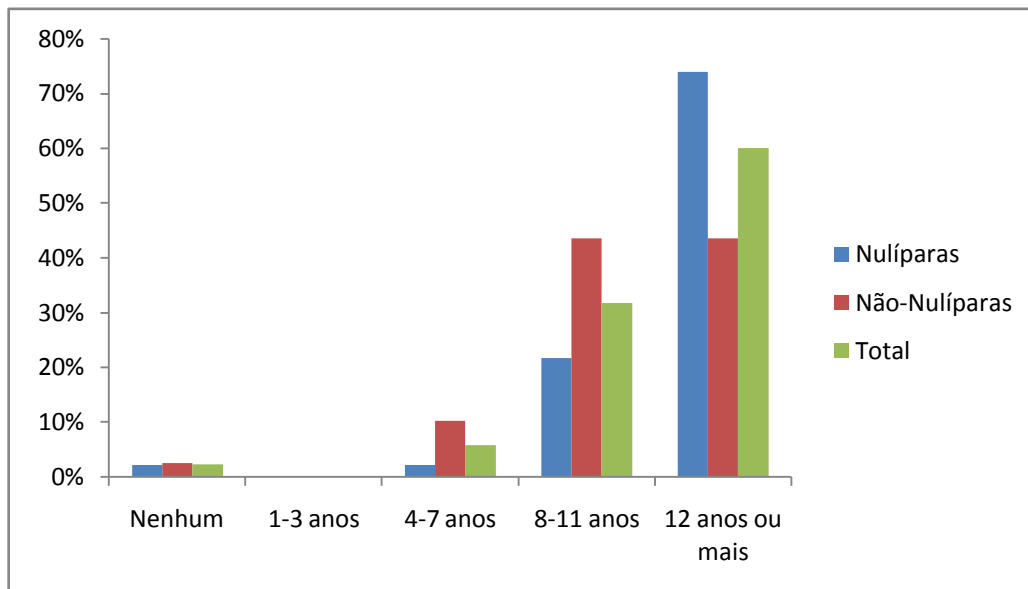
Gráfico 4: Faixa etária das gestantes participantes da pesquisa, classificadas em nulíparas e não nulíparas. Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Quanto ao grau de escolaridade a maioria das entrevistadas (60%) possuía 12 anos ou mais de estudo. No grupo das gestantes nulíparas também a maior parte (73,92%) apresentava 12 ou mais anos de estudo. No grupo das gestantes não-nulíparas ocorreu uma distribuição igualitária (43,59%) entre aquelas que tinham de 8 a 11 anos de estudo e as que possuíam 12 anos ou mais de estudo, estando à maioria das participantes da pesquisa entre uma dessas categorias de grau de escolaridade citadas (Gráfico 5).

Gráfico 5: Grau de escolaridade das gestantes participantes da pesquisa, classificadas em nulíparas e não nulíparas. Belém, estado do Pará, 2013



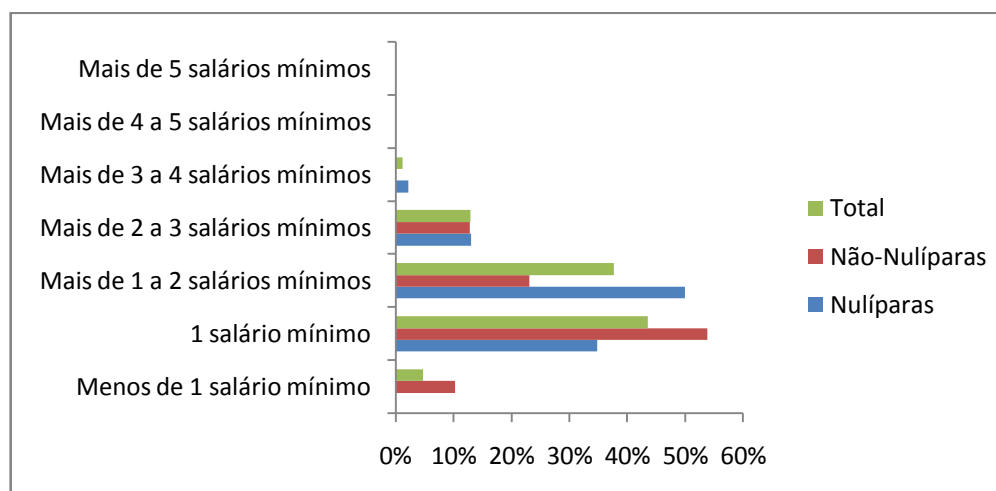
Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Considerando a classificação das participantes da pesquisa de acordo com a ocupação exercida, observa-se na Tabela 1, que um grande número (43,53%) encontrava-se no momento da entrevista no estatus de desempregada; sendo que a maior proporcionalidade de desempregadas (47,82%) foi identificada entre as nulíparas, enquanto que entre as não-nulíparas essa proporcionalidade caiu para 38,46%. No total geral, entre aquelas que possuíam alguma ocupação, prevaleceu a de estudante (12,94%), seguida pela profissão de doméstica/trabalho servil (11,76%). Entre as nulíparas a maior parte era estudante (17,40%) seguida pelas domésticas (13,04%). E entre as não-nulíparas a proporcionalidade se apresentou em forma decrescente entre dona de casa, doméstica, e cozinheira, que apresentaram percentuais de 12,82%, 10,25% ou 10,25%, respectivamente.

Tabela 1 – Ocupação exercida pelas participantes da pesquisa.**Belém, estado do Pará, 2013**

Ocupação	Gestantes					
	Nulíparas		Não-Nulíparas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desempregada	22	47,82	15	38,46	37	43,53
Estudante	8	17,40	3	7,70	11	12,94
Dona de Casa	0	0	5	12,82	5	5,88
Doméstica/trabalho serviçal	6	13,04	4	10,25	10	11,76
Cabeleireira/beleza	2	4,34	3	7,70	5	5,88
Cozinheira	1	2,17	4	10,25	5	5,88
Recepcionista	1	2,17	0	0	1	1,17
Balconista	1	2,17	0	0	1	1,17
Vendedora	2	4,34	0	0	2	2,35
Comerciante	0	0	1	2,56	1	1,17
Garçonete	0	0	1	2,56	1	1,17
Secretária	1	2,17	0	0	1	1,17
Auxiliar Administrativo	0	0	1	2,56	1	1,17
Outros contabilidade/caixa	0	0	1	2,56	1	1,17
Trabalho abast/armaz	1	2,17	0	0	1	1,17
Técnica de enfermagem	0	0	1	2,56	1	1,17
Terapeuta	1	2,17	0	0	1	1,17
Total	46	100	39	100	85	100

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

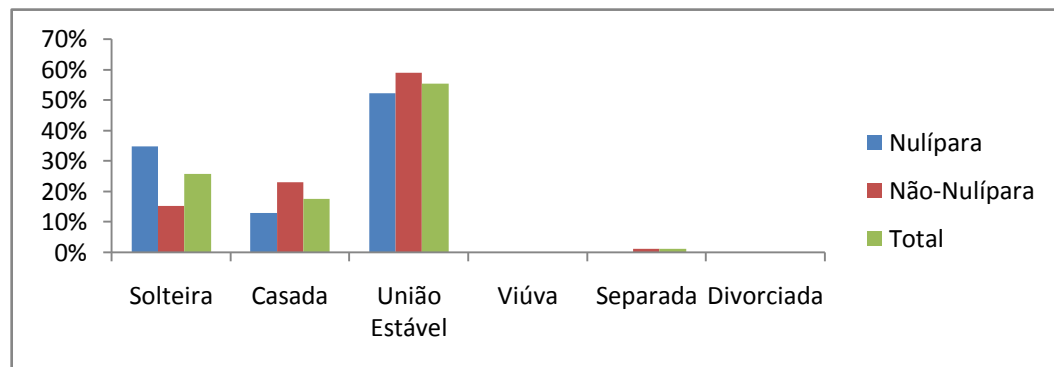
Gráfico 6: Renda familiar das gestantes participantes da pesquisa, classificadas entre nulíparas e não nulíparas, de acordo com intervalos entre menos de 1 até mais de 5 salários mínimos. Belém, estado do Pará, 2013

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Com relação à renda familiar, apresentada no Gráfico 6, verificou-se que 43,53% das entrevistadas informaram possuir renda de 1(um) salário mínimo, sendo este o maior grupo. Entre as gestantes não-nulíparas, a renda familiar de 1(um) salário mínimo também predominou abrangendo 53,85% delas. Já metade das nulíparas (50%) apresentou renda familiar de mais de 1 a 2 salários mínimos.

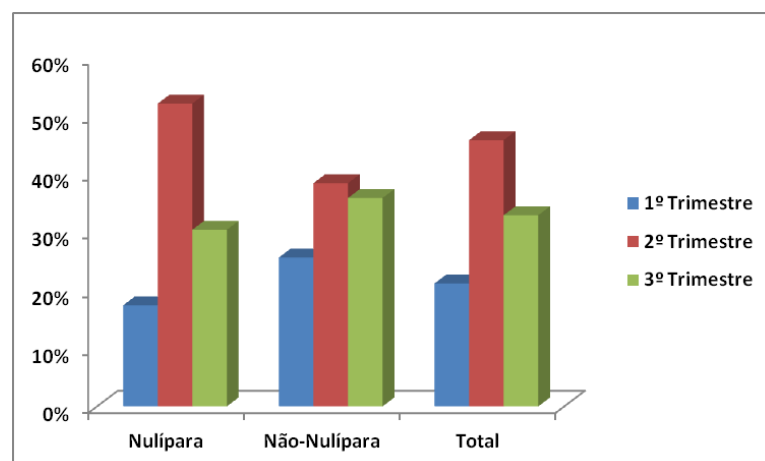
Quanto ao estado civil, das participantes da pesquisa, demonstrado no gráfico abaixo, observa-se que mais da metade (55,3%) declarou ter união estável, ocorrendo distribuição semelhante entre os grupos das gestantes nulíparas (52,18%) e não-nulíparas (58,98%).

Gráfico 7: Estado civil das gestantes participantes da pesquisa, classificadas entre nulíparas e não nulíparas. Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Gráfico 8: Idade gestacional das gestantes participantes da pesquisa, classificadas entre nulíparas e não nulíparas. Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Considerando a idade gestacional, demonstrada no Gráfico 8, observa-se que 45,88% das participantes da pesquisa, encontrava-se no segundo trimestre de gestação, sendo que no grupo das nulíparas essa proporcionalidade chegou perto de 52%.

Quanto ao número de consultas pré-natal realizadas, expresso na Tabela 2, observa-se que 57% das gestantes entrevistadas já haviam feito pelo menos 3 (três) consultas. Um expressivo número de nulíparas (39,13%) estava realizando a primeira consulta pré-natal. O total máximo de consulta pré-natal realizada encontrado foi de 10 consultas, realizadas por duas gestantes, sendo uma nulípara e uma não nulípara.

Tabela 2 – Quantidade de consulta pré-natal realizada pelas participantes da pesquisa, classificadas em nulíparas e não nulíparas. Belém, estado do Pará, 2013.

Número de Consultas	Gestantes					
	Nulíparas		Não-Nulíparas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	18	39,13	8	20,51	26	43,53
2	3	6,52	8	20,51	11	12,94
3	4	8,70	4	10,25	8	5,88
4	6	13,00	6	15,40	12	11,76
5	7	15,21	3	7,70	10	5,88
6	3	6,52	4	10,25	7	5,88
7	3	6,52	2	5,12	5	1,17
8	1	2,20	3	7,70	4	1,17
9	0	0,00	0	0,00	0	2,35
10	1	2,20	1	2,56	2	1,17
Total	46	100	39	100	85	100

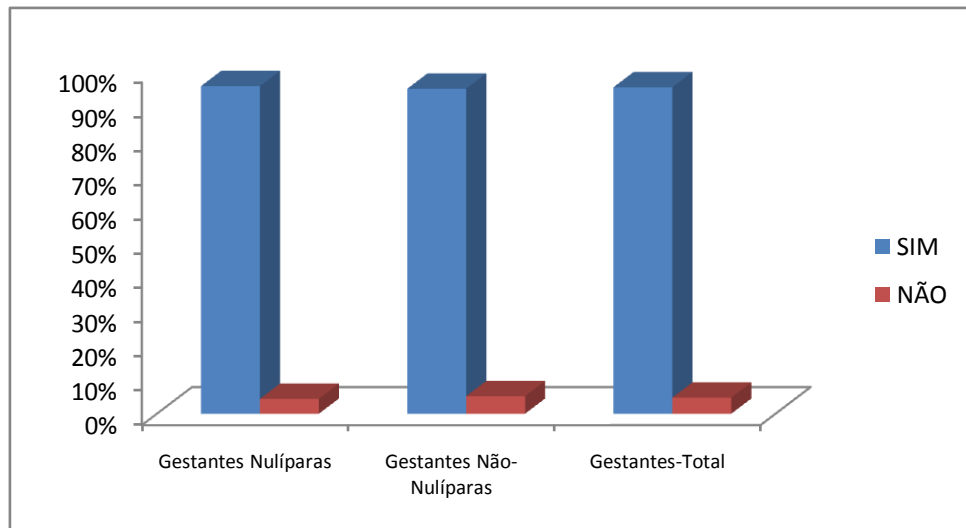
Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Quanto a disposição para amamentar outra criança sem ser o próprio filho, observa-se no gráfico a seguir, a maioria das gestantes entrevistadas (95,3%) respondeu que amamentaria o filho de outra pessoa, caso fosse solicitada, sendo semelhante o percentual de aceitação entre gestantes nulíparas e não-nulíparas, com proporcionalidade de 95,65% e 94,87%, respectivamente.

Constata-se na apresentação do Gráfico 10, que a maior parte das gestantes participantes da pesquisa (75,3%), pediria para outra mulher amamentar seu filho caso achasse necessário. Sendo análogo o percentual de aceitação entre gestantes nulíparas (76%) e não-nulíparas (74,36%).

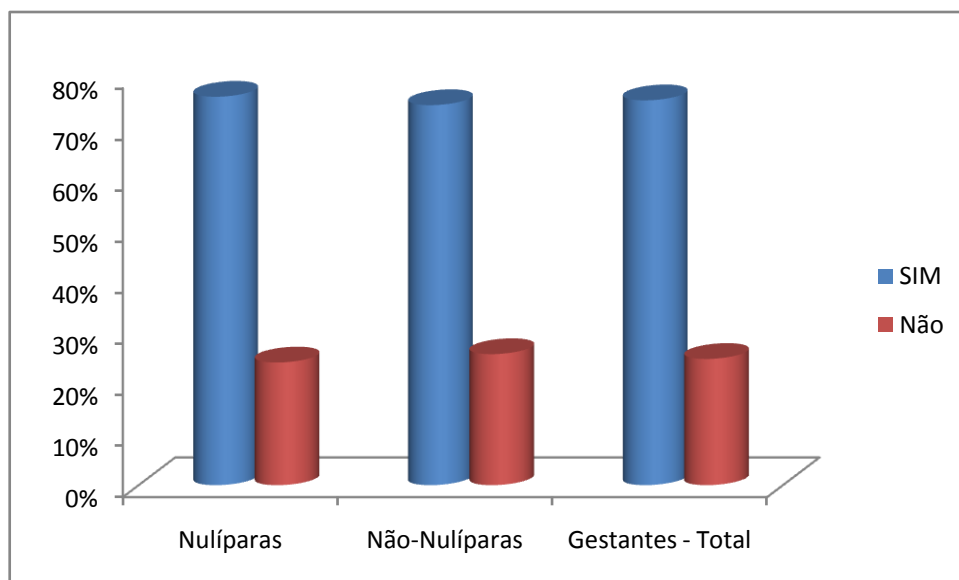
Gráfico 9: Disposição das gestantes participantes da pesquisa, classificadas em nulíparas e não nulíparas, para amamentar o filho de outra pessoa.

Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Gráfico 10: Disposição das gestantes, nulíparas e não nulíparas, participantes da pesquisa, que permitiriam que seus filhos fossem amamentados por outra lactante. Belém, estado do Pará, 2013

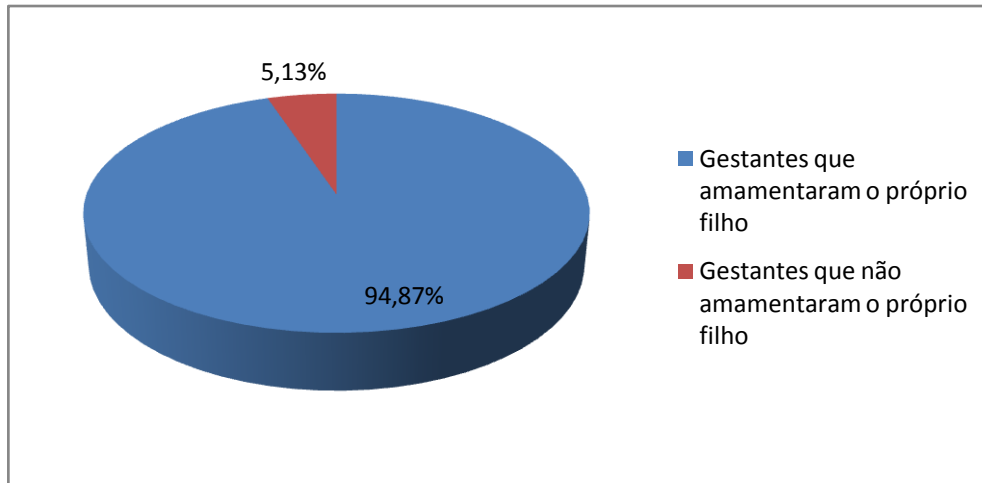


Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

No grupo das gestantes não-nulíparas a maioria (94,87%) amamentou o próprio filho. E de um total de 39 participantes da pesquisa inseridas no grupo das não-nulíparas, 24

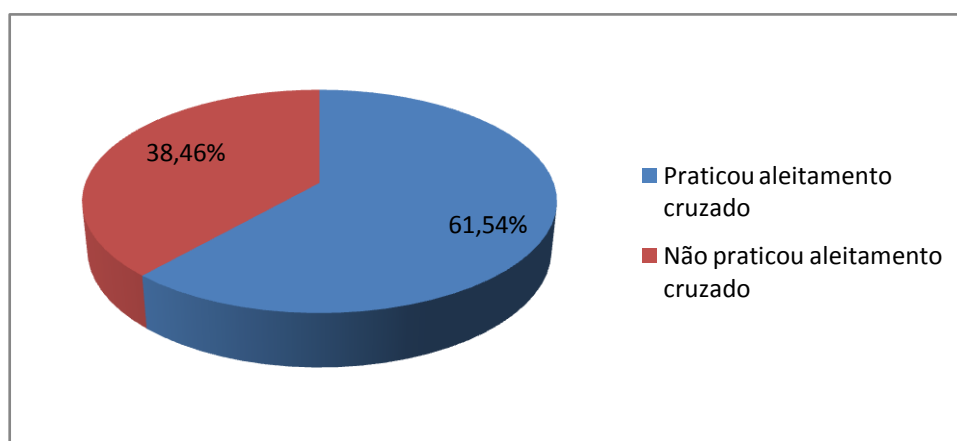
mulheres aleitaram uma criança que não era seu filho e ou permitiram que o próprio filho amamentasse em outra nutriz, desse modo em números percentuais, 61,54% das mulheres grupo das não-nulíparas praticaram aleitamento cruzado (Gráficos 11 e 12).

Gráfico 11: Gestantes não-nulíparas participantes da pesquisa que amamentaram ou não o próprio filho. Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Gráfico 12: Gestantes não-nulíparas que praticaram ou não aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013



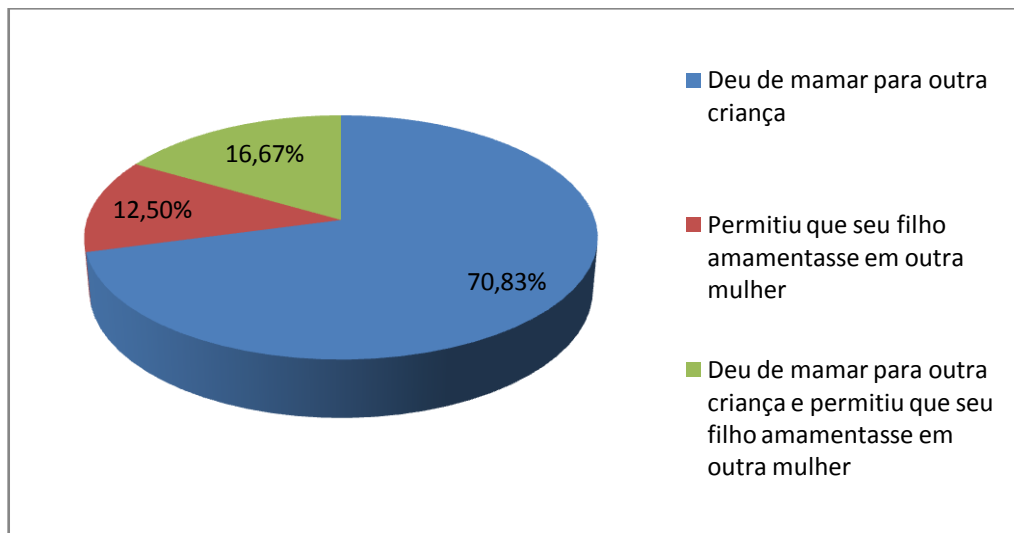
Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Ainda com relação ao aleitamento cruzado, de forma mais detalhada, no grupo das não-nulíparas, 21 participantes da pesquisa (53, 84%) deram de mamar para outra criança que

não era seu filho e 7 participantes da pesquisa (17,94%) permitiram que seus próprios filhos fossem amamentados por outra mulher.

Também se observa no Gráfico 13, que entre a participantes da pesquisa que realizaram aleitamento cruzado, 70,83% amamentaram alguma criança sem ser o próprio filho, 12,5% permitiram que seu filho amamentasse em outra mulher e 16,67% tanto amamentaram alguma criança sem ser o próprio filho quanto permitiram que seu filho amamentasse em outra mulher.

**Gráfico 13: Gestantes não-nulíparas que praticaram aleitamento cruzado.
Belém, estado do Pará, 2013**



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Dentre as gestantes não nulíparas, que praticaram aleitamento cruzado, verificou-se que a faixa etária compreendendo de 23 a 26 anos foi a mais frequente (30,44%), assim como o grau de escolaridade de 12 a mais anos de estudo (47,82%).

As gestantes que amamentaram outra criança sem ser seu próprio filho relataram que deram de mamar para o filho de alguma amiga, da vizinha, de algum parente próximo ou da colega de quarto na maternidade. E as principais razões para esta prática descrita foram a dificuldade para a mãe amamentar, seja pela falta ou insuficiência de leite ou por alguma afecção na mama; e ausência temporária ou definitiva da mãe. Em suma, as razões citadas foram as mais diversas, tais como as explicitadas no quadro a seguir.

Quadro 1: Respostas das gestantes participantes da pesquisa ao serem questionadas se amamentaram alguma criança sem ser seu próprio filho. Belém, estado do Pará, 2013.

Gestante	Já amamentou alguma criança sem ser seu próprio filho?
Acácia	“Dei de mamar pro filho de minha prima, que mora perto de casa, porque ela não tinha leite suficiente, o bebê não se satisfazia!”
Camélia	“Já, para o filho da minha prima, porque a mãe dele não tinha muito leite, e ele tava com fome, deu pena!”
Margarida	“Filho do meu primo porque a mãe não conseguia amamentar, ela tava com o bico do peito muito ferido!”
Açucena	“No hospital, logo que tive meu filho, porque a mãe não estava bem e aí ela pediu pra amamentar o filho dela que chorava muito!”
Gardênia	“Já amamentei duas crianças lá na Santa Casa porque as mães não tinham leite e o filho de uma vizinha que tinha saído e eu fiquei com o bebê dela, eu tinha leite, muito leite, não custava nada!”
Violeta	“Já amamentei duas crianças, filhas de vizinhas, quando as mães, me chamavam às vezes para dar de mamar para elas, não custava nada fazer caridade!”
Hortênci	“Já dei de mamar para cinco crianças, filhos de vizinhas e amigas minha, dei porque às vezes elas tinham que sair e a criança tinha que mamar, aí eu dava, eu tinha muito leite!”
Rosa	“Sim, o filho da vizinha, minha amiga, ela saía e a criança ficava comigo, e como eu tava dando de mamar para meu filho também dava pra ele!”
Amarílis	“Sim, o filho de uma colega minha porque ela estava doente e foi internada, aí eu dei de mamar pro filho dela!”
Angélica	“Meu sobrinho porque a mãe faleceu!”
Dália	“Sim, o filho da minha cunhada, porque a criança foi adotada e eu tinha leite no peito!”

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

As gestantes que alguma vez permitiram que o próprio filho amamentasse em outra mulher informaram que uma amiga, vizinha, parente ou parceira de quarto da maternidade atuaram como ama de leite de seus filhos, e os principais motivos citados, foram: incapacidade para amamentar e ter que se ausentar temporariamente (Quadro 2).

Quadro 2: Respostas das gestantes participantes da pesquisa ao serem questionadas se permitiram que seu filho amamentasse em outra pessoa. Belém, estado do Pará, 2013.

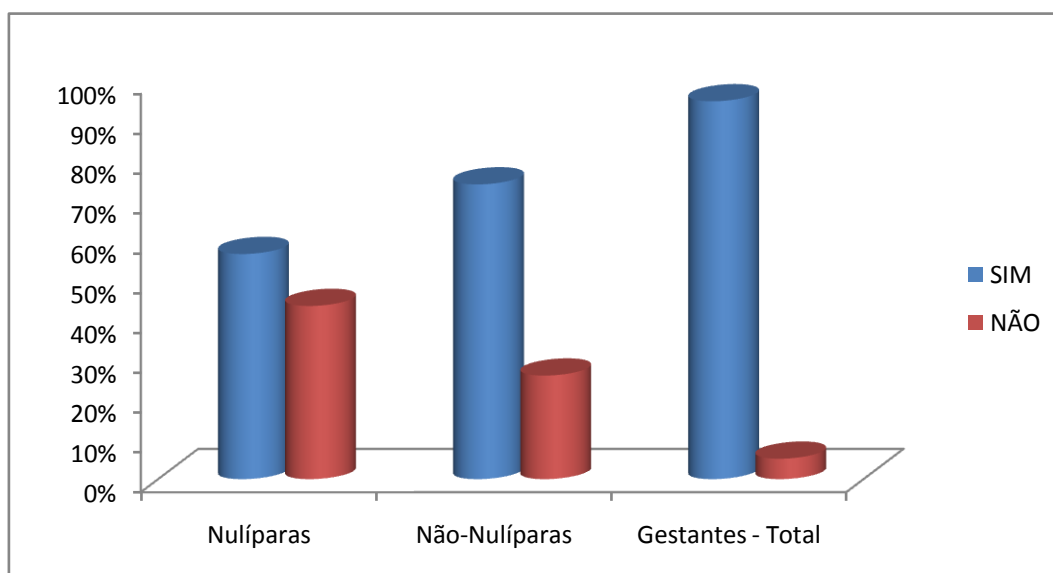
Gestante	Já permitiu que seu filho mamasse em outra pessoa?
Begônia	“Sim, uma vizinha deu de mamar pro meu filho, porque fiquei sem leite e não queria dar leite de lata, todo mundo sabe que o leite de peito é o melhor!”
Camélia	“Já, uma vizinha de quarto, minha conhecida, lá na Santa Casa, quando tive meu filho, porque no começo tava com dificuldade para amamentar!”

Tulipa	“A vizinha deu de mamar pro meu filho que nasceu de 5 meses e teve que ficar internado, quando ele saiu da Santa Casa eu não tinha mais leite, ele ainda mamou por 6 meses na vizinha!”
Lírio	“Uma amiga minha dava de mamar pra minha filha e também doava leite pra Santa Casa, eu pedi pra ela porque não tinha leite, eu tava desesperada!”
Perpétua	“Minha irmã amamentou meu filho porque eu saía pra trabalhar e ela ficava com ele!”
Magnólia	“Não foi eu que permiti, foi minha mãe que deu ele pra amamentar em outra mulher enquanto eu tava inconsciente por causa da anestesia, como eu fiz cesárea demorei pra acordar, isso foi lá no hospital onde tive meu filho!”

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Com relação às respostas das participantes da pesquisa ao serem questionadas sobre terem presenciado alguma mulher amamentando outra criança que não era o próprio filho, 94,87% revelaram que já havia visto essa situação, entre as nulíparas 54, 62% relataram ter presenciado a vizinha ou algum parente próximo (irmã, prima, tia) realizando esta prática. No grupo das não-nulíparas, 74% presenciaram, durante o período do puerpério, o aleitamento cruzado entre as companheiras de maternidade, e também entre as vizinhas e parentas próximas, tal como afirmou o primeiro grupo referendado.

Gráfico 14: Proporção das gestantes participantes da pesquisa que presenciou o aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

De um modo geral a maioria das gestantes (95,30%) afirmou desconhecer o termo “aleitamento cruzado”. No grupo das mulheres que já tinham filho nenhuma delas conhecia o referido termo. No grupo das gestantes nulíparas, 91,30% nunca ouviu falar em aleitamento cruzado (Tabela 3), e entre estas apenas quatro gestantes nulíparas afirmaram conhecer o termo aleitamento cruzado e o descreveram conforme o Quadro 3.

Tabela 3 – Conhecimento das participantes da pesquisa, sobre o termo aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013

Conhece o termo aleitamento cruzado?						
	Gestantes Nulíparas		Gestantes Não-Nulíparas		Gestantes – Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	4	8,70	0	0	4	4,70
NÃO	42	91,30	39	100	81	95,30
Total	46	100	39	100	85	100

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

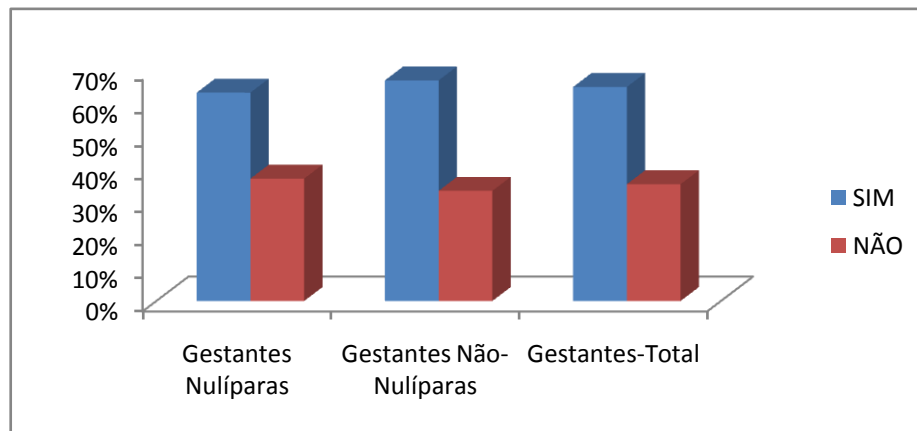
Quadro 3: Conhecimento do termo “aleitamento cruzado” entre as participantes da pesquisa. Belém, estado do Pará, 2013.

Gestantes	Descrição do termo “Aleitamento Cruzado”.
Crisântemo	“É a amamentação, não é?”
Alfazema	“Não entendi bem o quê que era, assisti uma palestra aqui sobre isso!”
Petúnia	“É amamentar em outras mães, quando alguém deixa seu filho mamar em outra mulher. Sei disso porque vi na TV, em algum programa!”
Girasol	“É quando uma pessoa dá aleitamento pra duas crianças, pro filho e pra outra que não é o filho!”

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Com relação ao conhecimento das participantes da pesquisa, sobre o risco do aleitamento cruzado, observa-se no Gráfico 15 que mais da metade delas (64,70%), acha que amamentar alguma criança sem ser seu próprio filho ou permitir que uma criança amamente em outra pessoa que não seja a própria mãe, pode trazer riscos para a saúde do lactente, resultado este que se repetiu quando a concepção delas sobre os riscos o aleitamento cruzado foi investigada no grupo das nulíparas (63%) e não-nulíparas (66,70%). Todas as gestantes informaram que não permitiria que seus filhos amamentassem em outra mulher no caso de terem certeza de que o aleitamento cruzado implicaria em risco à saúde do bebê.

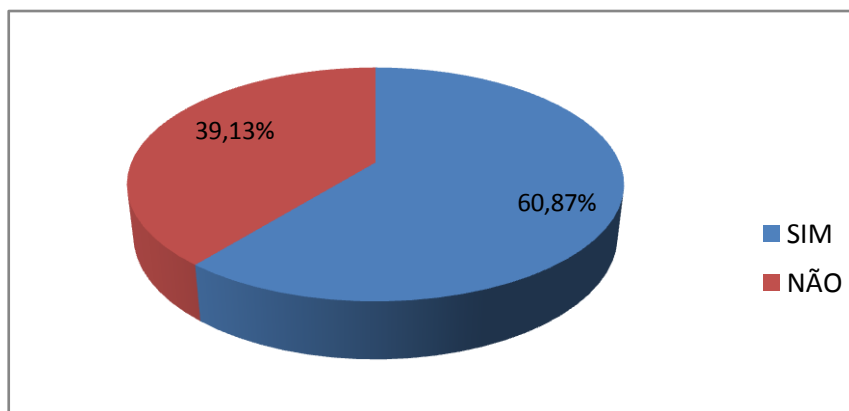
Gráfico 15: Conhecimento das participantes da pesquisa sobre os riscos do aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Entre as gestantes não-nulíparas que exerceram aleitamento cruzado, Gráfico 16, 60,87% acharam que esta prática poderia trazer riscos para a saúde.

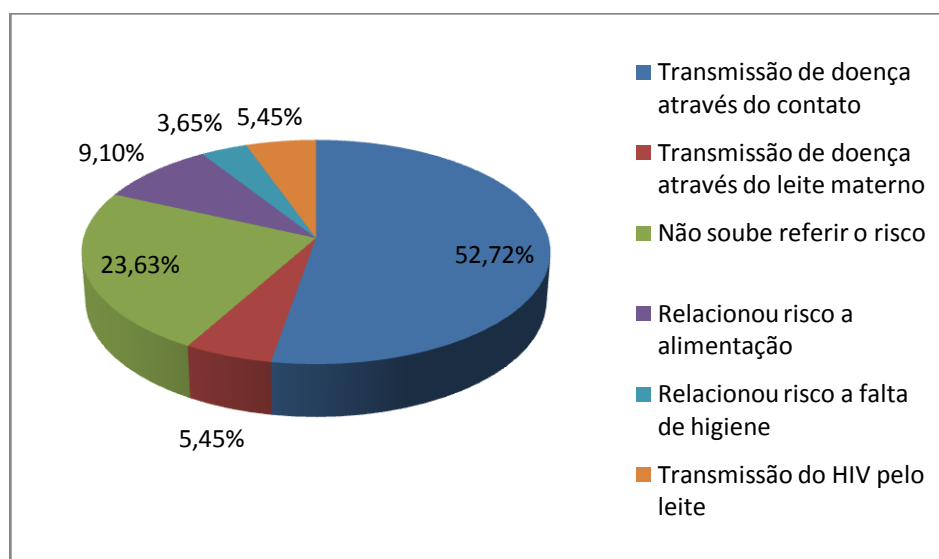
Gráfico 16: Conhecimento dos riscos do aleitamento cruzado entre as participantes da pesquisa que já praticaram aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

De um modo geral, mais da metade, ou seja, 52,72% das gestantes que acharam que o aleitamento cruzado poderia implicar em riscos para a saúde do lactente citou como risco a transmissão de doença através do contato direto; 5,45% relataram como risco a transmissão de doença através do leite materno; 23,63% não souberam falar qual era o risco, apenas 5,45% mencionaram a transmissão do HIV e as demais correlacionaram algum risco com a alimentação (9,1%) ou a higiene da nutriz (3,63%), Gráfico 17 e Quadro 4.

Gráfico 17: Riscos do aleitamento cruzado citados pelas participantes da pesquisa. Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Quadro 4: Riscos do aleitamento cruzado segundo as participantes da pesquisa. Belém, estado do Pará, 2013.

Gestantes	Riscos do aleitamento cruzado mencionados
Bromélia	“Têm doenças que são transmitidas pelo leite, não sei qual é, mas tem!”
Alamanda	“Agente não sabe como foi o procedimento da gestação dessa pessoa, se ela fez os exames tudo direitinho!”
Orquídea	“Se for estranha, se eu não conhecesse ou se não fosse parente, tem risco sim!”
Tulipa	“Creio que se eu não conhecer a mulher acho sim que tem risco de pegar doenças transmissíveis!”
Violeta	“Acho que do que a mãe se alimenta passa pro leite e passa pro bebê que suga o leite!”
Papoula	“Em relação à alimentação, acho que tem risco sim para a criança, já que eu não sei o que a mulher que tá dando de mamar comeu naquele dia, e tudo o que ela come pode passar pro leite, não é verdade?”
Gérbera	“É uma questão de higiene, tem que ver se a mulher é limpa, se não tem ferimento pelo corpo, se tem coceira!”
Íris	“Depende do que a mãe tem, eu sei que não é transmitido pelo leite, mas se a mulher tiver alguma doença a criança pode pegar estando em contato com ela!”
Jasmim	“Se a mulher tivesse bebê de colo quem amamentasse nela não corre risco!”

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

A quase totalidade das gestantes (97,65%) revelou não ter sido informada, pela equipe de saúde durante a realização do pré-natal, sobre os riscos do aleitamento cruzado. No grupo de gestantes nulíparas 100% delas relataram não ter ainda recebido esta informação. Entre as gestantes não-nulíparas apenas 5,13% haviam sido informadas sobre os riscos do aleitamento cruzado pela equipe de saúde durante a realização do pré-natal (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição de gestantes informadas sobre os riscos do aleitamento cruzado pela equipe de saúde durante a realização do pré-natal.

Informadas	Gestantes Nulíparas		Gestantes Não-Nulíparas		Gestantes - Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	0	0,00	2	5,13	2	2,35
NÃO	46	100,00	37	94,87	83	97,65
Total	46	100	39	100	85	100

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Pode ser visualizado na Tabela 5, que as duas participantes da pesquisa, que afirmaram ter recebido informações sobre os riscos do aleitamento cruzado durante o pré-natal, asseguraram a existência de risco quanto à realização desta prática. Entretanto, mais da metade das entrevistadas (63,86%) que relataram não ter recebido qualquer orientação sobre os riscos do aleitamento cruzado pela equipe de saúde, também acredita que o aleitamento cruzado pode ser uma prática danosa. Portanto, conforme o valor de p encontrado para a mensuração de significância estatística dos resultados ($p = 0,7576$) pode ser verificado que não há correlação entre a pressuposição de risco do aleitamento cruzado e a informação dada pela equipe de saúde durante o pré-natal sobre tais riscos.

Tabela 5 – Distribuição de gestantes que pressupunham ou não o risco do aleitamento cruzado, tendo sido informadas ou não pela equipe da saúde do pré-natal sobre os riscos da referida prática. Belém, estado do Pará, 2013.

Informadas do risco pela equipe de saúde	Pressuposição do risco do aleitamento cruzado						Valor p
	SIM		NÃO		TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
SIM	2	100,00	0	0,00	2	2,35	p = 0,7579
NÃO	53	63,86	30	36,14	83	97,65	
Total	55	64,70	30	35,30	85	100	

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

De acordo com os dados expostos na Tabela 6, as duas participantes da pesquisa, embora dispoendo das informações sobre os potenciais perigos do aleitamento cruzado, amamentariam outra criança sem ser seu próprio filho caso fossem solicitadas, ou seja, independente de terem sido ou não educadas quanto aos riscos da prática referida, a grande maioria (95,3%) atuaria como ama de leite caso fossem requisitadas. Dessa maneira, constata-se pela estatística ($p = 0,1702$) que não houve correspondência entre informação sobre os possíveis danos do aleitamento cruzado e solicitude em amamentar outro lactente que não seja o próprio filho.

Tabela 6 – Distribuição de gestantes que amamentariam outra criança sem ser seu próprio filho, tendo sido informadas ou não pela equipe da saúde do pré-natal sobre os riscos da referida prática. Belém, estado do Pará, 2013.

Informadas do risco pela equipe de saúde	Amamentariam outra criança sem ser seu próprio filho						Valor p
	SIM		NÃO		TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
SIM	2	100,00	0	0,00	2	2,35	p = 0,1702
NÃO	79	95,18	4	4,82	83	97,65	
Total	81	95,30	4	4,70	85	100	

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

As duas participantes da pesquisa, que afirmaram ter recebido informações sobre os riscos do aleitamento cruzado durante o pré-natal, relataram que não permitiriam que seus filhos amantassem em outra mulher (Tabela 7). No entanto, apesar de a maioria das entrevistadas (77,1%) que não receberam nenhuma informação a respeito dos riscos da referida temática afirmarem que permitiriam o aleitamento de seus filhos por outra nutriz, ainda sim, 22,9% delas falaram que não consentiriam tal prática. Desse modo, esses resultados foram insignificantes estatisticamente ($p = 0,0951$).

Tabela 7 – Distribuição de gestantes que permitiriam ou não que seus filhos amantassem em outra mulher, tendo sido informadas ou não pela equipe da saúde do pré-natal sobre os riscos da referida prática. Belém, estado do Pará, 2013.

Informadas do risco pela equipe de saúde	Permitiriam que seus filhos amantassem em outra mulher						Valor p
	SIM		NÃO		TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
SIM	0	0,00	2	100,00	2	2,35	p = 0,0951
NÃO	64	77,10	19	22,90	83	97,65	
Total	64	75,30	21	24,70	85	100	

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

Apesar de mais da metade das participantes da pesquisa (64,7%) acharem que existe algum risco envolvendo o aleitamento cruzado, um grande percentual delas (92,73%) amamentaria outra criança sem ser seu próprio filho. Por conseguinte, os dados contidos na Tabela 8 foram insignificantes estatisticamente ($p = 0,3285$), verificando-se que não houve relação entre pressuposição de risco ao aleitamento cruzado e diligência em dar de mamar para o filho de outra pessoa.

Tabela 8 – Distribuição de gestantes que amamentariam outra criança sem ser seu próprio filho, quanto à pressuposição da existência de risco do aleitamento cruzado.

Belém, estado do Pará, 2013.

Existência de risco no aleitamento cruzado	Amamentariam outra criança sem ser seu próprio filho						Valor p
	SIM		NÃO		TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
SIM	51	92,73	4	7,27	55	64,70	$p = 0,3285$
NÃO	30	100,00	0	0,00	30	35,30	
Total	81	95,30	4	4,70	85	100	

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

A pressuposição da existência de risco envolvendo a prática do aleitamento cruzado foi fundamental para a decisão de algumas das participantes da pesquisa (35,71%) em não permitir que seu filho amamente em outra nutriz, bem como todas aquelas que não presumiram o risco deixaria que seus filhos fossem amamentados por outra lactante, conforme o demonstrado na Tabela 9. Portanto, há uma forte correlação ($p = 0,0006$) entre a suposição de risco atribuído à referida prática e permissividade ou negação das entrevistadas em aceitar que seus filhos amamentem em outra mulher.

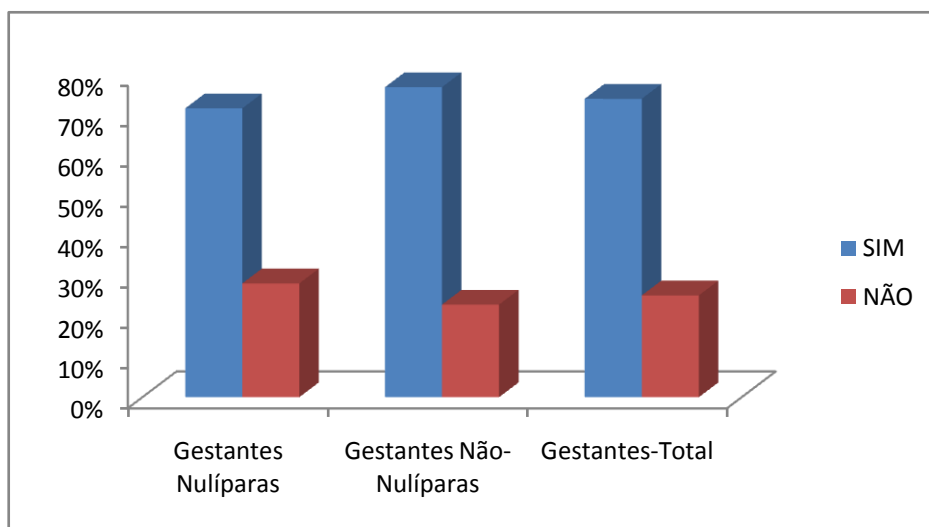
TABELA 9 – Distribuição de gestantes que permitiriam ou não que seus filhos amamentassem em outra mulher quanto à pressuposição da existência de risco do aleitamento cruzado. Belém, estado do Pará, 2013

Existência de risco no aleitamento cruzado	Permitiriam que seus filhos amamentassem em outra mulher						Valor p
	SIM		NÃO		TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
SIM	36	64,29	20	35,71	56	65,88	$p = 0,0006$
NÃO	29	100,00	0	0,00	29	34,12	
Total	65	76,47	20	23,53	85	100	

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

No Gráfico 18, observa-se que ao ser questionada, sobre o Banco de Leite Humano, a maioria das participantes da pesquisa (74,12%), sendo 71,74% nulíparas e 77% não-nulíparas, afirmaram saber o que era Banco de Leite Humano. No grupo das participantes da pesquisa que já tinham filho, 4 mulheres (10,25%) já haviam doado leite materno para o BLH, e entre estas doadoras todas praticaram o aleitamento cruzado, 3 amamentaram outra criança sem ser o próprio filho e 1 permitiu que outra nutriz aleitasse seu filho. Entre as que tinham conhecimento sobre o Banco de Leite Humano, 93,65% desconheciam que o leite materno doado passava por um processo de esterilização.

Gráfico 18: Conhecimento das participantes da pesquisa sobre Banco de Leite Humano. Belém, estado do Pará, 2013



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo

5 DISCUSSÃO

O fato de quase a totalidade das gestantes participantes da pesquisa ter sido procedente do bairro da Pedreira, justamente o bairro onde se localizam as três unidades do Programa de Saúde da Família onde a pesquisa foi realizada, reforça a recomendação da Atenção Primária da Saúde de que a população deve ser atendida na Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, assim como deve pertencer à área geográfica adstrita de cobertura da Estratégia Saúde da Família.

A Atenção Básica à Saúde deve ser desenvolvida no local mais próximo da vida das pessoas, propiciando assim um alto grau de descentralização e capilaridade. Ela deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, as Unidades de Programa Saúde da Família, instaladas perto de onde os usuários residem e realizam suas atividades cotidianas, desempenham um papel fundamental na garantia à população de acesso ao sistema público de saúde (BRASIL, 2012a).

Mais da metade das gestantes participantes da pesquisa (54,12%) declarou não ter filhos, ser primigestas e nunca ter amamentado alguma criança, dados estes que as incluíram no grupo das nulíparas.

Em contraposição, 45,88% das entrevistadas afirmaram ter filhos, compondo o grupo das não-nulíparas, entre as quais predominou as primíparas em detrimento das múltiparas, sendo observado que nenhuma das entrevistadas revelou ter acima de três filhos, o que corrobora com as tendências atuais das mulheres terem uma menor quantidade de filhos, o que contribui para a redução da taxa de fecundidade e do coeficiente de natalidade.

Segundo os dados do Censo Demográfico do IBGE (2010), a taxa de fecundidade, isto é, o número médio de filhos que uma mulher teria dentro do seu período fértil, das brasileiras caiu entre 2000 e 2010, principalmente nos grupos etários mais jovens e com maior grau de escolaridade, características estas também encontradas entre as gestantes que compuseram a população estudada nesta pesquisa, tal como será visto a seguir.

Um maior número de gestantes entrevistadas se encontrava na faixa etária compreendida entre 19 e 22 anos, o que confirma a tendência de concentração da fecundidade entre jovens de 15 a 24 anos conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Quando analisada de forma separada, por grupo, a faixa etária mais prevalente no grupo das nulíparas ficou entre 19 e 22 anos e o das não nulíparas entre 23 e 26 anos, o que denota que as nulíparas eram um pouco mais jovens que as não-nulíparas. Mas, de uma forma

geral, a maioria das participantes da pesquisa eram adultas jovens o que requer maior atenção com relação às orientações concernentes à gestação e, mais especificamente, ao aleitamento materno.

Segundo Waba (2008) as experiências e a educação das mulheres desde a mais tenra idade, influenciarão suas atitudes e desempenhos posteriores em relação ao aleitamento. Desse modo, ver regularmente as práticas relacionadas ao aleitamento materno, especialmente entre os familiares ou grupo social pertencente, se constitui em uma das formas, de futuramente essas mulheres desenvolverem atitudes positivas envolvendo a amamentação.

Percebeu-se também que a minoria das participantes da pesquisa abrangia a faixa etária entre 43 e 46 anos, intervalo de idade este localizado no grupo das mulheres com mais de 40 anos. Para Silva e Surita (2009) as mulheres que já ultrapassaram a quarta década de vida apresentam um aumento do risco gestacional e menor índice de natalidade, seja pela menor fertilidade em decorrência da fisiologia reprodutiva da mulher alterada pela avançada idade ou mesmo em razão da adoção de algum método de contracepção definitiva.

Quanto ao grau de escolaridade, mais da metade das participantes da pesquisa (60%) possuía 12 anos ou mais anos de estudo, o que demonstra um bom nível de instrução, facilitando a apreensão das informações repassadas durante o pré-natal, puerpério e cuidados com a criança após o nascimento. De acordo com Nascimento (2007) o elevado nível de escolaridade das mães influencia consideravelmente no interesse pela busca do conhecimento, impossibilitando que sejam influenciadas por crenças e valores culturais locais, e impedindo que elas adotem determinados comportamentos pautados simplesmente nas informações e observações das práticas cotidianas de seus parentes ou vizinhos.

Com relação à ocupação houve um predomínio de gestantes sem emprego (43,53%), e entre as que relataram ter alguma ocupação, um maior número revelou ser estudante ou doméstica. Segundo o IBGE (2012) os últimos dados divulgados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), houve a prevalência das mulheres entre os desempregados. De acordo com o instituto responsável pela pesquisa foram contabilizadas 6,2 milhões de desempregados, e desse total, a maioria era mulher (57,8%) e jovem de 18 a 24 anos (34,6%).

Apesar das mulheres estarem conquistando cada vez mais espaço no mercado de trabalho, os comportamentos sociais, com ênfase nos estímulos para maior qualificação de mão de obra, referendados por incrementos na taxa de escolaridade, tem postergado o ingresso de jovens no mercado de trabalho, contribuindo para o desemprego e, conseqüentemente para a redução do ritmo de expansão da população economicamente ativa (BARROSO, 2010).

Em virtude da população pesquisada se constituir de usuárias do serviço público de saúde e residentes em áreas periféricas da cidade de Belém se pressupunha a baixa renda das entrevistadas, o que se confirmou, de modo que grande parte delas apresenta renda familiar de um salário mínimo.

Conforme o descrito pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde que vise, sobretudo, atender uma parcela populacional que apresente maiores problemas de ordem socioeconômica, e que implique na qualidade de vida (BRASIL, 2012a).

Quanto ao estado civil 55,3% das gestantes entrevistadas afirmaram união estável, ocorrendo distribuição semelhante entre os grupos das gestantes nulíparas e não-nulíparas. Pelo fato da designação união estável gerar confusão, houve a necessidade de explicar em que consistia o referido termo para as participantes da pesquisa.

De acordo com a legislação, foi formalmente reconhecida como união estável a relação de convivência duradoura entre o homem e a mulher estabelecida com a intenção de constituição familiar. Vale ressaltar que o Código Civil Brasileiro não menciona o prazo mínimo de duração da convivência para que se atribua a condição de união estável. Também, segundo a legislação, a união estável deve ser equiparada ao casamento e sua conversão em casamento facilitada ao máximo (BRASIL, 2002).

Sobre os dados relativos à gestação, um maior número de gestantes se encontrava no 2º trimestre de gestação. Mais da metade das participantes da pesquisa (57%) já havia realizado pelo menos 3 (três) consultas e o total máximo de consulta pré-natal realizada foram em número de 10 consultas.

Com relação à quantidade de consulta pré-natal, os números encontrados estavam de acordo com os da Portaria emitida pelo Ministério da Saúde, a qual estabeleceu a realização mínima de seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2000).

A maioria das participantes da pesquisa informou que amamentaria o filho de outra pessoa caso fosse solicitada, e isto sem qualquer restrição, não diferindo este resultado entre aquelas pertencentes ao grupo da nulíparas e não-nulíparas. Elas percebem esta atitude como sendo um ato solidário e de compaixão.

Quando questionadas se pediriam para outra mulher amamentar seu filho caso achasse necessário, a maior parte das gestantes participantes da pesquisa (95,3%) revelou que recorreria a uma ama de leite. Não houve distinção de resposta entre o grupo da nulíparas e

não-nulíparas, ou seja, ambos os grupos pediriam para outra nutriz dar de mamar para seu filho, em caso de precisão, entretanto com restrições, já que quase todas disseram a seguinte frase: “Sim, só se for conhecida!”.

No grupo das gestantes que já teve filho, 94,87% amamentaram o próprio filho e os 5,13% que não amamentaram alegaram ter sido devido falta de leite. Neste tocante, a amamentação, apesar de ser um processo fisiológico natural da mulher, na maioria das vezes é marcada por dificuldades, principalmente no puerpério, as quais conseqüentemente podem levar ao desmame precoce e pior ainda, à procura de recursos e práticas que eventualmente possam colocar a saúde do concepto em risco, tais como o aleitamento cruzado.

Ainda no grupo das não-nulíparas, a prevalência de aleitamento cruzado foi de 61,54%, sendo que 53,84% deram de mamar para outra criança que não era seu filho e 17,94% permitiram que seus próprios filhos fossem amamentados por outra mulher, esse último resultado encontrado apresenta um valor aproximado ao achado na pesquisa realizada por Oliveira e Oliveira (2012), posto que verificaram que 15,38% das mulheres cadastradas em um Banco de Leite Humano permitiriam que seu bebê tomasse leite de outra nutriz.

O presente estudo revelou prevalência de aleitamento cruzado mais elevada que a verificada por Nogueira (2009) em pesquisa realizada com parturientes em uma maternidade, onde foi observada prevalência de 38,3% da referida prática entre 81 mães que já tinham filhos, destas 13,6% recorreram à outra nutriz para aleitar seu filho, e 28,2% amamentaram outra criança.

As participantes da pesquisa que amamentaram outra criança sem ser seu próprio filho informaram ter dado de mamar para o filho de alguma amiga, da vizinha, de algum parente próximo ou da colega de quarto na maternidade, bem como, as participantes da pesquisa que permitiram que seu próprio filho amamentasse em outra mulher, informaram que também alguma amiga, vizinha, parente ou parceira de quarto da maternidade atuaram como ama de leite de seus filhos. Esses dados foram semelhantes aos achados nas pesquisas de Vieira et al. (2001) e de Nogueira (2009).

Os motivos que justificaram a prática aleitamento cruzado foram: a dificuldade para amamentar e a ausência temporária ou definitiva da mãe. As dificuldades citadas para realizar a amamentação foram: a não produção de leite materno, a quantidade insuficiente de leite, o leite fraco e ferimento nos mamilos. Os fatores que incluíam a ausência materna consistiam em: a mãe ter que sair para trabalhar, ser internada ou falecer.

Conforme Brasil (2009) é preciso que as mães saibam dos inconvenientes do aleitamento materno que podem ocorrer, tais como: demora na descida do leite, mamilos

planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, fissuras mamilares, mastites, bebês que não sugam ou tem a sucção fraca, entre outras eventualidades que devem ser identificadas e, sobretudo como prevenidas afim de não se tornarem impedimentos à lactação.

Neste sentido Oliveira e Andrade (2007) destacam como necessária a realização de práticas pedagógicas participativas que envolvam questões informativas e a preparação das gestantes para amamentar seus filhos, assumindo então o pré-natal suma importância no desenvolvimento de atividades que visem orientar as gestantes sobre a forma correta de dar de mamar ao seu filho, como por exemplo, instruir sobre a pega adequada do bebê, promover o fortalecimento mamilar, entre outros.

Na presente pesquisa, um grande percentual (94,87%) de participantes presenciou o aleitamento cruzado sendo realizado por vizinhas e parentas próximas, e também entre as colegas de quarto de maternidade, no caso das gestantes que já tiveram filhos. Tal resultado reforça a atenção que deve ser atribuída a esta prática cometida de forma tão constante.

De um modo geral a maioria das gestantes (95,30%) afirmou desconhecer o termo “aleitamento cruzado”, tal como ocorreu no estudo de Nogueira (2009) em que 100% das puérperas entrevistadas também afirmaram não ter ciência do referido termo.

Somente quatro entrevistadas relataram conhecer o termo aleitamento cruzado, entretanto, ao ser solicitado que elas descrevessem o referido termo, duas fizeram descrições desconexas, que não condiziam com a afirmação delas sobre a ciência do termo em questão, e as outras duas apesar de se aproximarem da definição do termo, as respostas foram incompletas. Ressalta-se sobre estas duas últimas, que uma era Técnica de Enfermagem e a outra uma estudante do ensino médio que relatou ter assistido, em algum programa de televisão, uma reportagem sobre aleitamento cruzado.

Com relação ao conhecimento das gestantes sobre o risco do aleitamento cruzado, mais da metade delas, (64,70%), acha que amamentar alguma criança sem ser seu próprio filho ou permitir que uma criança amamente em outra pessoa que não seja a própria mãe pode trazer riscos para a saúde do lactente.

Mais da metade das participantes que exerceu aleitamento cruzado, (62,5%), achou que esta prática poderia trazer riscos para a saúde. Todas as gestantes que amamentaram outra criança sem ser seu filho não se identificaram como fonte de risco para os lactentes, elas atribuíram algum risco ao aleitamento cruzado somente no caso de permitir que seus filhos amamentassem em outra mulher. Essa posição fica explicitada no discurso de Rosa: “Tem o risco do HIV (vírus da AIDS) e da hepatite, mas eu não tinha, eu sou saudável”.

Ressaltasse que 100% das participantes da pesquisa não permitiriam que seus filhos amamentassem em outra mulher caso tivesse certeza absoluta que o aleitamento cruzado implicasse em risco à saúde de seus filhos. Entretanto, de um total absoluto de 7 (sete) mães, que permitiram o aleitamento de seus filhos em outra mulher, apenas 2 (duas) referiram algum risco para esta prática, porém segundo o discurso delas, esse risco se extinguiu pelo fato de conhecerem a lactante que atuou como ama de leite.

A possível transmissão de doença através do contato direto foi o risco ao aleitamento cruzado mais citado pelas entrevistadas (52,72%). Uma minoria mencionou a transmissão de doença através do leite materno (5,45%); um considerável número não soube referir qual seria o risco (23,63%). Já algumas das entrevistadas correlacionaram o risco exclusivamente a falta de higiene da nutriz (3,65%) ou aos hábitos alimentares (9,1%), afirmando que o que a nutriz ingeria poderia passar para o lactente através do leite. Apenas 5,45% mencionaram especificamente a transmissão do HIV através do leite.

Praticamente todas as participantes da pesquisa relataram que não receberam informação sobre os riscos do aleitamento cruzado pela equipe de saúde durante a realização do pré-natal, corroborando com os resultados de Nogueira (2009), onde a totalidade das participantes da pesquisa informou não ter recebido qualquer orientação acerca deste tema na vigência do pré-natal.

No grupo das nulíparas todas elas declararam não ter ainda recebido nenhuma informação a respeito deste assunto, entretanto, considerando que um grande número delas estava realizando sua primeira consulta era de se esperar tal resultado.

Porém, entre as não-nulíparas, apenas 5,13% haviam sido informadas sobre os riscos do aleitamento cruzado pela equipe de saúde durante a realização do pré-natal, resultado este que surpreende, haja vista que todas as participantes da pesquisa, que já haviam tido filho, estavam realizando no mínimo seu segundo pré-natal, o que invalida a justificativa de ainda não ter dado tempo para as orientações referentes ao aleitamento cruzado terem sido repassadas pela equipe de saúde responsável pelo pré-natal.

As poucas gestantes, duas participantes da pesquisa, que foram informadas sobre os riscos do aleitamento cruzado durante a realização do pré-natal, amamentaram o filho de outra pessoa, mesmo de posse das informações sobre o risco de transmissão de doença com a prática do aleitamento cruzado; entretanto quando questionadas se permitiriam que seus filhos amamentassem em outra mulher, elas categoricamente responderam que não deixariam, por não ser seguro.

De acordo com os resultados encontrados neste estudo, não houve correlação entre a pressuposição de risco do aleitamento cruzado e a informação dada pela equipe de saúde durante o pré-natal sobre tais riscos. Denota-se, portanto, que as participantes da pesquisa que não foram orientadas quanto ao risco do aleitamento cruzado, durante o pré-natal, presumiram a existência de risco da referida prática mediante conhecimentos adquiridos através de outros meios.

Também não foi encontrada relação significativa entre ter sido informada previamente pela equipe de saúde, durante o pré-natal, sobre os riscos do aleitamento cruzado, e a convivência das participantes da pesquisa com a prática do aleitamento cruzado.

Em suma, embora aquelas que haviam sido informadas sobre os riscos de tal prática pela equipe de saúde, na vigência do pré-natal, relatarem que não permitiriam que outra pessoa oferecesse a amamentação para seus filhos, ainda assim, elas se prestariam a atuarem como ama de leite de outras crianças. E alguma das entrevistadas que não haviam recebido qualquer informação sobre os possíveis prejuízos do aleitamento cruzado, também não consentiriam que seus filhos fossem amamentados por outra nutriz.

A solicitude em dar de mamar para outra criança sem ser o próprio filho prevaleceu independentemente das participantes da pesquisa terem recebido ou não orientação sobre os eventuais perigos do aleitamento cruzado durante o pré-natal, e de presumirem ou não a existência de risco desta prática.

Entretanto, foi encontrada uma significativa correlação ($p = 0,0006$) entre a suposição de risco atribuído à referida prática e permissividade das entrevistadas em aceitar que seus filhos amamentem em outra mulher. Por conseguinte, a consideração da existência de risco atua como fator predisponente a não permissão que o próprio filho amamente em outra mulher, constituindo esta uma condição *sine qua non* para o combate ao aleitamento cruzado.

Portanto, a princípio poderia se imaginar que as informações sobre os riscos do aleitamento cruzado poderiam não ter surtido efeito, porém ao se fazer uma análise mais profunda da situação, percebe-se que as orientações relativas a este assunto foram válidas, haja vista que as gestantes informadas têm plena consciência de que permitir que seus filhos amamentem outra mulher implica em riscos à saúde.

Segundo Vieira et. al. (2001) a deficiência de informação faz com que as mães desconheçam os perigos desta prática e reafirmem a ideia, transmitida histórico culturalmente, de que amamentar outra criança ou deixar sua criança ser amamentada seja uma forma de salvar sua vida.

Para Lunardi (2007) orientar sobre a amamentação requer tempo e isso muitas vezes na consulta pré-natal é considerado primordial. É preciso disponibilidade para ouvir a mulher afim de que ela conte suas experiências anteriores e suas crenças, as quais são pontos chaves para garantir o aleitamento adequado.

De acordo com Oliveira e Oliveira (2012) na maioria das vezes, as orientações a cerca da amamentação tem sido feitas, tardiamente, na maternidade, sendo esta uma condição inaceitável, haja vista que a gestante deve chegar à maternidade preparada para a amamentação e não ser preparada na maternidade, o que é extremamente difícil e, na maioria das vezes, quase inexecutável.

E possivelmente a ocorrência precoce de aleitamento cruzado dentro das maternidades propiciada principalmente por alojamentos conjuntos, seja explicada em detrimento das orientações e do preparo para o aleitamento materno estarem sendo negligenciados durante o pré-natal. A realização do aleitamento cruzado já em domicílio poderia estar sendo reforçada pela ineficiente instrução à respeito dos cuidados puerperais.

A maioria das participantes da pesquisa sabia o que era Banco de Leite Humano, inclusive quatro das gestantes entrevistadas já haviam doado leite materno para o Banco de Leite Humano da Santa Casa. No entanto, boa parte delas desconhecia que o leite materno doado era submetido a um processo de esterilização, conhecido como pasteurização.

Entre as que relataram não saber o que era Banco de Leite Humano quando foram indagadas se já haviam ouvido falar em doação de leite materno para o Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará, 100% delas afirmaram conhecer. Percebe-se, claramente a associação entre Banco de Leite Humano e a referida Instituição. Provavelmente isso ocorra em razão da grande veiculação nos meios midiáticos deste serviço prestado aos usuários dessa Unidade Hospitalar que é referência na assistência materno-infantil no estado do Pará.

6 CONCLUSÃO

A prevalência de aleitamento cruzado encontrada no referido estudo foi elevada, considerando que 61,54% das mulheres que já haviam tido filhos permitiram esta prática em algum momento de sua vida. Ademais a grande maioria das gestantes entrevistadas (94,87%) presenciou a prática do aleitamento cruzado. Resultados estes realçam que o aleitamento cruzado é frequente no cotidiano das mulheres atendidas no pré-natal da Estratégia Saúde da Família desenvolvida nas três unidades que serviram como campo de estudo.

Presume-se que a alta prevalência do aleitamento cruzado tenderá a se manter à medida que a proporcionalidade de aceitação desta prática entre as gestantes entrevistadas também é elevada, haja vista que 95,3% das gestantes entrevistadas amamentariam o filho de outra pessoa, caso fossem solicitadas, e 75,3% pediriam para outra mulher amamentar seu filho caso achassem necessário.

A alta taxa (94,87%) de aleitamento materno entre as entrevistadas que já haviam tido filho demonstra a conscientização delas com relação à importância do leite materno como principal constituinte da dieta alimentar de seus filhos. Esta valorização da amamentação provavelmente tenha contribuído para a ocorrência do aleitamento cruzado entre as mães participantes da pesquisa que apresentaram alguma dificuldade para amamentar e possivelmente também tenha colaborado para a permissividade de seus filhos receberem leite de outra lactante, haja vista que todas as que realizaram esta prática ressaltaram em seus discursos que o leite materno era o melhor para ser ofertado à criança.

Já o alto grau (95,3%) de aceitação em amamentar o filho de outra pessoa envolveu, além da alta relevância conferida ao aleitamento, o sentimento de solidariedade. As entrevistadas, sobretudo, se propunham a abrandar o sofrimento alheio, seja da mãe desesperada por ser incapaz de amamentar, seja pela criança, a qual estaria “passando fome”.

A quase totalidade das entrevistadas (95,3%) desconhecia o termo “aleitamento cruzado” e apenas 5,13% das nulíparas informaram ter recebido orientações sobre aleitamento cruzado, dados estes que demonstram a falta de conhecimento das gestantes participantes da pesquisa sobre o termo “aleitamento cruzado” e sobre os riscos relacionados a esta prática, refletindo a falta de informação referente ao assunto, que por sua vez, demonstra a carência de orientação sobre a temática específica durante as consultas de pré-natal verificada na presente pesquisa.

Diante dos fatos evidenciados, seria plausível aventar a possibilidade da equipe de saúde responsável pelo pré-natal não abordar sobre o aleitamento cruzado em detrimento da

pouca importância atribuída ao tema, ou pior à falta de conhecimento dos perigos relativos a esta prática.

Portanto, percebe-se a fundamental importância do papel desempenhado pelos profissionais de saúde na assistência a mulher lactante, contudo, para cumprir esse dever, se faz necessário ter conhecimentos e habilidades para orientar adequadamente o manejo da lactação.

Além do mais, a ocorrência precoce de aleitamento cruzado já no quarto da maternidade, no período do puerpério, enfatiza a extrema importância de se fazer as devidas orientações sobre o referido tema durante o pré-natal, pois se feitas tardiamente, após o parto, somente pelo pediatra, o lactente corre o risco de já ter sido submetido aos perigos do aleitamento cruzado logo nas primeiras horas de vida.

Entretanto, apesar dessa falta de orientação das gestantes sobre o aleitamento cruzado, mais da metade das gestantes (64,7%) relatou a existência de algum risco ao se realizar esta prática, pressupondo que elas adquiriram este conhecimento através de outros meios, sem ser durante o pré-natal. Um dos veículos de informação citados foi um programa de televisão.

Todavia as informações recebidas pelas entrevistadas que mencionaram haver algum risco foram ineficientes, pois boa parte delas não soube citar qual seria o risco e, quando o citou, o fez de maneira equivocada, atribuindo risco de a criança adquirir doença, não através do leite sugado, mas, somente pelo contato e, quando responsabilizou o leite materno como potencial transmissor de doença, enfatizou a dieta alimentar da nutriz, a qual poderia ser passada através do leite para o lactente e causar algum dano digestivo. Uma quantidade ínfima revelou a transmissão de doenças infectocontagiosas através do leite materno.

Ainda que munidas por um vago conhecimento sobre os eventuais riscos que envolvem o aleitamento cruzado, a maior parte das entrevistadas revelou que somente permitiria que seu próprio filho amamentasse em outra mulher caso a conhecesse, o que denota a percepção delas sobre os possíveis danos relacionados a este ato, no entanto, a sublimação deles diante do fato de conhecer a ama de leite, realça a errada concepção sobre os riscos que podem advir desse comportamento.

Todas as gestantes entrevistadas foram enfáticas ao afirmar que não permitiriam que seus filhos amamentassem em outra mulher caso tivesse certeza absoluta que o aleitamento cruzado implicasse em risco à saúde de seus filhos, ou seja, se elas tivessem conhecimento desta informação dificilmente o aleitamento cruzado aconteceria.

Apesar da maioria das entrevistadas (74,12%) saberem da existência do Banco de Leite Humano, apenas 10,25% das gestantes participantes da pesquisa, que já haviam

amamentado, doaram leite. Fato este que remete à importância de promover o incentivo da doação de leite materno de forma segura ainda durante o pré-natal, e explorando de forma positiva o sentimento de solidariedade entre as mães, averiguado nesta pesquisa.

A maioria das participantes da pesquisa (93,65%) não tinha conhecimento de que o leite ofertado para o Banco de Leite Humano era submetido a um processo de esterilização, com a finalidade de livrá-lo de uma eventual transmissão de doenças, o que ressalta ainda mais o desconhecimento sobre os riscos que o leite doado, sem tratamento adequado, pode acarretar.

Em suma, as concepções históricas culturalmente estabelecidas sobre o aleitamento materno, o sentimento de solidariedade, o altruísmo entre as mães, o incentivo ao aleitamento materno sem enfatizar suas contraindicações, em conjunto com a carência de informações sobre os riscos do aleitamento, se configuraram nesta pesquisa como os principais motivos para a prática do aleitamento cruzado.

A omissão em divulgar os potenciais riscos advindos dessa prática pode ocasionar mais problemas para a saúde pública, desse modo é importante repensar a pouca importância atribuída a esta temática, especialmente, em relação à assistência pré-natal.

Entende-se, portanto, que a educação, tanto para os profissionais de saúde, quanto para os pacientes, é o melhor meio para coibir a ocorrência de práticas danosas à saúde. Desse modo, a assistência pré-natal se constitui como um instrumento essencial para as mães serem orientadas e esclarecidas de todas as suas dúvidas com relação à forma de proceder corretamente com seu filho na questão da alimentação, sendo esta orientação feita por ocasião das consultas, ou ainda através de metodologias ativas que trabalhem com as gestantes a informação/comunicação importante nesse contexto da promoção da saúde e prevenção de doenças.

A assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher, aparecendo de forma individualizada, de modo a atender as particularidades de cada gestante. Temas tabus sobre aleitamento materno poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos. Dessa maneira, o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mãe.

De um modo geral, a realização deste estudo e os resultados obtidos demonstram a importância de práticas pedagógicas participativas e continuadas durante o período pré e pós-natal, e afirmam a necessidade de ampliar esta realidade informativa, sobretudo no tocante à etapa pré-natal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, João Aprígio Guerra; NOVAK, Franz Reis. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.
- BADINTER, Elisabeth. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2011. 196 p. Disponível em: <http://books.google.com.br/books/about/O_conflito.html?id=Q8sL4bz4mZYC&redir_esc=y>. Acesso em: 15 ago. 2013.
- BARDIN, Lourence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.
- BARROSO, Priscila Farfan. Relação de Taxa de escolaridade com os indicadores de emprego e desemprego. **Conversas e Controvérsia**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 31-39, jan./2010. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php>>. Acesso em: 12 jan. 2014.
- BEHRMAN, Richard E.; KLIEGMAN, Robert M; JENSON, Hal B. Alimentação de Lactentes e Crianças. In: NELSON. **Tratado de Pediatria**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. Cap. 41, p. 171-183.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde Família**. Portal Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>>. Acesso em: 30 maio 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012b. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_vigilancia_epidemiologia_2010_web.pdf>. Acesso em 24 jan. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DSTs, AIDS e Hepatites Virais. **Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_profilaxia_transmissao_vertical_hiv_5ed.pdf>. Acesso em 20 fev. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres que não podem amamentar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/MSmanualHIVeAM2005.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de aconselhamento das hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_aconselhamento.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

_____. **Lei Ordinária de Belém/Pará, nº 7.806**, de 30 de julho de 1996. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/a/pa/b/belem/lei-ordinaria/1996/780/7806/lei-ordinaria-n-7806-1996-delimita-as-areas-que-compoem-os-bairros-de-belem-revoga-a-lei-n-7245-84-e-da-outras-providencias-1996-07-30.html>>. Acesso em: 15 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.016**, de 26 de agosto de 1993. Disponível em: < <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/40.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. **Portaria Nº 570**, de 1º de junho de 2000. Ministério da Saúde. Secretaria. Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P570_00obst.doc>. Acesso em: 12 jan. 2014.

_____. **Lei 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm>. Acesso em: 15 jun. 2013.

CARULA, Karoline. Perigosas amas de leite: aleitamento materno, ciência e escravidão em A Mãe de Família. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2013.

CARVALHO, Marcus Renato. **Amamentação Cruzada e Amas de Leite: práticas não recomendadas**. Disponível em: <<http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=1561>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

CASTILHO, Silvia Diez; BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 86, n. 3, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2013.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 2, n. p. 1-13, Sem II, 2008. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2013.

ÊXODO. In: **Bíblia Sagrada**: tradução ecumênica. São Paulo: Paulus, 2007. p. 68-115

FESCINA, Ricardo Horacio et al. **Saúde Sexual e Reprodutiva**: guias para a atenção continuada da mulher e do recém-nascido focalizadas na APS. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP). Saúde da Mulher e Reprodutiva (SMR). Montevideu: Publicação científica CLAP/SMR, 2010.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa**. 5 ed. Curitiba: Positivo, 2009. 2222 p.

FONSECA-MACHADO, Mariana de Oliveira et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2013.

FRADE, Eponina Pedroso; REIS, Fernanda Aparecida Alves. **Dificuldade das mães na aceitação do aleitamento materno**. Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Capetinga, 2010. Disponível em: <http://www.muz.ifsuldeminas.edu.br/attachments/307_DIFICULDADES%20DAS%20M%C3%83ES%20NA%20ACEITA%C3%87%C3%83O%20DO%20ALEITAMENTO%20MATERNO.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2013.

GIUGLIANI, Elisa Regina Justo; LAMOUNIER, Joel Alves. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, nov. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572004000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 11 jan. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio** - PNAD 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default.shtm>>. Acesso em: 11 jan. 2014.

LAMOUNIER, Joel Alves et al. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. 181-188, nov. 2004. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0059.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2013.

LUNARDI, Valéria Lerch et al. Promoção do aleitamento materno pela equipe de enfermagem em um Hospital Amigo da Criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 89-97, 2007. Disponível em: <www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download>. Acesso em 15 dez. 2013.

MARQUES, Emanuele Souza; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; PRIORE, Silvia Eloiza. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, maio 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2013.

MARTINS, Luciamare Perinette Alves et al. Incidence of *Trypanosoma cruzi* transmission through breastfeeding during acute experimental Chagas disease. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 15, n. 2, p. 116 – 118, apr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjid/v15n2/v15n2a04.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

MINAYO, Maria Cacília de Souza. **Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

NASCIMENTO, Marcelo Silva. **Aleitamento materno: Saberes e práticas das mães de crianças de 0 a 6 meses de vida na comunidade de Vila da Barca/Belém-Pa.** 2007. 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em enfermagem) – Universidade Estadual do Pará, Belém, 2007.

NOGUEIRA, Cibele Mary Ramos. **Conhecimento sobre o aleitamento materno de parturientes e prática do aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo Sousa Horizonte – Ceará.** Dissertação (mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25623.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

OLIVEIRA, Caline Novaes Teixeira; OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos. Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo e Fatores Associados ao desmame precoce no município de Vitória da Conquista-BA. **C&D Rev. Elet. da Fainor**, Vitória da Conquista, v.5, n.1, p. 160-174, jan./dez. 2012. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/155>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de et al. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200036&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 fev. 2013.

OLIVEIRA, M. V.; ANDRADE, C. S. **O desmame precoce como fator nos impactos à saúde e ao meio ambiente em Vitória da Conquista.** 2007. 116f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente) – Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista237/index.php/memorias/article>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

PFAENDER, Stephanie et al. Inactivation of hepatitis C virus infectivity by human breast milk. **Journal of Infectious Diseases**, v. 208, n.12, p. 1943 – 1952, dec. 2013. Disponível em: <<http://jid.oxfordjournals.org/content/early/2013/09/24/infdis.jit519.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

SALIBA, Nemre Adas et al. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno com crianças até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2013.

SANTIAGO, Luciano Borges; MATTAR, Maria José Guardia. Aleitamento Cruzado. **SBP Amamentação**. Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Pediatria, n. 6, out 2006/jan

2007. Departamento Científico de Amamentação. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/bo_amentacao/boletim06.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2013.

SANTOS, Graciete Helena Nascimento et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, maio 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

SESMA. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12>>. Acesso em: 30 maio 2013.

SILVA, João Luiz de Carvalho Pinto; SURITA, Fernanda Garanhani de Castro. Idade Materna: resultados perinatais e vias de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 321-325, maio 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a01.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

SHIMITZ, Edilza Maria. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005. 477 p.

THORLEY, Virginia. Sharing Breastmilk: wet nursing, cross feeding, and milk donations. **Breastfeeding Review**. v. 16, n. 1, p. 25-29, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18546574>>. Acesso em 15 fev. 2014.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. **Tratado de Infectologia Médica**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2010. 2343 p.

VIEIRA, Graciete Oliveira; ISSLER, Hugo; TERUYA, Keiko. Amamentação e Doenças Maternas. In: LOPEZ, Fábio Ancona; CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio. **Tratado de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: Manole, 2007. Cap. 3, p. 287-291.

VIEIRA, Ana Carolina de Jesus et al. Conhecimento das puérperas sobre o aleitamento cruzado. **Revista do Centro Universitário Barão de Mauá**, v.1, n.2, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.baraodemaua.br/comunicacao/publicacoes/jornal/v1n2/artigo03.html>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

WABA. **World Alliance for Breastfeeding Action**. Grupo de Trabalho de Apoio Materno - GTAM. Boletim, v. 1, n. 6, jan./abr. 2008. Disponível em: <http://www.waba.org.my/pdf/mstfnl_v6n1_por.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2014.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE PESQUISA

PESQUISA: PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO CRUZADO E SABERES SOBRE ESTA PRÁTICA, ENTRE GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM, ESTADO DO PARÁ.

Nº Questionário:

1 - IDENTIFICAÇÃO

1.1- Iniciais do Nome da Grávida: _____

1.2 – Iniciais do Nome da Mãe da Gestante: _____

1.3 - Endereço: _____

1.4 - Data de nascimento: ____/____/____

1.5 – Idade:

() 10 a 14 anos () 15 a 18 anos () 19 a 22 anos () 23 a 26 anos () 27 a 30 anos
() 31 a 34 anos () 35 a 38 anos () 39 a 42 anos () 43 a 46 anos.

2 – SOBRE SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

2.1- Grau de Escolaridade:

() Nenhum () 1 – 3 anos () 4 -7 anos () 8 – 11 anos () 12 anos ou mais

2.2 - Ocupação: _____

2.3 - Renda Familiar:

() Menos de 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () Mais de 1 a 2 salários mínimo
() Mais de 2 a 3 salários mínimo () Mais de 3 a 4 salários mínimo () Mais de 4 a 5
salários mínimo () Mais de 5 salários mínimo

2.4- Estado Civil:

() Solteira () Casada () União Estável () Viúva () Separada () Divorciada

2.5- Número de filhos:

() Nenhum () Um () Dois () Três () Acima de três

3 - SOBRE O ALEITAMENTO CRUZADO**3.1 – Apresenta ou já apresentou alguma doença?**

() Sim () Não

Se sim, qual ou quais? _____

3.2 – Idade gestacional: _____ semanas

3.3 - Número de Consultas de pré-natal realizadas no PSF: _____

3.4 - Conhece o termo “Aleitamento Cruzado”?

() Sim () Não

Se sim, descreva o que você entende por aleitamento cruzado.

3.5 - Já deu de mamar no peito para algum filho seu?

() Sim () Não

3.6 - Já amamentou alguma criança sem ser o próprio filho?

() Sim () Não

Se sim, quem? _____

Por quê? _____

3.7 - Caso você fosse solicitada amamentaria o filho de outra pessoa?

Sim Não

3.8 - Já permitiu que seu filho mamasse em outra pessoa?

Sim Não

Se sim, quem? _____

Por quê? _____

3.9 - Caso achasse necessário pediria para alguém amamentar seu filho?

Sim Não

3.10 – Já presenciou alguma mulher amamentando outra criança que não fosse o próprio filho dela?

Sim Não

Se sim, quem e onde? _____

3.11 - Você acha que amamentar alguma criança sem ser o próprio filho ou permitir que uma criança amamente em outra pessoa que não seja a mãe pode trazer riscos para a saúde?

Sim Não

Se sim, quais riscos? _____

3.12 - Durante este pré-natal ou em algum pré-natal anterior o médico informou sobre os eventuais riscos à saúde que corre a criança amamentada por outra pessoa que não seja a mãe, e também sobre os riscos que corre a pessoa que amamenta outra criança que não seja seu filho?

Sim Não

3.13 - Você permitiria que seu filho mamasse em outra mulher mesmo sabendo que ele poderia adquirir alguma doença através do leite doado desta maneira?

Sim Não

3.14 - Sabe o que é Banco de Leite Humano?

Sim Não

Se sim, descreva o que você entende por Banco de Leite Humano

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução Nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

PESQUISA: PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO CRUZADO E SABERES SOBRE ESTA PRÁTICA, ENTRE AS GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM, ESTADO DO PARÁ.

Prezada Senhora,

Você foi selecionada para participar da pesquisa “Prevalência de aleitamento cruzado e saberes sobre esta prática, entre as gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família do município de Belém, estado do Pará”. Este estudo está sendo realizado pela discente Carla Regina Gonçalves Pereira, CPF 61381837204, RG 3242752, aluna do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará, sob Orientação da Professora M. Sc. Waltair Maria Martins Pereira, CPF: 047.728.302-00, RG 2035 CRM/PA, como Trabalho de Conclusão de Curso.

Este estudo tem como objetivo investigar a prevalência do aleitamento cruzado, ou seja, pesquisar a quantidade de mães que já atuaram como amas de leite e ou que já permitiram que seus filhos amamentassem em outra nutriz, bem como averiguar os saberes sobre esta prática entre gestantes atendidas no Programa Saúde Família do município de Belém, estado do Pará. E, por conseguinte, através do levantamento de dados referentes ao conhecimento e práticas sobre o aleitamento cruzado, o presente trabalho pretende, por meio da apresentação de seus resultados e discussão, enfatizar sobre a importância da temática abordada e sobre a devida atenção ao tema que deve ser despendida pelas mães e futuras mães, bem como os profissionais de saúde e futuros profissionais.

Esta pesquisa não implicará em riscos e desconforto, e sua participação nela é voluntária e consistirá em responder as perguntas contidas no formulário de pesquisa. Será garantida a liberdade da retirada do consentimento e, por conseguinte da pesquisa a qualquer momento. Também não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo.

Os dados coletados serão utilizados somente na referida pesquisa, a qual, depois de finalizada, terá seus resultados veiculados no meio acadêmico e científico. Serão resguardados os seus dados pessoais de identificação, tais como: nome, filiação e endereço.

Todas as voluntárias que participarem do estudo terão a garantia de acesso ao responsável pela pesquisa para qualquer esclarecimento de eventual dúvida sobre a mesma.

Este termo de consentimento está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com a voluntária participante da pesquisa, e a outra via será arquivada pela pesquisadora responsável. Abaixo segue o consentimento livre e esclarecido.

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecida sobre o conteúdo da mesma, sobre os propósitos do referido estudo e sobre as garantias de confidencialidade. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações contidas no formulário.

Belém, ____/____/____.

Assinatura do entrevistado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Waltair Maria Martins Pereira

Médica Sanitarista (CRM 2035-PA)

ICS/FAMED/UFPA Av. Generalíssimo Deodoro, S/N, Umarizal - Belém/PA

Contato: 8152-7887 (Pesquisadora orientadora)

Carla Regina Gonçalves Pereira

Estudante de Medicina

ICS/FAMED/UFPA Av. Generalíssimo Deodoro, S/N, Umarizal - Belém/PA

Contato: 8855-8655 (Pesquisadora orientada)

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de aleitamento cruzado e saberes sobre esta prática, entre as gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família do município de Belém, Estado do Pará.

Pesquisador: Waltair Maria Martins Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19613713.3.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 373.465

Data da Relatoria: 27/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trabalho de conclusão de curso de medicina. Trata de uma pesquisa quanti-qualitativa, com desenho de estudo descritivo, observacional do tipo transversal. Serão entrevistadas gestantes em perfeita saúde mental, inclusive as menores de 18 anos que se encontrarem devidamente acompanhadas de seu responsável legal, atendidas no programa de pré-natal da Estratégia Saúde da Família das Casas Saúde da Família do Galo I, do Galo II e do canal de Visconde do município de Belém, Estado do Pará.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a prevalência do aleitamento cruzado e os saberes sobre esta prática.

Identificar as gestantes que já realizaram a prática do aleitamento cruzado; Verificar os saberes das gestantes sobre os riscos do aleitamento cruzado; Identificar quais as gestantes já praticou a amamentação cruzada ou se consentiram tal prática com seus filhos; Identificar quantas das gestantes já presenciou a amamentação cruzada entre outras mulheres; Averiguar, junto as gestantes, se a equipe da ESF exerce em suas práticas orientações sobre aleitamento cruzado no pré-natal; Identificar a proporcionalidade de aceitação da prática do aleitamento cruzado.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 373.465

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Disponibilizar dados atualizados para redirecionamento de ações planejadas no SUS no que se refere à promoção da saúde e prevenção de doenças, especificamente com relação ao aleitamento materno.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Enfatizar sobre a importância do risco do aleitamento cruzado e a devida atenção ao tema que deve ser despendida pelas mães e futuras mães, bem como os profissionais de saúde e futuros profissionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 27 de Agosto de 2013

Assinador por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br



[Digite texto]

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO A SAÚDE – NUPS

COMISSÃO PARA ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA - CAPP**Autorização**

Em atenção ao ofício S/N – Universidade Federal do Pará- UFPA, solicitando autorização para realizar o Projeto de Pesquisa intitulado **“PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO CRUZADO E SABERES SOBRE ESTA PRÁTICA, ENTRE AS GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM, ESTADO DO PARÁ”**. De autoria da discente: Carla Regina Gonçalves Pereira.

Esta Comissão autoriza a realização da pesquisa, nas Unidades de Estratégia saúde da Família do Galo I, Galo II e Canal da Visconde do Município de Belém-PA.

As pesquisadoras ficam cientes, conforme o termo de compromisso assinado, de encaminhar a este CAPP/SESMA o relatório final da pesquisa realizada.

Belém, 02 de Setembro de 2013

Atenciosamente,

Dra. Thaís de P. Medeiros
Educação Permanente/CAPP
NUPS/SESMA

Thaís de Pinho Medeiros
Comissão para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPP



Rodovia Arthur Bernardes s/n, km-14, Galpão 04
Bairro do Tapanã - CEP: 66825-000 - Belém – Pará
Tel/fax: 3184-6146
E-mail: cappsesma@gmail.com

**ANEXO C - CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES CONFORME O
SISTEMA ADOTADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

351 Ignorado - 000-999
001 Procura prim emprego - 001
002 Ocup nao identificável - 002
003 Ocup nao declarada - 003
004 Militar - 004
005 Desempregado - 005
006 Estudante - 006
007 Aposentado/pension - 007
008 Dona-de-casa - 008
009 Quimico - 011
010 Fisico - 012
011 Out quimicos/físicos - 019
012 Eng civil/arquiteto - 021
013 Eng oper/des indust - 022
014 Eng eletric/elétron - 023
015 Eng mecânico - 024
016 Eng químico - 025
017 Eng metalurg - 026
018 Eng minas/geólogo - 027
019 Eng O&M - 028
020 Out eng/arquit - 029
021 Tecn contab/estat - 030
022 Tec biolog/agron - 031
023 Tecn miner/metal/geo - 032
024 Tecn edif/agrim/sane - 033
025 Tecn eletr/Telecom - 034
026 Tecn mecânica - 035
027 Tecn química - 036
028 Tecn têxteis - 037
029 Desenh técnico - 038
030 Out tecn/desenh - 039
031 Pilotos/out aero - 041
032 Oficiais/out naveg - 042
033 Oficiais maquinistas - 043
034 Biologista - 051
035 Bacteriol/farmacolog - 052
036 Eng agrônomo - 053
037 Medico - 061
038 Dentista - 063
039 Veterinario - 065
040 Farmaceutico - 67
041 Nutricionista - 068
042 Enfermeiro - 071
043 Pess enfermagem - 072
044 Parteira - 074

- 045 Ortopista/ótico - 075
- 046 Terapeuta - 076
- 047 Oper equip med/odont - 077
- 048 Out med/dent/vet/enf - 079
- 049 Estatístico - 081
- 050 Matematico/atuário - 082
- 051 Analista sistema - 083
- 052 Program computador - 084
- 053 Economista - 091
- 054 Tecn administração - 092
- 055 Contador - 110
- 056 Advogado - 121
- 057 Out juristas - 129
- 058 Prof pedagogia sup - 131
- 059 Prof fis/quimica sup - 132
- 060 Prof eng/arquit - 133
- 061 Prof matem/estat sup - 134
- 062 Prof econ/admin sup - 135
- 063 Prof humanas sup - 136
- 064 Prof biol/medica sup - 137
- 065 Prof ling/liter sup - 138
- 066 Out professor sup - 139
- 067 Prof 2o. grau - 141
- 068 Prof 1o. grau - 142
- 069 Prof pre-escolar - 143
- 070 Prof form profiss - 144
- 071 Prof ensino especial - 145
- 072 Out professor - 149
- 073 Escritor/critico - 151
- 074 Jornalista/redator - 152
- 075 Locutor radio/TV - 153
- 076 Out escrit/jornal - 159
- 077 Escultor/pintor - 161
- 078 Desenh com/decorad - 162
- 079 Fotografo/câmera - 163
- 080 Musicos/composit - 171
- 081 Coreog/bailarino - 172
- 082 Ator/diretor espet - 173
- 083 Empres/prod espet - 174
- 084 Artista circo - 175
- 085 Out artistas - 179
- 086 Tecn desportista - 181
- 087 Atleta - 182
- 088 Out desportistas - 189
- 089 Bibliot/arquivol - 191
- 090 Sociolog/antropol - 192
- 091 Assistente social - 193
- 092 Psicologo - 194
- 093 Filol/tradut/interpr - 195
- 094 Religioso - 196

- 095 Anal carg/salários - 197
- 096 Out cient/tecn/art - 199
- 097 Legislativo sup - 211
- 098 Executivo sup - 212
- 099 Judiciario sup - 213
- 100 Func publico sup - 214
- 101 Diplomata - 221
- 102 Diretor empr manuf - 231
- 103 Diretor empr agrop - 232
- 104 Dir emp luz/agua/gas - 233
- 105 Diretor empr constr - 234
- 106 Diretor empr com/hot - 235
- 107 Dir empr transp/com - 236
- 108 Dir empr financ/imob - 237
- 109 Diretor empr sociais - 238
- 110 Diretor out empresas - 239
- 111 Gerente administr - 241
- 112 Gerente produção - 242
- 113 Gerente financ/com - 243
- 114 Gerente out empr - 249
- 115 Chefe administrativo - 301
- 116 Chefe cont/financ - 302
- 117 Out chefes - 309
- 118 Agente administr - 311
- 119 Tecn trib/arrecad - 312
- 120 Agente policia - 313
- 121 Servent justiça - 314
- 122 Out agentes publ - 319
- 123 Secretario - 321
- 124 Datilog/estenog - 323
- 125 Aux contab/caixa - 331
- 126 Atend guiche - 332
- 127 Out contab/caixa - 339
- 128 Oper maq cont/calc - 341
- 129 Oper computador - 342
- 130 Digitador - 343
- 131 Agente ferroviário - 351
- 132 Chefe correios/telec - 352
- 133 Chefe serv aéreos - 353
- 134 Chefe rodoviário - 354
- 135 Chefe marítimo - 355
- 136 Desp/fisc transp col - 360
- 137 Carteiro/mensag - 370
- 138 Telefonista/teleg - 380
- 139 Trab abast/armaz - 391
- 140 Auxiliar escritório - 393
- 141 Recepcionista - 394
- 142 Arquivista - 395
- 143 Out trab admin - 399
- 144 Comerciante - 410

- 145 Superv vendas - 421
- 146 Comprador - 422
- 147 Agente vendas - 431
- 148 Vend prac/rep comerc - 432
- 149 Corretor - 441
- 150 Ag venda serviços - 442
- 151 Leiloeiro/avaliador - 443
- 152 Vendedor - 451
- 153 Ambulante/jornaleiro - 452
- 154 Demonstrador - 453
- 155 Out comercio - 490
- 156 Ger hotel/restaur - 500
- 157 Mordomo/governanta - 520
- 158 Cozinheiro - 531
- 159 Garcom - 532
- 160 Domestica/trab serv - 540
- 161 Comissario - 541
- 162 Trab adm edificio - 551
- 163 Serv edific/lograd - 552
- 164 Lavadeiro/tintureiro - 560
- 165 Cabeleireiro/beleza - 570
- 166 Bombeiro - 581
- 167 Policial - 582
- 168 Guarda segurança - 583
- 169 Guarda transito - 584
- 170 Out segurança - 589
- 171 Ag viagens/guia tur - 591
- 172 Agente funerário - 592
- 173 Out trab serviços - 599
- 174 Adm agropecuária - 600
- 175 Capataz agropec - 601
- 176 Prod agropec poliv - 611
- 177 Prod agropec espec - 612
- 178 Trab agropec poliv - 621
- 179 Trab cult gramíneas - 631
- 180 Trab cult fibrosas - 632
- 181 Trab hortigranjeiro - 633
- 182 Trab floricultura - 634
- 183 Trab fruticultura - 635
- 184 Trab cult cafe/cacao - 636
- 185 Trab cult oleagin - 637
- 186 Trab cult arom/medic - 638
- 187 Out trab agrícolas - 639
- 188 Trab pecuar gr.porte - 641
- 189 Trab pecuar med.port - 642
- 190 Trab pecuar peq.port - 643
- 191 Trab pecuar insetos - 644
- 192 Out trab pecuária - 649
- 193 Trab flor madeira - 651
- 194 Trab flor gomas - 652

- 195 Trab flor fibra/óleo - 653
- 196 Trab flor aliment - 654
- 197 Trab flor arom/medic - 655
- 198 Out trab florestais - 659
- 199 Patrao pesca - 661
- 200 Pescador industrial - 662
- 201 Pescador artesanal - 663
- 202 Trab aquicultura - 664
- 203 Out pescadores - 669
- 204 Oper maq agrícola - 671
- 205 Oper maq pecuaria - 672
- 206 Oper maq florestal - 673
- 207 Mestre manuf/c.civil - 701
- 208 Mestre empr mineral - 702
- 209 Mestre luz/agua/gas - 703
- 210 Contramestre textil - 704
- 211 Mineiro/canteiro - 711
- 212 Oper maq mineral - 712
- 213 Trab benef mineral - 713
- 214 Sondador petrol/gás - 714
- 215 Sondador poços - 715
- 216 Salineiro - 716
- 217 Out trab minerais - 719
- 218 Forneiro 1a fusão - 721
- 219 Oper laminação - 722
- 220 Forneiro 2a fusão - 723
- 221 Fundidor metal - 724
- 222 Moldador/macheiro - 725
- 223 Trab term/termoq met - 726
- 224 Trefilador/estirador - 727
- 225 Galvaniz/recobridor - 728
- 226 Out metal/siderurg - 729
- 227 Trab trat madeira - 731
- 228 Oper maq madeira - 732
- 229 Prep pasta papel - 733
- 230 Oper maq papel - 734
- 231 Prep compens/aglomer - 735
- 232 Out trab madeira - 739
- 233 Oper britad/triturad - 741
- 234 Oper inst térmicas - 742
- 235 Oper filtrag/separ - 743
- 236 Oper destil/reação - 744
- 237 Oper refin petróleo - 745
- 238 Oper coqueria - 746
- 239 Trab prod medicam - 747
- 240 Out trab químicos - 749
- 241 Trab prep fibras - 751
- 242 Fiandeiros - 752
- 243 Trab prep tecelagem - 753
- 244 Tecelão - 754

- 245 Tecelão malhas - 755
- 246 Trab acabam têxtil - 756
- 247 Out trab têxteis - 759
- 248 Curtidor couro/pele - 761
- 249 Moleiro - 771
- 250 Trab acucar - 772
- 251 Magarefe - 773
- 252 Trab indust alimento - 774
- 253 Trab laticínios - 775
- 254 Padeiro/confeiteiro - 776
- 255 Trab prep cafe/cacau - 777
- 256 Trab cerveja/vinho - 778
- 257 Out trab alim/bebida - 779
- 258 Preparador fumo - 781
- 259 Charuteiro - 782
- 260 Cigarreiro - 783
- 261 Alfaiate/costureiro - 791
- 262 Chapeleiro - 793
- 263 Modelista/cortador - 794
- 264 Costureiro em serie - 795
- 265 Estofador - 796
- 266 Bordador/cerzideiro - 797
- 267 Out trab costura - 799
- 268 Sapateiro - 801
- 269 Trab calçados - 802
- 270 Trab artef couro - 803
- 271 Marceneiro - 811
- 272 Oper maq lavrar mad - 812
- 273 Out trab madeira - 819
- 274 Cort/polidor pedra - 820
- 275 Forjador - 831
- 276 Ferrament/modelador - 832
- 277 Torneiro/fresador - 833
- 278 Prep maq-ferramenta - 834
- 279 Oper maq-ferramenta - 835
- 280 Polidor metal/afiad - 836
- 281 Out trab usinagem - 839
- 282 Ajustador mecânico - 840
- 283 Montador maquinas - 841
- 284 Relojoeiros - 842
- 285 Mecanico veículos - 843
- 286 Mecanico aeronaves - 844
- 287 Mecanico manut maq - 845
- 288 Out trab mecanicos - 849
- 289 Montador eletrico - 851
- 290 Montador eletrônico - 852
- 291 Repar eletr/elétron - 854
- 292 Eletricista instalac - 855
- 293 Inst/repar telecomun - 856
- 294 Inst/rep linhas elet - 857

- 295 Out trab elétricos - 859
- 296 Oper radio/TV - 861
- 297 Oper som/cinema - 862
- 298 Encanador/tubulac - 871
- 299 Soldador/oxicortador - 872
- 300 Chapeador/caldeir - 873
- 301 Mont estrut metálica - 874
- 302 Joalheiro/ourives - 880
- 303 Soprador/mold vidro - 890
- 304 Cortador/polid vidro - 891
- 305 Ceramista - 892
- 306 Forno vidro - 893
- 307 Gravador vidro - 894
- 308 Pintor/decor vidro - 895
- 309 Out trab vidro/ceram - 899
- 310 Trab prod borracha - 901
- 311 Trab pneumáticos - 902
- 312 Trab prod plástico - 903
- 313 Trab produto papel - 910
- 314 Compositor tipograf - 921
- 315 Impressor tipograf - 922
- 316 Ester/eletrotipista - 923
- 317 Gravador/clicherista - 924
- 318 Fotogravador - 925
- 319 Encadernador - 926
- 320 Trab labor fotograf - 927
- 321 Out trab gráficos - 929
- 322 Pintor obras/estrut - 931
- 323 Out pintores - 939
- 324 Conf instr musicais - 941
- 325 Cesteiro/prod vime - 942
- 326 Trab mineral nao metal - 943
- 327 Out confeccionadores - 949
- 328 Pedreiro/estucador - 951
- 329 Trab concr armado - 952
- 330 Telhador - 953
- 331 Carpinteiro - 954
- 332 Ladrilh/parqueteiro - 955
- 333 Inst mat isolante - 956
- 334 Vidraceiro - 957
- 335 Out const civil - 959
- 336 Oper energ elétrica - 961
- 337 Oper maq fixas - 969
- 338 Estivador/carregador - 971
- 339 Aparelhador/emend - 972
- 340 Oper guindaste - 973
- 341 Oper maq const civil - 974
- 342 Out manip mercadoria - 979
- 343 Contram/marinheiro - 981
- 344 Maquin/foguista bem - 982

- 345 Maquin/foguista trem - 983
- 346 Ag/aux manobras - 984
- 347 Condutor veículos - 985
- 348 Condutor animais - 986
- 349 Out condutores - 989
- 350 Out trab bracais - 999