



**Universidade de Brasília - UnB**  
**Instituto de Ciências Sociais - ICS**  
**Departamento de Sociologia - SOL**

**ANÁLISE DA EFETIVIDADE DE PROGRAMAS DE INCENTIVO AO  
ALEITAMENTO MATERNO EM HOSPITAIS PÚBLICOS  
DO DISTRITO FEDERAL E SEUS POSSÍVEIS EFEITOS NA REDUÇÃO DA  
MORTALIDADE INFANTIL**

**GAUDÊNCIO PEDRO DA COSTA**

**Brasília/DF**  
**2012**

GAUDÊNCIO PEDRO DA COSTA

**ANÁLISE DA EFETIVIDADE DE PROGRAMAS DE INCENTIVO AO  
ALEITAMENTO MATERNO EM HOSPITAIS PÚBLICOS  
DO DISTRITO FEDERAL E SEUS POSSÍVEIS EFEITOS NA REDUÇÃO DA  
MORTALIDADE INFANTIL.**

Monografia apresentada ao Instituto de Ciências Sociais/ICS, Departamento de Sociologia/SOL da Universidade de Brasília/UnB como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Sociologia.  
**Orientador:** Prof. D<sup>f</sup> Marcelo Medeiros Coelho de Souza.

**Brasília/DF**

**2012**

**Costa, Gaudêncio Pedro.**

Análise da Efetividade de Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno em Hospitais Públicos do Distrito Federal e Seus Possíveis Efeitos na Redução da Mortalidade Infantil.

Gaudêncio Pedro da Costa – Brasília Distrito Federal, UnB 2012, pag. 63.

Monografia de Graduação em Sociologia.

**1. Mortalidade Infantil 2. Aleitamento Materno 3. Amamentação.**

**CDD:**

GAUDÊNCIO PEDRO DA COSTA

**ANÁLISE DA EFETIVIDADE DE PROGRAMAS DE INCENTIVO AO  
ALEITAMENTO MATERNO EM HOSPITAIS PÚBLICOS  
DO DISTRITO FEDERAL E SEUS POSSÍVEIS EFEITOS NA REDUÇÃO DA  
MORTALIDADE INFANTIL.**

Monografia submetida à comissão Examinadora designada pelo Curso de Graduação em Sociologia como requisito para obtenção de grau Graduado.

Brasília, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

\_\_\_\_\_  
Prof. D<sup>f</sup> Marcelo Medeiros Coelho de Souza  
Departamento de Sociologia – SOL/UnB

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Ana Maria Nogales Vasconcelos  
Departamento de Estatística – EST/UnB

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, irmãos e todos os familiares. As almas de todas as crianças de 0 a 1 ano de idade falecidos, principalmente os que fizeram parte deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço o meu orientador e professor, Dr. Marcelo Medeiros Coelho de Souza, que com muita delicadeza e sabedoria me orientou na realização deste trabalho.

A todos os meus irmãos e familiares que me apoiaram ao longo desse tempo, seja de forma direta ou indireta.

Ao Professor Marcelo Bursztyrn que me ajudou na elaboração deste trabalho.

Ao Dr. Victor Manuel Barbosa Vicente que com muita delicadeza e sabedoria me ajudou na elaboração desta monografia.

A todos os professores da Universidade de Brasília – UnB, principalmente os que integram o Departamento de Sociologia.

A Todos os meus amigos da Universidade de Brasília – UnB, que ao longo dessa maratona enriqueceram meu pensamento e me ajudaram a amadurecer mais através de troca de ideias e discussões produtivas, são muitos especiais e inesquecíveis.

Ao Projeto Milton Santos de acesso ao Ensino Superior - PROMISAES que contribuiu na minha formação.

Ao Programa de Estudantes Convênio de Graduação (PEC-G), Brasil e Guiné-Bissau de acordo Educacionais e Culturais.

A minha namorada Damiane Tibério Santana que com muita delicadeza e sabedoria contribuiu na elaboração dessa monografia.

A Dra. Miriam Oliveira Santos Coordenadora de Aleitamento Materno e dos Bancos de Leite Humanos (BLH/SES-DF), com muita delicadeza e sabedoria me ajudou na elaboração desta monografia.

Agradeço a toda equipe dos Bancos de Leite Humano (BLH/DF), HRAS; HUB; HRC e HRT obrigado por tudo.

Agradeço também coordenadores de Programas de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC/DF) obrigado por tudo.

## **EPIGRAFE**

“Indivíduos de altas posições socioeconômicas são, em média, mais saudáveis, alto e forte, e vivem mais tempo do que os de baixo escala social”.

(Anthony Giddens)

## RESUMO

A pesquisa objetivou analisar o papel desempenhado pelos programas de incentivo ao aleitamento materno (PIAM) no combate e redução da mortalidade infantil no DF. O alojamento conjunto; o método mãe canguru; hospital amigo da criança; projetos carteiro amigo e bombeiro amigo da amamentação, são principais programas adotados para reduzir os índices de mortalidade infantil e desmame precoce do DF. O estudo foi de cunho qualitativo e teve como estratégia o estudo de caso descritivo. Foram analisados documentos públicos e realizadas entrevistas semi-estruturadas com coordenadores do programa de atenção integral a saúde da criança (PAISC), coordenadores dos bancos de leite humanos do DF e mães de crianças nos centros de saúde e ambulatório de crescimento e desenvolvimento nas seguintes regionais: Asa Norte, Asa Sul, Taguatinga e Ceilândia. Utilizou-se software de análise qualitativa para auxiliar no ordenamento conceitual dos dados que foram coletados. Constatou-se como principal achado da pesquisa que os programas de aleitamento materno implantados nos hospitais públicos do Distrito Federal têm desempenhado um papel importante na redução das taxas de mortalidade infantil, apesar, de se constatar na análise das entrevistas algumas dificuldades no prolongamento do tempo ideal para amamentação, devido à antecipação da volta ao trabalho e a escola das mães, bem como na coleta de leite humano devido pouca colaboração do corpo de bombeiros.

**Palavra Chave:** 1. Mortalidade Infantil; 2. Aleitamento Materno; 3. Amamentação



## ABSTRACT

The study examines the contribution of the Breastfeeding Inducement Programs (Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno – PIAM) to reducing infant mortality in the Federal District, Brazil. The Rooming-in (Alojamento Conjunto), Kangaroo mothering method (Metodo Canguru), Baby-friendly hospital (Hospital Amigo da Criança), Friendly postman Projects and Firefighter friends, (Projetos Carteiro Amigo e Bombeiro Amigo da Amamentação) are major programs adopted to reduce the rates of infant mortality and premature of DF. The method used is a descriptive case study. Data comes from public documents and semi-structured interviews with the heads of the Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC (Integrated Child Care Program), heads of the DF Human Milk Banks and mothers at the Centro de Saúde e Ambulatório de Crescimento and Desenvolvimento (growth and development health center) in the following areas: Asa Norte, Asa Sul, Taguatinga and Ceilandia and analyses using qualitative data analysis software. The results show that the programs of public hospitals in Distrito Federal contribute to the reduction of infant mortality. Women express some difficulty in maintaining breastfeeding for longer periods due to the need to work and study, or due to the limited cooperation from Firemen and paramedical personas

**Keywords:** 1. Infant Mortality 2. Breast feeding 3. Child Health

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI), neonatal (CMN) e infantil tardia (CMIT) DF, 1980 a 2005.....	3
<b>Figura 2</b> – Tipo de Mortalidade Infantil.....	10
<b>Figura 3</b> - Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce, Neonatal Tardia, Pós-neonatal e Infantil, Distrito Federal, 200 a 2009.....	12
<b>Figura 4</b> - Mortalidade Proporcional pelos Principais Grupos de Causa em Menores de 1 ano Residentes no Distrito Federal em 1980, 1990 e 2009.....	12
<b>Figura 5</b> – Atenção Integral à Saúde da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.....	19
<b>Figura 6</b> – Rede Banco de Leite Humano e PCLHA de Brasília Dados Estatísticos 2010.....	23
<b>Figura 7</b> – Os Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno.....	24
<b>Figura 8</b> – Número de Hospitais Amigos da Criança nas Unidades Federadas Brasileiras.....	24

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Perfil dos Colaboradores de Bancos de Leite Humano por Idade.....	28
<b>Gráfico 2</b> - Índice de Amamentação das Crianças nos Primeiros 6 meses.....	29
<b>Gráfico 3</b> - Correlação entre Desmame Precoce e Nível de Escolaridade das Mães.....	30
<b>Gráfico 4</b> - Parcerias de Bancos de Leite Humano e Outros Órgãos Público-Privados e ONGs.....	31
<b>Gráfico 5</b> - A Importância das Parcerias.....	32
<b>Gráfico 6</b> - Cursos de Treinamento para Equipe da Saúde.....	33
<b>Gráfico 7</b> - Sexo das Crianças.....	34
<b>Gráfico 8</b> - As Crianças Amamentadas Exclusivamente durante 6 meses.....	35
<b>Gráfico 9</b> - As Crianças que Tomam Água Antes de Completar 6 meses.....	36
<b>Gráfico 10</b> - As Crianças que Tomam Chá Antes de Completar 6 meses.....	37
<b>Gráfico 11</b> - Grau de Escolaridade das Mães.....	38
<b>Gráfico 12</b> - As Mães Doadoras de Bancos de Leite Humano.....	39
<b>Gráfico 13</b> - As Crianças que Tomam Outros Tipos de Alimentos Antes de Completar 6 meses.....	40

## ANEXOS

<b>Anexo I - Doe Leite Materno e Alimente a Vida de Muitas Crianças.....</b>	<b>55</b>
<b>Anexo II - Procedimento Para Coleta Manual e Armazenamento de Leite Humano.....</b>	<b>56</b>
<b>Anexo III - Instruções Para Retirar o Leite.....</b>	<b>57</b>
<b>Anexo IV - Doação de Frascos não Jogue Fora. Eles Podem Salvar Vidas.....</b>	<b>58</b>
<b>Anexo V - Para Você é Leite, para Criança é Vida. Doe Leite Materno, a Vida Agradece.....</b>	<b>59</b>
<b>Anexo VI - Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.....</b>	<b>60</b>
<b>Anexo VII - Termo de Concordância.....</b>	<b>61</b>
<b>Anexo VIII - Termo de Ciência Para Pesquisa.....</b>	<b>63</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC.....	Alojamento Conjunto
AM.....	Aleitamento Materno
BLH.....	Banco de Leite Humano
CMI.....	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMIN.....	Coeficiente de Mortalidade Infantil Neonatal
CMIT.....	Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia
CLT.....	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES.....	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
DANSAMI.....	Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil
DF.....	Distrito Federal
DATASUS.....	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
ECA.....	Estatuto da Criança e do Adolescente
FHDF.....	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
GDF.....	Governo de Distrito Federal
HUB.....	Hospital Universidade de Brasília
HRAS.....	Hospital Regional de Asa Sul
HRC.....	Hospital Regional de Ceilândia
HRT.....	Hospital Regional de Taguatinga
HRAN.....	Hospital Regional de Asa Norte
ICS.....	Instituto de Ciências Sociais
IHAC.....	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS.....	Ministério da Saúde
MMC.....	Método Mãe Canguru
NBCAL.....	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS.....	Organização Mundial da Saúde

ONU.....Organização das Nações Unidas  
OPAS.....Organização Pan-Americana de Saúde  
PAISM..... Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PAISC..... Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança  
PE.....Recife Pernambuco  
PIAM.....Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno  
PSF.....Programa Saúde da Família  
RN.....Recém Nascido  
RIPS.....Rede Interagencial de Informação para a Saúde  
RS.....Rio Grande de Sul  
SP.....São Paulo  
SES.....Secretaria Estadual de Saúde  
SOL.....Departamento de Sociologia  
SUS.....Sistema Único de Saúde  
UBS.....Unidades Básicas de Saúde  
UNICEF.....Fundo das Nações Unidas para a Infância  
UNB.....Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 Problema de Pesquisa.....	4
1.2 Hipóteses.....	5
1.3 Objetivos Gerais.....	5
1.4 Objetivos Específicos.....	5
1.5 Justificativa.....	5
1.6 Delimitação do Estudo.....	6
<b>2. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....</b>	<b>7</b>
2.1. Mortalidade Infantil no Distrito Federal.....	7
2.2. Analisando os conceitos básicos do Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial de Saúde (OMS).....	8
2.3 Taxa de Mortalidade Infantil Precoce.....	10
2.4 Taxa de Mortalidade Infantil Tardia.....	11
2.5 Taxa de Mortalidade Infantil Pós-Neonatal.....	11
<b>3. ALEITAMENTO MATERNO: ASPECTOS TEÓRICOS RELEVANTES.....</b>	<b>14</b>
3.1 A Importância do Aleitamento Materno.....	14
3.2 Tipos de Aleitamento Materno.....	17
3.3 Aleitamento Materno Exclusivo.....	17
3.4 Aleitamento Materno.....	17
3.5 Aleitamento Materno Exclusivo Complementado.....	17
3.6 Aleitamento Materno Exclusivo Predominante.....	17
3.7 Aleitamento Materno Exclusivo Misto ou Parcial.....	17
3.8 Saúde da Criança.....	18
<b>4. ANALISANDO ALGUNS PROGRAMAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO.....</b>	<b>20</b>
4.1 Alojamento Conjunto.....	20
4.2 Método Mãe - Canguru.....	21

<b>4.3</b>	Hospital Amigo da Criança.....	22
<b>5.</b>	<b>REDE AMAMENTA BRASIL.....</b>	<b>26</b>
<b>5.1</b>	Direitos da Criança e do Adolescente.....	26
<b>5.2</b>	Plano de Desenvolvimento.....	27
<b>6.</b>	<b>ANALISE E DISCUSSAO DOS DADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES.....</b>	<b>41</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>



## **1. INTRODUÇÃO**

As ações de saúde pública no Brasil têm buscado reduzir as enfermidades, controlar as doenças endêmicas e parasitárias, melhorar a vigilância à saúde e qualidade de vida dos brasileiros. Nas últimas décadas, a mortalidade infantil tem apresentado significativa queda em decorrência dos investimentos feitos na área de saneamento básico e assistência a saúde. Essa queda atingiu todas as regiões do país, sendo mais intensa nas áreas de maior desenvolvimento socioeconômico. (NOGUEIRA, 1994).

No Distrito Federal, os programas de incentivo ao aleitamento materno iniciaram-se na década de 70 com o Primeiro Banco de Leite Humano do Distrito Federal - HRT 1978 (4º do Brasil) e a criação em 1983 do Centro de Referência do Aleitamento Materno CS Nº 7 da Asa Sul – SOS AMAMENTAÇÃO. A partir de então, seguiram-se outras práticas para mobilização da sociedade e os resultados positivos destes programas como o aumento médio do período de amamentação culminaram com a implantação em 1984 do Banco de Leite Humano (BLH) da Asa Sul, Ceilândia e Planaltina e do Grupo Executivo de Incentivo ao Aleitamento Materno do GDF. Esse processo evoluiu com novas implantações de novos bancos de leite por todo DF. Em 1986 do BLH Gama, 1987 do BLH Brazlândia, em 1991 do BLH Sobradinho, em 1992 do BLH Asa Norte. (SANTOS, Congresso Ibero Americano de BLH 2010).

Pesquisas realizadas na década de 90 demonstraram resultados positivos com a criação destes bancos de leite, mas apontam que havia ainda pontos de estrangulamento como a restrita dotação orçamentária destinada ao programa e a necessidade de campanhas periódicas, envolvendo a mídia, para esclarecer a população e elevar os níveis de amamentação.

Esses movimentos decretaram a institucionalização da Política de Aleitamento Materno para o Distrito Federal tendo como base legal a Lei nº 454, de 14 de Junho de 1993. (BRASIL, 1993).

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou um Método de Atenção Sanitária da Mãe e da Criança, baseado no conceito do risco. A ideia central da proposta do enfoque de risco na organização dos serviços de saúde decorre da constatação da distribuição desigual dos “danos” entre os diversos grupos populacionais.

O fato de que a presença de fatores de risco possa ser observada anteriormente ao aparecimento do dano possibilita o controle ou a eliminação desses fatores, além da identificação de grupos de alto risco, merecedores de uma atenção especial por parte dos serviços de saúde. (CHESTER; CESAR, 1990).

Desta forma no Brasil a mortalidade infantil vem acompanhando a tendência mundial, com predomínio das causas perinatais. Entretanto, observa-se uma grande diferença entre os países desenvolvidos e os países subdesenvolvidos (NOGUEIRA, 1994).

Já em países africanos como Guiné-Bissau, onde as políticas de atenção maternas infantil são escassas e ineficazes, as taxas de mortalidade são altas situando-se entre crianças menores de 5 anos de idade, representa mais de 50% dos motivos de consulta, 15% das causas de mortalidade e mais de 64% das causas de óbitos na pediatria do Hospital Nacional Simão Mendes. (DENARP, 2005, p. 21).

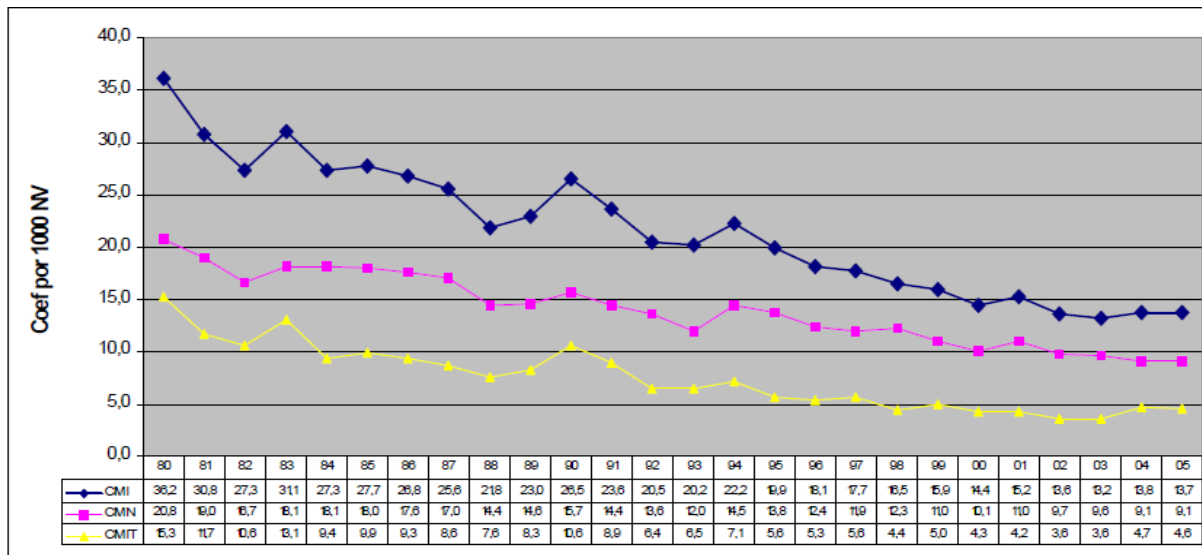
Segundo (Roberto, 2007), no Distrito Federal, em particular, os dados epidemiológicos da SES-DF mostram que a tendência de mortalidade infantil no DF é de queda. Entre 1996 e 2000 a redução da mortalidade infantil foi de 30,2%, sendo de 21,5% entre 2000 e 2004.

Nesse último período a queda foi de 10,8% na região Centro-Oeste, sendo no DF de 3,1%. Em 2005 ocorreram 12.224 óbitos infantis no Distrito Federal com 570 (4,6%) fetais (natimortos) e 11.654 (95,34%) não fetais.

Para (Roberto, 2007), a redução de mortalidade infantil ocorreu mais pela queda da taxa de mortalidade infantil tardia, do que pela queda da taxa de mortalidade neonatal. No início da década de 80 os óbitos neonatais representavam 57% dos óbitos em menores de 1 ano; em 2005, 53,9% dos óbitos infantis ocorreram em menores de 28 dias, ou seja, a participação da mortalidade neonatal aumentou neste período.

**Figura 1**

**COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL (CMI),  
NEONATAL (CMN) E INFANTIL TARDIA (CMIT) DF, 1980 A 2005**



Fonte: Relatório de Eventos Vitais SES-DF 2006

A queda da mortalidade infantil ocorreu devido à redução das doenças infecciosas, especialmente daquelas imunopreveníveis como meningites e pneumonias causadas, por exemplo, pelo *haemophilus influenzae* para as quais foram introduzidas vacinas.

O uso mais difundido do soro de reidratação oral propiciou redução significativa dos óbitos causados pelas diarreias.

Segundo (Roberto, 2007), essas medidas resultaram em uma maior queda da mortalidade no período pós-neonatal. Vale salientar que a redução continuada da fecundidade, a ampliação da assistência pré-natal, ao parto e neonatal, a melhoria das condições sanitárias e as melhorias das condições ambientais e nutricionais da população também tiveram sua parcela de importância na queda da mortalidade infantil.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde e publicado em 2006 mostrou que o Programa Saúde da Família (PSF) teve impacto significativo na queda da mortalidade infantil, no período de 1991 a 2002. Para cada aumento de 10% da cobertura do PSF, a mortalidade infantil caiu 4,5%. Apesar desses números, a mortalidade infantil no Brasil ainda é alta se comparada a outros países.

Para combater esses índices elevados da mortalidade infantil a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o governo Federal criaram uma agenda de compromissos para a Saúde integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil no país que institucionalizou a responsabilização e a necessidade de estados e municípios com a criação de programas e iniciativas voltadas para a prevenção dessas mortes precoces e evitáveis, entre elas programas de incentivo ao aleitamento materno.

Para saber das metas e propostas feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS), os indicadores sociais de saúde realizaram no Brasil:

“A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal realizado em 2009 mostra que, houve uma melhoria significativa da situação do aleitamento materno, apesar dos avanços que vêm refletindo ao longo de três décadas nos resultados da Política Nacional de Aleitamento Materno, criada em 1981, estamos distantes do cumprimento das metas propostas pela OMS e pelo Ministério da Saúde (MS), de amamentação até o final do segundo ano de vida ou mais e aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.” (BRASIL, 2009; 97).

Na visão de (Sena, 2002), os avanços dos conhecimentos sobre o leite humano e a amamentação, bem como a baixa prevalência do aleitamento materno em grupos sociais menos favorecidos direcionaram os governos a promoverem o retorno desta prática. No campo da promoção da saúde, prevenção de doenças e redução de mortalidade infantil, o aleitamento materno tem sido prioridade para a secretaria de saúde.

## **1. 1 PROBLEMA DA PESQUISA**

A mortalidade infantil tem sido um dos grandes problemas no sistema de saúde e uma das grandes preocupações da sociedade em geral, porém, as medidas até agora adotadas para a sua redução, parecem ineficientes, o que torna mais alarmante a situação dessas mortes prematuras. No entanto, é grande a preocupação desse trabalho em saber: Que papel (positivo ou negativo) tem desempenhado os programas de Incentivo ao aleitamento materno (PIAM) na redução das taxas de mortalidade infantil no DF?

## **1. 2 HIPÓTESES**

O programa de aleitamento materno implantado nas regionais da saúde do DF colaborou na redução das taxas de mortalidade infantil.

O programa de aleitamento materno implantado nas regionais da saúde do DF não colaborou na redução das taxas de mortalidade infantil.

## **1. 3 OBJETIVO GERAL**

Analisar o papel e a importância do programa de incentivo ao aleitamento materno (PIAM) na redução da mortalidade infantil no DF.

## **1. 4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Analisar e descrever as principais causas da mortalidade infantil no Distrito Federal.
- b) Analisar como o (PIAM) tem apoiado na redução da taxa de mortalidade infantil no Distrito Federal.
- c) Descrever as implicações positivas e negativas destes programas nos hospitais onde foram implantados.

## **1. 5 JUSTIFICATIVA**

Essa pesquisa tem grande importância para a saúde da criança, principalmente na redução da mortalidade infantil. Cuidados com o recém-nascido (RN): acompanhamento do RN de risco, triagem neonatal, aleitamento materno, saúde coletiva em instituições de educação infantil, atenção às doenças prevalentes como, a desnutrição, diarreias, anemias crônicas respiratórias, são componentes muito fundamentais a serem entendidos para a redução efetiva da mortalidade infantil no Distrito Federal.

A escolha das quatro regionais de saúde como local de pesquisa justifica-se pelos seguintes aspectos:

- a) O Hospital Regional de Taguatinga (HRT) é considerado como um hospital de atendimento de nível secundário, porém devido ao crescimento da cidade e entorno (Ceilândia, Brazlândia, Samambaia, Águas Claras, Recanto das Emas, Águas Lindas e Santo Antônio do Descoberto no Goiás, entre outras) e aos programas e serviços prestados pode ser definido como terciário, na estrutura de saúde do DF apenas o hospital de base

recebe esta definição. O primeiro banco de leite humano do DF foi criado neste hospital. O HRT também foi o quarto hospital do Brasil a receber o título Hospital Amigo da Criança dado pelo Ministério da Saúde e pelo UNICEF. O projeto Método Mãe Canguru rendeu ao Hospital o prêmio de reconhecimento entre 13 hospitais brasileiros. (GDF, 2006).

- b) A Regional de Ceilândia conta hoje com a maior população do Distrito Federal. Nos últimos 32 anos de funcionamento, o Hospital de Ceilândia se transformou e passou a contar com uma das melhores maternidades do DF.
- c) Asa Sul e Asa Norte são consideradas regionais da referência no atendimento materno infantil no plano piloto. Hoje é reconhecido como o hospital amigo da criança pelo fundo das nações unidas para a infância (UNICEF) em 1996 e reavaliado em abril de 2002 ganhou o prêmio Galba de Araújo, concedido pelo ministério da saúde, sob o título de maternidade mais humanizado do Distrito Federal. Esse título concede ao HRAS, por exemplo, o de referência nessa modalidade de atendimento.

Além disso, entender o apoio de (PIAM) na redução ou não das taxas de mortalidade infantil permitirá cooperar para quais decisões governamentais devem ser adotadas e posturas proativas de melhoramento do programa nos seus pontos críticos, contribuindo em definitivo para o seu aperfeiçoamento constante.

## **1. 6 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO**

A pesquisa será delimitada ao programa de incentivo ao aleitamento materno (PIAM) da SES analisando seus efeitos e resultados no combate a mortalidade infantil nas quatro principais regionais de saúde do DF.

## **2. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL**

### **2.1 Mortalidade Infantil no Distrito Federal**

O Distrito Federal apresenta a menor incidência de mortalidade infantil entre os UF, 13,3 em cada mil nascidos vivos, número muito abaixo da média nacional, que é de 24, 4, conforme dados do Ministério da Saúde.

Ação específica da Secretaria de Saúde garantem a situação de destaque em que se encontram o DF.

“Organização da atenção básica de saúde, fatores sociais e ações emergenciais junto à população pobre são fatores segundo o coordenador de Atenção Primária à Saúde, Milton Menezes, que influenciam no resultado positivo, em todas as regiões administrativas do Distrito Federal, inclusive nas áreas consideradas de risco. Entre as ações básicas que garantem mais saúde às crianças, esta o acompanhamento, até cinco anos de idade, em especial das menores de um ano. Os profissionais da Secretaria de saúde são orientados para que durante as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento sejam repassadas orientações à mãe ou responsável quanto ao aleitamento materno, vacinação diarreia e infecções respiratórias. Ainda durante as consultas é feita uma análise para saber se há sinais de risco para a vida do bebê”. (BRASIL, 2006).

Conforme (Milton, 2006), outro fator que contribui para a diminuição da mortalidade infantil é o aleitamento materno. Neste contexto, Brasília também pode ser considerada uma boa referência. Todos os oito hospitais da rede pública do DF que possuem maternidade são credenciados pelo Ministério da Saúde como Hospital Amigos da Criança, ou seja, neles há incentivo ao aleitamento exclusivo nos seis primeiros meses de vida do bebê. A prática é muito recomendado porque faz com que a criança cresça de maneira mais saudável e tenha menor chance de ficar doente e, se por acaso adoecer, tenha uma recuperação mais rápida. (BRASIL, 2006).

A assistência durante o pré-natal é outro fator que contribui para baixa mortalidade infantil. No Distrito Federal, o acesso ao pré-natal esta disponível em todos os centros de Saúde. A atenção ao pré-natal é muito importante para antever possíveis problemas que levam ao óbito do recém-nascido e identificar situações que podem complicar o parto e levar à mortalidade da mãe e da criança.

“Os fatores sociais também contam na diminuição da mortalidade infantil. No DF, as melhorias nas condições de habitação e de saneamento básico e as ações emergências para a população pobre, como programas sócias, que colaboram com a alimentação familiar, colocam o DF numa situação privilegiada em relação a outras Unidades Federais do país. A principal causa da mortalidade infantil no Distrito Federal se deve à má formação congênita. O risco de uma criança morrer em decorrência disso, que depende de uma ação do setor de Saúde, é seis vezes maior do que morrer de doença infecto-parasitária (infecções em geral). A região administrativa do Distrito Federal que apresenta o maior índice de mortalidade infantil é o Recanto das Emas, onde ocorrem 20 mortes, por mil nascidos vivos. Mesmo assim, segundo Milton Menezes, a situação nesta cidade é bem melhor que o coeficiente a nível nacional, que é de 24,4”. (BRASIL, 2006).

## **2. 2 Analisando os Conceitos Básicos do Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS).**

A mortalidade infantil é o número de óbitos em menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. (BRASIL, 2009 p.14).

As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em altas (50% ou mais), (médias 20% - 49%) e baixas (menos de 20%) em função de proximidade ou distância dos valores já alcançados pelas sociedades mais desenvolvidas ao longo do tempo. No entanto, mesmo quando as taxas de mortalidade são baixas, podem ser verificadas pronunciadas variações entre distintos segmentos da população. (SIMÕES, 2002. p. 53).

Além disso, a mortalidade neonatal subdivide-se em neonatal precoce e neonatal tardia. A taxa ou coeficiente de mortalidade infantil é um bom indicador do nível de saúde de uma população porque é sensível às condições socioeconômicas da população e às intervenções de saúde (BRASIL, 2009. p. 60).

Na última década houve redução de 17% do coeficiente de mortalidade infantil no Distrito Federal devido a vários fatores, como alta cobertura vacinal, melhor controle das doenças infecciosas, ampliação da assistência pré-natal, ao parto e neonatal e melhoria das condições sanitárias, entre outros.

É no primeiro ano de vida que os fatores biológicos e sociais têm mais influência sobre as condições de saúde das crianças, pois ainda estão em processo de formação e têm menor capacidade de defesa contra as agressões externas, favorecendo o desenvolvimento das doenças e a morte. (JUNIOR, 1997 p.10).



A mortalidade infantil reflete não apenas os aspectos relacionados à manutenção da saúde, como também a qualidade do atendimento oferecido à gestante, ao parto e às crianças. Esse indicador de saúde reflete também a ocorrências de doenças em geral, em especial as infecciosas, a quantidade e a qualidade da alimentação disponível e as condições gerais de saneamento básico, em especial a disponibilidade da água encanada, rede de esgoto e coleta de lixo, praticamente todos os aspectos da vida humana influenciam a sobrevivência da criança.

A renda econômica da família e o nível educacional dos pais são condições sociais de grande influência sobre as taxas de mortalidade infantil, mais elevada na população de menor renda e menor escolaridade.

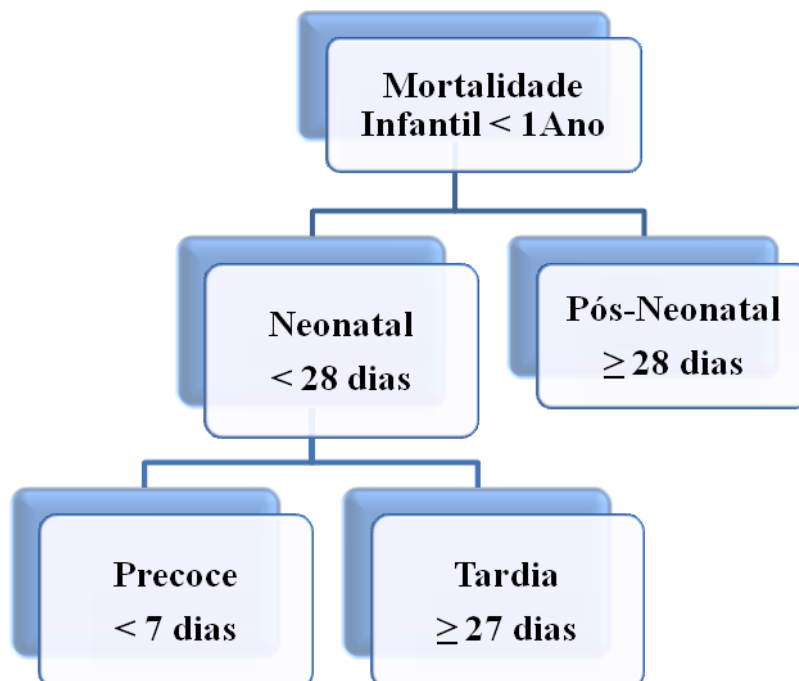
É importante analisar as condições em uma comunidade na avaliação do impacto de algumas ações de saúde pública, como saneamento básico, redes de água encanada e esgoto ou criação de novos centros de saúde ou hospitais. Para que a taxa da mortalidade infantil seja útil na avaliação da situação atual e da evolução das condições sociais e de saúde de uma população, deve ser calculado o mais rigorosamente possível. (JUNIOR, 1997, p. 10).

Uma forma simples de apresentar o cálculo da mortalidade infantil, também chamada coeficiente ou taxa de mortalidade infantil, é através do seguinte esquema. (JUNIOR, 1997; BRASIL, 2008).

**Taxa de**                      Número de mortes de crianças menores de 1 ano,  
**Mortalidade**      = em uma determinada população, em um determinado ano \_\_\_\_\_ **x1.000**  
**Infantil**                      Número de nascidos vivos na mesma população, no mesmo ano.

**Figura 2**

### **TIPOS DE MORTALIDADE INFANTIL**



**Fonte:** Elaboração do pesquisador

#### **2.3 a) Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal Precoce**

Para reduzir a mortalidade infantil no Distrito Federal, os indicadores sociais de saúde dividem as mortes de crianças com menor de 1 ano de idade em três fases diferentes que variam as causas de morte das crianças:

Mortalidade Infantil Precoce é o número de óbitos de 0 a 7 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. (BRASIL, 2009 p. 17).

Também estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida. E contribuiu também na avaliação do desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade em geral.

Segundo Ministério da Saúde (2009), a mortalidade neonatal precoce ainda pode estar submetida pela exclusão de óbitos declarados como natimortos, mas ocorridos na verdade, pouco após o parto. (BRASIL, 2009 p.15)

### **2.5 b) Taxa de Mortalidade Infantil Tardia**

É o número de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos por mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. (BRASIL, 2009 p. 17). As mortes tardias são causadas pelos conjuntos de problemas sociais e de saúde que podem afetar a criança no decorrer do seu primeiro ano de vida.

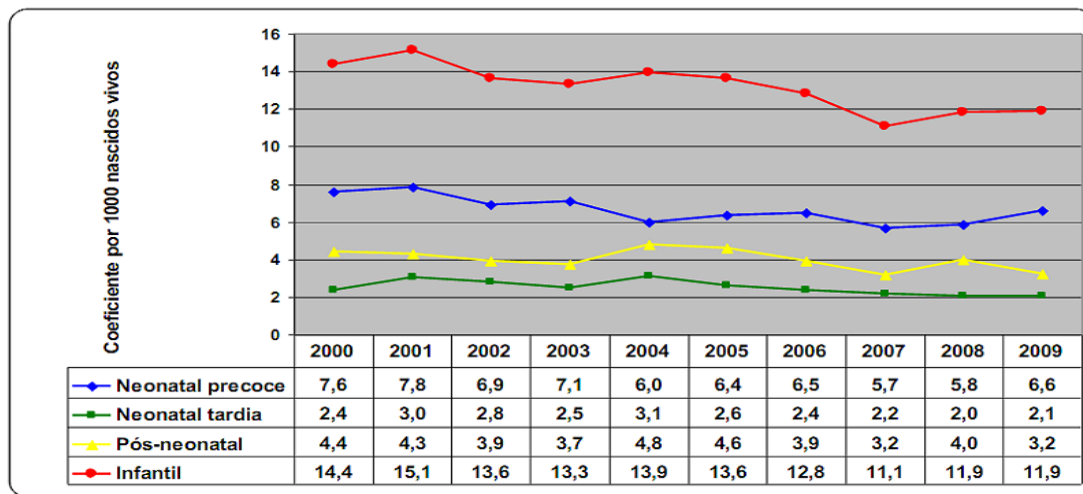
A partir do segundo mês, o bebê passa a sofrer uma série de influências das condições em que vive e é criado, de seu meio ambiente. São essas condições que determinarão como a mortalidade infantil tardia se comportará em determinada população. Este último indicador foi o que apresentou a maior redução no período, igual a 27%.

### **2.5 c) Taxa de Mortalidade Infantil Pós-Neonatal**

É o número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. (BRASIL, 2009 p. 18). De maneira geral, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associada. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para a atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário. (BRASIL, 2009. p. 18). Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é, frequentemente, o componente mais elevado.

**Figura 3**

**TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE, NEONATAL TARDIA, PÓS-NEONATAL E INFANTIL, DISTRITO FEDERAL, 200 A 2009**



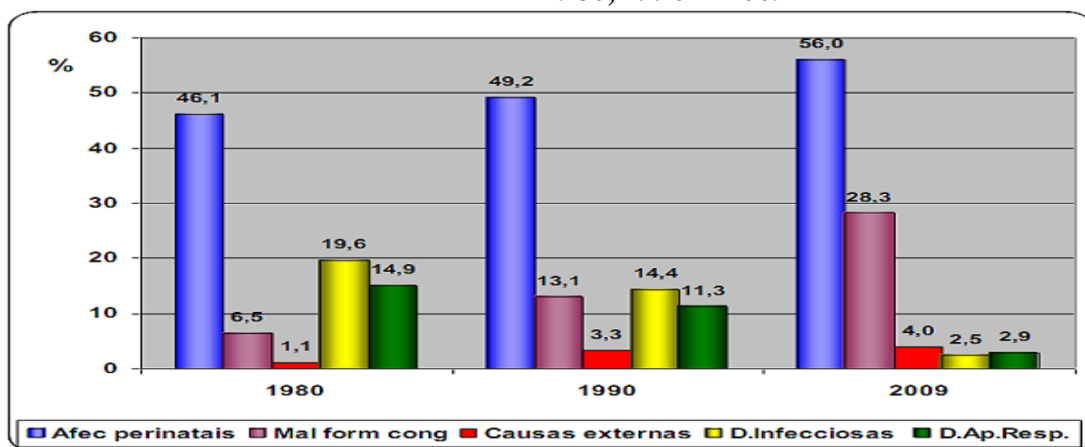
Fonte: SIM/Divep/SVS/SES/DF

dados sujeitos a alteração

Desde a década de 1980, a principal causa de óbito em menores de 1 ano são as afecções perinatais, responsáveis por cerca da metade dos óbitos. Sua proporção, assim como a de malformações congênitas e a de causas externas, vem crescendo à medida que outras causas, como doenças infecciosas e doenças do aparelho respiratório diminuem. Esta mudança do perfil de mortalidade infantil é decorrente de maior cobertura vacinal, melhor controle das doenças infecciosas e melhoria das condições socioeconômicas e sanitárias.

**Figura 4**

**MORTALIDADE PROPORCIONAL PELOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSA EM MENORES DE 1 ANO RESIDENTES NO DISTRITO FEDERAL EM 1980, 1990 E 2009**



Fonte: SIM/Divep/SVS/SES/DF

dados sujeitos a alteração

As principais causas de óbito neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal em 2009. Observa-se que no período neonatal 97% dos óbitos foram por afecções perinatais e malformações congênitas. No período pós-neonatal quase a metade dos óbitos foram decorrentes de malformações congênitas, seguido das doenças do aparelho respiratório (10,6%), onde se destacam as pneumonias, e causas externas (9,9%), por inalação/ingestão de conteúdo gástrico e ou alimentos (BRASIL, 2009 p. 62).

As condições econômicas dos familiares determinam uma séria de aspectos que influem na mortalidade infantil. O conjunto desses aspectos, denominado ao nível de escolaridade dos pais, especialmente o da mãe.

As famílias com maior renda, os pais apresentam maior escolaridade, é fator positivo sobre as condições gerais de vida da criança. Entre outras características, o tipo de alimentação, as condições de higiene da residência e do bairro onde vive a família e a qualidade da água potável e utilizada no preparo dos alimentos.

Outro aspecto relacionado ao nível socioeconômico da família, com a influência sobre a mortalidade infantil tardia, é o nível de escolaridade dos pais, especialmente o da mãe. As famílias com maior renda, os pais apresentam maior escolaridade, fator positivo sobre as condições gerais de vida da criança. (JUNIOR, 1997, p. 58).

Para reduzir ou eliminar as mortes por diarreia estudos apontam que é preciso ter água encanada, rede de esgoto e coleta de lixo etc.

Junior (1997, apud SCHMITZ, et al; 2004), afirma que, a mortalidade infantil varia muito de um país para outro, refletindo as condições sociais e de saúde de sua população.

“De acordo com os países da Europa Ocidental, Estados Unidos, Canadá e Japão, a mortalidade infantil apresentou, na primeira metade da década de 90, valores quase sempre inferiores a 10 óbitos por mil nascidos vivos. Redes de saneamento básico e assistência à saúde de boa qualidade para quase toda a população, alimentação suficiente em quantidade e qualidade, elevado nível educacional e salário que permitem suprir as necessidades humanas básicas explicam a situação favorável de mortalidade infantil. Atualmente, o Japão e a Suécia apresentam as menores taxas de mortalidade infantil do mundo, com valores de 5 e 6 por mil respectivamente.” (JUNIOR; 1997, apud SCHMITZ, et al; 2004).

Nos países subdesenvolvidos da África e de América Latina, incluindo o Brasil, a tendência à redução da mortalidade infantil deu-se a partir da segunda metade do século XX, em consequência de seu desenvolvimento econômico e social.

Ao contrário dos países mais ricos, em que a melhora das condições sociais gerais fizeram cair a mortalidade infantil, nos países subdesenvolvidos a evolução desse importante indicador de saúde tem sido diferente. Nos países pobres, a queda na mortalidade infantil tem mostrado relação direta com as ações localizadas de saúde pública, principalmente a expansão do saneamento básico e da assistência à saúde (JUNIOR, 1997, p. 25).

### **3. ALEITAMENTO MATERNO: ASPECTOS TEÓRICOS RELEVANTES**

#### **3. 1. A Importância do Aleitamento Materno**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em torno de seis milhões de vida de crianças estão sendo salvas a cada ano por causa de aumento das taxas de amamentação exclusiva. No Brasil, em 14 municípios da Grande São Paulo, a estimativa média de impacto da amamentação sobre o Coeficiente de Mortalidade Infantil foi de 9,3%, com variações entre os municípios de 3,6%. (PEREIRA, et al; 2003, apud BRASIL, 2009).

A proteção do leite materno contra mortes infantis é seis vezes maior em crianças menores de dois meses não amamentadas, diminuindo à medida que a criança cresce, porém ainda é dobro no segundo ano de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000, apud BRASIL, 2009).

É importante ressaltar que, enquanto a proteção contra mortes por diarreia diminui com a idade, a proteção contra mortes por infecções respiratórias se mantém constante nos primeiros dois anos de vida.

Em Pelotas (RS), as crianças menores de dois meses que não recebiam leite materno tiveram uma chance quase 25 vezes maior de morrer por diarreia e 3,3 vezes maior de morrer por doença respiratória, quando comparadas com as crianças em aleitamento materno que não recebiam outro tipo de leite. Esses riscos foram menores, mas ainda significativos (3,5 e 2 vezes, respectivamente) para as crianças entre dois e 12 meses. (VICTORIA et al; 1987).

A amamentação previne mais entre as crianças de menor nível socioeconômico. Enquanto para os bebês de mães com maior escolaridade o risco de morrerem com no primeiro ano de vida era 3,5 vezes maior em crianças não amamentadas, quando comparadas com as amamentadas, para as crianças de mães com menor escolaridade, esse risco era 7,6 vezes maior. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000 Apud BRASIL, 2009).

Nos países não industrializados, as mulheres de classes menos favorecidas, de baixo e médio poder aquisitivo, amamentam mais que as de melhor nível socioeconômico. (FALEIROS et al; 2006. p. 625).

Mas, mesmo nos países mais desenvolvidos o aleitamento materno previne mortes infantis. Nos Estados Unidos, por exemplo, calcula-se que o aleitamento materno podia evitar, a cada ano, 720 mortes de crianças menores de um ano, (CHEN, ROGAN, 2004).

Atualmente, o leite materno é preconizado como alimento exclusivo nos primeiros meses de vida da criança pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância e Ministério da Saúde (ESCOBAR; et al; 2002. p. 254). Um estudo demonstrou que amamentação na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais. (EDMOND; 2006, BRASIL, 2009).

Segundo Junior (1997 p. 114), leite materno é o melhor alimento para crianças pequenas, pois garante crescimento e desenvolvimento adequados, diminuindo a ocorrência de doenças e a mortalidade infantil. As crianças alimentadas com leite materno sofrem menos doenças infecciosas, respiratórias e digestivas.

Para a criança se alimentar saudável, é preciso que as mães amamentem.

“Amamentar é o ato de a criança obter o leite materno segundo as mamas, ou a oferta, pela mãe à criança, da mama e seu leite. À luz dos referenciais teóricos da fisiologia da lactação, praticamente, todas as mulheres têm possibilidade fisiológicas de amamentar, porém, esse potencial inato não assegura a concorrência da amamentação. O desmame precoce, apesar da melhora nos seus índices no Brasil, ainda continua sendo uma realidade, dificultando a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, preconizado pela Organização Mundial de Saúde.” (ARAÚJO et al; 2007, p. 432).

Amamentação também favorece a relação afetiva entre mãe e o bebê, ajuda a criança a desenvolver-se bem, fisicamente e emocionalmente. A maioria das mães preferia amamentar os filhos com leite materno, sem mamadeira e chupeta, alimentar as crianças com leite materno é um excelente exercício para o desenvolvimento da face da criança, importante para que ela tenha dentes fortes e bonitos, desenvolva a fala e tenha uma boa respiração. Mesmo com tantas vantagens a favor da amamentação materna, até a pouco tempo a maiorias das mulheres, não só no Brasil quase em todo mundo prefere amamentar o bebê até os seis meses ou mais.

A amamentação, é um processo alimentar que oferece alimento nutricionalmente completo para o bebê, constitui-se em um fenômeno complexo, no qual estão envolvidos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, estando intimamente associado à cultura. (ARAÚJO et al; 2007, p. 436).

Amamentação materna tem por objetivo orientar as mães como amamentar seus filhos de uma forma natural e espontânea, pois leva em conta que amamentar é, antes de tudo, uma questão de atendimento entre mãe e filho. (VINHA, 1987).

Junior disse que nem sempre as coisas foram desfavoráveis para amamentação materna. Esta é uma prática muito influenciada pela cultura, ultrapassando os limites estreitos da biologia humana. Existe o lado biológico da questão, incluindo os hormônios envolvidos na produção e na ejeção do leite pelas glândulas mamárias.

São essas estruturas, existentes nas mamas, que produzem o leite. Existe também o importante lado sociocultural, que explica as variações da amamentação no tempo e no espaço.

O aleitamento materno tem variado conforme as épocas e os costumes. Como em vários outros campos da vida humana, o social supera o biológico. Por isso, (Franca et al; 2007, p.712) entendem que governos devem adotar estratégias para que as mães tenham suporte teórico e emocional, podendo tomar a decisão de amamentar.

O princípio de que o aleitamento materno é construído a partir dos aspectos biológicos e sociais, estas ações devem considerar que a mãe é parte de um ambiente, onde diversos fatores podem dificultar que o ato de amamentar seja praticado com sucesso e com duração adequada.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou, em 2008, a Rede Amamenta Brasil, visando à promoção e apoio à amamentação básica do país. Essa estratégia veio preencher uma importante lacuna, haja vista as ações de incentivo ao Aleitamento Materno estarem focalizadas no âmbito hospitalar. VENANCIO et al; (2010. p. 324).



### 3.2 TIPOS DE ALEITAMENTO MATERNO

É muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Assim, o aleitamento materno costuma ser classificado em:

**3.3 Aleitamento Materno Exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

**3.4 Aleitamento Materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

**3.5 Aleitamento Materno Exclusivo Complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

**3.6 Aleitamento Materno Exclusivo Predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais<sup>1</sup>.

**3.7 Aleitamento Materno Exclusivo Misto ou Parcial** – a criança recebe leite materno e outros tipos de leite, (BRASIL; 2009 Apud VANNUCHI; et al, 2005). Estudos recentes sobre aleitamento materno mostraram alguns programas de incentivo ao aleitamento materno no Brasil. Alguns exemplos bem sucedidos são o Alojamento Conjunto; método Mãe-Canguru; Hospital Amigo da Criança; Projetos Carteiro Amigo e Bombeiros Amigos da Amamentação. (REIS et al; 2008), focando sempre a preocupação com o desmame precoce e suas graves consequências para a saúde e o estado nutricional das crianças.

---

<sup>1</sup> Embora a OMS não reconheça os fluidos rituais (poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos) como exceção possível inserida na definição de aleitamento materno exclusivo, o Ministério da Saúde, considerando a possibilidade do uso de fluidos rituais com finalidade de cura dentro de um contexto intercultural e valorizando as diversas práticas integrativas e complementares, apóia a inclusão de fluidos rituais na definição de aleitamento materno exclusivo, desde que utilizados em volumes reduzidos, de forma a não concorrer com o leite materno.

### 3.8 SAÚDE DA CRIANÇA

Em 1983 o Ministério da Saúde através da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DANSAMI) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de atender a todos os ciclos de vida das mulheres e de reduzir a morbi-mortalidade da população feminina.

Na mesma ocasião o ministério da Saúde define uma política de atenção à saúde da criança (PAISC) com objetivo de identificar e atender as questões de saúde relacionadas à criança, buscando desta forma a integralidade na atenção. Em 1984, a FHDF inicia a implantação das duas políticas ministeriais adotando o nome de programa de assistência integral à saúde da mulher e da criança – (PAISMC).

Posteriormente cada um destes programas passa a ter sua identidade, nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde. No caso do programa de assistência integral à saúde da criança (PAISC), estabeleceu-se como prioridade a criança menor de 1 ano. Em 1990 foi criado como piloto, o núcleo de saúde da comunidade da regional norte (HRAN), formado por uma equipe multiprofissional para a coordenação dos programas de ações básicas.

A caderneta de saúde da criança-passaporte da cidadania a todas as crianças nascidas no território nacional é um importante instrumento de registro e orientações que auxilia nesse acompanhamento. Seu uso adequado é importante para estreitar e manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde. (BRASIL, 2006 p. 3).

O aleitamento materno é considerado umas das principais formas de se prevenir a morte de recém-nascidos. Também ajudam a promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendam o aleitamento materno por dois anos ou mais, com exclusividade nos primeiros seis meses.

Para reduzir a mortalidades infantil, estudiosos orientam para a importância do aleitamento materno.

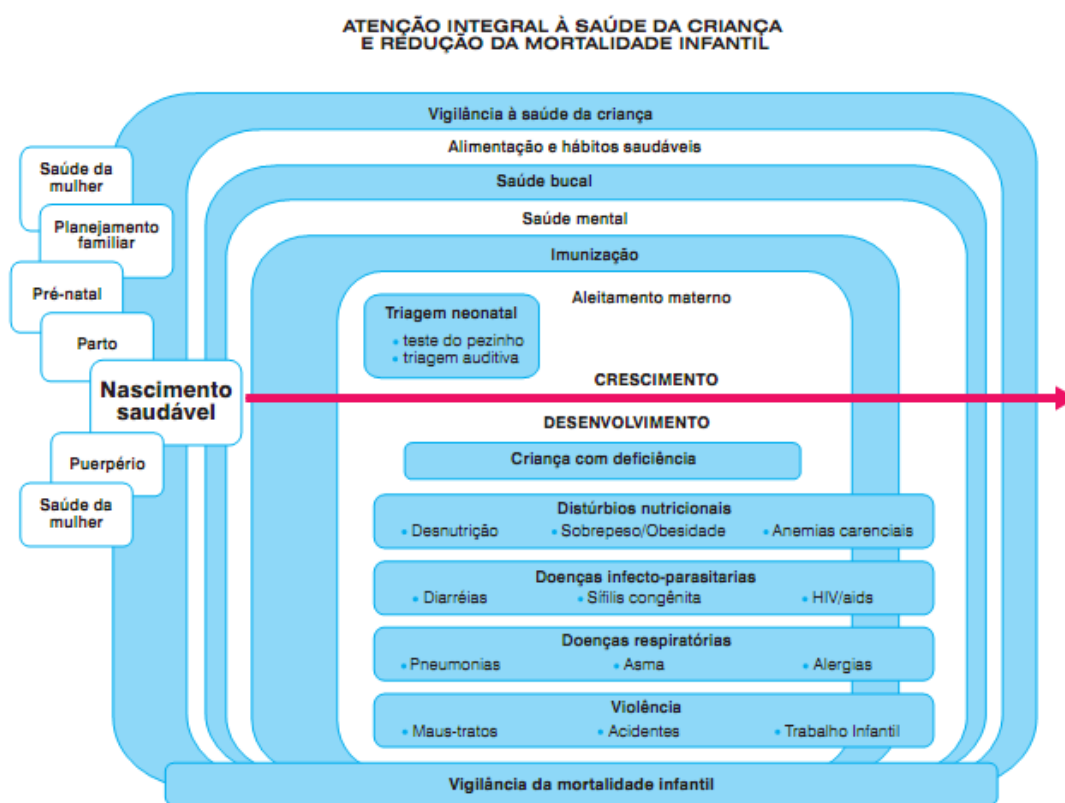
“Segundo Ministério da Saúde, Vigilância à Mortalidade Infantil e Fetal é um importante estratégia para a redução da mortalidade infantil e fetal, que possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. Tem sido estimuladas ações de mobilização das equipes de saúde para identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações, investigação e análise de evitabilidade dos óbitos e identificação das medidas necessárias para a prevenção de novas ocorrências.” (BRASIL, 2006 p. 4).

A saúde da criança no SUS é, então, organizada a partir de uma noção de atenção integral, feita na lógica do cuidado capaz de articular a saúde como um processo que vincula ações e serviços de promoção, prevenção reabilitação e tratamento de doença. (LARA, 2010 p. 91).

Para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial, o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde criaram o pacto para assistência à saúde da criança:

“As linhas de cuidado prioritário da Área Técnica de Saúde da Criança Aleitamento Materno vêm ao encontro dos compromissos do Brasil com os objetivos de Desenvolvimento do Milênio, como o Pacto de Redução da Mortalidade Materno e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde. As ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.” (BRASIL, 2006 p. 2).

**Figura 5**



**Fonte:** Ministério da Saúde

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, propiciando o desenvolvimento de ações de programação da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno. (BRASIL, 2006 p. 3).

A infância é considerada pela saúde pública como período crucial do desenvolvimento humano em que se devem receber maiores cuidados, porque essa fase é importante para a garantia de um futuro saudável da criança e, em última instância, da sociedade. (LARA, 2010 p. 89).

#### **4. Analisando alguns programas de incentivo ao aleitamento materno (PIAM).**

##### **4.1 Alojamento Conjunto (AC).**

Historicamente no Brasil, o Alojamento Conjunto surgiu na década de 70 a partir das necessidades de criar melhores condições para proporcionar um melhor relacionamento entre mãe e filho, desde os primeiros momentos após o parto. (FREDERICO et al; 2000 apud REIS et al., 2008).

Para reduzir a taxa do desmame precoce no Brasil, o Ministério da Saúde (MS); Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), lançou a primeira experiência do Alojamento Conjunto na década de 1971, em Brasília, Distrito Federal.

“O Alojamento Conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 horas por dia, em um mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Este sistema permite à equipe multiprofissional realizar o cuidado direto, o controle do ambiente e a articulação com outros setores, possibilitando a prevenção de infecções e contribuindo para a saúde do binômio mãe-filho.” (PASQUAL et al; 2010. p. 335).

Este tipo de permanência permite as mães receberem orientações para prestar cuidados ao filho, incentivar a amamentação, favorecer o vínculo entre os familiares, além de contribuir para a redução de índices de infecção hospitalar. (SOARES et al; 2002. p. 309).

A vantagem do Alojamento Conjunto favorece o aleitamento materno em livre demanda e sua manutenção por tempo prolongado, fortalece o vínculo entre mãe e filho e oferece condições para que a equipe de enfermagem possa proporcionar orientações à puérpera por meio de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido. (ODINO et al., 2010. p. 683).

A implantação do Alojamento Conjunto, assim como a criação dos Bancos de Leite Humano e de grupos de apoio à amamentação, imprimiu grandes mudanças nas políticas fundamentais na assistência ao binômio mãe e filho. (PASQUAL et al; 2010. p. 336).

#### **4.2 Método Mãe-Canguru**

O Método Mãe Canguru (MMC) surgiu na Colômbia, em 1979, a fim de reduzir a mortalidade neonatal.

“Nesse método o bebê que nasce prematuro é colocado contra o peito da mãe em posição vertical, promovendo assim uma maior estabilidade térmica e reduzindo o tempo de permanência do bebê no hospital, além de poder oferecer também uma assistência mais humanizada e de melhor qualidade com menores custos para o sistema de saúde, uma vez que o método não necessita de grande aparato tecnológico.” (ANDRADE et al; 2005 MILTERSTEINER et al; 2003; ALMEIDA, 2004; apud SOUZA, et al; 2010 p. 33).

Em funções corporais e amamentação com leite materno, a mãe e o bebê precisa ter 24 horas ao dia, contato pele a pele, onde este bebê recebe o estímulo e o calor da mãe necessário para estabilidade térmica, reduzindo também o tempo de permanência no hospital e fortalecendo o binômio mãe e filho.

O Método Mãe-Canguru chegou ao Brasil em 1992 para que fosse mudado e tornasse mais humanizado o atendimento ao recém-nascido. Os primeiros hospitais a utilizarem foram Guilherme Álvaro em Santos (SP), em 1992, em 1993, o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, em Recife. (BRASIL, 2002&ALMEIDA, et al; apud 2004; SOUZA, et al., 2010 p. 34).

A partir dessas exitosas experiências, houve considerável expansão do método no país, em decorrência das vantagens, tanto para mãe quanto para o bebê, embora nas políticas brasileiras, a ênfase esteja vinculada mais para os benefícios relacionados ao bebê, diminui o tempo de separação do recém-nascido. (ARIVABENE et al; 2009 p. 132).

O Programa Mãe-Canguru apresenta-se como um tipo de assistência humanizada para o atendimento do recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso. Adota a prática de colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe no intuito de fortalecer o vínculo mãe-bebê, incentivar o aleitamento materno e promover maior segurança nos cuidados com a criança. (VÉRA et al; 2009 p. 62).

### 4.3 Hospital Amigo da Criança

Para garantir a saúde e melhorar a qualidade de vida das crianças brasileiras, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criou o programa hospital amigo da criança no ano 1990. No mesmo ano foi realizado o primeiro encontro na Itália, na cidade de Florença, em que foi idealizada a estratégia hospital amigo da criança (HAC).

Com o objetivo de buscar mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno a hospital amigo da criança consistem na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudar as rotinas e condutas relacionadas à prevenção do desmame precoce. (SEKEIA et al; 2008).

Para proteger e promover apoio ao aleitamento materno, Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizou o primeiro encontro na Itália, na cidade de Florença, em que foi idealizada a estratégia hospital amigo da criança.

“Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 1991-92, Hospital Amigo da Criança (IHAC) tem crescido, com mais de 20 mil hospitais credenciados em mais de 156 países nos últimos 15 anos. Neste período, diversos encontros regionais oferecem orientação e proporcionaram oportunidades para a criação de redes de contatos e a troca de informações entre profissionais envolvidos com a implantação da iniciativa em seus países. Duas dessas reuniões aconteceram recentemente na Espanha (para profissionais da Europa) e em Botsuana, para profissionais do leste e do sul da África.” (BRASIL, 2010 p. 7).

Ao mesmo tempo, as práticas Amigos da Criança garantem que mulheres que não amamentam também recebam apoio em outras opções de alimentação que tenham escolhido por intermédio de informações completas, imparciais e sem pressões comerciais, e ao contato continua desde cedo, que promove a criação de vínculos afetivos entre mãe e filho (BRASIL, 2010 p. 39).

Hospital Amigo da Criança foi incorporado pelo Ministério da Saúde como ação prioritária para promover, proteger e promover a amamentação. A iniciativa foi baseada nos “Dez Passos Para o Sucesso da Amamentação”, os quais tinham o objetivo de promover mudanças nos procedimentos hospitalares, em benefício do aleitamento natural. (PASQUAL et al., 2010 p. 336).

Os critérios globais compreendem a adesão aos “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno” e, no caso do Brasil, à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Criança de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL).

Os Dez passos são recomendações que favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento à mãe e ao recém-nascido ao longo do trabalho do parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicílio, com apoio da comunidade.

Para Ministério da Saúde (2011), é preciso informar as mães sobre o funcionamento dos Dez passos para sucesso do aleitamento materno.

“Esses Dez Passos são úteis também para capacitar a equipe hospitalar que trabalha com mães e bebês para informar sobre as vantagens e o correto manejo do aleitamento materno e sobre as desvantagens do uso dos substitutos do leite materno, das mamadeiras e das chupetas, entre outros. Estudos realizados em diferentes países, incluindo o Brasil, concluem que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança IHAC é um estratégia efetiva e confirmam a coerência e viabilidade dos Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno.” (BRASIL, 2011 p. 3).

**Figura - 6**

**REDE BANCO DE LEITE HUMANO E  
PCLHA DE BRASÍLIA DADOS ESTATÍSTICOS**

	2007	2008	2009	2010
Volume LHO Coletado (litros)	20.282,70	20.371,60	18.080,80	12.614,1
Doadoras	4.839	4.850	4.898	4.332
Mulheres e Lactentes atendidos	137.932	163.302	157.377	118.539
Receptores	16.670	17.448	13.830	8763

**Fonte:** Sistema de Produção Rede BLH Brasil – 28 de Setembro de 2010

O Distrito Federal foi reconhecido por ser a única unidade da federação no mundo autossuficiente em estoque de leite materno, pela arrecadação e ampla cobertura dos bancos de leite nos hospitais da rede pública local, além do trabalho de coleta realizado pelo Corpo de Bombeiros do Distrito Federal. (CORREIO BRASILIENSE, 2011).

Figura 7

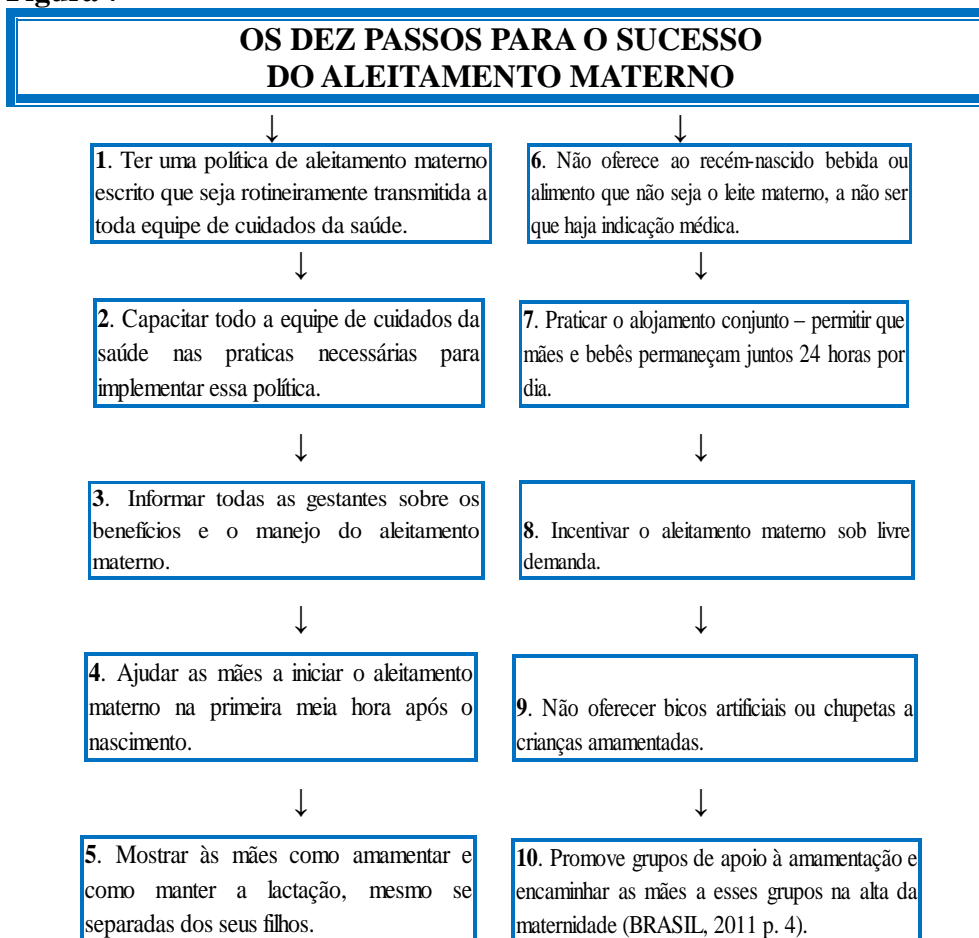
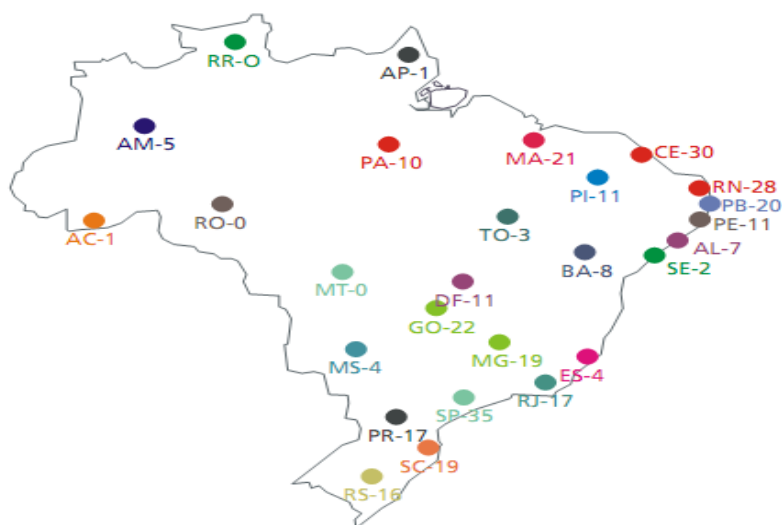


Figura 8

**NÚMERO DE HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA NAS UNIDADES FEDERADAS BRASILEIRAS**



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.



Para receber o título de hospital amigo da criança o hospital deve cumprir os dez passos para o sucesso do aleitamento materno e atender os demais critérios estabelecidos pelo Brasil, que são:

1. Comprovar cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES.
2. Comprovar cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Criança na Primeira Infância.
3. Não estar respondendo à sindicância no Sistema Único de Saúde.
4. Não ter sido condenado judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada no pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais.
5. Dispor de profissional capacitado para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto. Garantir, a partir da habilitação, que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta hospitalar com o registro de nascimento civil, comprovado pelo Sistema de Informações Hospitalares.
6. Possuir Comitê de Investigação de Óbitos Maternos, Infantis e Fetal implantado e atuante, que forneça trimestralmente ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde e/ou da Secretaria Estadual de Saúde (SES) as informações epidemiológicas e as iniciativas adotadas para a melhoria na assistência, para análise pelo Comitê Estadual e envio semestral ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.
7. Apresentar taxa de crescimento conforme o estabelecido pelo Gestor Estadual ou Municipal, tendo como referência as regulamentações procedidas do Ministério da Saúde. Os hospitais cujas taxas de cesarianas estão acima das estabelecidas pelo gestor estadual ou municipal deverão apresentar redução dessas taxas pelo menos no último ano e comprovar que o hospital está adotando medidas para atingir as taxas estabelecidas.

8. Apresentar tempo de permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesariano.

9. Permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto.

10. Cumprir os “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (BRASIL, 2011 p. 13).

## **5. REDE AMAMENTA BRASIL**

A rede Amamenta Brasil é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM) coordenada pela área técnica da saúde da criança e aleitamento materno, do departamento de ações programáticas estratégicas, com o departamento de atenção básica, ambos vinculados à secretaria de atenção à saúde do ministério da saúde.

A rede propõe a aumentar os índices de amamentação no país a partir da circulação e troca de informações entre os diversos atores, capacitando os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde (UBS) para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno e para uma prática integralizadora. (BRASIL, 2011 p. 6).

Para se estabelecer uma estratégia nacional de promoção e proteção apoio ao aleitamento materno na atenção básica, o ministério da saúde criou o programa rede amamenta Brasil para necessidade de amamentação e ser compreendida pelos profissionais e pela sociedade como um processo não apenas biológico, mas também social e cultural.

### **5. 1. Direitos da Criança e do Adolescente**

Os direitos das crianças e dos adolescentes estão assegurados mundialmente pela convenção dos direitos humanos e pelos protocolos facultativos reafirmados pelo Brasil na constituição federal (1988) e no estatuto da criança e do adolescente ECA (Lei nº 8.069/1990), bem como em políticas setoriais do governo referentes à área de saúde.

Esses direitos estão ameaçados em virtude da violência que difundida e todo o tecido social, causando grande impacto na saúde da população, além de altos custos econômicos e sociais para o Estado e para famílias, com anos potenciais de vida perdidos, (BRASIL, 2006 p. 11).

De acordo com a “agenda de compromissos para a saúde integra da criança e redução da mortalidade infantil”, a atenção à saúde da criança deve garantir o direito de acesso aos serviços de saúde, com enfoque na integralidade do indivíduo e da assistência que garantam resolutibilidade adequada e promovam a equidade ao assumir o desafio da conformação de uma rede única integrada de assistência. (LARA, 2010 p.92).

Sistema único de saúde (SUS) como a gestão pública e instrumento de ação política, deve buscar sempre a construção de uma sociedade mais equitativa e democrática. É fundamental que esforço na qualificação dos processos de gestão, melhorou o rendimento e a efetividade da administração pública, de forma a conseguir implementar políticas que impactem positivamente o perfil da saúde e a qualidade de vida das populações. (BRASIL, 2009. p. 5).

De acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

“Art. 196. A Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

## **5. 2. PLANO DE DESENVOLVIMENTO**

Tendo em vista que o objetivo desta pesquisa será analisar o papel e a importância do programa de incentivo ao aleitamento materno (PIAM) na redução da mortalidade infantil no DF, a pesquisa será do cunho qualitativo e terá como estratégia de pesquisa o estudo de caso.

Para fins de coleta serão realizados entrevistas semi-estruturadas com coordenadores do programa de atenção integral a saúde da criança (PAISC), coordenadores dos bancos de leite humanos, destas regionais junto ao banco de leite do GDF e mães de crianças nos centros de saúde e ambulatório de crescimento e desenvolvimento nas seguintes regionais: Asa Norte, Asa Sul, Taguatinga e Ceilândia.

Será observada ainda a opinião do participante sobre o funcionamento dos bancos de leite materno. Adicionalmente, serão solicitados ao SES dados relativos aos índices de desmame precoce e do índice das mães que amamentam exclusivamente com leite materno no DF, considerando, os índices definidos pela OMS, como forma de corroborar na discussão dos resultados da pesquisa. Continuação de levantamento da literatura e referências bibliográficas dos autores, coleção de teorias, conceitos e ideias (pesquisa bibliográfica) documentos e relatórios da SES/DF pertinentes à pesquisa (pesquisa documental).

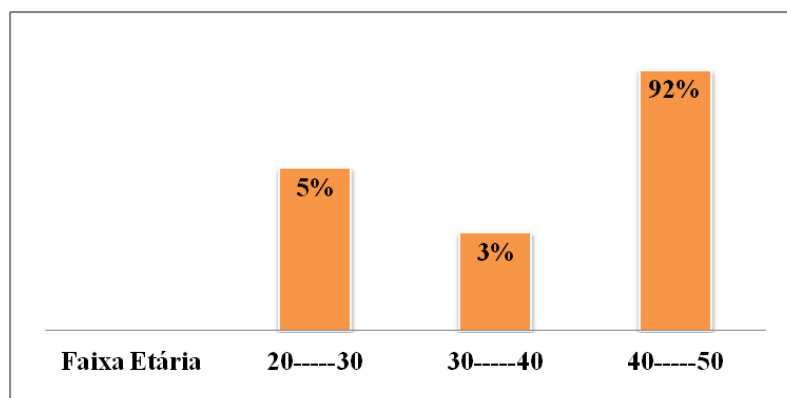
A utilização de entrevistas em investigações epidemiológicas constitui importante instrumento tanto para a identificação das necessidades sentidas pela população, geradoras de demanda a serviços de saúde, como para a obtenção de subsídios visando à caracterização do que se pode denominar de “necessidades não sentidas” no campo da saúde, cuja determinação é de grande importância no planejamento do projeto.

## 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

No capítulo a seguir serão apresentados os resultados e a discussão dos dados coletados durante a pesquisa, em Regionais e Centros de Saúde do Distrito Federal.

**Gráfico 1**

### PERFIL DOS COLABORADORES DE BANCOS DE LEITE HUMANO POR IDADE

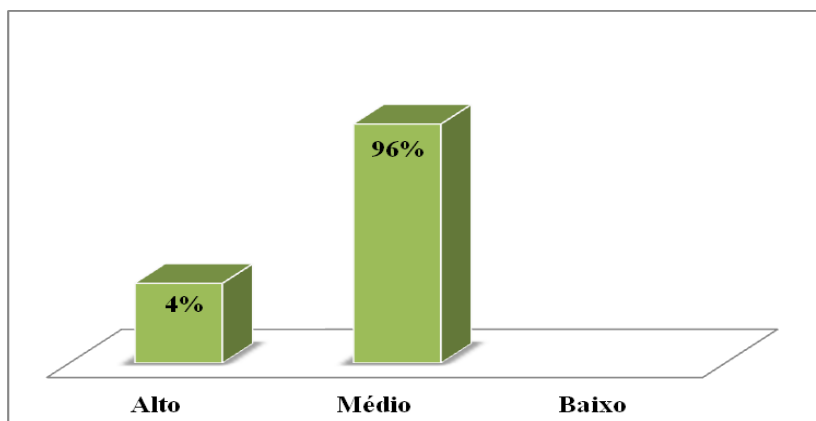


**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

95% dos colaboradores que trabalham nos Bancos de Leite Humano em Hospitais Públicos do Distrito Federal, se encontram na faixa etária entre 40 a 50 anos; 5% está na faixa entre 20 a 30 anos.

**Gráfico 2**

### ÍNDICE DE AMAMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS NOS PRIMEIROS 6 MESES



**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

Dados coletados junto a colaboradores nos hospitais pesquisados evidenciam que 96% das mulheres no DF amamentam os seus filhos até os primeiros seis meses de vida, isso equivale a um índice médio de amamentação que segundo a OMS é um índice bom de amamentação.

Esse elevado índice segundo entrevistados foi motivado por vários fatores, principalmente.

[...] O apoio dos profissionais e o apoio da equipe como um todo, porque essa mãe, ela vai ao posto de saúde e, lá no posto de saúde, eles já... Quando vão vacinar, quando vão pesar, medir essa criança, eles tem que estar atento a essas questões da amamentação. (Entrevistada B).

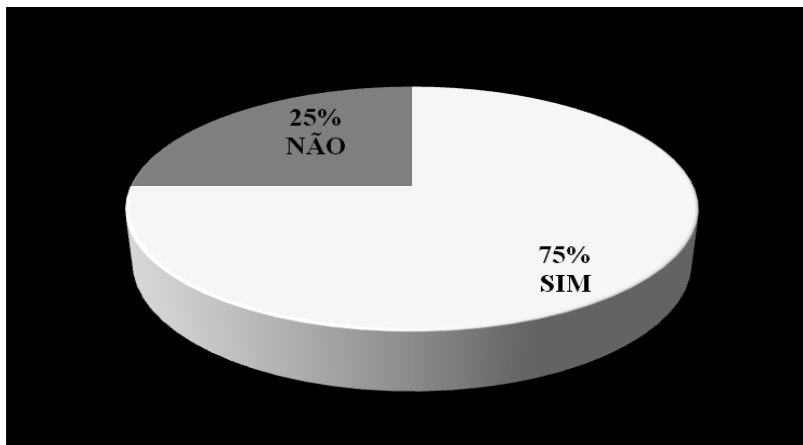
[...] Elas sabem, hoje em dia, por causa das campanhas de amamentação, elas sabem todos os benefícios do aleitamento materno. Elas sabem que defendem a criança contra as doenças, que tem todos os nutrientes que a criança precisa pra se desenvolver com saúde; então, elas querem amamentar. (Entrevistada J).

[...] quando você mostra o desenvolvimento do bebê, como é que está o ganho de peso dele, como é que está aquele ganho de peso na curva de crescimento do bebê, isso motiva a mãe a continuar amamentando. (Entrevistada K).

[...] que é o alimento, pras mães de baixa renda, é importante o valor do leite, que é um leite bem mais barato, e mais prático, mas, realmente, eu acho que querer amamentar hoje, é questão de qualidade de vida. (Entrevistada C).

**Gráfico 3**

**CORRELAÇÃO ENTRE DESMAME PRECOCE  
E NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS MÃES**



**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

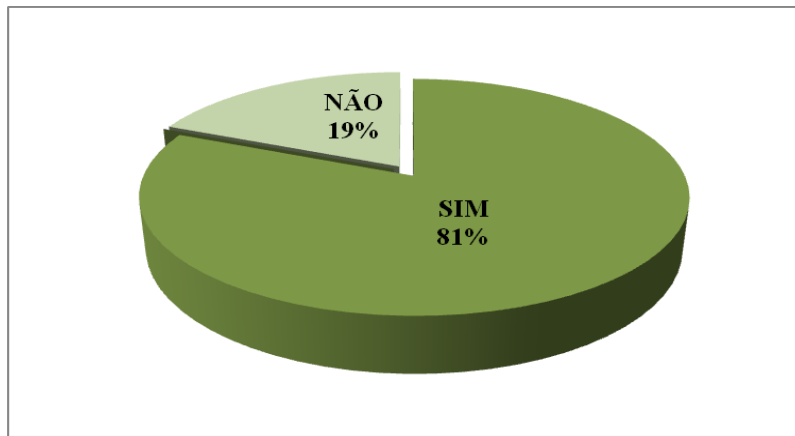
Desmame precoce é a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança amamentada exclusivamente, antes de completar 6 meses de vida. (UCHIMURA et al; 2001 & SABARENSE 2008).

Nível da escolaridade das mães figura nos estudos que buscam os determinantes das taxas de aleitamento materno. Mulheres com maior nível de instrução estão em fase de valorização do aleitamento exclusivo, isso influenciam na prática de amamentação exclusivo, as mães com maior formação acadêmica apresentam maior possibilidade de receber informações acerca dos benefícios da amamentação exclusiva.

Os fatores de risco associado ao desmame precoce parecem estar muito mais relacionados ao nível de escolaridade das mães, 75% dos colaboradores de Bancos de Leite Humano, dizem que existe alguma relação entre os índices de desmame precoce e nível de escolaridade das mães, 25% dizem que não existe alguma relação entre os índices de desmame precoce e nível de escolaridade das mães.

**Gráfico 4**

**PARCERIAS DE BANCOS DE LEITE HUMANO E OUTROS  
ÓRGÃOS PÚBLICO-PRIVADOS E ONGS**

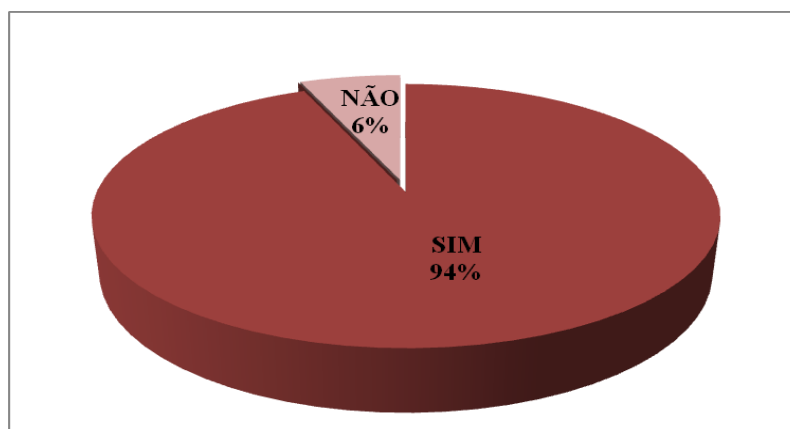


**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

Quanto às parcerias com outros órgãos públicos ou privados 81% dos colaboradores dos Bancos de Leite Humano dizem que existem parcerias com ONGs para promover a maior efetividade do programa de Aleitamento Materno. Esse resultado pode explicar mesmo que parcialmente o bom índice de amamentação encontrado no gráfico 2.

**Gráfico 5**

**A IMPORTÂNCIA DAS PARCERIAS**



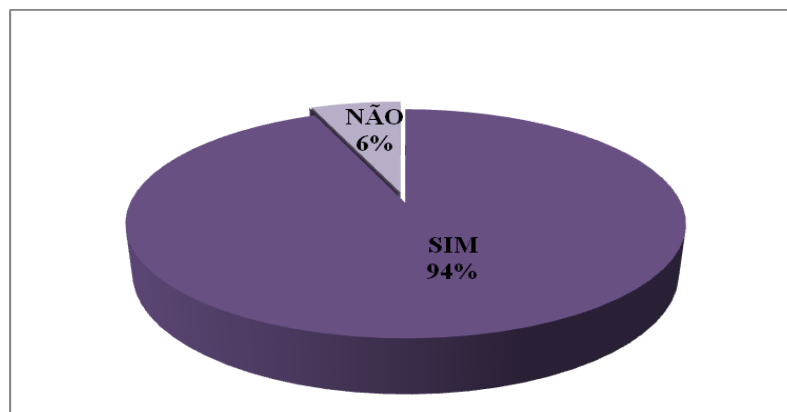
**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

94% dos colaboradores informaram que as parcerias tem sido importantes para promover a maior efetividade dos programas de Aleitamento Materno no Distrito Federal, isso demonstra uma relação estreita com o sucesso dos programas de aleitamento materno no DF.



## Gráfico 6

### CURSOS DE TREINAMENTO PARA EQUIPE DA SAÚDE



**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

94% dos colaboradores dos Bancos de Leite Humano recebem treinamento para orientar as mães; essa orientação às mães tem sido fundamental para diminuir os índices de desmame precoce nos hospitais públicos do Distrito Federal.

Outro importante achado da pesquisa foi a estreita correlação existente entre a diminuição da taxa de mortalidade infantil e os altos de amamentação. Segundo a maioria dos entrevistados essa correlação é visível.

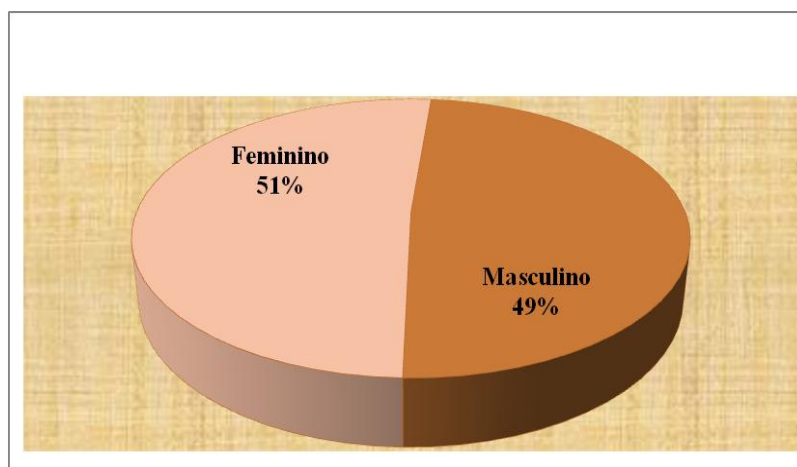
[...] Olha! Em números estatísticos eu não sei te dizer! Assim, com exatidão, mas a gente sabe que as crianças que são amamentadas diminuem a incidência de doenças, principalmente as doenças evitáveis de morte evitáveis, como as diarreias, as pneumonias. Então, a gente sabe que é fundamental o aleitamento materno para a redução da mortalidade infantil, a gente sabe que essas crianças abaixo de 6 meses, elas são mais vulneráveis. (Entrevistada J).

[...] o leite materno, ele é completo do ponto de vista nutricional. Então, o bebê tem o seu desenvolvimento de uma forma muito mais eficaz, de uma forma muito mais eficiente, e com isso, também, além disso, tem os fatores de proteção, é que o leite humano traz. E esses fatores de proteção, eles ajudam no desenvolvimento de um sistema de imunidade mais eficaz; ajudam também com relação à parte de maior eficácia das vacinas que o bebê toma na primeira infância. (Entrevistada B).

[...] e mesmo quando a criança está doente, o leite materno ela sempre aceita, ao contrário de outros alimentos que ela passa a recusar. Então, a recuperação dela é bem melhor. (Entrevistada I).

**Gráfico 7**

**SEXO DAS CRIANÇAS**

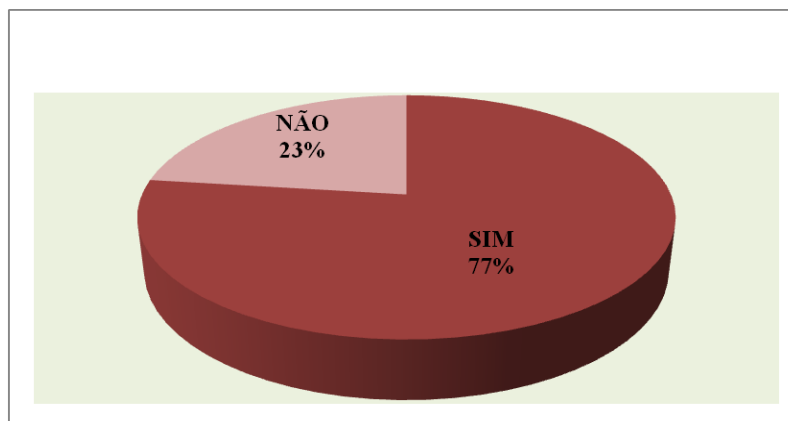


**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

Em relação ao sexo das crianças, 100% das mães entrevistadas nos hospitais público e centros de saúde do DF, a maioria citou que 51% das crianças de zero a um ano de idade, são de sexo Feminino e 49% é do sexo Masculino. Isso mostra que, nos hospitais público pesquisados do Distrito Federal, as mulheres nascem mais que os homens no ano 2011.

## Gráfico 8

### AS CRIANÇAS AMAMENTADAS EXCLUSIVAMENTE DURANTE 6 MESES



**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

O aleitamento materno esteve presente em 77% das crianças recém-nascidos nos hospitais público do Distrito Federal, é amamentada exclusivamente; os 23% das crianças recém-nascidos não conseguem tomar leite no seio porque, as crianças prematuros ao nascerem não consegue sugar leite no peito da mãe.

A experiência da amamentação é um momento conflituoso para as mulheres, onde as orientações recebidas na maternidade nem sempre correspondem à prática vivida por elas, tornando essa fase repleta de medo e insegurança. (SABARENSE, 2008 p. 37).

Apesar do aumento das taxas de amamentação na maioria dos países nas últimas décadas, inclusive no Brasil, a tendência ao desmame precoce continua, o número de crianças amamentadas segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda é pequeno.

A amamentação quando é praticada de forma exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriada até os dois anos de idade ou mais, isso demonstra grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta.

Segundo os dados coletados na entrevista os motivos são diversos, mas citam-se muito a volta ao trabalho devido a antiga licença-maternidade que oferecia pouco tempo para maes ficarem amamentando seus filhos bem como a falta de informação.

[...] vejo volta ao trabalho, das mães, e quando a quantidade de leite não é suficiente por bebê parar de chorar; as mães ficam angustiadas, que acham que o filho está passando fome, e aí, elas acabam introduzindo alimentação complementar. (Entrevistada J).

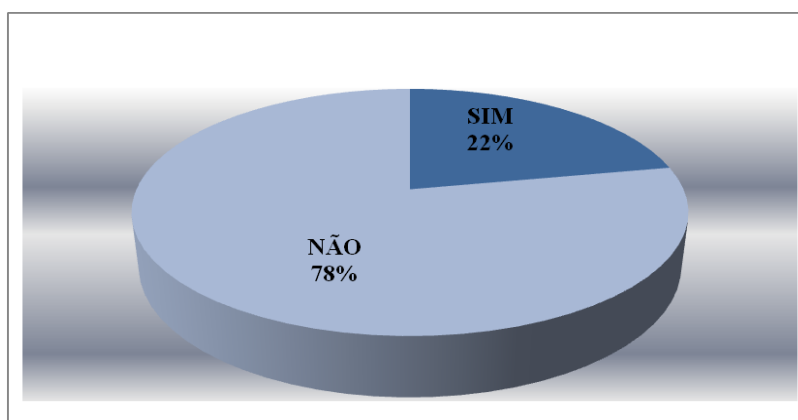
[...] acho que uma falta de informação, a falta de uma política de mostrar que isso é importante pras mães, de trabalhar com isso, de trabalhar com essas questões nos centros de saúde, desde a gestação. (Entrevistada K).

[...] As campanhas que tem sido feitas em prol da amamentação orientam, esclarecem e fazem com que as mães tenham vontade de achar que é importante amamentar. (Entrevistada I).

Segundo o estudo de caso-controle mostrado em Pelotas (RS), mostrou que as chances de morrer no primeiro ano de vida, por diarreia, foi 14 vezes maior em crianças não amamentadas e 3,6 vezes maiores em crianças com aleitamento misto, quando comparadas com crianças amamentadas exclusivamente.

### Gráfico 9

#### AS CRIANÇAS QUE TOMÃO ÁGUA ANTES DE COMPLETAR 6 MESES



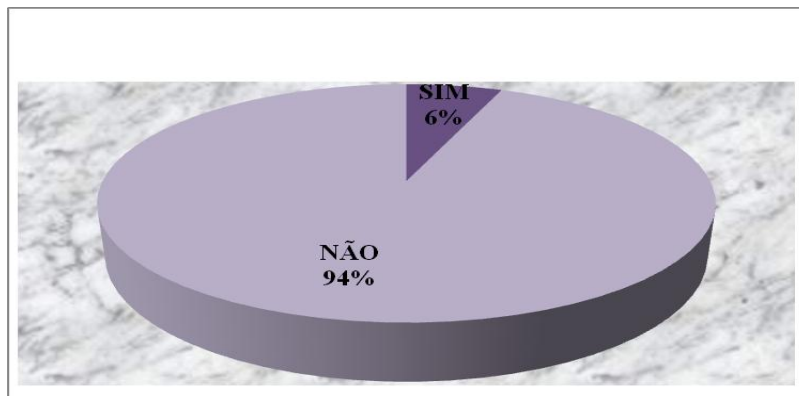
**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

22% das crianças prematuros em hospitais público do DF tomou a água antes de completar 6 meses. Segundo a orientação do Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), a criança só pode receber a água a partir dos 6 meses até 2 anos de idade ou mais, 78% das crianças toma água.

Os estudos no Peru e nas Filipinas mostraram que a prevalência de diarreia dobrou quando água ou chás eram oferecidos às crianças menores de 6 meses, quando comparados com crianças que só recebia leite materno mesmo em locais secos e quentes.

**Gráfico 10**

**AS CRIANÇAS QUE TOMÃO CHÁ  
ANTES DE COMPLETAR 6 MESES**



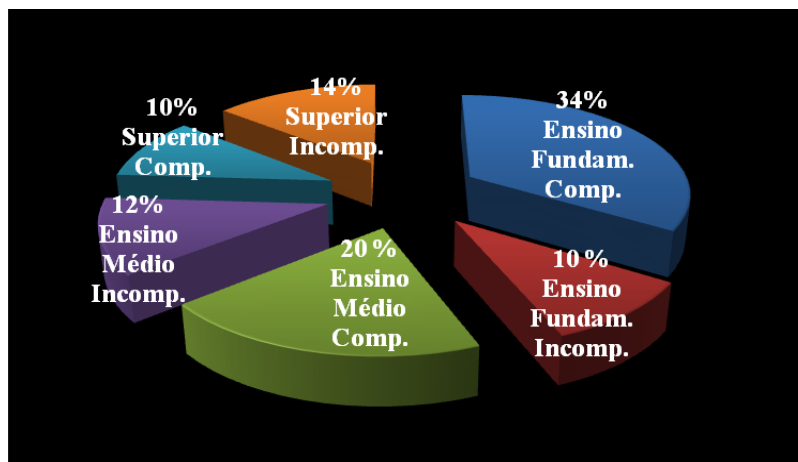
**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

Entre os questionários aplicados com mães em hospitais público do Distrito Federal, 94% das crainácas não tomam chá e 6% das crianças tomam chá.

Isso quer dizer que aleitamento materno é exclusivo. Esse resultado pode explicar mesmo que parcialmente o efeito de dar a criança água ou chá antes de completar 6 meses encontrado no gráfico 9.

Gráfico 11

### GRAU DE ESCOLARIDADE DAS MÃES

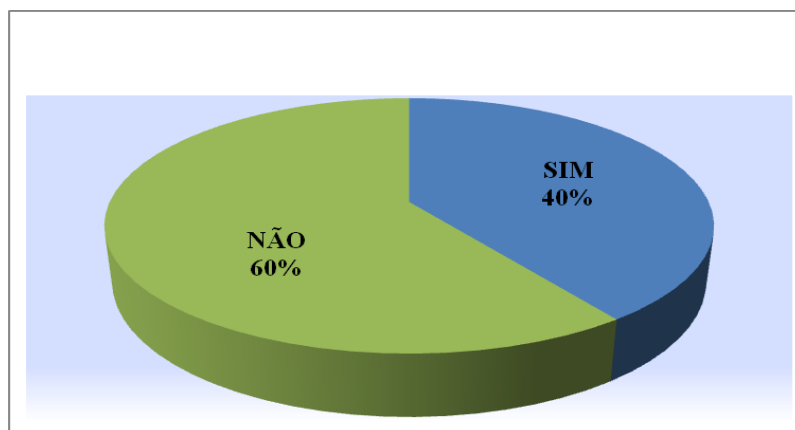


**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

Grau de escolaridade das mães facilita para compreender os Dez passos para sucesso de aleitamento materno. O Grau de instituição das mães pode ser um indicativo de sucesso no aleitamento materno exclusivo já que quanto maior o grau de escolaridade é mais fácil o acesso às informações e o aumento do entendimento da importância no binômio mãe-filho, 34% das mães tinham Ensino Fundamental Completo, 10% tinham Ensino Fundamental Incompleto, 20% tinham Ensino Médio Completo, 12% tinham Ensino Médio Incompleto, 10% tinham Ensino Superior Completo, 14% tinham Ensino Superior Incompleto.

**Gráfico 12**

**AS MÃES DOADORAS DE  
BANCOS DE LEITE HUMANO**

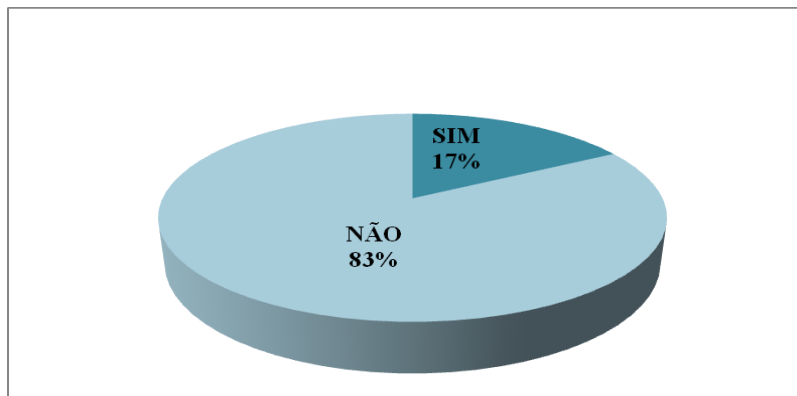


**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

60% das mães em hospitais público do Distrito Federal não doam leite humano por falta de tempo (volta ao Trabalho e Escola) é também, a falta de colaboração de Corpo de Bombeiro na coleta de leite humano. Alencar aponta a causa da doação de leite humano e a experiência de mulher doadora (ALENCAR et al; 2009 p. 74 a 76).

### Gráfico 13

#### AS CRIANÇAS QUE TOMÃO OUTROS TIPOS DE ALIMENTOS ANTES DE COMPLETAR 6 MESES



**Fonte:** Dados de Pesquisa em Hospitais Públicos e Centros de Saúde do Distrito Federal.

83% das crianças recém-nascidos em maternidade dos hospitais público do Distrito Federal não engere outros tipos de alimentos antes de completar 6 meses.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) recomendam que o bebê mama só no peito da mãe durante 6 meses e continua sendo amamentado após a introdução de outros alimentos, até 2 anos ou mais, esta criança terá uma boa saúde até a vida adulta.

Para que as mães não sofre influência de outras opiniões, é preciso reciclagem dos profissionais de toda equipe de saúde nos Bancos de Leite Humano.

[...] Quando ela não é bem orientada, ela acaba protelando, sofre influência de outras opiniões que não às vezes, até mesmo de alguns profissionais de saúde que não tem habilidade para cuidar daquele tipo de problema, e ela acaba introduzindo o leite artificial. (Entrevistada H).

As práticas apropriadas de alimentação são de fundamental importância para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição dos lactentes em qualquer lugar. Nessa ótica, o aleitamento materno exclusivo é de crucial importância para que se obtenham bons resultados. (SILVA et al; p. 302).



## 7. CONSIDERAÇÕES

Os programas de incentivo ao aleitamento materno (PIAM) como: alojamento conjunto; método mãe-canguru; hospital amigo da criança; projetos carteiro amigo e bombeiros amigos da amamentação, desempenharam um papel importante na redução das taxas de mortalidade infantil no Distrito Federal.

Os dados coletados da pesquisa realizada possibilitaram visualizar o cenário em que se insere o aleitamento materno, bem como atender os objetivos a que se propôs a pesquisa.

Com base da discussão dos dados, constatou-se que entre as mães pesquisadas 91% reconhecem a importância do aleitamento materno para uma boa saúde da criança e conseqüentemente no aumento das chances do bebê sobreviver aos primeiros anos de vida.

Além disso, dados das entrevistas com os técnicos dos hospitais pesquisados revelam que dos 77% de crianças amamentadas até seis meses, poucas apresentaram doenças maternos infantis como diarreias, infecções e etc. De certa forma esta constatação responde em parte a pergunta de pesquisa, demonstrando que os programas de amamentação têm desempenhado um papel importante e positivo para a redução das taxas de mortalidades no DF.

Os fatores apresentados pelas depoentes desta pesquisa demonstram que as crianças recém-nascidos nos hospitais públicos e centros de saúde do DF; mostram que 23% das crianças não conseguem tomar leite no seio porque, “leite fraco”, “problema mamário”, “recusa do bebê em pegar o peito” e “volta ao trabalho”.

Razões como leite fraco, problema mamário, recusa do bebê em pegar o peito e volta ao trabalho, talvez se deve ao fato da mulher atual ter um cotidiano mais ansioso e tenso, e falta de treinamento, informações para as mães em relação ao aleitamento materno.

É importante que as mães sintam-se adequadamente assistida nas suas dúvidas e dificuldades, para que possam assumir com mais segurança o papel de mãe e provedora do aleitamento de seu filho. Cabem técnicos dos bancos de leite humano e os profissionais de Saúde, em especial, as enfermeiras realizarem acolhimento de qualidade a essas mães de modo que possa tornar a amamentação como ato de prazer e não uma obrigação para as mães.

Para reduzir a Mortalidade Infantil, o Ministério da Saúde (MS) e Governo do Distrito Federal (GDF), precisa adotar seguintes critérios:

- ❖ Treinamento de todos os profissionais de saúde e colaboradores de bancos de leite humano.

- ❖ Treinamento com agentes comunitárias da saúde.
- ❖ Orientação das mães, antes e pós-parto e dando prioridade à amamentação exclusivo.
- ❖ Apoiar às mães após o parto, intensificar as visitas domiciliares e consultas de enfermagem após o parto.
- ❖ Cuidados com recém-nascidos de risco na hora do parto.
- ❖ Tecnologia para informar as mães no processo de amamentação exclusivo: data show, vídeos, TV 3D.
- ❖ Realização de filmes nos bancos de leite humano, para possibilitar maior conhecimento dos dez passos para sucesso do aleitamento materno.
- ❖ Orientar as mães a posição correta na hora de amamentar.
- ❖ Realizar as palestras para as mães nas enfermarias e ambulatórios dos hospitais.
- ❖ Realizar as propagandas constante no TV, Radio, panfleto e escolas.

## 8. REFERÊNCIAS

1. ARAUJO, R. M. A. **Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência**. 2007, pp. 431-438.
2. ARIVABENE C. J. et al; **Método Mãe Canguru: Vivências Maternas e Contribuições para a Enfermagem** 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_18.pdf) Acessado em: 26/07/2011.
3. ALENCAR. E. C. L. et al; **Doação de Leite Humano: Experiência de Mulheres Doadora**. Rev. Saúde Pública. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6839.pdf> Acessado em: 24/11/2011.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Saúde da criança, nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23), 2009. 112 p.
5. \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 108 p.
6. \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica**. 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual\\_Infantil\\_Fetal.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf) Acessado em: 01/09/2011.
7. \_\_\_\_\_. **SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/** Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de saúde 3ª Ed. Brasília/DF 2009.484 p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf). Acessado em 22/12/2011
8. \_\_\_\_\_. MINISTERIO DA SAÚDE. Relatório Epidemiológico de Eventos Vitais Distrito Federal 2009. Secretaria de Estado de Saúde Subsecretaria de Vigilância à Saúde Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/300/373/00000381.pdf> Acessado em: 22/08/2009
9. \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Rede – Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos Básicos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília - DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. p. 349.

10. \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília – DF, 2005. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0080\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0080_M.pdf) Acessado em: 12/05/09
11. \_\_\_\_\_. Lei n. 454, de 14 de Junho de 1993.
12. \_\_\_\_\_. MINISTERIO DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34836](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34836) Acessado em: 27/08/2011.
13. \_\_\_\_\_. MINISTERIO DA SAÚDE. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)** p.58. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede\\_amamenta\\_brasil\\_primeiros\\_passos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf) Acessado em 11/09/2011.
14. \_\_\_\_\_. MINISTERIO DA SAÚDE. **Saúde da Criança: Material Informativo 2006** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_materiais\\_infomativos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_materiais_infomativos.pdf) Acessado em: 31/08/2011.
15. \_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE 2006. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=28494](http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=28494) Acessado em: 30/09/2011.
16. \_\_\_\_\_. CORREIO BRASILIENSE, 2011. Disponível em: [http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2011/10/03/interna\\_cidadesdf,272377/df-e-referencia-quando-o-assunto-e-o-aleitamento-materno.shtml](http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2011/10/03/interna_cidadesdf,272377/df-e-referencia-quando-o-assunto-e-o-aleitamento-materno.shtml) Acessado em: 25/10/2011.
17. BERNARDI, J. L. D. et al; **Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo**. 2009, p. 867-878.
18. ESCOBAR, A. M. U. et al; **Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce**. 2002, p. 253-261.
19. FRANCA, G. V. A et. al. **Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso**. 2007, p.711-18.
20. FALEIROS, F. T. V. et al; **Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração**. 2006, pp. 623-630.

21. GUINÉ-BISSAU. **Documento de estratégia nacional de redução da pobreza (DENARP)**. 2005, p. 69. Disponível em: **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**
22. LARA. L. et al; **Saúde Pública e Saúde Coletiva: condições de emergência no cuidado da saúde da criança** 2010. Disponível em: <http://www.mnemosine.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/423/688> Acessado em: 27/08/2011.
23. MONTEIRO, R. A. et al; **Principais causas básicas da mortalidade infantil no Distrito Federal, Brasil: 1990 a 2000**. 2004, p. 413-421.
24. NOGUEIRA. I. M. **Assistência Pré-Natal – Prática de Saúde a Serviço da Vida**. SP. 1994. Editora. Hucitec. Pag. 11 a 157.
25. ODINO G. N. et al., **Satisfação da Puérpera em uma Unidade de Alojamento Conjunto** 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/11.pdf> Acessado em: 01/06/2011.
26. OLIVEIRA M. I. C. et al., **Alojamento conjunto e parto cesáreo em maternidades do Estado do RJ. Brasil**. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n6/2313.pdf>. Acessado em: 30/06/2011. 1997, pp. 572-580.
27. OLIVEIRA B. M. et al., **Percepções e Comportamentos de Cuidado Neonatal de Mulheres Participantes de um Programa Mãe-Canguru** 2008 Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/7258/10254> Acessado em: 28/07/2011.
28. PASQUAL K. K. et at., **Alojamento Conjunto: Espaço concreto de Possibilidades e o Papel de Equipe Multiprofissional** 2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17872/11662> Acessado em: 19/07/2011.
29. REIS. S. K. et al; **Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno**. 2008, p. 13. MG.
30. ROBERTO, I. G. D. **Perfil da Mortalidade Infantil em Hospital de Referência do Distrito Federal**. Brasília, 2007. Disponível em: [http://www.paulomargotto.com.br/documentos/mort\\_infantil.pdf](http://www.paulomargotto.com.br/documentos/mort_infantil.pdf) . Acessado em: 20/01/2010.
31. SIMÕES, C. C. S. **Perfil de Saúde e de Mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais** específicos Brasília – DF. Organização Pan-Americana da Saúde, 2002, p. 141.
32. SILVA, Amauri Pinto da and SOUZA, Nelson de. **Prevalência do aleitamento materno**. 2005, pp. 301-310. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n3/a02v18n3.pdf> Acessado em: 04/12/2011.
33. SANTOS, M. Brasília: **Uma Cidade a um passo da Auto-Suficiência em Leite**

- Humano. I Congresso Ibero Americano do BLH.** (Apresentação no Senado Federal, Comissão de Assuntos Sociais, 2010. p. 18).
34. SABARENSE. P. A. **Desmame Precoce:** Uma visão multifatorial. 2008. BH. Disponível em: [http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon\\_icieon/files/0155.pdf](http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0155.pdf). Acessado em: 02/11/2011
  35. SENA. M. C. F. **Aleitamento Materno no Distrito Federal nos anos 90.** Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, 2002. 88 p.
  36. SOARES. N. V. A. et al., **Identificação Intervenções de Enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto** 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/10.pdf> Acessado em: 05/05/2011
  37. SOUZA R. N. et al., **Método Mãe Canguru:** As percepções das mães que o utilizaram em um hospital geral da cidade de Passos (MG) 2010 Disponível em: <http://www.fip.fespmg.edu.br/ojs/index.php/scientae/article/view/64/99> Acessado em: 30/06/2011.
  38. SEKYIA, S. R. et al., **Mudança organizacional:** Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/035.pdf>. 2010, vol.15, pp. 1263-1273. Acessado em: 01/07/2011.
  39. TELAROLLI J. R. **Mortalidade Infantil: Uma questão de saúde pública.** 2. Ed. São Paulo: Moderna, 1997. V. 1. 127 p.
  40. VANNUCHI, M. T. O. et al. **Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná.** 2005, pp. 155-162.
  41. VINHA. V. H. P. **Amamentação Materna: Incentivos e Cuidados.** 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1987. 82. p.
  42. VENANCIO, S. I. et al. **A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços.** 2010, p. 317-324. RJ.
  43. VÉRA M. R. et al., **A Maternidade na Política de Humanização dos Cuidados aos Bebê Prematuro e/ou de Baixo Peso – Programa Canguru.** 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v18n1/v18n1a04.pdf> Acessado em: 30/04/2011.

## APÊNDICE

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COLABORADORES DE BANCO DE LEITE HUMANO

N. \_\_\_\_\_

<b>Cargo:</b>	
<b>Organização:</b>	
<b>Formação Acadêmica:</b>	
<b>Data da Entrevista:</b>	_____/_____/_____

1. SEXO:

**Masculino** ( )

**Feminino** ( )

2. Existem campanhas educativas periódicas sobre os benefícios de amamentação?

**Sim** ( )

**Não** ( )

3. Existem orientações sobre não dar bicos ou chupetas a crianças amamentadas no seio?

**Sim** ( )

**Não** ( )

4. Qual é o Índice de Amamentação nos primeiros 6 meses?

**Alto** ( )

**Médio** ( )

**Baixo** ( )

5. Existe alguma relação entre os índices de desmame precoce e nível da escolaridade das mães?

**Sim** ( )

**Não** ( )

6. Existem parcerias com outro órgão público ou privado e ONGs para promover maior efetividade do programa de aleitamento materno?

**Sim** ( )

**Não** ( )

7. Essas parcerias são importantes?

**Não** ( )

**Se Sim** ( ) **por que?**

---

---

---

8. Há programas de treinamento para toda equipe de saúde, capacitando-a para implementar as normas do programa de Aleitamento Materno?

**Sim** ( )

**Não** ( )

9. Existe acompanhamento das mães no sentido de orientá-las a não abandonar o processo de amamentação logo após o parto e durante os meses necessários para uma eficaz amamentação?

**Sim** ( )

**Não** ( )



**ROTEIRO DE ENTREVISTA**  
**COM COORDENADORES DE PROGRAMA DE**  
**INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO (PIAM) E**  
**COM COORDENADORES DE PROGRAMA DE ATENÇÃO**  
**INTEGRAL A SAÚDE DA CRIANÇA (PAISC)**

<b>Cargo:</b>	
<b>Organização:</b>	
<b>Formação Acadêmica:</b>	
<b>Data da Entrevista:</b>	____ / ____ / ____

1. Quais são os principais motivos do desmame precoce?
2. Como o programa de aleitamento materno funciona neste hospital?
3. Que fatores motivam mais as mães a amamentarem?
4. Qual tem sido o papel do aleitamento materno na redução da mortalidade infantil?
5. Quais têm sido os pontos positivos e negativos dos programas de aleitamento materno no DF?
6. Na sua opinião, quais tem sido os principais resultados deste programa aqui no hospital?
7. O parágrafo 6 da Lei 454/93 determina que os hospitais da rede pública devem destinar todos os recursos necessários para a coleta do leite materno no domicílio das doadoras. Na sua visão esses recursos têm sido viabilizados e em quantidades suficientes?

## ENTREVISTADOS

<b>Nome:</b>
<b>Entrevistado:</b> A
<b>Organização:</b> Hospital Regional de Asa Sul/HRAS
<b>Tempo de Entrevista:</b> 00h09m52s
<b>Data da Entrevista:</b> 01/09/2011

<b>Nome:</b>
<b>Entrevistado:</b> B
<b>Organização:</b> Hospital Regional de Asa Sul/HRAS
<b>Tempo de Entrevista:</b> 00h11m36s
<b>Data da Entrevista:</b> 26/08/2011

<b>Nome:</b>
<b>Entrevistado:</b> C
<b>Organização:</b> Hospital Regional de Asa Sul/HRAS
<b>Tempo de Entrevista:</b> 00h05m47s
<b>Data da Entrevista:</b> 26/08/2011

<b>Nome:</b>
<b>Entrevistado:</b> D
<b>Organização:</b> Hospital Universitário de Brasília/HUB
<b>Tempo de Entrevista:</b> 00h07m09s
<b>Data da Entrevista:</b> 24/08/2011

<b>Nome:</b>
<b>Entrevistado:</b> E
<b>Organização:</b> Hospital Universitário de Brasília/HUB
<b>Tempo de Entrevista:</b> 00h07m41s
<b>Data da Entrevista:</b> 30/08/2011

<b>Nome:</b>
<b>Entrevistado:</b> F
<b>Organização:</b> Hospital Universitário de Brasília/HUB
<b>Tempo de Entrevista:</b> 00h08m49s
<b>Data da Entrevista:</b> 29/08/2011

<b>Nome:</b>
<b>Entrevistado:</b> G
<b>Organização:</b> Hospital Regional de Taguatinga /HRT
<b>Tempo de Entrevista:</b> 00h07m01s
<b>Data da Entrevista:</b> 16/09/2011

<b>Nome:</b>
<b>Entrevistado:</b> H
<b>Organização:</b> Hospital Regional de Taguatinga/HRT
<b>Tempo de Entrevista:</b> 00h06m10s
<b>Data da Entrevista:</b> 16/09/2011

<b>Nome:</b>
<b>Entrevistado:</b> I
<b>Organização:</b> Hospital Regional de Taguatinga/HRT
<b>Tempo de Entrevista:</b> 00h05m24s
<b>Data da Entrevista:</b> 29/09/2011

<b>Nome:</b>
<b>Entrevistado:</b> J
<b>Organização:</b> Hospital Regional de Ceilândia/HRC
<b>Tempo de Entrevista:</b> 00h08m48s
<b>Data da Entrevista:</b> 05/09/2011

<b>Nome:</b>
<b>Entrevistado:</b> K
<b>Organização:</b> Hospital Regional de Ceilândia/HRC
<b>Tempo de Entrevista:</b> 00h04m26s
<b>Data da Entrevista:</b> 01/09/2011

<b>Nome:</b>
<b>Entrevistado:</b> L
<b>Organização:</b> Hospital Regional de Ceilândia/HRC
<b>Tempo de Entrevista:</b> 00h05m41s
<b>Data da Entrevista:</b> 05/092011

ROTEIRO DE ENTREVISTA  
COM MÃES

N. \_\_\_\_\_

<b>Local da Entrevista:</b>	
<b>Grau de Escolaridade:</b>	
<b>Data da Entrevista:</b>	_____/_____/_____

1. Sexo da criança?

**Masculino ( )**

**Feminino ( )**

2. Idade \_\_\_\_\_

3. A criança é amamentada?

**Sim ( )**

**Não ( ), Por quê?**

---

---

4. Você é doadora de leite materno ao banco de leite?

**Sim ( )**

**Não ( ), Por quê?**

---

---

5. A criança toma água?

**Sim ( )**

**Não ( )**

6. A criança toma Chá?

**Sim ( )**

**Não ( )**

7. A criança ingere outros tipos de alimentos?

**Sim ( )**

**Não ( )**

## TERMO DE CONSENTIMENTO COM MÃE DE CRIANÇA

Eu, \_\_\_\_\_, aceito livremente participar do estudo “**Análise da Efetividade de Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno nos Hospitais Públicos do Distrito Federal e seus Possíveis Efeitos na Redução da Mortalidade Infantil**”. O estudo tem por **Objetivo**, analisar a contribuição do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno (PIAM) no combate e redução da mortalidade infantil no Distrito Federal. Serão coletados os questionários com mães de crianças. Responsabilizo-me pela atividade desenvolvida no Ambulatório, Maternidade e Centros de Saúde. Uma vez, aceito a minha participação no Ambulatório, Maternidade e Centros de Saúde para a pesquisa da Monografia de Conclusão do Curso de Graduação pela Universidade de Brasília – UnB, Instituto de Ciências Sociais – ICS Departamento de Sociologia – SOL.

Brasília, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da mãe

---

Em caso de dúvida ou reclamação entre em contato com Gaudêncio Pedro da Costa Celular: (61)81444861. Endereço: QI 12 CONJUTO – B CASA – 44 GUARÁ – 1/Brasília-DF email: [mastagaus25@hotmail.com](mailto:mastagaus25@hotmail.com)

## ANEXOS I

**Doe leite materno e  
alimente a vida de  
muitas crianças.**



**DOE LEITE, DOE VIDA.**  
O banco de leite dá prioridade aos  
bebês internados.

PROCURE OS BANCOS DE LEITE OU  
**LIGUE 193**  
PARA COLETA EM SUA CASA

Secretaria  
de Saúde



## ANEXOS II



### Orientação para a mãe

Toda mãe que precise se ausentar de casa por motivo de trabalho, estudo, etc ou que tenha seu filho prematuro (prematurou ou doente), deve aprender a coletar, conservar e armazenar seu leite para o próprio filho. Recusar o leite, a mãe mantém a produção e seu filho é alimentado imediatamente quando ela precisar se ausentar. Bebês alimentados somente com leite humano nos seus primeiros seis meses de vida, e que continuam mamando até os dois anos ou mais, são mais fortes, saudáveis e mais tranquilos.

Caso você:

- \* deseje doar seu leite;
- \* precise de orientações sobre amamentação;
- \* esteja com problemas nas mamas no período da amamentação;

entre em contato com o Banco de Leite ou Posto de Coleta mais próximo de sua casa.

BLH HFA (Forquilha)	..... 3066-2210
BLH HRAH (Asa Norte)	..... 3325-4207
BLH HRAS (Asa Sul)	..... 3445-7597
BLH HRBZ (Brasília)	..... 3475-9643
BLH HRC (Colândia)	..... 3373-9632
BLH HRG (Gama)	..... 3394-0337
BLH HRP (Planaltina)	..... 3368-6794
BLH HRPA (Paraná)	..... 3368-9900
BLH HRS (Sobradinho)	..... 3367-3993
BLH HRSM (Santa Maria)	..... 3392-6287
BLH HRT (Taguatinga)	..... 3352-4800
BLH HRU (Universidade de Brasília)	..... 3448-5301
P. de Coleta São Sebastião	..... 3339-1125
P. de Coleta HRJAM (Samambaia)	..... 3458-9811



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde  
MAGGIARENFOP/SA  
Coordenação de Alimentação Infantil  
e Banco de Leite Humano do DF

Disque 193  
Programa Consultório  
CONSIP

### Procedimento para coleta manual e armazenamento de leite humano



Flávia Moreira Cruz Oliveira  
Mãe de Léo Marcelo, 8 meses  
Banco de Leite Humano



### Pólo de incentivo ao aleitamento materno

Os Bancos de Leite e os Postos de Coleta de Leite Humano têm como missão **PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO**, coleta e estocagem do leite humano cru. Além destas atividades, os Bancos de Leite Humano também realizam seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano pasteurizado, visando a redução da mortalidade infantil e a melhoria da qualidade de vida da população.



## ANEXO III

### Instruções para retirar o leite

#### COLETA MANUAL E ARMAZENAMENTO DE LEITE PARA O PRÓPRIO BEBÊ.

##### Cuidados que se devem tomar:

- Para amamentar o leite, utilizar um frasco de vidro com tampa de plástico (como os de café solúvel ou de mamona).
- Colocar vidros e tampas (sem rótulo e o papel branco de dentro da tampa) numa panela e cobri-las com água.
- Ferver tudo por 15 minutos (contar o tempo a partir do início da fervura).
- Deixar vidros e tampas escorrerem sobre um pano limpo até secar. Fechar os vidros sem tocar na parte interna das tampas.
- Colocar uma toalha no fundo para cobrir o cabedal.
- Colocar uma fralda ou máscara sobre o nariz e a boca.
- Lavar as mãos e braços até o cotovelo com sabão e água em abundância.
- Antes de iniciar a coleta, lavar as mamas apenas com água.
- Secar as mãos e as mamas com uma toalha limpa.
- Procurar um lugar limpo e tranquilo para retirar o leite. Entendo bastante e calma.
- Evitar conversar durante a retirada do leite.
- Retirar o leite quando as mamas estiverem muito cheias, antes ou depois da mamada.



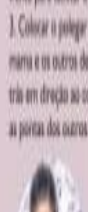
#### Técnica

Antes de iniciar a retirada, é importante:



1. Massagar as mamas utilizando a polpa dos dedos fazendo movimentos circulares no sentido da areola (parte rosada) para o corpo.

2. Balançar as mamas com o corpo inclinado para frente para facilitar a saída do leite.



3. Colocar o polegar acima de linha onde acaba a parte escura da mama e os outros dedos abaixo. Ficar os dedos. Empurrar para trás em direção ao corpo. Tentar aproximar a ponta do polegar com as pontas dos outros dedos, apertando e soltando até o leite sair.



4. Desprezar as primeiras gotas ou jatos. Abri o vidro. Colocar a tampa com a boca virada para cima sobre um pano limpo.

5. Colher o leite no frasco, colocando-o debaixo da areola. Após terminar a coleta, fechar bem o vidro.



6. Guardar o leite retirado do peito na 1ª PRATELEIRA DA GELADERA, somente se for utilizar nos próximos 12 horas.

7. Estocar em congelador ou freezer por no máximo 15 dias.

#### COMO OFERECER O LEITE HUMANO EM CASA

- Lavar as mãos e braços com água e sabão.
- Colocar água potável em uma panela com volume suficiente para ultrapassar o nível do leite no frasco.
- Aquecer até temperatura tolerável, sem queimar os dedos.
- Desligar o fogo. Colocar o frasco com leite na água aquecida. Agitar o frasco para facilitar o aquecimento.
- Caso o leite esteja congelado, repetir o processo até que não reste nenhuma pedra de gelo.
- O leite que restar no frasco pode ser guardado na 1ª PRATELEIRA DA GELADERA por no máximo 12 horas.
- Dar o leite sempre em colher ou copinho devidamente limpos e fervidos.



NÃO UTILIZAR CHUÇAS, MAHADERAS OU CHUPETAL, PORQUE ELAS ATRAPALHAM A AMAMAMENTAÇÃO, PODENDO O BEBÊ ATÉ DEIXAR DE MAMAR.

#### COLETA MANUAL E ARMAZENAMENTO DE LEITE HUMANO PARA DOAÇÃO AOS BANCOS E POSTOS DE COLETA DE LEITE HUMANO.

**Doadora** é toda mulher em boas condições de saúde, com excesso de leite e que se dispõe a doar voluntariamente.

A mãe doadora deve deixar a coleta de acordo com o técnico de coleta atenciosamente. Após terminar a coleta, fechar bem o vidro, colocar a data da primeira coleta e guardar imediatamente no congelador da geladeira ou no freezer, por até 15 dias.

#### NAS COLETAS SEGUINTE, PARA COMPLETAR O VOLUME DO LEITE NO FRASCO QUE JÁ ESTÁ CONGELADO, PROCEDER DESTA MANEIRA:

1. Ferver um copo de vidro por 15 minutos (contar o tempo a partir do início da fervura) e deixar sobre um pano limpo até secar. Colocar o leite neste copo.
2. Colocar o leite recém coletado sobre aquilo que já está armazenado no freezer ou no congelador. Guardar novamente.
3. Este procedimento deve ser repetido até faltar aproximadamente dois dedos abaixo da tampa.
4. Antes de completar 15 dias do início da coleta, entrar em contato com o Banco de Leite Humano ou Posto de Coleta do hospital mais próximo de sua casa.
5. Uma funcionária ou uma equipe do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal irá até a sua casa para apertar o leite.
6. O leite coletado também pode ser entregue diretamente ao Banco de Leite Humano ou Posto de Coleta. Transportar congelado em um recipiente de isopor bem gelado.
7. Todo leite coletado e doado ao Banco de Leite Humano e Posto de Coleta é processado, pasteurizado e feito controle de qualidade. Foi visto dentro de 48 horas, portanto, não devem permanecer nos hospitais do Distrito Federal.

O LEITE HUMANO PASTEURIZADO PODE SER CONSERVADO NO FREEZER POR ATÉ 6 MESES.

O LEITE HUMANO PASTEURIZADO DEGELADO PODE SER CONSERVADO NA 1ª PRATELEIRA DA GELADERA POR ATÉ 24 HORAS.

#### NUNCA RECONGELI O LEITE HUMANO.

NUNCA DEIXE SEU FILHO MAMAR NO PEITO DE OUTRA MULHER E NÃO OFEREAÇA LEITE QUE NÃO SEJA O SEU OU DO BANCO DE LEITE.

## ANEXO IV

# DOAÇÃO DE FRASCOS

**Não jogue fora.  
Eles podem salvar vidas!**



**PRECISAMOS DE FRASCOS DE VIDRO DE MAIONESE E DE CAFÉ SOLÚVEL**



**Disque 193**  
Programa Comunitário  
CBMDF

BLH HFA (Forças Armadas) .....	3966-2250
BLH HRAN (Asa Norte) .....	3325-4207
BLH HRAS (Asa Sul) .....	3445-7597
BLH HRBZ (Brazlândia) .....	3479-9643
BLH HRC (Ceilândia) .....	3372-9652
BLH HRG (Gama) .....	3384-0337
BLH HRP (Planaltina) .....	3388-9794
BLH HSPA (Paranoá) .....	3369-9980
BLH HRS (Sobradinho) .....	3387-3993
BLH HRSM (Santa Maria) .....	3392-6287
BLH HRT (Taguatinga) .....	3352-6900
BLH HUB (Universitário de Brasília) ..	3448-5391
P. de Coleta São Sebastião .....	3339-1125
P. de Coleta HRSAM (Samambaia) ...	3458-9811

Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde  
RASC/CSAPE/DIRF/SAC  
Coordenação de Atendimento Materno  
e Neonatal de São Mamede do DF

## ANEXO V

**PARA VOCÊ  
É LEITE,  
PARA A  
CRIANÇA  
É VIDA.**



Foto: Marcelo Cruz Chavez  
Foto de Lúcia Muzeti, 11 anos,  
mãe de três filhos.

**DOE LEITE MATERNO, A VIDA AGRADECE**



**Disque 193**  
Programa Consultório  
COMOP

BLH HFA (Forças Armadas) .....	3966-2250
BLH HRAN (Asa Norte) .....	3325-4207
BLH HRAS (Asa Sul) .....	3445-7597
BLH HRBZ (Brazlândia) .....	3479-9643
BLH HRC (Ceilândia) .....	3372-9652
BLH HRG (Gama) .....	3384-0337
BLH HRP (Planaltina) .....	3388-9794
BLH HRPA (Paranoá) .....	3369-9980
BLH HRS (Sobradinho) .....	3387-3993
BLH HRSM (Santa Maria) .....	3392-6287
BLH HRT (Taguatinga) .....	3352-6900
BLH HUB (Universitário de Brasília) ..	3448-5391
P. de Coleta São Sebastião .....	3339-1125
P. de Coleta HRSAM (Samambaia) ...	3458-9811

Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde  
NASC/GEPL/DAP/STAS  
Coordenação de Recrutamento Materno  
e Banco de Leite Humano do DF

## ANEXO VI



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP  
**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: Análise a Efetividade de Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno nos Hospitais Públicos do Distrito Federal e seus Possíveis Efeitos na Redução da Mortalidade Infantil.			
2. Área do Conhecimento Sociologia	3. Código: 7	4. Nível: 7.02	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)	6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )	
8. Unitermos: (3 opções)			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos: No Centro: Total: 38	10. Grupos Especiais: <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrão /Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc ) ( ) Outros ( x ) Não se aplica ( )		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: Gaudêncio Pedro da Costa			
12. Identidade: V416733-f	13. CPF: 740916201 - 59	19. Endereço (Rua, n.º): QI 12 Conj. B Casa 44 Guará I	
14. Nacionalidade: Guineense	15. Profissão: Estudante	20. CEP: 71010 - 029	21. Cidade: Brasília
16. Maior Titulação:	17. Cargo:	23. Fone: (61)81444861	24. Fax:
18. Instituição a que pertence: UnB			25. Email: mastagaus25@hotmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 29/04/2011			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: Hospital de Universidade de Brasília - HUB, Hospital Regional de Asa Sul - HRS, Hospital Regional de Taguatinga - HRT, Hospital Regional de Ceilândia - HRC.		29. Endereço (Rua, n.º): Taguatinga Norte Ceilândia centro Brasília / Asa Sul e Norte	
27. Unidade/Órgão: Banco de Leite Humano.		30. CEP:	31. Cidade: Brasília, Asa norte, L2 Sul, Ceilândia, Taguatinga Norte
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não ( x )		33. Fone:	34. Fax:
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não ( x ) Nacional ( ) Internacional ( ) ( Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil )			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: Roselle Bugarij Spenhauer Data: 11.05.2011			
PATROCINADOR			
Não se aplica ( x )			
36. Nome:		39. Endereço:	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: / /	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado ( )	48. Não Aprovado ( )
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: / /		Data: / /	
50. Os dados acima para registro ( ) 51. O projeto para apreciação ( )		53. Coordenador/Nome	
52. Data: / /		Assinatura	
		Anexar o parecer consubstanciado	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. N.º Expediente:	56. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:	
55. Processo:			

**Dr. WILLEM**  
 Diretoria Geral de Saúde de Ceilândia  
 Diretor - Assinatura  
 Matr. 1425293

deste projeto, autorizo sua execução  
 Dr. RICARDO LUIZ DE MOURA  
 Chefe da Divisão de Apoio ao Ensino  
 de Pós-Graduação  
 Coordenador de Curso de Pós-Graduação  
 Matrícula - 130913  
 Assinatura

Sonia Maria Sampaio Matos de Azevedo  
 Diretoria Geral de Saúde de Taguatinga/SES  
 Diretora - DGST  
 Matr. 433062-7  
 Assinatura

## ANEXO VII

### TERMO DE CONCORDÂNCIA

#### AOS DIRETORES DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL

Ao Dr. Armando Martinho Barduo Raggio Diretor do Hospital Universitário de Brasília – HUB; Ao Dr. Willem Madison da Silva Teixeira Diretor do Hospital Regional de Ceilândia – HRC; A Dr<sup>a</sup> Roselle Bugarin Steenhouwer Diretor do Hospital Regional de Asa Sul – HRS; A Dr<sup>a</sup> Sonia Maria Salviano Matos de Alencar Diretor do Hospital Regional de Taguatinga - HRT do Centro de Saúde da SES-DF, Banco de leite está de acordo com a realização, neste setor da pesquisa Análise a Efetividade de Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno nos Hospitais Públicos do Distrito Federal e seus Possíveis Efeitos na Redução da Mortalidade Infantil, de responsabilidade do Gaudêncio Pedro da Costa, para Monografia de Graduação do Curso de Ciências Sociais/Departamento de Sociologia, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

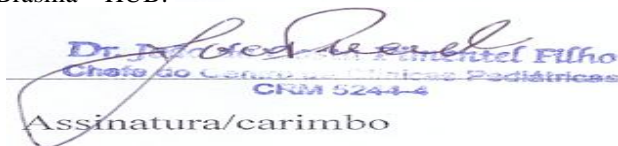
O estudo envolve entrevistas semi-estruturadas com responsáveis e coordenadores do (PIAM), junto ao banco de leite do Distrito Federal e mães de crianças nos Bancos de Leite Materno e ambulatório de Crescimento e Desenvolvimento de SES/DF. Tem duração de quatro meses, com previsão de início para mês de Julho de 2011.

Brasília,...../...../.....

Diretor responsável do Hospital Universitário de Brasília – HUB:

  
Assinatura/carimbo **Armando Raggio**  
Diretor do HUB

Chefe responsável pela Unidade Clínica:

  
**Dr. Gaudêncio Pedro da Costa Filho**  
Chefe do Centro de Unidades Pediátricas  
CRM 52444  
Assinatura/carimbo

**Dr. WILLEM**  
Diretoria Geral de Saúde de Ceilândia  
Diretor - Mat. 1425203

Diretor responsável do Hospital Regional da Ceilândia – HRC: Assinatura/carimbo

**Dr. WILLEM**  
Diretoria Geral de Saúde de Ceilândia  
Diretor - Mat. 1425203

Chefe responsável pela Unidade Clínica: Assinatura/carimbo

Sônia Maria Siqueira Matos de Alencar  
Diretora Geral de Saúde de Taguatinga/SES  
Distrito - DGST  
Mat. 122363-7

Diretor responsável do Hospital Regional da Taguatinga – HRT:

Assinatura/carimbo

Sandi Yuriko O.F. Sato  
Chefe do Banco de Leite Humano/HRT  
Centro de Referência BLH/DF  
Mat. 153133-6

Chefe responsável pela Unidade Clínica: Assinatura/carimbo

**Roselle Bygorn Steinhouwer**  
Diretoria Geral de Saúde da Asa Sul  
Diretora/HRAS

Diretor responsável do Hospital Regional da Asa Sul– HARS:

Assinatura/carimbo

Dona Márcia M. e Cássia T. J.   
MÉDICA - CRM 5791-DF  
Márcia Maria Calfas Aguiar  
mat 128458-4

Chefe responsável pela Unidade Clínica: Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: \_\_\_\_\_

ANEXO VIII



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
DIRETORIA GERAL DE SAÚDE DE TAGUATINGA  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE



TERMO DE CIENCIA PARA PESQUISA

Informamos que a solicitação para pesquisa pela Pesquisadora Responsável:  
Sr(a) Gaudêncio Pedro da Costa  
cujo projeto é "ANÁLISE A EFETIVIDADE DE TERAPIAS DE IMUNIZAÇÃO AO  
ALIMENTAMENTO MATEARNO NOS HOSPÍTAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL"  
a ser realizado na Unidade: BANCO DE LEITE HUMANO

Está com a documentação necessária e pode ser entregue ao comitê de ética  
e pesquisa para solicitação de autorização.

NOME DO PESQUISANDO: Gaudêncio Pedro da Costa  
CPF: 740.916.201-59  
TELEFONES DE CONTATO: (61) 81444861

Sandra F. Talo

RESPONSÁVEL (OU REPRESENTANTE) PELO SETOR ONDE SERÁ FEITO A PESQUISA

NEPS-DGSI

TAGUATINGA, 05/SETEMBRO/2011