



SNOMED-CT, CID 10 e HL 7: PADRÕES PARA REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE

SNOMED-CT, ICD-10 and HL7: Standards for Electronic Health Records

Mayrla de Sousa Coutinho

Enfermeira, Especialista em Auditoria de Contas Médicas e Hospitalares, CC, CME e URPA, Mestre em Saúde Pública. Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil.



<https://orcid.org/0000-0002-3746-7427>

Eliane Aparecida Peixoto Favilla

Especialista em Informática em Saúde pela UNIFESP, SP.

Rafael Leal Alves

Especialista em Informática em Saúde pela UNIFESP, SP.

Ricardo Vieira de Matos

Professor do curso de Especialização em Informática em Saúde da UNIFESP, SP.

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.16626491>

RESUMO

Este artigo analisa três padrões internacionais amplamente utilizados em informática em saúde: SNOMED-CT, CID e HL7. O objetivo é compreender suas origens, estruturas e aplicações nacionais e internacionais, destacando vantagens, limitações e potencial de integração entre sistemas de saúde. O estudo baseia-se em revisão de literatura nacional e internacional, realizada por egressos da Pós-Graduação em Informática em Saúde da UNIFESP. Os resultados apontam que a CID e o SNOMED-CT contribuem para a padronização terminológica, mas ainda apresentam limitações quanto à representação de contextos clínicos complexos. O HL7 se destaca como protocolo essencial para a interoperabilidade entre sistemas, facilitando a comunicação entre diferentes plataformas e modelos de dados. Conclui-se que, apesar dos avanços, ainda há desafios significativos a serem superados, exigindo investimentos em pesquisa, atualização de padrões e capacitação profissional para garantir eficiência e segurança na troca de informações em saúde.

Palavras-chave: interoperabilidade; SNOMED-CT; CID-10; HL7; registros eletrônicos de saúde; padronização terminológica.

ABSTRACT

This article analyzes three internationally recognized standards in health informatics: SNOMED-CT, ICD, and HL7. Its goal is to examine their historical background, structure, and national and international applications, highlighting their advantages, limitations, and potential for system integration. The study is based on a literature review conducted by graduates from the Health Informatics postgraduate program at UNIFESP. The results show that ICD and SNOMED-CT support terminological standardization but still face limitations in representing complex clinical contexts. HL7 stands out as an essential protocol for system interoperability, enabling communication across platforms and data models. The study concludes that, despite significant progress, major challenges remain, requiring ongoing research, standard updates, and professional training to ensure effective and secure health information exchange.

Keywords: interoperability; SNOMED-CT; ICD-10; HL7; electronic health records; terminology standardization.



1 INTRODUÇÃO

Ao longo de nossa vida, coletamos e armazenamos dados que antes eram registrados em papel, o que levava muito tempo e consumia espaço e, após a evolução dos computadores, passamos a utilizar as memórias digitais destes aparelhos com suas tecnologias sempre em evolução, ocupando um espaço físico cada vez menor e inversamente proporcional à quantidade de dados digitais armazenados em hard disk (HD) ou na internet.

Na área da saúde, não é diferente, já que constantemente manipulam-se dados e com a evolução tecnológica abriu-se um novo caminho para haja a integração entre as informações, que vão além de equipamentos, passando a alterar o método de trabalho e as informações se tornaram mais acessíveis devido à rapidez que são processadas. Mediante isto, surgiu a necessidade de padronizar as informações para viabilizar a comunicação entre os sistemas disponíveis que ajudam na tomada de decisões e nas pesquisas clínicas entre outras funções necessárias dentro da área da saúde. Essa necessidade está atrelada a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde que se refere à habilidade que dois ou mais sistemas têm para intercambiar informações e utilizá-las.

O Ministério da Saúde atento à revolução tecnológica, considera que grande parte da atividade da área da saúde está no processamento da informação e que a governança da informação passou a ocupar lugar estratégico no fortalecimento das relações Inter federativas e no relacionamento governo-cidadão, e, em 31 de agosto de 2011, regulamentou, através da portaria nº 2.073, o uso de padrões de interoperabilidade em informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde em todas as esferas do país bem como para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar.

Este estudo tem por objetivo analisar três diferentes padrões e nomenclaturas de informática em saúde quanto à aspectos históricos, descritivos e suas aplicações em âmbito nacional e internacional. Espera-se que os dados reunidos neste texto sejam usados para fomentar discussões e debates relacionados à temática com qualidade conceitual e relevância científica.



2 MÉTODO

O presente trabalho foi realizado por quatro egressos do curso de Pós-graduação em Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) com experiências bem distintas tanto na área da saúde quanto na área de informática/TI. Foram escolhidos os padrões SNOMED-CT, CID e HL7 devido as vivências dos profissionais.

Para o SNOMED-CT foi realizada busca nas bases de dados PubMed/MEDLINE (idioma inglês), LILACS (idioma português) e Repositório Digital da PUC-RS (idioma português), para artigos dos últimos 5 anos, com a palavra-chave "snomed-ct" e expressão de busca "(snomed-ct[Title/Abstract])". Foram encontrados 263 (PubMed), 6 (LILACS) e 2 (PUC-RS) artigos respectivamente. Foram selecionados 1 artigo original internacional e 1 dissertação de mestrado com estudo original nacional, dos quais foram extraídos e descritos os resultados.

Para o CID, foi realizada a busca em documentos do Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, além da Scielo, Pubmed e Portal da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo e Repositório Institucional da Universidade Federal de São Paulo. Foram usados como descritores: Classificação Internacional de Doenças; Família de Classificações Internacionais; Registros eletrônicos de saúde; Tecnologias; International Classification of Diseases; Family of International Classifications; Electronic health records; Terminologies. Foram resgatadas 2 teses originais e dois artigos publicados em revistas indexadas abordando o tema, dos quais, mediante atenta leitura, foram extraídos os resultados apresentados.

Para o padrão HL7, foi realizada a busca de documentos em guia de melhores práticas e artigos organizados pela Health Level Seven International (HL7), organização de desenvolvimento de padrões sem fins lucrativos, credenciada pela American National Standards Institute (ANSI). Foram selecionados 1 artigo original internacional e 1 artigo publicado em revista indexada abordando o tema, dos quais foram extraídos e descritos os resultados.

3 RESULTADOS

Padrão 1: Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms (SNOMED-CT)



Histórico: Iniciou o desenvolvido em 1965, quando abrangia uma nomenclatura especializada na patologia. Em 1974, foi publicada a sua primeira versão e, posteriormente, integrou-se termos de outros campos da medicina para em 1976, apresentar uma forma multiaxial de termos. A partir de 1993, ganha a denominação atual com a união entre as terminologias da United Kingdom Clinical Terms da National Health Service (NHS) e da SNOMED-RT (reference terms) do College of American Pathologists (CAP) e, em 1999, foi criada uma terminologia única para o sistema, em seu modelo eixo multiaxial.

Descrição do Padrão: O SNOMED-CT é uma nomenclatura com termos clínicos multilíngue, organizados e estruturados, composto de conceitos, descrições, correlações e categorias. É considerada uma das maiores e mais abrangentes terminologias existentes para um Registro Eletrônico em Saúde (BARRA & SASSO; 2012) com propósito na documentação clínica. Mantida pela International Health Terminology Standards Development Organization (IHTSDO), contém mais de 340 mil conceitos ativos, incluindo conceitos de grande parte das especialidades médicas e a SNODENT (terminologia em odontologia). Permite a codificação e relação entre conceitos usando hierarquias multiaxiais e definições lógicas (atributos) e passa por processo preparatório contínuo (solicitações de mudanças, modelagem e edição de dados, validação e revisão) com atualização que ocorre 2 vezes ao ano. Os membros são provenientes de vários países, para que haja uma terminologia aplicável internacionalmente, facilitando a certificação (MORALLES, 2018).

Estrutura Multiaxial: Topográfico ou Anatômico funcional; Morfológica (termos de alterações celulares, teciduais, de órgãos etc.); Diagnóstica (classificação de doenças e outras condições); Organismos causadores das doenças; Químico (drogas, fármacos e outras substâncias); Agentes físicos, ações e forças; Contextos sociais de importância para a medicina; Ocupações e Geral (descrições, qualificações e ligações entre os termos).

Aplicações: Além do Brasil, outros países como Canadá e Estados Unidos incluíram o SNOMED-CT como sistema de terminologia obrigatória para os sistemas de IS onde há diversas aplicações que o utilizam. Própria para ser aplicada nos registros eletrônicos em saúde, em nível de atenção básica, gestor e na interoperabilidade entre os diferentes sistemas a nível internacional. Pode ser utilizado em vários sistemas nacionais como o E-SUS ab, SISREG entre outros, apesar de não ter sido explorada toda a sua potencialidade no contexto nacional (SILVA et al; 2020).

Vantagens: Através do uso do SNOMED-CT é possível, de forma hierárquica multiaxial, diferenciada para cada eixo, codificar e relacionar os distintos conceitos por definições lógicas (atributos) e interrelacioná-los. Este padrão codifica cada termo sobre informação do paciente para manter confidencialidade e mais fácil expressividade para o sistema, tornando assim mais adequado o processo de informatização do atendimento. Todo esse processo, de acordo com as diretrizes e protocolos clínicos, forma um sistema de apoio à decisão e intercâmbio entre as aplicações. Apresenta elaboração de vocabulário de acordo com normas de uniformização internacional de termos e linguagem em saúde, podendo ser utilizada por diferentes profissionais da área. Usa um recurso de mapeamento que possibilita a integração com os sistemas de classificação em saúde, como o padrão CID entre outros, e ainda utilizando estes para ampliação de sua terminologia (SILVA et al, 2020; IHTSDO, 2019).

Desvantagens: O SNOMED-CT deve estar adequado às diferenças linguísticas regionais, com flexibilidade para adotar novos termos. É necessário treinamento para conhecimento dos termos para uma utilização otimizada (SILVA et al, 2020). Utiliza-se da Ontologia; definida como "um modelo de dados que expressa um conjunto de conceitos dentro de um domínio e os relacionamentos entre estes conjuntos" (MORALLES, 2018); mas conforme Shulz et al (2009), "apenas uma pequena porção de fatos cientificamente relevantes em áreas como a biomedicina pode ser adequadamente representada por ontologias formais" e, por isso, "a tentativa de codificar conhecimento padrão ou probabilístico pela utilização de ontologias assim concebidas é fadada à produção de modelos não intencionais e errôneos".

Exemplos de Aplicações (nacionais e internacionais):

Nacional: Morales (2018) em sua dissertação de mestrado pela PUC-RS descreve a criação (e posteriores testes de validação, integração e carga) de um módulo capaz de conectar o sistema de informação em saúde brasileiro (DATASUS) com o canadense para suporte a assistência odontológica por telemedicina usando troca de informações (imagens radiográficas e dados clínicos principalmente) de pacientes fictícios. O acesso ao sistema canadense pode ser realizado operando a autenticação com credenciais de "teste". O modelo utilizou como padrão de terminologia em saúde o SNOMED-CT (contendo terminologias clínicas do SNODENT, terminologia odontológica). Como resultado dos testes de validação e integração, foi demonstrado que o modelo atende ao seu propósito; mas ainda há necessidade de aprimoramento de alguns fatores que limitam a interoperabilidade, além de inclusão de alguns termos (terminologias técnicas). O padrão internacional SNOMED-CT de registro de códigos para

diagnóstico, imagens etc., oferece uma excelente possibilidade de intercâmbio de dados internacional entre os sistemas por ser multilíngue e englobar termos de muitos países. Refere que é necessária uma maior participação de interoperabilidade semântica em conjunto com o profissional de odontologia. Já os testes de carga demonstraram que há limitação do módulo a 200 acessos simultâneos, indicando sobrecarga de processamento com o acúmulo de acessos.

Internacional: Jackson et al (2018), em seu estudo "Descoberta de conhecimento de fenotipagem profunda para doença mental grave em registros eletrônicos de saúde mental", realizado em um ambiente de serviço de saúde mental (South London and Maudsley NHS Foundation Trust-SLaM) com a coleta de termos médicos mais usados nos sistemas de informação do Clinical Record Interactive Search (CRIS) por profissionais da área como reflexo da heterogeneidade sintomatológica de transtornos mentais graves (Esquizofrenia, Transtorno Bipolar e Transtorno Esquizoafetivo, codificados no SNOMED-CT) e diferenças de uso. Compara os termos sintomatológicos obtidos desses aos já existentes no SNOMED-CT (sintomas e outros) através de mapeamento, e evidencia que muitos termos não constavam no sistema de terminologia internacional do SNOMED-CT. Dessa forma, verifica que, apesar de o SNOMED-CT ter vocabulário robusto e representativo das doenças mentais incluso, staffs médicos costumam usar um diverso vocabulário no transcorrer das suas interações, com termos que frequentemente não estão representados no SNOMED-CT no contexto da realidade cotidiana.

Como conclusão do estudo sugere-se usar uma aplicação para mapeamento entre os termos usados na prática do ambiente citado e os termos do SNOMED-CT. Além disso, o estudo coloca em questão se os médicos deveriam observar as restrições do SNOMED-CT ou se este deve incorporar maior flexibilidade para refletir a natureza da saúde mental através de seu fenótipo. Sugere essa maior flexibilidade como um modo a aprimorar a eficácia da medicina de precisão diagnóstica através da fenotipagem (sintomas)

Padrão 2: CID - Classificação Internacional de Doenças

Histórico: O padrão hoje conhecido por CID-10, cuja correta denominação é "Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde", no momento em sua 10ª edição, originou-se em 1893, sendo uma das primeiras tentativas de conferir uma nomenclatura a ser reproduzida como classificação oficial de óbitos. Ela deriva da "Classificação de Bertillon", também conhecida como "Lista Internacional de Causas de Morte", tendo como principal característica sua extensão progressiva em abrangência e finalidade, abordando causas de óbitos, doenças e lesões, porém mantendo-se a familiar abreviatura "CID -



Classificação Internacional de Doenças”. Apenas, a partir da sua 6ª revisão, de 1946, houve, de fato, acréscimo de diagnósticos médicos de doenças, motivo de consultas e morbidade (DI NUBILA, 2007). A atual versão foi aprovada e entrou em vigência em 1990, apresentada na 43ª Assembleia Mundial de Saúde. Trata-se de uma iniciativa internacional, traduzida para 43 idiomas, usada por todos os estados membros da Organização Mundial de Saúde (n=193), e destes, 117 países, incluindo o Brasil, faz uso como código oficial de registro de óbitos e indicador de saúde. No Brasil foi introduzida como padrão apenas em 1996 (HOVENGA; GARDE; HEARD, 2005; OPAS, 2021).

A CID-10 é válida até o dia 1 de janeiro de 2022, quando será substituída por uma nova versão, nomeada de CID-11. Como inovação, trará o fato de ser a primeira versão, desde sua primeira publicação, totalmente eletrônica e integrada a softwares de forma facilitada, além de enxertia de novos códigos revisados para melhor definição de resistência a antibióticos, transtornos de humor de maneira mais exata e detalhada à realidade do estado da arte neste campo de saber, introdução de códigos para a medicina tradicional e saúde sexual, ambas com tendência forte e crescente de tratamento de saúde no mundo. Ainda, serão excluídos ou reescritos códigos que atualmente não são mais tidos como conceitos de doenças: é o caso do termo “transtornos de identidade de gênero”, que será redefinido como “incongruência de gênero” (BRASIL, 2011; LAURENTI; et al., 2013; OPAS, 2021).

Descrição do Padrão: Nesta 10ª edição (1990) foram incluídos definições, normas e requisitos para informações relacionadas a mortalidade materna, fetal, perinatal, neonatal e infantil, bem como regras e instruções para os códigos da causa básica de mortalidade e da causa principal da morbidade, por fim, estabelecendo sua atualização em ciclos de dez anos (DI NUBILA, 2007; DIAS, 2014).

Trata-se de um código alfanumérico a ser usado com instrumentos de base epidemiológica, em formato de lista. Divide-se em 22 capítulos e agrupam doenças com características aproximadas. O primeiro capítulo trata de doenças infecciosas e parasitárias, codificadas em A00 a B99, além de 0 a 9 subcategorias nominadas. O segundo capítulo trata de neoplasias, com códigos de C00 a D48, descrevendo todos os tipos de tumores e suas localizações anatômicas. O terceiro versa sobre os códigos D50 e D89 e as doenças do sangue, e assim por diante (DI NUBILA, 2007; LAURENTI; et al., 2013).

Aplicações: A CID pode ser usada como código para o cotidiano clínico de profissionais, possibilitando a padronização de diagnósticos, faturamento por operadoras de saúde e

prestadores por preenchimento de guias SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) e de internação, anotação em atestados médicos (Resolução nº 1.819 do CRF), notificação compulsória de doenças (Portaria nº 264/2020 - Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional), usada para determinar a causa mortis de um indivíduo na Declaração de Óbito (causa básica de óbito, sintomas e modos de morrer), entre outros variados usos (LAURENTI; et al., 2013; HOVENGA; GARDE; HEARD, 2005).

Vantagens: O CID-10 possui uma importante vantagem, que é a praticidade e rapidez na disseminação de informações padronizadas sobre queixas e diagnóstico, útil e compilações de dados em saúde para pandemias e epidemias, a exemplo da rápida contabilização em questão de horas, sobre o número de casos de nova infecção e óbitos por COVID-19 ou sarampo em um dado território (HOVENGA; GARDE; HEARD, 2005; OPAS, 2021).

Desvantagens: A principal desvantagem é exatamente sua praticidade, ou seja, a rapidez de publicar dados perde em caráter qualitativo, necessitando de padrões e classificações “irmãs” para complementar e enriquecer os dados. Justamente neste sentido, iniciou-se entre os anos de 1980-1987 uma movimentação durante o processo de revisão da 9ª versão da CID, objetivando um acréscimo de dados para além da informação de diagnóstico médico puro, introduzindo o conceito de “família” de classificações (HOVENGA; GARDE; HEARD, 2005).

Segundo esse conceito, a CID seria usando como principal nomenclatura e outras classificações seriam usadas para qualificar os seus dados, atendendo as necessidades de informação de diferentes enfoques que não clínicos, a exemplo de procedimentos médicos, cirúrgicos e as limitações e incapacidades (DI NUBILA, 2007).

Assim, criou-se a CIDID/ICIDH “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” de 1980 em caráter experimental, posteriormente chamada CIF - “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde” em 2001 para uso internacional, constituindo uma classificação da família CID/CIF que abordava variados aspectos da saúde, criada pela Organização Mundial da Saúde (DI NUBILA, 2007).

Exemplos de Aplicações de Sucesso (nacionais e internacionais): Considerando que é uma classificação criada para padronizar a nomenclatura médica e de profissionais de saúde em códigos e como seu uso é diverso, não apenas no Brasil mas, no mundo, entende-se que a CID, em si, é um caso de grande sucesso, proporcionando uma melhor comunicação e entendimento entre os diferentes profissionais e campos de saber. Na 10ª versão já tem um uso versátil, porém,

em sua 11ª versão espera-se um uso muito mais adaptado às novas tecnologias e com relevantes características de interoperabilidade e automação por meio de sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2011; LAURENTI; et al., 2013; OPAS, 2021).

Padrão 3: HL7 - Health Level 7

Histórico: Um americano chamado Donald W. Simborg foi o criador original do protocolo de Nível 7 (em 1977), que mais tarde, na versão 2, acabou por ser transformado no padrão HL7.

Health Level Seven (HL7) é uma organização sem fins lucrativos envolvida no desenvolvimento de padrões de interoperabilidade de informática em saúde. Fundada em 1987 para produzir um padrão para troca de informações de dados clínicos e administrativos entre sistemas de informação em saúde.

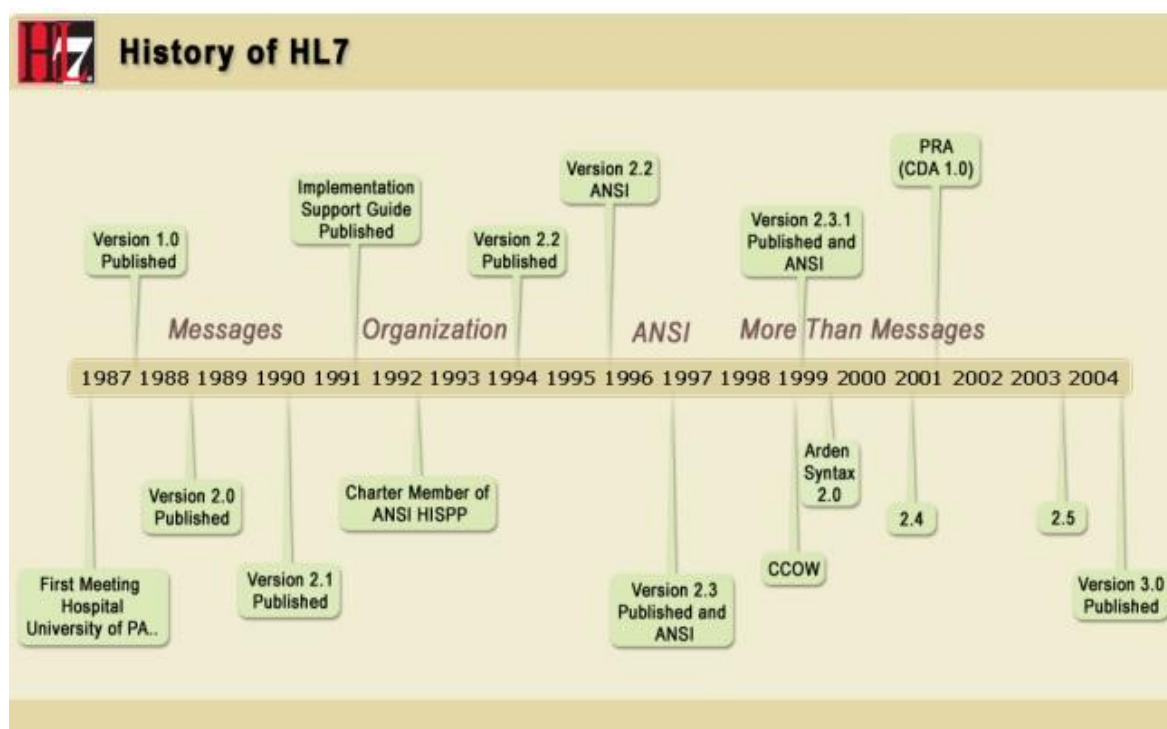


Figura 1. Timeline HL7

Descrição do Padrão: O HL7 especifica uma série de normas flexíveis, diretrizes e metodologias pelas quais vários sistemas de informação em saúde podem se comunicar uns com os outros. Essas orientações ou padrões de dados são um conjunto de regras que permitem que informações sejam compartilhadas e processadas de maneira uniforme e consistente. Estes padrões de dados são feitos para permitir que as organizações de saúde compartilhem facilmente informações clínicas. Teoricamente, essa capacidade de trocar informações deve

ajudar a minimizar a tendência para os cuidados médicos a serem geograficamente isolada e altamente variável. O nome Health Level 7 é uma referência à sétima camada do modelo de referência OSI-ISO, também conhecido como a camada de Aplicação.

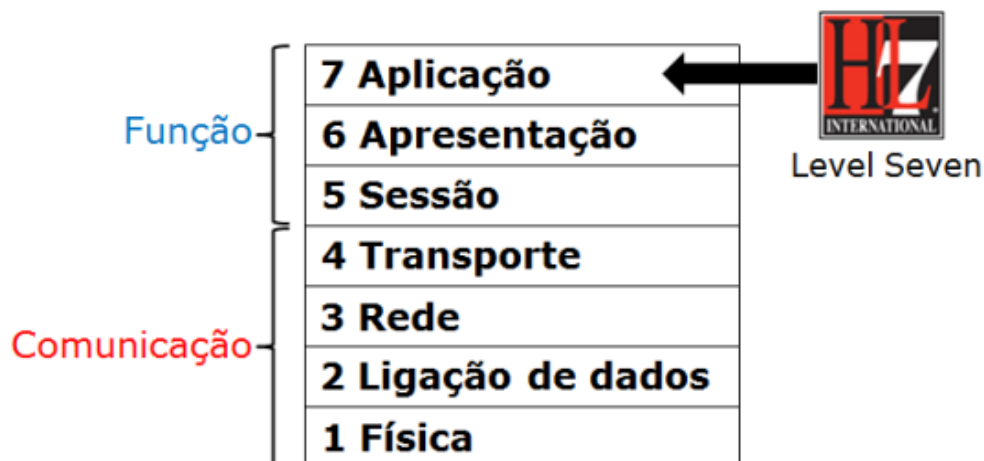


Figura 2. Modelo OSI para comunicação entre computadores.

O nome indica que a HL7 incide sobre protocolos da camada de aplicação para o domínio de cuidados de saúde, independentemente de camadas inferiores. HL7 considera eficazmente todas as camadas inferiores meramente como ferramentas.

Aplicações: Padrões HL7

- Padrão de Mensagens HL7 Versão 2.x - uma especificação de interoperabilidade para transações médicas e de saúde;
- Padrão de Mensagens HL7 Versão 3 - uma especificação de interoperabilidade para as transações médicas e de saúde, com base no RIM;
- GELLO - uma linguagem de expressão padrão usada para apoio à decisão clínica;
- Sintaxe Arden - uma gramática para representar as condições, decisões, recomendações, alertas, lembretes etc., em sistemas de decisão, denominados de Módulos de Lógica Médica (MLM: Medical Logical Modules);
- Clinical Context Object Workgroup (CCOW) - uma especificação de interoperabilidade para a integração visual dos aplicativos do usuário;

- Anexos de Faturamento (Claims Annex) - um anexo padrão de saúde que serve para expandir uma transação financeira na área de saúde;
- Clinical Document Architecture (HL CDA) - um modelo de troca de documentos clínicos, com base no HL7 versão 3 e no RIM;
- Fast Interoperable Health Resources (FHIR: Recursos Interoperáveis Rápidos em Saúde) - um novo conjunto de padrões apoiados em modelos da Web, mais compacto e fácil de usar do que o HL7 V3 e o CDA, e que supostamente irá substituí-los no futuro;
- Structured Product Labeling (HL7 SPL: Rotulagem Estruturada de Produtos) - padrão que define as informações publicadas que acompanham um medicamento, com base em HL7 versão 3.

Ultimamente, a HL7 tem evoluído no sentido de abranger também outros padrões de informação em saúde, criados por outras ISDO (International Standards Development Organization) na área, tais como o padrão DICOM para representação, armazenamento e transmissão de imagens médicas, e terminologias em saúde.

Vantagens: O HL7 (Health Level Seven) é parte da solução. As aplicações utilizadas por organizações de saúde que adotam o padrão HL7, podem se comunicar uns com os outros, mesmo quando estes 'falam línguas' diferentes, são construídos de diferentes formas e/ou utilizam estruturas e modelos de dados diferentes. A adoção do HL7 melhora o fluxo de trabalho em todos os níveis e setores da saúde, e como a tecnologia está em constante evolução, o mesmo acontece com a qualidade, a precisão e a eficiência dos profissionais de saúde que se utilizam dela.

Desvantagens: A flexibilidade do padrão deve permitir que diferentes ambientes possam utilizá-lo, que possa agregar diferentes versões e aspectos do HL7 e que ainda possa ser a interface entre outros sistemas não previstos ou relacionados. Outro complicador é que a cada atualização de versão do HL7, são introduzidas novas especificações e/ou removidas. Desta forma, várias versões aumentam o modelo conceitual e complicam o padrão. Esta necessidade é prevista nas versões mais recentes, que harmonizam com versões anteriores, para evitar erros de comunicação.

Exemplos de Aplicações de Sucesso (nacionais e internacionais): O padrão HL7 foi pensado e construído para ser uma norma para negociação e acordos, tendo sido aprovado pela ANSI (American National Standards Institute) que o define como padrão a ser adotado e seguido com objetivo de permitir que diversos sistemas heterogêneos possam se comunicar uns com os



outros, nacionais e internacionais. A explosão do número de aplicações clínicas e o impulso por um registro eletrônico de saúde centralizado é apenas um dos fatores que levam a exigência de uma 'linguagem' comum entre as diferentes aplicações e sistemas em saúde.

4. CONCLUSÃO

Através desta pesquisa, percebemos a importância dos padrões tanto de terminologias, como a CID e o SNOMED-CT, e de protocolos operacionais das TICs, como o HL7. Observou-se a existência de falhas, como a incapacidade das terminologias em saúde em abranger todo o contexto clínico, porém pesquisadores da área já vêm buscando soluções, como modificação e ampliação de termos, usando modelos de melhoria baseados na ontologia (TEIXEIRA & ALMEIDA, 2018).

No padrão CID, existe a necessidade de adequação como termos representantes das patologias e agravos em saúde, em uma linguagem mais funcional em termos do cotidiano clínico, seguradoras de saúde, contexto jurídico, estratégia de abordagem do paciente e outros fins. O padrão SNOMED-CT, apresenta a mesma carência, mas mostra maior abrangência comparado ao primeiro, definindo terminologia mais adequada para procedimentos, exames e contexto psicossocial. O padrão HL7 é um padrão de excelência fundamental para intercâmbio entre os padrões terminológicos e interoperabilidade de sistemas, que necessita englobar compatibilidade cada vez maior no número de sistemas.

No entanto, como descrito, esses padrões são exemplos de sucesso trazendo muitos benefícios na agilização e eficácia dos processos em IS.

Esses padrões são apenas alguns exemplos entre os mais utilizados e significativos no contexto que propõem soluções que facilitam o cotidiano clínico e hospitalar.

Apesar da grande evolução relacionada à interoperabilidade e padrões da informática em saúde, é necessário o contínuo empenho quanto à realização de pesquisas na área para que as falhas sejam corrigidas e as capacidades ampliadas, possibilitando uma progressiva melhora na funcionalidade das TICs de modo a aprimorar a assistência em saúde para a população mundial.



REFERÊNCIAS

- ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Normalização, 2021. Disponível em: <<http://www.abnt.org.br/normalizacao/o-que-e-o-que-e#:~:text=Norma%20%C3%A9%20o%20documento%20estabelecido,ordena%C3%A7%C3%A3o%20em%20um%20dado%20contexto>>. Acesso em: 26 mar. 2021.
- BARRA, Daniela Couto Carvalho; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, nov/dez; v.64, n.6, p.1141-1149, jan. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben64n6/v64n6a23.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- DEGOULET, P. L.; et al. *Présent et avenir des systèmes d'information et de communication hospitaliers*. Paris: Springer-Verlag; 2003.
- DI NUBILA, Haloisa Brunow Ventura. Aplicações das Classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiências e incapacidade [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007. Disponível em: <https://www.crefito8.org.br/pr/servicos/2007_cif_cid_nomenclatura.pdf>. Acesso em: 03/2021.
- DIAS, T. F. de F. Método para mapeamento entre terminologias em saúde, visando a interoperabilidade entre sistemas de informação. Dissertação (Mestrado em Bioengenharia) - Bioengenharia, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/82/82131/tde-28032016-135323/pt-br.php>>. Acesso em: 21 mar. 2021.
- HL7®: Guia para um Iniciante. **Interopera Easy**, 2016. Disponível em: <http://interopera.esy.es/wp-content/uploads/2016/12/HL7_101_V2_15122016.pdf>. Acesso em 25 mar. 2021.
- HL7 Health Level Seven, International. Disponível em: <<https://www.hl7.org/about/index.cfm?ref=nav>>. Acesso em: 22 mar. 2021.
- HOVENGA, E.; GARDE, S.; HEARD, S. Nursing constraint models for electronic health records: a vision for domain knowledge governance. *Int J Med Inform*, v. 74, n. 11-12, 2005. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S138650560500119X>>. Acesso em 20 mar. 2021.
- INTERNATIONAL ORGANISATION FOR STANDARDIZATION, INTERNATIONAL ELECTROTECHNICAL COMMISSION. ISO/IEC Directives Part 2: Rules for the structure and drafting of International Standards. 6th ed. Genebra; 2011.
- INTERNATIONAL HEALTH TERMINOLOGY STANDARDS DEVELOPMENT ORGANISATION (IHTSDO). Guia de Introdução ao SNOMED CT (PT). Snomed.org; ago. 2019. Disponível em: <http://snomed.org/sgpt>. Acesso em: 21 mar. 2021.
- JACKSON, Richard; et al. Knowledge discovery for Deep Phenotyping serious mental illness from Electronic Mental Health records (versão 2). *F1000Research* 2018, 7:210. Última atualização: 24 mai. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5968362/pdf/f1000research-7-16078.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.



LAURENTI, R.; DI NUBILA, H. B. V.; QUADROS, A. A. J.; CONDE, M. T. R. P.; OLIVEIRA, A. S. A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pos-Poliomielite. Arq. Neuro-Psiquiatr., v. 71, n. 9A, p. 3-10, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000900111&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria No 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html . Acesso em: 20 mar. 2021.

MORALLES, Cassiano Ricardo Neubauer. Proposta de um sistema para troca de informações odontológicas de pacientes entre instituições de saúde brasileiras com o sistema de informação em saúde canadense. Dissertação de Mestrado em Engenharia Elétrica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Porto Alegre, 2018. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7970>. Acesso em: 20 mar. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Perguntas e respostas: revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5574:perguntas-e-respostas-revisao-da-classificacao-internacional-de-doencas-cid&Itemid=875>. Acesso em 26 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10/Organização Mundial de Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em português. 5ª ed. São Paulo: EDUSP, 1999. V. 2: Manual de Instruções

SCHULZ, Stefan; et al. Vantagens e limitações das ontologias formais na área biomédica. Revista Eletrônica de Comunicação, Informática e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.33-48, mar., 2009. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/818/1460>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SHAYER, Dave. HL7 101: A Beginner's Guide. **For The Record**, Spring City, v. 19 n. 1 p. 22, janeiro 2007. Disponível em: https://www.fortherecordmag.com/archives/fttr_01082007p22.shtml. Acesso em: 26 mar. 2021.

SILVA, Carolina Giordani da et al. SNOMED-CT como modelo de sistema de linguagem padronizada à enfermagem: revisão integrativa. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre-RS, n. 41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190281>. Acesso em: 20 mar. 2021.

TEIXEIRA, Livia Marangon Duffles; ALMEIDA, Maurício Barcellos. Princípios ontológicos no suporte a terminologias clínicas: método e ontologia para reorganização da Classificação Internacional de Doenças. Ciências da Informação, Brasília, DF, v.48 n.1, p.94-112, jan./abr. 2019. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/4291/4101>. Acesso em: 26 mar. 2021.



PÁGINA DE POTENCIALIZAÇÃO DE INDEXAÇÃO E BUSCA (PIIB)

es Español

Este artículo analiza tres estándares internacionales ampliamente utilizados en informática en salud: SNOMED-CT, CID y HL7. El objetivo es comprender sus orígenes, estructuras y aplicaciones a nivel nacional e internacional, destacando ventajas, limitaciones y el potencial de integración entre sistemas de salud. El estudio se basa en una revisión de la literatura nacional e internacional, realizada por egresados del programa de posgrado en Informática en Salud de la UNIFESP. Los resultados indican que la CID y el SNOMED-CT contribuyen a la estandarización terminológica, pero aún presentan limitaciones en la representación de contextos clínicos complejos. HL7 se destaca como un protocolo esencial para la interoperabilidad entre sistemas, facilitando la comunicación entre diferentes plataformas y modelos de datos. Se concluye que, a pesar de los avances, persisten desafíos significativos que requieren inversiones en investigación, actualización de estándares y capacitación profesional para garantizar la eficiencia y seguridad en el intercambio de información en salud.

Palabras clave: interoperabilidad; SNOMED-CT; CID-10; HL7; registros electrónicos de salud; estandarización terminológica.

FR Français

Cet article analyse trois normes internationales largement utilisées en informatique de santé : SNOMED-CT, CIM et HL7. L'objectif est de comprendre leurs origines, structures et applications aux niveaux national et international, en mettant en évidence les avantages, les limites et le potentiel d'intégration entre les systèmes de santé. L'étude repose sur une revue de la littérature nationale et internationale, réalisée par des diplômés du programme de troisième cycle en informatique de santé de l'UNIFESP. Les résultats indiquent que la CIM et le SNOMED-CT contribuent à la standardisation terminologique, mais présentent encore des limites dans la représentation des contextes cliniques complexes. Le HL7 se distingue comme protocole essentiel pour l'interopérabilité entre les systèmes, facilitant la communication entre différentes plateformes et modèles de données. Il est conclu que, malgré les avancées, des défis importants subsistent, nécessitant des investissements en recherche, mise à jour des normes et formation professionnelle afin d'assurer l'efficacité et la sécurité dans l'échange d'informations de santé.

Mots-clés : interopérabilité ; SNOMED-CT ; CIM-10 ; HL7 ; dossiers de santé électroniques ; standardisation terminologique.

ru Русский

В статье анализируются три широко используемых международных стандарта в области медицинской информатики: SNOMED-CT, МКБ и HL7. Цель состоит в том, чтобы понять их происхождение, структуру и применение на национальном и международном уровнях, выделяя преимущества, ограничения и потенциал интеграции между системами здравоохранения. Исследование основано на обзоре отечественной и зарубежной литературы, выполненном выпускниками программы последипломного образования по медицинской информатике UNIFESP.



Результаты показывают, что МКБ и SNOMED-CT способствуют стандартизации терминологии, но всё ещё имеют ограничения в представлении сложных клинических контекстов. HL7 выделяется как ключевой протокол для обеспечения совместимости между системами, облегчая обмен данными между различными платформами и моделями данных. Сделан вывод о том, что, несмотря на прогресс, остаются серьёзные проблемы, требующие инвестиций в исследования, обновление стандартов и профессиональную подготовку для обеспечения эффективности и безопасности обмена медицинской информацией.

Ключевые слова: интероперабельность; SNOMED-CT; МКБ-10; HL7; электронные медицинские записи; стандартизация терминологии.

JP 日本語

本稿では、医療情報学で広く使用されている国際的な3つの標準規格（SNOMED-CT、ICD、HL7）を分析する。目的は、それらの起源、構造、国内外での応用を理解し、利点、限界、および医療システム間の統合の可能性を明らかにすることである。本研究は、UNIFESPの医療情報学の大学院課程修了者による国内外の文献レビューに基づいている。結果として、ICDおよびSNOMED-CTは用語標準化に貢献しているが、複雑な臨床状況の表現には限界があることが示された。HL7は、システム間の相互運用性を確保するための重要なプロトコルとして際立ち、異なるプラットフォームやデータモデル間の情報共有を促進する。進歩が見られる一方で、依然として大きな課題が残っており、効率的かつ安全な医療情報の交換を保証するには、研究への投資、標準の更新、専門家の育成が必要であると結論付けられた。

キーワード: 相互運用性 ; SNOMED-CT ; ICD-10 ; HL7 ; 電子健康記録 ; 用語の標準化

CN 中文

本文分析了三个在健康信息学中被广泛使用的国际标准：SNOMED-CT、ICD 和 HL7。目的是了解它们的起源、结构以及在国内和国际上的应用，强调它们的优点、限制和在健康系统之间整合的潜力。该研究基于由圣保罗联邦大学（UNIFESP）健康信息学研究生项目的毕业生进行的国内外文献综述。结果表明，ICD 和 SNOMED-CT 有助于术语标准化，但在表达复杂的临床情境方面仍存在一定的局限性。HL7 作为系统间互操作性的重要协议，促进了不同平台和数据模型之间的信息交流。研究结论指出，尽管取得了进展，但仍存在重大挑战，需要在研究、标准更新和专业培训方面进行持续投资，以确保健康信息交换的效率和安全性。

****关键词：** **互操作性 ; SNOMED-CT ; ICD-10 ; HL7 ; 电子健康记录 ; 术语标准化




Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o Plano de Parto: uma Revisão Qualitativa

Knowledge, Attitudes, and Practices of Primary Health Care Professionals Regarding the Birth Plan: A Qualitative Review

Patrícia Cristine Tavares Pinto da Silva

Hospital das Clínicas da UFG – Setor de Clínica Cirúrgica
Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia
CAIS Amendoeiras – Urgência e Emergência

E-mail: profapatriciavescola@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0004-9332-9063>

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.16626626>

RESUMO

O plano de parto é um instrumento de comunicação que favorece a autonomia da mulher e a humanização do parto. Esta revisão qualitativa teve como objetivo analisar os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da atenção primária à saúde sobre o plano de parto. Foi realizada revisão da literatura nacional e internacional nas bases SciELO, BVS, LILACS e MEDLINE, priorizando estudos publicados entre 2015 e 2024. Os resultados apontam lacunas no conhecimento dos profissionais, barreiras atitudinais e desafios para efetivação dessa prática na rede de atenção básica. Conclui-se que há necessidade de formação continuada e incentivo institucional para ampliação do uso do plano de parto como ferramenta de cuidado centrado na mulher.

Palavras-chave: plano de parto; atenção primária à saúde; humanização do parto; cuidado centrado na mulher; prática profissional.

ABSTRACT

The birth plan is a communication tool that promotes women's autonomy and humanizes childbirth. This qualitative review aimed to analyze the knowledge, attitudes and practices of primary health care professionals regarding the birth plan. A literature review was conducted using national and international sources from SciELO, BVS, LILACS and MEDLINE, prioritizing studies published between 2015 and 2024. The results reveal gaps in professionals' knowledge, attitudinal barriers and challenges for the effective implementation of this practice in primary care. It is concluded that continuous education and institutional support are necessary to expand the use of the birth plan as a woman-centered care tool.

Keywords: birth plan; primary health care; childbirth humanization; woman-centered care; professional practice.



1 INTRODUÇÃO

O Plano de Parto é uma ferramenta estratégica para a humanização do parto, que visa promover a autonomia da mulher e fortalecer o cuidado centrado em suas necessidades e preferências. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso do Plano de Parto como meio de estimular o parto fisiológico, reduzir intervenções desnecessárias e aprimorar a comunicação entre profissionais de saúde e gestantes (MOUTA et al., 2017).

Essa prática surgiu na década de 1980, em países desenvolvidos, como resposta à crescente medicalização do parto, com o objetivo de melhorar os resultados maternos e neonatais, bem como garantir o respeito aos direitos reprodutivos da mulher (CARVALHO et al., 2019). No Brasil, o Plano de Parto está previsto em políticas públicas importantes, como a Rede Cegonha, que tem como premissa a humanização do parto e a promoção do protagonismo feminino (BRASIL, 2011).

Apesar disso, estudos indicam que a adoção do Plano de Parto ainda é limitada, principalmente na atenção primária à saúde (APS), onde o contato precoce e contínuo com a gestante poderia favorecer a construção deste instrumento. Pesquisas apontam lacunas no conhecimento, atitudes ambíguas e práticas inconsistentes dos profissionais da APS frente ao Plano de Parto, dificultando sua efetivação e, consequentemente, o exercício da autonomia feminina (SANTANA et al., 2020; MOUTA et al., 2017).

Além das barreiras individuais, fatores institucionais, culturais e educacionais contribuem para a baixa adesão à prática. Um exemplo é a inclusão na Caderneta da Gestante do Ministério da Saúde (2017) de recomendações contrárias às evidências científicas, como a episiotomia rotineira e a manobra de Kristeller, contestadas por órgãos como o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017) e pela própria OMS.

Diante do exposto, é imprescindível compreender o nível de conhecimento, as atitudes e as práticas dos profissionais da APS em relação ao Plano de Parto, para identificar desafios e oportunidades que possibilitem avanços na humanização da assistência obstétrica.

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão qualitativa sobre os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde em relação ao Plano de Parto, visando identificar lacunas e promover avanços na humanização do



cuidado obstétrico.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo revisão narrativa e exploratória, com abordagem crítica da literatura nacional e internacional sobre os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde frente ao Plano de Parto.

A busca foi realizada nas bases SciELO, BVS, LILACS e MEDLINE, abrangendo o período de 2015 a 2024. Foram utilizados os descritores “plano de parto”, “atenção primária à saúde”, “humanização do parto” e “prática profissional”, isoladamente e em combinações, por meio de operadores booleanos.

Foram incluídos artigos completos publicados em português, inglês ou espanhol, que abordassem profissionais da atenção primária à saúde. Foram excluídos estudos duplicados, trabalhos de revisão que não apresentassem dados primários, artigos que focassem exclusivamente a percepção das usuárias e publicações que não estavam disponíveis na íntegra.

A seleção dos estudos seguiu os seguintes critérios: leitura dos títulos e resumos para identificação do tema relevante, seguida da análise completa dos artigos selecionados. A análise qualitativa dos dados extraídos dos textos contemplou a categorização temática referente aos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da APS em relação ao Plano de Parto.

A síntese dos resultados foi realizada de forma descritiva e crítica, visando identificar lacunas, barreiras e facilitadores para a implementação do Plano de Parto na APS, bem como apontar recomendações para a qualificação dos profissionais e o fortalecimento das políticas públicas relacionadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Conhecimento dos profissionais sobre o plano de parto

A análise dos estudos revisados revela que o conhecimento dos profissionais da atenção



primária à saúde (APS) acerca do Plano de Parto é frequentemente insuficiente ou superficial. Muitos profissionais demonstram compreensão parcial do conceito, suas finalidades e importância para a humanização do parto.

Diversas pesquisas apontam que, embora reconheçam o Plano de Parto como um instrumento valioso para garantir a autonomia da mulher e melhorar a comunicação entre gestante e equipe, os profissionais carecem de informações claras sobre sua aplicação prática, os direitos envolvidos e os protocolos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (SANTANA et al., 2020; MOUTA et al., 2017).

Além disso, o desconhecimento pode estar associado à falta de capacitação específica durante a formação acadêmica e a ausência de treinamentos continuados na rede pública de saúde. A ausência de diretrizes claras e de incentivo institucional também contribui para o limitado conhecimento e uso do Plano de Parto na APS.

Essa lacuna no conhecimento compromete a implementação efetiva do Plano, limitando seu potencial de promover uma assistência centrada na mulher e que respeite suas escolhas durante o processo de trabalho de parto e nascimento.

É fundamental, portanto, que sejam promovidas ações educativas e políticas públicas que valorizem a qualificação dos profissionais da APS para o uso adequado do Plano de Parto, reforçando sua relevância como instrumento de cuidado humanizado.

3.2 Atitudes frente ao uso do plano de parto

As atitudes dos profissionais da atenção primária à saúde em relação ao Plano de Parto revelam desafios significativos para sua implementação. Estudos indicam que barreiras culturais, resistência a mudanças na rotina de atendimento e percepções equivocadas sobre a eficácia e aplicabilidade do Plano estão presentes no cotidiano dos profissionais (SANTANA et al., 2020).

Alguns profissionais veem o Plano de Parto como um documento burocrático ou até mesmo como uma interferência no seu papel técnico, o que pode gerar resistência à sua adoção. Além disso, a persistência de práticas medicalizantes e paternalistas dificulta o reconhecimento do protagonismo da mulher no processo de parto, reduzindo o interesse e o comprometimento com o uso do Plano (MOUTA et al., 2017).



Outro aspecto relevante são as crenças pessoais e culturais dos profissionais, que podem influenciar negativamente suas atitudes, levando a um descompasso entre as recomendações oficiais e a prática real. Essa desconexão pode resultar em atitudes ambíguas ou até mesmo em rejeição ao Plano de Parto, prejudicando a promoção do parto humanizado na atenção básica.

Diante disso, é imprescindível promover estratégias de sensibilização e formação continuada que trabalhem as atitudes dos profissionais, fortalecendo uma visão centrada na mulher e na valorização de suas escolhas, para que o Plano de Parto seja efetivamente incorporado à prática clínica.

3.3 Práticas e implementação na APS

No que tange às práticas e à implementação do Plano de Parto na atenção primária à saúde, os estudos indicam uma realidade heterogênea, marcada por desafios estruturais e organizacionais. A falta de protocolos claros, a sobrecarga de trabalho e a insuficiência de recursos dificultam a incorporação sistemática do Plano na rotina dos profissionais (SANTANA et al., 2020; MOUTA et al., 2017).

Entretanto, experiências positivas foram identificadas em contextos onde há apoio institucional, capacitação adequada e incentivo ao trabalho interdisciplinar, favorecendo o diálogo entre profissionais e gestantes e o desenvolvimento de práticas centradas no cuidado humanizado.

A implementação efetiva do Plano de Parto requer a integração de ações educativas durante o pré-natal, o acompanhamento contínuo e a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, garantindo que as preferências da mulher sejam respeitadas e que as intervenções sejam realizadas somente quando necessárias.

A capacitação técnica dos profissionais e o fortalecimento das políticas públicas são fundamentais para que o Plano de Parto deixe de ser um documento formal e se torne um instrumento dinâmico e efetivo na promoção do parto humanizado na APS.



3.4 Interface com políticas públicas e diretrizes oficiais

A implementação e o fortalecimento do Plano de Parto na atenção primária à saúde estão diretamente relacionados às políticas públicas e diretrizes oficiais que orientam a assistência obstétrica no Brasil. A Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde em 2011, representa uma das principais estratégias para promover a humanização do parto, assegurando às mulheres o direito a um atendimento qualificado, respeitoso e centrado em suas necessidades (BRASIL, 2011).

Entretanto, apesar das diretrizes claras, observa-se uma lacuna na efetivação dessas políticas na prática cotidiana da APS. A inconsistência entre o que é preconizado pelas normativas, como o incentivo ao Plano de Parto e ao parto fisiológico, e a realidade vivenciada pelos profissionais evidencia dificuldades estruturais, falta de capacitação e resistência institucional (SANTANA et al., 2020).

Além disso, recentes alterações na Caderneta da Gestante pelo Ministério da Saúde, que incluem recomendações controversas e contrárias a evidências científicas consolidadas, como a prática rotineira da episiotomia e a manobra de Kristeller, têm gerado críticas de entidades representativas da enfermagem e da obstetrícia, comprometendo o avanço da humanização do parto no país (COFEN, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça que o Plano de Parto deve ser uma ferramenta dinâmica e flexível, que respeite as preferências da mulher, mas também garanta a segurança materna e neonatal. Assim, as políticas públicas precisam alinhar-se às evidências científicas e promover a capacitação contínua dos profissionais da APS para que o Plano de Parto seja incorporado de forma efetiva e sustentável (MOUTA et al., 2017).

Portanto, a interface entre as políticas públicas, as diretrizes oficiais e a prática profissional é fundamental para superar barreiras e garantir a adoção plena do Plano de Parto, consolidando-o como uma estratégia eficaz de humanização da assistência ao parto na atenção primária.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano de Parto, embora reconhecido internacionalmente como uma importante



estratégia para a humanização do parto e promoção da autonomia feminina, ainda é pouco difundido na atenção primária à saúde no Brasil. Os resultados desta revisão qualitativa indicam que os profissionais da APS apresentam lacunas significativas no conhecimento sobre o Plano de Parto, bem como atitudes ambíguas, que refletem resistências culturais e falta de sensibilização adequada.

A efetivação dessa prática encontra barreiras institucionais, organizacionais e educacionais, que limitam sua incorporação plena no cotidiano da assistência. Assim, torna-se evidente a necessidade de suporte institucional robusto, políticas públicas alinhadas às evidências científicas e programas de capacitação continuada para os profissionais da APS.

Reforça-se a importância do Plano de Parto não apenas como um documento formal, mas como uma ferramenta educativa e de empoderamento das mulheres, capaz de garantir um cuidado centrado em suas escolhas e necessidades, promovendo resultados maternos e neonatais mais satisfatórios e uma experiência de parto positiva.

Investir na qualificação dos profissionais e no fortalecimento das diretrizes de humanização constitui caminho essencial para ampliar o uso do Plano de Parto na atenção primária, consolidando-o como um pilar fundamental na melhoria da qualidade da assistência obstétrica no país.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. C. B. L. *Centro de parto normal peri-hospitalar: proposta arquitetônica para uma unidade adaptável*. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Projeto e Meio Ambiente) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/24100>. Acesso em: 30 jun. 2025.

BALDISSEROTTO, M. L.; TEMA FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N. Boas práticas segundo recomendação da OMS para trabalho de parto e parto normal e avaliação da assistência da mulher na pesquisa nacional "Nascer no Brasil", 2011/2012. *Reproductive Health*, v. 13, n. 3, p. 124–129, 2016. DOI: 10.1186/s12978-016-0233-x.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 30 jun. 2025.

CARVALHO, E. M. P. et al. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2135-2145, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2135.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2025.



GAMA, S. G. N. et al. Assistência ao parto e nascimento por enfermeiras com experiência em obstetrícia no Brasil. *Reproductive Health*, v. 13, Suppl 3, p. 123, 2016. DOI: 10.1186/s12978-016-0236-7.

LOPÉZ-GIMENO, E.; FALGUERA, G.; MONTERO-PONS, L.; GARCÍA-MARTÍN, I. M.; BORRÀS-REVERTER, A.; SEGURANYES, G. Atividade educativa sobre plano de parto no pré-natal: fatores relacionados. *Matronas Prof.*, v. 19, p. 117–124, 2018. Disponível em: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/177221/1/690122.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2025.

MEDEIROS, R. M. K.; FIGUEIREDO, G.; CORREA, A. C. P.; BARBIERI, M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, p. e20180233, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180233.

MOUTA, R. J. O. et al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 31, p. e20275, 2017.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Modelo da OMS de atenção intraparto para uma experiência de parto positiva: transformando o cuidado de mulheres e bebês para melhorar a saúde e o bem-estar. 2018. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.15237>. Acesso em: 30 jun. 2025.

RAZNIEVSKI, L. F. da S. et al. Boas práticas de assistência ao parto e nascimento: percepções de enfermeiras da atenção básica. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 10, p. e34, 2020. DOI: 10.5902/2179769238887.

SANTOS, T. C.; FEITOSA, A. K. P. A.; JARDIM, R.; SCHOTT, M. Plano de parto: conhecimento, atitude e prática de puérperas assistidas na atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem Digital*, v. 6, p. 01-10, 2020. DOI: 10.5935/2446-5682.20210072.

SANTANA, W. N. et al. Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 33, 2020. DOI: 10.18471/rbe.v33.32894.

SILVA, A. L. N. V.; NEVES, A. B.; SAKG, S. A. K.; SOUZA, R. A. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Revista Enfermagem UFSM*, v. 7, n. 1, p. 144-151, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>. Acesso em: 30 jun. 2025.

TINTORI, J. A.; MENDES, L. M.; MONTEIRO, J. C.; GOMES-SPONHOLZ, F. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, p. eAPE00251, 2022.



PÁGINA DE POTENCIALIZAÇÃO DE INDEXAÇÃO E BUSCA (PPIB)

Resumen

El plan de parto es un instrumento de comunicación que favorece la autonomía de la mujer y la humanización del parto. Esta revisión cualitativa tuvo como objetivo analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la atención primaria de salud sobre el plan de parto. Se realizó una revisión de la literatura nacional e internacional en las bases SciELO, BVS, LILACS y MEDLINE, priorizando estudios publicados entre 2015 y 2024. Los resultados señalan vacíos en el conocimiento de los profesionales, barreras actitudinales y desafíos para la implementación de esta práctica en la red de atención básica. Se concluye que existe la necesidad de formación continua e incentivo institucional para ampliar el uso del plan de parto como herramienta de cuidado centrado en la mujer.

Palabras clave: plan de parto; atención primaria de salud; humanización del parto; cuidado centrado en la mujer; práctica profesional.

Résumé

Le plan de naissance est un outil de communication qui favorise l'autonomie de la femme et l'humanisation de l'accouchement. Cette revue qualitative visait à analyser les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels des soins de santé primaires concernant le plan de naissance. Une revue de la littérature nationale et internationale a été réalisée dans les bases SciELO, BVS, LILACS et MEDLINE, en privilégiant les études publiées entre 2015 et 2024. Les résultats révèlent des lacunes dans les connaissances des professionnels, des barrières actitudinales et des défis pour la mise en œuvre de cette pratique dans le réseau de soins primaires. Il est conclu qu'une formation continue et un soutien institutionnel sont nécessaires pour élargir l'utilisation du plan de naissance comme outil de soins centrés sur la femme.

Mots-clés: plan de naissance ; soins de santé primaires ; humanisation de l'accouchement ; soins centrés sur la femme ; pratique professionnelle.

Резюме

План родов представляет собой инструмент коммуникации, способствующий автономии женщины и гуманизации родов. Целью данного качественного обзора был анализ знаний, отношения и практики специалистов первичной медико-санитарной помощи в отношении плана родов. Проведен обзор отечественной и международной литературы в базах SciELO, BVS, LILACS и MEDLINE с приоритетом для публикаций 2015–2024 годов. Результаты указывают на пробелы в знаниях специалистов, барьеры в отношении и трудности в реализации данной практики в сети первичной помощи. Сделан вывод о необходимости непрерывного обучения и институционального стимулирования для расширения использования плана родов как инструмента ухода, ориентированного на женщину.

Ключевые слова: план родов; первичная медико-санитарная помощь; гуманизация родов; уход, ориентированный на женщину; профессиональная практика.



要約

分娩计划是一种促进女性自主权和分娩人性化的沟通工具。本质性回顾旨在分析初级卫生保健专业人员对分娩计划的知识、态度和实践。本研究回顾了2015年至2024年间发表于SciELO、BVS、LILACS和MEDLINE数据库中的国内外文献。结果表明，专业人员在知识上存在不足，态度上存在障碍，并在基层医疗网络中落实该实践方面面临挑战。结论指出，有必要进行持续教育并提供制度支持，以扩大分娩计划作为以女性为中心的护理工具的应用。

关键词：分娩计划；初级卫生保健；分娩人性化；以女性为中心的护理；专业实践。

摘要

バースプランは、女性の自律性と出産の人間性を促進するコミュニケーションツールです。本定性的レビューは、プライマリーヘルスケアの専門職がバースプランについて持つ知識、態度、実践を分析することを目的としています。2015年から2024年の間に発表された文献を優先し、SciELO、BVS、LILACS、MEDLINEのデータベースで国内外の文献をレビューしました。結果は、専門職における知識の欠如、態度上の障壁、および基礎的な医療ネットワークにおける実施の課題を示しています。女性中心のケアツールとしてのバースプランの使用を拡大するには、継続的な教育と制度的支援が必要であると結論づけられます。**キーワード：**バースプラン；プライマリーヘルスケア；出産の人間化；女性中心のケア；専門的実践。



Aleitamento materno: Fatores associados ao desmame precoce

Breastfeeding: Factors Associated with Early Weaning

 **Sayonara Gomes De Oliveira**

<https://orcid.org/0009-0006-9998-5672>

 **Elisângela Maria de Oliveria**

<https://orcid.org/0009-0004-8612-6399>

 **Mariane Conceição Paixão**

<https://orcid.org/0009-0003-6533-559X>

 **Ailane Milard Moreira de Souza**

<https://orcid.org/0000-0002-9684-3541>

 **Wilsamara Alves de Oliveira Santos**

<https://orcid.org/0009-0002-4959-9838>

 **Marisanta Pinto Ribeiro**

<https://orcid.org/0009-0002-3956-8579>

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17015650>

RESUMO

O aleitamento materno é fundamental para a saúde da criança, pois reúne características nutricionais ideais atuando como agente imunizador, além disso, estimula a relação afetiva entre a mãe e o bebê. A sua prática é uma experiência que implica em uma série de fatores maternos e em outros relacionados ao recém-nascido, neste sentido é importante o incentivo à amamentação exclusiva desde o pré-natal até as consultas puerperais. A pesquisa objetivou conhecer os fatores associados ao desmame precoce na ótica de mães em uma unidade de saúde da família, verificar o conhecimento das mães acerca da importância do aleitamento materno exclusivo para o binômio mãe- filho e investigar as orientações de enfermagem sobre o aleitamento materno exclusivo. Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, com 26 mães de crianças de 0 a 6 meses de vida cadastradas em uma unidade de saúde da família da zona rural. A coleta de dados foi realizada no município de São João do Rio do Peixe- PB no mês de junho, através de uma entrevista norteada por um questionário de perguntas abertas e fechadas. Os dados foram analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo adotado por Lefevre, levando em consideração a resolução 196/ 96. Os resultados evidenciaram que a ausência no lar, o leite fraco, as fissuras mamárias, a pega inadequada e a falta de tempo são fatores que levaram ao desmame precoce o que pode estar relacionado com o conhecimento insuficiente e o déficit na assistência de enfermagem no que concerne as orientações acerca do aleitamento materno exclusivo, embora algumas participantes referiram da importância deste. Diante disto, é necessário o enfermeiro, bem como, a equipe de saúde implemente a metodologia da assistência à gestante e puérpera para que a prática da amamentação exclusiva seja realizada em sua totalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno Exclusivo. Desmame Precoce. Mulher

ABSTRACT

Breastfeeding is essential for child health, as it provides ideal nutritional components while acting as an



immunizing agent. Additionally, it fosters the emotional bond between mother and baby. This practice involves a range of maternal and newborn-related factors. In this context, promoting exclusive breastfeeding from the prenatal period through postnatal consultations is crucial. This study aimed to identify factors associated with early weaning from the perspective of mothers in a family health unit, assess their knowledge about the importance of exclusive breastfeeding for the mother-child dyad, and investigate the nursing guidance provided on exclusive breastfeeding. This was an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, conducted with 26 mothers of children aged 0 to 6 months, enrolled in a rural family health unit. Data collection took place in the municipality of São João do Rio do Peixe, Paraíba State, in June, through interviews guided by a semi-structured questionnaire containing both open and closed questions. The data were analyzed using the Collective Subject Discourse technique proposed by Lefevre, in accordance with Resolution 196/96.

The results showed that maternal absence from home, perceived insufficient milk supply, nipple fissures, improper latch, and lack of time were factors contributing to early weaning. These may be linked to limited maternal knowledge and gaps in nursing care, especially regarding guidance on exclusive breastfeeding, although some participants acknowledged its importance. Given these findings, it is essential for nurses and the broader healthcare team to implement effective strategies for supporting pregnant and postpartum women, ensuring that exclusive breastfeeding is fully practiced.

Keywords: Exclusive Breastfeeding; Early Weaning; Women

1 INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) é fundamental para a saúde da criança pela sua disponibilidade de nutrientes e substâncias imunoativas. A amamentação favorece a relação afetiva mãe-filho e o desenvolvimento da criança, do ponto de vista cognitivo e psicomotor. Apresenta também a prioridade de promover o espaçamento das gestações e de diminuir a incidência de algumas doenças na mulher (BRASIL, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prática da amamentação atualmente salva a vida de seis milhões de crianças a cada ano e sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas. 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 (AME) é de crucial importância para que se obtenham bons resultados (BRASIL, 2002).

Neste sentido, é imprescindível orientações de qualidade, oferecer todas as informações necessárias à prática natural de amamentação, identificando vivências, experiências e crenças que a mulher traz consigo e discuti-las em consultas individuais ou reuniões de grupos de gestantes. A enfermeira deve ainda adotar medidas de conforto, apoio psicológico e incentivo à amamentação, dando ênfase a esse processo e seus benefícios.

Para uma boa orientação, o profissional de saúde deve apoiar a mulher, com interesse por suas dificuldades, interagindo e permitindo que ela exponha os sentimentos e pensamentos acerca da prática de amamentar, sem julgamentos, transmitir orientações adequadas e suficientes, em linguagem simples e clara, para favorecer o AME, gerar confiança e motivação para a mulher, sensibilizar a família da importância do seu apoio e incentivar o pai a participar ativamente dos cuidados com a criança, despertando a sua importância nessa fase da vida da mulher.

A OMS afirma que a preparação durante o pré-natal pode apresentar um importante efeito na amamentação, principalmente ao orientar as mulheres sobre as técnicas do aleitamento e procurar fortalecer a autoconfiança da mãe para que ela sinta-se mais segura na hora de amamentar, ressalta ainda que é importante discutir sobre os benefícios da amamentação enfatizando sua maior eficácia durante o primeiro trimestre, bem como discutir os medos, as crenças e realizar demonstrações nas práticas do aleitamento (BRASIL, 2002).

Segundo Potty; Perry (2009) a prevalência e a duração diminuíram em muitas partes do mundo, por diversas razões sociais, econômicas e culturais, com a introdução de tecnologias modernas e a adoção de novos estilos de vida, houve em muitas sociedades uma redução notável da importância atribuído a esta prática tradicional.

Neste sentido, convém mencionar que para o Ministério da Saúde (MS), a ausência da amamentação ou sua interrupção precoce são frequentes em crianças de 4 a 6 meses de vida introduzindo outros alimentos na sua dieta, com consequências importantes para a saúde do bebê, pois do ponto de vista nutricional o leite materno é o mais adequado, além de ser prático e higiênico, é econômico e ainda favorece o relacionamento mãe e filho. (BRASIL, 1994)

Conforme Brito et al (2005) o AM é tão importante que o seu desmame torna-se prejudicial para o binômio mãe-filho. No caso da mãe deixa de perder uma barreira contraceptiva natural. A criança está sujeita a várias infecções e a problemas gastrointestinais, sendo estes, apenas alguns exemplos da suspensão precoce da amamentação.

Diante disto, indaga-se: Será que as mulheres têm o conhecimento dos benefícios que o AME proporciona para o binômio mãe-filho? Será que as mães são orientadas pelo enfermeiro quanto à importância do AME? Quais os fatores desencadeiam ao desmame precoce?

O leite materno é o único alimento que seguramente apresenta os nutrientes essenciais, água, hidratos de carbono, proteínas, gorduras, sais minerais e vitaminas que devem estar presentes na dieta da criança em quantidades suficientes, além de influir poderosamente no estabelecimento de relações emocionais adequadas entre o binômio mãe e filho, uma vez que, se estabelece um processo de interação e transação proporcionadas por fortes estímulos sensoriais, auditivos, táteis, visuais e emocionais, tendo um grande benefício psicológico para o recém-nascido (MARCONDES, et al. , 2003).

Diante desta afirmativa e da vivência de trabalho na estratégia de saúde da família, da pesquisadora participante, percebeu-se que apesar de existirem programas de incentivo ao AME, o desmame precoce é bastante observado e preocupante, podendo acarretar sérios problemas para a mãe e o bebê, surgindo assim o interesse para desenvolvimento da pesquisa.

O presente estudo contribuirá para aprimoramento do conhecimento bem como para os profissionais refletirem sua prática acerca do incentivo ao AME e aos gestores no intuito de promover educação continuada para os profissionais acerca do tema abordado, como também servirá de fonte de pesquisa para outros estudos.

2 ANATOMIA DAS MAMAS E FISIOLOGIA DA LACTAÇÃO

A mama é uma estrutura formada por glândula, gordura e tecido conjuntivo. A glândula mamária é formada por um conjunto de 15 a 20 lobos, compostos por lóbulos (cachos de uva). Nos alvéolos estão as células produtoras de leite; este é conduzido através dos ductos (canais) finos que se juntam em um ducto principal (ducto lactífero), estes dirigem-se ao centro da mama e desembocam no mamilo. Antes de atingir o mamilo, debaixo da aréola (parte escura ao redor do mamilo), os canais formam ampolas, que acumulam parte do leite produzido nos intervalos das mamadas (FRANCO, 1997).

Segundo Conceição (2002) a mama é constituída por 7 a 10 lóbulos, ao contrário do que anteriormente se pensava, ou seja, 15 a 25 lóbulos que por intermédio de ductos galactóforos alcançam o mamilo de forma independente. Dentro de cada lóbulo, encontram-se os alvéolos mamários que consistem em pequenos saquinhos, que na sua constituição

têm presente células secretoras rodeadas de células contrácteis ou mioepiteliais. Durante a gravidez os alvéolos mamários desenvolvem-se e multiplicam-se que provoca o aumento da mama, aspecto que é mais notório em mulheres que possuem mamas menores, sendo que o único ponto de diferencia as mamas grandes é a acumulação de gordura nas mesmas.

As mamas são estruturas anexas à pele especializadas na produção de leite. Existem em ambos os sexos, mas são rudimentares nos homens. Nas mulheres desenvolvem-se e diferenciam-se na puberdade, atingindo o seu maior desenvolvimento na gravidez e na lactação. Composto pelas células produtoras de leite, 63% total, o tecido glandular está na sua maioria localizado acerca de 3 cm da base do mamilo. O tecido adiposo distribui-se imediatamente abaixo da pele (tecido adiposo subcutâneo), no interior da glândula mamaria (intraglandular) e atrás do tecido glandular (retro mamário) à frente do musculo peitoral. O tecido subcutâneo na base do mamilo é mínimo. Situadas entre as camadas superficiais e profundas da pele, as mamas estendem-se entre a segunda e a sexta costela e do esterno à linha axilar média (VINHA, 2006)

Conforme Ricci (2008), as glândulas mamárias são órgãos acessórios do sistema reprodutivo feminino especializado na produção de leite após a gestação. As mamas envolvem os músculos peitorais maiores e próximos das suas extremidades e estão localizados os mamilos, que é circundado por uma área circular de pele pigmentada denominada auréola.

Segundo Ciampo; Ricco; Almeida (2004) as glândulas mamárias a partir do 3º ao 4º mês de gestação entram em atividade para produzir um líquido colostro. Branco amarelado e mais grosso que o leite maduro e é secretado apenas em pequenas quantidades, sendo o suficiente para a criança nos primeiros dias. A auréola é uma região circular com medidas que variam entre 15 e 45 mm de diâmetro, localizada ao redor do mamilo em uma área cutânea pigmentada, que nas nulíparas é mais clara e rósea, tornando-se mais escura durante a gravidez. Possui um aspecto rugoso devido a pequenas elevações denominadas tubérculos de morgagni, que também são chamados durante a gravidez de tubérculos de Montgomery, cuja função é excretar substância lipóide para lubrificar e proteger a pele do mamilo de bactérias durante a sucção.

A aréola contém glândulas mamárias modificadas que possuem suas próprias características durante a gravidez e a lactação formam os tubérculos areolares ou de

Montgomery. Eles fabricam secreção oleosa e antisséptica, fornecendo proteção lubrificante para o mamilo e a aréola no momento da sucção. Também estão presentes na aréola glândulas sudoríparas e sebáceas desprovidas de pelos (Junior; Romualdo, 2005).

De acordo com Barros; Marin; Abrão (2002), a produção do leite é realizada por três órgãos importantes, dentre eles a placenta, a hipófise e a mama, através de um estímulo neuroendócrino. O contato com a mama por sucção desencadeia uma mensagem ao cérebro, que no nível do hipotálamo estimula a hipófise para a liberação de prolactina (síntese do leite) e ocitocina (ejeção láctea). A secreção de prolactina é controlada por fatores inibidores e estimulantes do hipotálamo. O fator inibidor da prolactina é a dopamina, substância produzida em uma região do hipotálamo, que chega à hipófise e inibe a síntese de prolactina. A ocitocina, liberada pela hipófise posterior, é o hormônio que atua nas células mioepiteliais, motivando sua contração e consequente expulsão de leite para os ductos.

Os hormônios controlam a produção e a ejeção de leite para torná-lo disponível para o bebê. Quanto mais ele suga o leite o seio produz, sendo esse processo de sucção realizado através de uma compressão no seio entra sua língua e o palato duro, por meio de um movimento ondulante da língua, sendo desta forma expulso. O início da produção de leite denominado de lactogênese se dá durante o terceiro trimestre da gravidez por influência do hormônio lactogênio placentário humano secretado pela placenta. A mama age em sincronia com os hormônios maternos, junto com a pega eficaz do bebê ao seio, esses hormônios estimulam o fluxo de leite através dos alvéolos e dos ductos (KENNER, 2001).

Com a expulsão da placenta e a diminuição do estrogênio e progesterona circulantes a prolactina é secretada, em resposta as células secretórias começam a extrair nutrientes do sangue e convertê-los em leite. Sua produção também depende da estimulação tátil pela sucção do bebê. A alimentação frequente melhora a secreção de prolactina e aumenta a produção do leite. A estimulação do mamilo ou uma resposta emocional do bebê leva o hipotálamo a desencadear a liberação de ocitocina pela glândula pituitária posterior. O hormônio ocitocina torna disponível o leite para o bebê (LANG, 1999).

2.1 COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO E SUA IMPORTANCIA

A composição do Leite Materno (LM) sofre várias alterações. As amamentações iniciais fornecem colostro, um fluido seroso fino, pobre em calorias mais abundante em



vitaminas hidrossolúveis, contém altas concentrações de proteínas, vitaminas lipossolúveis, minerais e imunoglobulinas que funcionam como anticorpos, ao contrário do leite maduro, que tem uma maior concentração de calorias para satisfazer a fome entre as mamadas. (KENNER, 2001). O colostro é produzido em pequenas quantidades, mas o suficiente para alimentar o recém-nascido, modifica-se aos poucos, por volta da primeira semana, passando a ser chamado de leite de transição e em aproximadamente duas semanas o leite muda sua composição e torna-se o leite maduro (MARCONDES et al., 2003).

Para Carvalho (2002) existem duas composições do LM durante a mamada, o leite do início e do fim. O do início possui boas quantidades de proteínas e vitaminas, o do fim é rico em gorduras o que o torna mais energético, devido a isso, não é aconselhável suspender a mamada antes do esvaziamento total da mama, pois o bebê não receberá todos os nutrientes fundamentais para o seu crescimento.

O LM contém vitaminas e água suficientes; propriedades anti-infecciosas e fatores de crescimento; proteínas e minerais em quantidades adequadas e de fácil digestão; quanto aos lipídios, é suficiente em ácidos graxos essenciais, lipase para digestão; ferro em pouca quantidade e boa absorção. Por sua vez, o leite animal contém proteínas e minerais em excesso e de difícil digestão; ausência de propriedades anti-infecciosas e fatores de crescimento; água insuficiente; deficiência em vitamina A e C; quanto aos lipídios, é deficiente em ácidos graxos essenciais e não apresenta lipase; ferro em pouca quantidade e má absorção (PARIZOTTO, ZORZI, 2008).

O leite humano tem maior teor de colesterol que o leite de vaca, e acredita-se que isso favoreça a indução de sistemas enzimáticos que regulam o metabolismo do colesterol na vida adulta, com efeito benéfico em relação à prevenção de doença cardiovascular. A presença de lipase no próprio leite humano é um aspecto também adequado, fazendo com que os triglicerídeos sejam mais facilmente digeridos (MARCONDES, 2003).

O LM contém endorfinas, que ajudam a suprimir a dor e reforça a eficiência das vacinas. Se o bebê adoecer menos, melhora a qualidade de vida de toda a família, outras vantagens são os valores nutricionais: aumento de anticorpos, o ganho ponderal e o desenvolvimento das estruturas orais envolvidas no ato de sugar (AMORIM, ANDRADE, 2009).

O LM é fundamental para a saúde da criança pela sua disponibilidade de nutrientes e



substâncias imunoativas. A amamentação favorece a relação afetiva mãe-filho e o desenvolvimento da criança, do ponto de vista cognitivo e psicomotor. Apresenta, também, a prioridade de promover o espaçamento das gestações e de diminuir a incidência de algumas doenças na mulher (BRASIL, 2010).

Ele é indiscutivelmente o alimento que reúne as características nutricionais ideais, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil. O Aleitamento Materno (AM) envolve uma multiplicidade de fatores, que fazem dele uma função biologicamente determinada, mas social e culturalmente condicionada. Sua importância ficou suficientemente demonstrada, especialmente em relação à prevenção da desnutrição e gastroenterite, uma vez que, garantindo o AM até o sexto mês de vida, a criança alcança o crescimento e desenvolvimento de forma mais segura, eficaz e completa (LANA, 2001).

Além de ser o mais completo alimento para o bebê, atua como agente imunizador, acalenta a criança no aspecto psicológico, tem a vantagem técnica por ser operacionalmente simples, é de baixo custo financeiro, protege a mulher contra câncer mamário e ovariano, auxilia na involução uterina, retarda a volta da fertilidade e otimiza a mulher em seu papel de mãe (RICCO, 1995).

Segundo Rezende; Montenegro (2003) o AM previne as alterações estruturais e funcionais da face, promovendo melhor flexibilidade na articulação das estruturas que participam da fala, estimula o padrão respiratório nasal do bebê, facilitando a oxigenação de suas estruturas faciais, desenvolve e fortalece a musculatura da boca da criança, melhorando o desempenho das funções de sucção, mastigação, deglutição e fonação.

O AM protege a criança também contra outras infecções. No recém-nascido, há evidências concretas em relação à sepse e à enterocolite necrosante. Comprovou-se também proteção contra a infecção urinária. Verificou-se que crianças com idade inferior a 6 meses apresentam menor incidência dessa doença quando amamentadas ao peito. Especula-se que essa proteção pode ser atribuída a um oligossacarídeo encontrado na urina que reduz a adesividade bacteriana às células uroepiteliais ou a maior concentração de fatores imunológicos na urina de crianças que recebem leite humano (MARCONDES et al., 2003).

As vantagens do leite natural para a saúde e desenvolvimento da criança são comprovadas cientificamente em termos de proteção contra doenças, como fonte nutricional



e pelo fator imunológico que confere. Sendo assim, o AM foi instituído e reafirmado ao longo dos tempos, como estratégia na atenção primária para a redução da morbidade e mortalidade infantil (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

De acordo com os autores referidos acima o AM, além de suprir todas as necessidades nutricionais do lactente nos primeiros meses de vida, proporciona as condições ideais para a comunicação e a troca de afeto materno-infantil. O modo de sucção é completamente diferente daquele realizado para retirar o leite da mamadeira. A atividade de sucção ao peito é muito importante para o desenvolvimento do psiquismo, sendo muito mais íntima e afetiva. As sensações táteis, olfatórias, térmicas e auditivas fazem parte dessa experiência. Relata-se que as crianças amamentadas ao peito são mais ativas desde o período neonatal, frequentemente aprendem a andar mais precocemente e apresentam personalidade mais estável e melhor adaptação social.

Segundo a OMS, a prática da amamentação atualmente salva a vida de seis milhões de crianças a cada ano e sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas. 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 AME é de crucial importância para que se obtenham bons resultados (BRASIL, 2002).

OAM é uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos da criança em seu primeiro ano de vida, sendo uma prática natural e eficaz, que favorece o vínculo mãe-filho quando o ato de amamentar é bem vivenciado pelas mães. E um ato cujo sucesso depende de fatores históricos, sociais, culturais e psicológicos da puérpera, depende de compromisso e conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na promoção, incentivo e do apoio ao AM (ARAÚJO, ALMEIDA, 2007).

A amamentação tem vários efeitos benéficos sobre a saúde da mãe. Um dos mais importantes é a infertilidade lactacional. Este é o período após o parto em que a mãe não engravida por causado efeito hormonal da amamentação. Estudos têm demonstrado que este efeito é maior quando o bebê suga com maior frequência e é amamentado de maneira exclusiva. (OLIVEIRA, CASTRO, LESSA, 2008).

A amamentação exclusiva até os seis meses de idade do bebê por livre demanda,



ajuda o útero a recuperar o seu tamanho normal reduzindo o risco de hemorragia pós-parto, reduz o risco de câncer de mama pré-menopáusico e de ovário (LANA, 2001). A amenorreia lactacional também reduz a quantidade de sangue perdida através da menstruação, o que ajuda na prevenção da anemia pela conservação das reservas de ferro da mãe (ARAÚJO, ALMEIDA, 2007).

Amamentar significa proteger a saúde do bebê de doenças como diarreia, distúrbios respiratórios, otites e infecção urinária e, ao mesmo tempo, o bebê que é amamentado conforme o recomendado tem menos chance de desenvolver diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, para as mães proporciona a redução do sangramento após o parto, diminuição da incidência de anemia, câncer de ovário e mama (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Tendo em vista a importância de todos os benefícios do AM, existem vários fatores que podem interferir para essa prática, fazendo com que as mães procurem outros meios para alimentarem seus filhos, contudo podendo acarretar sérias consequências para o crescimento e desenvolvimento da criança.

2.2 FATORES QUE INTERFEREM NA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA

O desmame é um processo no qual se inicia a introdução de algum alimento que não seja o LM. É um método complexo, que envolve aspectos nutricionais, imunológicos, bioquímicos, microbiológicos e com adaptações psicológicas para uma independência (TEXEIRA, 2003).

Na década de 70, quando as taxas de AM alcançaram os níveis mais baixos da história, começou a ocorrer um movimento internacional para resgatar a cultura da amamentação. Apesar das várias medidas de promoção da amamentação quer junto dos profissionais de saúde, ou da comunidade, a sua prevalência, após o primeiro mês de vida do recém-nascido, fica abaixo do recomendado, sendo naturalmente vários fatores, uns identificados outros ignorados (CASTRO, 2006).

As causas do desmame precoce incluem fatores ligados ao binômio mãe- filho, como: a forte cultura da mamadeira, os mitos a respeito da amamentação (leite fraco, queda dos seios, dentre outros) a falta de informação correta nos serviços de saúde, as rotinas



hospitales incompatíveis com o início e a duração do AM; a propaganda indiscriminada de substitutos do LM e a dificuldade em cumprir as leis que protegem as mães trabalhadoras que amamentam (AGUIAR, 2007).

Vale salientar que os problemas precoces e tardios da mama durante o processo de amamentação são as intercorrências mais frequentes e estão diretamente relacionados aos conhecimentos próprios da nutriz e as orientações transmitidas no pré-natal e pós-parto, sendo notório os insucessos das práticas realizadas pelos profissionais de saúde (VENÂNCIO, 2003).

Vários estudos relacionam a idade materna com a duração do AM, mães mais jovens possuem menor duração do aleitamento, talvez por algumas dificuldades, como, por exemplo, menor nível de escolaridade, poder aquisitivo baixo, falta de apoio das próprias mães ou familiares e, muitas vezes, o fato de serem solteiras (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

O AME possibilita um ótimo crescimento e desenvolvimento do neonato até os seis meses de vida, no entanto, o que tem se verificado é a introdução de novos alimentos que prejudica o aleitamento ao seio e a saúde da criança (GIUGLIANI, 2004). No entanto a mulher, em meio a tantas mudanças, vive um conflito relacionado às suas vivências, suas experiências e campanhas que lhe são impostas na mídia, as quais mostram-lhe apenas as facilidades e vantagens dos leites industrializados, sem nenhuma preocupação com o bem-estar materno, do seu filho e da família (VENANCIO, 2003)

Segundo Araújo; Almeida (2007), as mulheres mostram que as principais desvantagens da amamentação são o esforço físico, a fadiga, a limitação no desempenho de suas funções, e a difícil conciliação entre o exercício da sexualidade a amamentação. Ressaltam que os problemas nas mamas são complicações que muitas vezes impedem que a amamentação seja efetiva.

Conforme Schmitz (2005) é comum ocorrer ingurgitamento mamário na primeira semana, após o nascimento, geralmente entre o terceiro e oitavo dia de puerpério, devido à expressão exercida pelo leite no sistema canalicular, podendo desaparecer entre 24 e 48 horas após seu início. Sendo o ingurgitamento definido como retenção anormal de leite, acompanhado de dor na mama, podendo apresentar hipertermia e hiperemia discreta.

Um dos frequentes problemas mamários é a presença de fissuras mamilares por

provocar dor e desconforto durante o aleitamento à mãe, e até mesmo sangramento no local. A fissura do mamilo consiste na ruptura do tecido epitelial que recobre a mama, provocada pelo mau posicionamento da criança no momento da mamada e principalmente devido à apreensão no momento da sucção. O uso de lubrificantes e alguns medicamentos tópicos removem células superficiais de defesa deixando a mama exposta à flora bacteriana patológica, ressecando a pele ocasionando escoriações; deve se chamar à atenção para a fissura mamilar por falta de orientação no pré-natal pela não realização de exercício para a resistência do mamilo (GAIVA; SCOCHI, 2005).

Outra complicação é o endurecimento do seio que ocorre pelo esvaziamento ineficaz da mama, onde se observa uma área tumefeita ou nodular que se torna sensível ao toque. A mastite puerperal ou da lactação é mais um problema na amamentação, a qual é um processo inflamatório, de um ou mais segmentos da mama na maioria das vezes, é as fissuras a porta de entrada de bactérias e ocorre geralmente na segunda e terceira semana após o parto e raramente após a 12ª semana (GIUGLIANI, 2004).

O leite fraco é um dos fatores mais utilizados para o abandono da amamentação, sendo um tipo de alegação verbalizado pelas mulheres frente a um pedido de ajuda em meio às dificuldades vivenciadas no decurso da amamentação, às quais elas não conseguem ou não sabem como se portar (VINHA, 2006).

Acredita Giugliani (2004) que a insegurança faz com que a mãe interprete o choro do bebê e as mamadas freqüentes como sinais de fome. Neste caso, a ansiedade desenvolvida na mãe e na família pode ser transmitida para o filho, que corresponde com mais choro. Dessa forma, a mãe suplementa a alimentação com outros leites, muitas vezes aliviando a tensão materna, e essa tranquilidade é passada para o bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a idéia de que a criança estava passando fome, essa suplementação faz com que o bebê sugue menos o peito e conseqüentemente diminua a produção de leite da mãe.

Conforme Takushi et. al (2008) fatores de ordem social atuam no contexto familiar influenciando diretamente a prática. O trabalho feminino pode implicar na duração da amamentação de forma exclusiva. Condições maternas relacionadas à anatomia das mamas podem dificultar o estabelecimento da amamentação, consistindo em impedimento físico que desestimula a interação de amamentar.

A influência de pessoas, cultura, família, o desconhecimento das mães sobre as



vantagens e desvantagens do AM, a falta de experiência anterior, mães adolescentes, aquisição de mamadeiras e chupetas, insucesso familiar na prática de amamentação, dificuldades técnicas no ato de amamentar, causas relacionadas ao lactente e a intenção de não amamentar, bem como, a campanha publicitária em prol do leite de vaca industrializado, são fatores que levam a prática do desmame precoce (SILVA, 2000).

Faleiros; Trezza; Carandina (2006) consideram que o desmame ocorre, mais frequentemente, quando a mãe tem uma jornada dupla de trabalho, ou seja, se ocupa dos afazeres domésticos, além daqueles que seu trabalho fora do lar lhe solicita. Silva (2005) também ressalta que a dificuldade de conciliar suas atividades extraluar e a inadequação ou ausência de suporte nos lares domésticos e de trabalho tornam a amamentação uma prática difícil de ser seguida.

As políticas de incentivo ao AM têm se preocupado em desenvolver ações que combatam ao desmame e a diminuição da mortalidade infantil, causa esta intimamente relacionada à suspensão da amamentação precoce (BRITO et al., 2005). Neste sentido, é necessário que o enfermeiro oriente a mãe e familiares, de forma clara e concisa, as técnicas para uma amamentação sucedida, bem como se envolva no contexto familiar e com o recém-nascido para promover que os laços afetivos fortaleçam, facilitando o desenvolvimento favorável da amamentação.

2.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

O cenário da assistência em aleitamento materno descortina um universo multiprofissional, em que a atuação desses diversos autores constitui objetos de pesquisas, sendo que os profissionais de saúde têm considerado a amamentação como um ato puramente instintivo e biológico. O profissional de saúde orienta suas ações de incentivo ao aleitamento entendendo esse fenômeno como um ato natural, decorrente do instinto materno, apesar de reconhecer que esse processo é determinado por objetos sociais do contexto materno (ARAÚJO, ALMEIDA, 2007).

É de grande importância a atuação do profissional de enfermagem frente à amamentação, visto que o enfermeiro é o profissional que mais estreitamente se relaciona

com a mulher durante o ciclo gravídico puerperal e tem importante papel nos programas de educação em saúde, durante o pré-natal, ele deve preparar a gestante para o aleitamento, para que no pós-parto ela se adapte, evitando assim, dúvidas, dificuldades e possíveis complicações (LANA, 2001).

É importante que o profissional de enfermagem estabeleça uma parceria de confiança com a mãe, isto é, aumentar sua autoestima e assim a confiança no ato de amamentar, levando-a finalmente a se tornar independente no cuidado do bebê. A função do profissional de saúde é fundamental para a introdução da educação sobre o AM, já nos primeiros meses do período pré-natal. Uma equipe de enfermagem preparada e bem treinada no processo da lactação pode influenciar grandemente, sendo imprescindível investir no preparo e aperfeiçoamento destes profissionais (OLIVEIRA, 2006).

O papel do Enfermeiro consiste em orientar a mulher e seu companheiro sobre os benefícios da amamentação, para a criança, para a família, e especialmente para a própria mulher que amamenta. Indicar leituras e materiais educativos aos pais, que devem estar à disposição nos serviços de pré-natal. Durante os encontros, o enfermeiro deve incentivar a mulher a fazer perguntas, a comentar sobre possíveis dúvidas, tabus comuns na comunidade, e oferecer informações adicionais. A preocupação com as orientações sobre o preparo técnico da mamada e cuidados com as mamas nunca deve ser esquecida (SILVA, 2000).

O enfermeiro tem um relevante papel na atenção básica para lidar com o incentivo AME, pois é ele quem está diretamente ligado a mãe e ao bebê. E por meio de suas atividades e práticas podem influenciar positivamente ou negativamente no início da amamentação e na sua duração. O suporte profissional ao aleitamento pode ser conseguido em uma das muitas entidades dedicadas a promover as vantagens do AME, como unidades de saúde da família, maternidade e grupos de apoio, isso deve ser bem explorado pela gestante no intuito de tirar proveito das informações oferecidas por todos estes grupos (AGUIAR, 2007).

A estratégia de saúde da família com intuito de promover deve buscar o incentivo ao AME na medida em que oferece à família atenção a saúde preventiva e curativa, em suas próprias comunidades. Especificamente com relação à amamentação, a equipe de enfermagem deve desenvolver atividades educativas desde o período pré-natal, buscando interagir mais efetivamente com as mulheres, possibilitando conhecer suas experiências anteriores, e o que significa para ela naquele momento, a gravidez e outros aspectos



subjetivos que possam favorecer ou não o processo do AME, também é possível atuar efetivamente nas intercorrências comuns no início da amamentação. Entretanto, mesmo em áreas de atuação da equipe de saúde da família tem sido um desafio ampliar a adesão a prática do AM na forma exclusiva (PARADA, et. al, 2005).

É importante que o pré-natal seja realizado com eficácia, pois pode auxiliar a mãe a reverter qualquer informação errônea relacionada à amamentação, sendo também a visita domiciliar, um instrumento para orientar a mãe e a família, servindo de suporte e apoio para desenvolver ações direcionadas à amamentação e aos cuidados com o recém-nascido.

De acordo com Potter; Perry (2009) a atenção prestada ao binômio mãe-filho deve ser de forma holística, envolvendo as necessidades biopsicossociais, sendo isso possibilitado por um processo comunicativo eficaz entre enfermeiro e cliente, este processo de comunicação deve ser realizado tanto de forma verbal como não verbal, onde além das palavras são considerados também a postura, as expressões, gestos e contato corporal.

3 TIPO DE ESTUDO

O estudo foi de caráter exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. As pesquisas de natureza descritiva propõem-se investigar as características de um fenômeno, podendo abordar aspectos amplos de uma sociedade. Nesse contexto são considerados como objeto de estudo uma situação específica um grupo ou um indivíduo (RICHARDSON, 2009)

Segundo Gil (2002), o estudo exploratório tem com objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses e tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuição.

De acordo com Pereira (2004), o dado qualitativo é a representação simbólica atribuída a manifestação de um evento qualitativo, sendo também que a pesquisa qualitativa, se ocupa da investigação restritivos e com maior oportunidade de manifestação para a subjetividade do pesquisador. Ainda segundo Richardson (2009), a pesquisa qualitativa pode caracterizar uma tentativa de compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos investigados.

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família da zona rural localizada no município de São João do Rio do Peixe, situado a oeste do sertão paraibano com uma



população de aproximadamente 17.661 habitantes. A qual presta assistência ao nível primário de atenção a saúde, composta de 450 famílias e que possua uma equipe básica de atuação e foi escolhida por melhor acessibilidade da pesquisadora participante.

Segundo Fachin (2003), população é um conjunto de indivíduos com suas peculiaridades, da mesma espécie, que se localizam no tempo e espaço, com pelo menos uma característica comum, que é o objetivo do estudo. E amostra é um subconjunto da população.

A população do estudo foi composta por 26 mães de crianças de 0 a 6 meses de vida. Foram utilizados como critérios de inclusão as mães que praticaram o desmame precoce, as cadastradas na referida unidade de saúde, e aquelas que concordarem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Se enquadram nos critérios de exclusão as mães de exclusão as mães que não praticaram o desmame precoce, que não estavam cadastradas na referida unidade de saúde, e que não demonstraram o interesse em participar da pesquisa. Sendo assim, a amostra foi constituída por 100% das mães.

O instrumento utilizado foi uma entrevista norteada por um questionário com perguntas abertas e fechadas. De acordo com Farias (2000) entrevista é o encontro entre duas pessoas, com vistas a que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, utilizando-se para isto de uma conversação de natureza técnico-profissional. Um procedimento utilizado na investigação social para coleta de dados, com a finalidade de fornecer subsídios para diagnósticos, análises, pesquisas, ou mesmo com a finalidade de discutir e buscar soluções para alguma problemática de natureza social. A entrevista teve como objetivo principal analisar o conhecimento das mães em relação ao aleitamento materno exclusivo dando ênfase a importância e as principais dificuldades por estas.

O instrumento utilizado foi uma entrevista norteada por um questionário com perguntas abertas e fechadas. Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após anuência do comitê, deu-se início ao processo de coleta de dados propriamente dito. Desta forma, foi aplicado uma entrevista com as mães cadastradas na referida unidade, onde foram convocadas a lerem o TCLE. Os horários foram combinados de acordo com a disponibilidade de cada sujeito.

Os dados característicos da amostra foram tabulados quantitativamente utilizando o



programa Microsoft Excel, os dados direcionados aos objetivos do estudo foram analisados segundo a técnica do discurso do sujeito coletivo adotado por Lefevre Lefebvre, ambos discutidos à luz da literatura pertinente à temática. A técnica é um procedimento metodológico que procura superar impasses na medida em que pretende superar e reconstruir, na escala coletiva, a natureza discursiva e argumentativa do pensamento, as categorias continuam agrupando os discursos de conteúdo semelhante, mas o sentido não fica restrito à categoria, incorporando os respectivos conteúdos discursivos e argumentos presentes nas falas individuais, reunião de discurso síntese, expressão chave, idéias centrais ou ancoragens de sentido semelhante ou complementar por distintos indivíduos (LEFEVRE, LEFEVRE, 2003).

Levou em consideração, para o desenvolvimento da pesquisa, os princípios éticos envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução nº 196/96, outorgada pelo decreto do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

De acordo com a resolução será garantido sujeitos, a liberdade de participar ou não do estudo e será esclarecido a cada participante quanto aos objetivos bem como solicitada a assinatura do TCLE. Será segura e preservada a identidade dos sujeitos da pesquisa visando qualquer tipo de constrangimento, bem como atendendo todas as exigências éticas e científicas fundamentais.

4 ANÁLISE E DISCURSÕES

A pesquisa foi realizada com 26 mães de crianças de 0 a 6 meses que praticaram o desmame precoce. A análise dos dados foi organizada em duas etapas distintas: Na primeira será apresentada em tabela, a caracterização dos participantes quanto a faixa etária, escolaridade, estado civil e profissão. Na segunda serão demonstrados os resultados voltados para os objetivos da pesquisa, onde será apresentada em tabela as variáveis: número de filhos, duração da mamada exclusiva e filhos amamentados exclusivamente e em quadros as questões subjetivas, analisadas segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo adotado por Lefebvre (2003) e discutidas de acordo com a literatura pertinente a temática.

Tabela1 - Caracterização das participantes quanto à faixa etária, escolaridade, estado civil e profissão.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
Menor de 20 anos	6	23
De 20 a 25 anos	12	46
De 26 a 30 anos	7	27
Maior de 30 anos	1	4
Escolaridade		
Analfabeto	2	8
Ensino fundamental incompleto	3	11
Ensino fundamental completo	13	50
Ensino médio incompleto	4	16
Ensino médio completo	3	11
Ensino superior incompleto	1	4
Estado civil		
Solteiras	5	19
Casadas	20	77
Divorciadas	1	4
Profissão		
Agricultora	19	73
Do lar	3	11
Estudante	4	16
Total	26	100

A tabela 1 demonstra que 23% das participantes são menores de 20 anos, 46% estão na faixa etária entre 20 e 25 anos, 27 % entre 26 e 30 anos, 4% maior de 30 anos. Percebe-se que houve uma prevalência na faixa etária de 20 a 25 anos, sendo mães adultas jovens. A idade ideal para procriação é entre 20 e 30 anos, pois antes dessa fase, o aparelho reprodutor feminino ainda não está totalmente desenvolvido e após os 35 anos a gravidez torna-se de risco, tanto para a mãe como para o filho. (SILVA, 2000)

Quanto à escolaridade 8% são analfabetas, 11% possuem ensino fundamental incompleto, 50% o ensino fundamental completo, 16 % o ensino médio incompleto, 11% ensino médio completo e 4% superior incompleto. Observa-se que há um déficit no grau de escolaridade o que pode interferir nos conhecimentos sobre amamentação e assim comprometer a sua prática. Para Venâncio (2003) o analfabetismo materno constitui um importante fator de risco para morbimortalidade infantil, e os programas de incentivo á

amamentação devem priorizar esse grupo. Vale ressaltar que quanto maior o nível de escolaridade, melhor será sua compreensão sobre as orientações recebidas durante o pré-natal e puerpério quanto ao aleitamento, implicando na sua prática.

Em relação à situação conjugal 19% das participantes são solteiras, 77% são casadas e 4% divorciadas, a maioria das mulheres possuem vínculo conjugal, o que dar maior estabilidade à mulher e contribui para o desenvolvimento da prática do aleitamento materno exclusivo, dividindo com seu parceiro responsabilidades e dificuldades encontradas ao iniciar a prática. De acordo com Rezende et al (2002) a família faz parte do apoio social que é o grau a qual a nutriz dispõe para a promoção do aleitamento materno. Para Martins Filho (2000) o preparo do parceiro para a nova situação de pai é essencial para ele compreender as modificações que ocorrem na dinâmica familiar com a vinda do bebê e, a partir disso, melhorar a participação e ajudar a esposa no período da amamentação.

No que se refere à profissão 73% são agricultoras, 11% são do lar e 16% estudantes, diante disto percebe-se que a maioria são mães que trabalham podendo implicar no ato de amamentar exclusivo, uma vez que é necessário à sua contribuição na renda familiar. De acordo com Braden (2003) as mulheres assumem o papel de chefes de família que, por necessidade financeira, são conduzidas a trabalhar fora de casa.

5.1 Dados Voltados Para o Objetivo da Pesquisa

Tabela 2 - Caracterização das participantes quanto ao número de filhos, quantos foram amamentados e quanto à duração da amamentação.

Variável	n	%
Número de filhos		
1 filho	18	69
2 filhos	5	19
3 filhos	2	8
5 filhos	1	4
Duração da amamentação exclusiva		
Não amamentou	1	4
15 dias	3	11
1 mês	4	16
2 meses	8	31
3 meses	5	19
4 meses	5	19
Filhos amamentados exclusivo		
1 filho	18	70
2 filhos	5	19
3 filhos	3	11
Total	26	100



A tabela 2 ressalta que das participantes 69% têm 1 filho, 19% 2 filhos, 8% 3 filhos e 4% 5 filhos. Fator este podendo influenciar na prática do AME, pois quanto menor o número de filhos, menos a experiência da mãe quanto amamentação. A primigesta elabora um conceito da amamentação partindo das informações/crenças sobre os atributos do leite materno e da percepção da prática de outras mulheres. Essa atitude pode ser negativa ou positiva. Já as multíparas utilizam na construção da sua atitude, além das crenças sobre os valores do leite materno, as experiências anteriores e a observação dos resultados no crescimento e desenvolvimento (LANG, 1999).

Referente ao número de filhos amamentados exclusivamente 70% amamentaram 1 filho, 19 % 02 filhos e 11% 3 filhos, salientando-se que nenhuma das participantes amamentaram exclusivamente seus filhos até os 6 meses de vida, pois 4% não amamentaram exclusivamente, 11% amamentaram exclusivo durante 15 dias, 16 % 1 mês, 31 % 2 meses, 19% 3 meses e outros 19% 04 meses. Embora 100% tiveram acompanhamento do pré-natal, percebe-se que os achados da pesquisa não condizem com a literatura, pois as mulheres não dão a devida importância ao AME, fator este que influencia no crescimento e desenvolvimento saudável da criança, podendo assim acarretar agravos a saúde infantil. Segundo Susin et al (2001) as mães que comparecem as consultas do pré-natal no mínimo cinco vezes demonstram mais conhecimento sobre a amamentação e melhores chances de propor este alimento para seus filhos.

Sabe-se que o aleitamento materno é considerado um dos elementos essenciais ao crescimento físico, funcional e mental, como também uma forma de diminuir a morbimortalidade materno infantil, especialmente ao longo do primeiro ano de vida. Muito se tem discutido sobre a importância e as vantagens do aleitamento materno para o bebê e para a mãe, mas pouco tem acontecido na prática. Pois, o que o ministério da saúde preconiza é que a amamentação seja exclusiva até os 6 meses, e somente depois deste período seja complementado com outro tipo de alimento e, se possível, mantido até o segundo ano de vida da criança. (BRASIL, 1998). Entretanto é necessário considerar que a assistência pré-natal é uma oportunidade para dialogar sobre as reais possibilidades e desejos da mulher em amamentar, bem como orientar acerca do benefício do AME para o binômio mãe- filho.

Quadro 1- Ideias Centrais e discurso do sujeito coletivo referente às orientações de enfermagem recebidas no pré-natal acerca do aleitamento materno exclusivo.

Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Importância da AME e seus benefícios	<i>Recebi orientação como deveria amamentar, quanto a posição correta do bebê e que deveria amamentar até os 06 seis meses, pois é uma alimentação saudável, importante para a criança ficar forte, não adoecer, para o nascimento dos dentes, para a criança crescer nutrida e saudável.</i>
Falta de orientação	<i>Não recebi nenhuma orientação durante minhas consultas no pré-natal sobre o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, por isso que eu não amamenteei.</i>

O Quadro 1 revela que das participantes que receberam orientações quanto ao AME, relacionou este a uma alimentação saudável para o crescimento do seu filho, enquanto a maioria não recebeu orientação durante a consulta pré-natal. Percebe-se que há um déficit na assistência de enfermagem à mulher no seu período gravídico no que concerne as orientações acerca do AME, podendo implicar no crescimento e desenvolvimento saudável da criança. O enfermeiro deve ser o multiplicador do conhecimento possibilitando essas mães a fazerem o uso dessa prática amamentar.

De acordo com Braden (2003) como o enfermeiro é o profissional que mais se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, tendo papel primordial nos programas de educação em saúde, durante o pré-natal, ele deve incentivar a gestante para o aleitamento materno, a fim de que no pós-parto o processo de adaptação da puérpera ao aleitamento seja facilitado e tranquilo, evitando assim, dúvidas dificuldades e possíveis complicações. Portanto, ele deve ter o compromisso de aplicar na assistência os conteúdos adquiridos para garantir a mulher e a criança o seu direito de assistência humanizada e de qualidade.

Para a amamentação ser realizada com sucesso, de forma segura é necessário que a mãe receba orientações durante o período gestacional acerca dos cuidados com suas mamas para evitar dores e futuras fissuras durante a amamentação, como lubrificar os mamilos com o próprio leite antes de amamentar, não usar cremes nos mamilos, lavar os seios apenas com água, expô-los à luz solar deixá-los secar ao ar após a amamentação para promover eventuais cicatrizações (KENNER, 2001).

Neste sentido, conforme Giugliani (2004) o enfermeiro deve estar consciente e disponível

para atuar diretamente nesta prática, observando a primeira mamada e a pega, prevenindo futuras complicações, assumindo um papel de educador, orientador e incentivador das práticas corretas. As orientações devem ser realizadas de forma individual ou coletiva, contudo clara, coerente e com fácil linguagem, enfatizando a importância que o leite materno proporciona para a criança e a mãe e procurando desmistificar várias informações erradas que envolvem a amamentação

Quadro 2- Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo referente a importância do AME para a mãe e o bebê.

Idéias Centrais	Discurso do sujeito coletivo
Método anticoncepcional/ gratuito/ afetividade	<i>A amamentação é muito boa para mim, pois serve como anticoncepcional e eu dando evita que eu gaste dinheiro comprando outros leites que são caros, além de eu ter mais amor pelo meu filho.</i>
Alimento saudável/ ausência de doenças	<i>Para o bebê é muito bom, pois é um leite sadio, rico em vitaminas, evita doenças como infecções intestinais e gripes. É um alimento saudável para o desenvolvimento dos ossos, nascimento dos dentes, para a criança crescer nutrida.</i>

O quadro 2 mostra que há um déficit do conhecimento acerca da importância do AME, o que pode estar relacionado com o grau de escolaridade das participantes, com a deficiência nas orientações de enfermagem e com a absorção das orientações transmitidas. O enfermeiro ao assistir a mulher no seu ciclo gravídico puerperal deve enfatizar a importância do AME para o binômio mãe- filho, pois a comunicação é uma ferramenta para auxiliar a gestante ou puérpera a entender melhor o momento que se encontra, na busca constante de transmitir conhecimentos para ajudá-la a compreender tudo que amamentação exclusiva proporciona.

Para Marin et al. (2007), o leite materno é considerado o alimento favorável para o crescimento e desenvolvimento da criança, pois oferece todos os nutrientes que ela precisa nas quantidades suficientes de proteínas, gorduras, vitaminas, ferro, água e sais minerais, que serão fundamentais para o seu desenvolvimento físico e mental por toda a vida. Neste sentido,

Segundo Bresolin (2003) o leite materno é um alimento ideal para nutrir a criança, pois este atende todas as necessidades e proporciona as condições ideais para a comunicação e a troca de afeto entre mãe e filho. Para a mãe o aleitamento materno é uma realização

feminina, que completa o processo da maternidade onde só a mulher engravida e além de ser o modo mais prático de alimentar o bebê.

Para Monteiro (2007) o aleitamento materno contribui para a saúde da mulher, protegendo contra o câncer de mama e de ovário e ampliando o espaçamento entre os partos. O mesmo autor ainda afirma que a eficácia da lactação como anticoncepcional é de 98% nos primeiros 6 meses após o parto, desde que a amamentação seja exclusiva ou predominante e que a mãe se mantenha amenorreica. Outra vantagem para a saúde da mulher que amamenta é a involução uterina mais rápida, com conseqüente diminuição do sangramento pós-parto e de anemia. Não amamentar pode significar sacrifícios para uma família com pouca renda e além do gasto devem-se acrescentar custos com mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas.

Castro (2006) mostra que a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida diminui o risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite tópica e de outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrente. Assim, retardar a introdução de outros alimentos na dieta da criança pode prevenir o aparecimento de alergias, principalmente naquelas com histórico familiar positivo para essas doenças.

É importante que o enfermeiro conheça todos os benefícios do AME para proporcionar o desenvolvimento e crescimento da criança bem como repassar as vantagens, sejam elas, imunológicas, sentimentais e sociais que a amamentação pode promover para tornar um indicativo de proteção materno- infantil, no intuito de não ser interrompido.

Quadro 3- Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo referente aos fatores que levaram a interromper a alimentação exclusiva.

Idéia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Ausência no lar/ Leite fraco	Eu tinha que trabalhar e estudar, ele ficava com minha sogra ou com minha mãe, daí ele tinha que se acostumar sozinho e o leite do peito prende muito, então comecei a dar outras coisas, e também ele chorava muito pois não saciava a fome porque o leite era muito pouco e fraco, pois eu não tinha uma boa alimentação e quando eu amamentava me sentia fraca.
Fissuras mamárias, Pega inadequada/ Falta de tempo	Eu não sabia amamentar, ele não pegava meu peito e eu não tinha paciência, meus seios ficaram feridos, doía muito e eu tinha que fazer o almoço para os trabalhadores, ele ficava chorando com fome e eu não tinha tempo para dar o peito, então eu dava outros alimentos.



Entre os fatores determinantes do desmame precoce, encontrou-se: ausência do lar, leite fraco, pois referiram que este não estava suprimindo as necessidades nutricionais do bebê, problemas relacionados às mamas e a pega inadequada, sendo assim introduzido outros alimentos precocemente, como araruta, leite em pó, leite nan, cremogema, maisena, nestogênio, chás, leite de gado, mucilon e mingau de angu. Fator este que pode estar relacionado com o grau de escolaridade baixo das participantes, nas orientações insuficientes dos profissionais que assiste a mulher no seu ciclo gravídico-puerperal, com a falta de experiência anterior, pois a maioria era mãe de apenas um filho, no despreparo com relação ao manuseio das mamas para amamentar, na falta de conhecimento dos envolvidos, bem como na influência de pessoas, cultura e família.

Ressaltam Marin et al. (2007) que uma das causas do desmame precoce é a falta de conhecimento por parte da mãe, consequência disso está no despreparo de alguns profissionais de saúde que não estimulam a amamentação ou desconhecem seus benefícios, bem como pode estar vinculado ao retorno ao trabalho e ao não conhecimento das leis trabalhistas, como também a falta de apoio familiar, especialmente do cônjuge.

A assistência de enfermagem é imprescindível, nos primeiros dias da amamentação, pois são nestes dias que ocorrem os mais variados problemas mamários, podendo gerar traumas, fazendo com que as mães rejeitem a prática do AME, dessa forma, é importante que o enfermeiro conheça a anatomofisiologia das mamas, para que possa agir de maneira correta, favorecendo a prática da amamentação exclusiva (SCHMITZ, 2005).

A prática de amamentar é rodeada de inúmeras questões que podem auxiliar a desenvolvê-la ou que podem alterar no seu percurso natural. Fatores como a família, a idade, as condições econômicas, os graus de instrução tornam-se determinantes na suspensão da prática, sendo que o maior responsável por isso é a falta de informação. Dessa forma, o conhecimento pode ajudar a vencer os obstáculos, pois a mulher poderá lidar com informações erradas, com crenças sem embasamento científico, desde o pré-natal até o puerpério, com ideias criadas antes do nascimento da criança que não passava de ilusão, de mito, podendo assim comprometer o crescimento e desenvolvimento saudável da criança (KENNER, 2001; SCHMITZ, 2005).

Os motivos que levam uma mulher a querer ou não amamentar podem não ser



conscientes, nem percebidos pela mãe. Ao decidir de que forma vai alimentar seu filho, a mãe expressará as influências da sociedade, ou de sua cultura, história pessoal, seu estilo de vida, sua personalidade, sua situação econômica, seu grau de maturidade, sua capacidade afetiva e suas informações sobre as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens do desmame precoce. Cabe ao profissional de enfermagem estar atento, a população atendida em sua área de abrangência, a fim de evitar dúvidas e preconceitos que possam levar a não amamentação (RAMOS, 2007).

Segundo Lana (2001), o êxito da amamentação será na dependência das emoções da mãe, do preparo técnico e do comportamento das pessoas que as cercam. Respeitar, aceitar, ter empatia e compreender a mãe constituem atitudes que facilitarão a resolução dos problemas levando a um pós-parto saudável, facilitando o estabelecimento dos importantes vínculos afetivos entre os pais e o bebê. Neste sentido, é importante que o profissional de saúde, enfocando o enfermeiro, sinta-se responsável pelos casos de desmame precoce em mães sob sua orientação e que busque a razão de cada caso de insucesso, refletindo sobre o que poderia ser realizado para melhorar a prática da amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aleitamento materno é um processo amplo, complexo, envolvendo intimamente duas pessoas, fortalecendo um ato de amor. A lactação é mais que um ato fisiológico inerente a condições dos mamíferos, é um ato de prazer, fortalecimento, dos laços afetivos entre os seres humanos, é um dos primeiros contatos de carinho entre mãe e filho no pós-parto. Várias são as evidências científicas que embasam a recomendação ministerial da amamentação com leite materno exclusivo por seis meses e leite materno com complemento por dois anos. Entretanto, poucas ainda são as mulheres que seguem essa recomendação.

A presente pesquisa alcançou os objetivos anteriormente propostos. Ao final, pode-se chegar as seguintes reflexões: a maioria das mães não receberam nenhuma orientação acerca do AME até os 6 meses de vida e no que se diz respeito aos seus benefícios sobre a importância de tal prática para a mãe e filho. Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde intervirem neste processo através de esclarecimentos de dúvidas durante a realização da



consulta pré-natal e intensificar no período puerperal.

Relacionado à importância diferentes conceitos foram emitidos evidenciando ser importante, pois é um alimento saudável na maioria das respostas, e que torna um elo entre a mãe e o filho, fortalecendo a afetividade sendo que uma pequena porcentagem referiu ser um alimento ideal para a criança até os 6 meses, porém nenhuma amamentou exclusivo até os 6 meses. Considerando tais resultados os profissionais de saúde devem propor medidas quanto ao modo de transmitirem seus conhecimentos às mães, esclarecendo dúvidas e as desvantagens do desmame precoce, uma vez que a suplementação de alimentos à dieta da criança prejudica a absorção dos nutrientes, impedindo assim um crescimento e desenvolvimento saudável dos lactentes. Quando questionadas sobre os fatores que interferem na amamentação elas relataram leite materno fraco, ausência no lar, pega inadequada, falta de tempo, podendo este fato está relacionado com baixa escolaridade, bem com o déficit das orientações de enfermagem, ao desconhecimento da importância do leite materno, bem como com a falta de experiência das mães do estudo por vivenciarem a maternidade pela primeira vez.

Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde especialmente aos enfermeiros fornecer subsídios para o aumento desta prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança e que o desmame precoce seja superado pela conscientização e incentivo a amamentação, trazendo assim benefícios para a mãe, o bebê e a sociedade. A situação atual revelada no presente estudo pode oferecer aos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, o ponto de partida para procurar medidas, estratégias educativas no serviço de assistência pré-natal, no sentido de contribuir para a melhoria na dinâmica da assistência prestada, visando à preparação adequada das mulheres nessa prática.

Neste sentido, espera-se que esta pesquisa desperte dos profissionais e acadêmicos de enfermagem, um olhar para importância da orientação acerca do aleitamento materno exclusivo nas consultas do pré-natal e puerperal, a fim deste ser contemplado em sua totalidade e que o enfermeiro e o graduando em enfermagem transforme-se em seres capazes de intensificar essa temática relevante, e que as instituições formadoras desses profissionais insiram em seus conhecimentos curriculares o aleitamento materno de forma mais efetiva e que os gestores municipais possam colaborar com a educação continuada a fim de proporcionar a saúde e bem estar da sociedade



A realização deste trabalho permitiu uma reflexão acerca do papel do enfermeiro como facilitador de informações, como também veio acrescentar conhecimento dos benefícios do aleitamento materno para a saúde materno infantil, compreendendo a realidade e assim como enfermeira poder atuar de forma mais relevante, propondo ações que poderão ser programadas e implementadas, trazendo qualidade na assistência do binômio mãe- filho.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, N.G. **Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família em Montes Claros**, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.23, n8, Rio de Janeiro, 2007.
- AMORIM, M.M; ANDRADE, E.R. **Atuação do Enfermeiro no PSF Sobre Aleitamento Materno**. Perspectiva online, Rio de Janeiro v.3, n.9, 2009.
- ARAÚJO, R. M. A; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento Materno: O desafio de compreender a vivência. **Revista de nutrição**, vol.23, n 8, p 431-438, julho/ agosto, Campinas, 2007.
- BARROS, S.M.O.; MARIN, H.F.; ABRÃO, A.C.F.V. **Enfermagem e ginecologia: guia para prática assistência**. São Paulo: Roca, 2002.
- BRADEN, **Materno- infantil: Série Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção a Saúde Integral da Mulher: Princípios e diretrizes**, Brasília: 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de alimentação e nutrição. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno**. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o aleitamento materno** 2. ed., rev. Brasília: 2007. Álbum seriado, 18 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/album_seriado_am.pdf>. Acesso em: 06 nov.2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Legislação brasileira de proteção á amamentação**. Constituição Brasileira, 1998.
- BRITO, V. S. ET AL. **Visita Domiciliar: Um componente fundamental para a continuidade e o sucesso do aleitamento materno**. Enfermagem Brasil, São Paulo, ano 4, n.4, atlântica, 2005.
- CARVALHO, M. R. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- CASTRO, L. M. C, de.; et al: **Aleitamento materno manual prático**. 2º ed. Londrina: MAS, 2006.
- CIAMPO, L. A. D.; RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N. D. **Aleitamento Materno: Passagens e transferências mãe-filho**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- CONCEIÇÃO, A. M. Segre, **Perinatologia fundamentos e prática**. 1º ed. São Paulo: Editora Sarvier, 2002.



FACHIN, O. **Fundamentos da metodologia**. 4° ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. **Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração**. Rev. Nutr. 2006, vol.19. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 09 nov 2012.

FRANCO, JM. **Mastologia, formação do especialista**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1997.

FARIAS, Edvaldo de. **Elaboração de Instrumentos de pesquisa - entrevistas e questionários**. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2000.

GAIVA, Maria Aparecida Munhos; SCOCHI, Carnen Silva. **A participação da Família ao prematuro em UTI Neonatal**. Rev. Bras, Enfermagem, Brasília, v. 58, n.4, ago. 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3°. Ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIUGLIANI, E. R. J. **Problemas comuns na lactação e seu manejo**. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, V.80, nº 5, 2004.

JUNIOR, M. Wilson; ROMUALDO, S. Genair. A.P. L in Carvalho MARCOS Renato de. **Amamentação. Base científica**. 2° ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. P.34.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2° ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2001.

LANG, S. **aleitamento do lactente: cuidados especiais**. São Paulo: Santos, 1999.

LANA, P.B. **O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica: comportamental da amamentação**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LEFEVRE F; LEFEVRE AMC. **O Discurso do Sujeito Coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Desdobramentos**. Caxias do Sul: Educs, 2003.

MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica: pediatria geral e neonatal**. 9ª ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

MARIN, M. J. S. et al. **Diagnóstico de enfermagem referente à amamentação entre mães de criança menores de seis meses de uma comunidade**. Revista Nursing, v.105, n. 9, 2007.

MARTINS FILHO, A. J. et al. **Infância Plural: Crianças do nosso tempo**. Porto Alegre: Mediação, 2000.

MONTEIRO, J. C. S; GOMES, F.A; NAKANO. A. **A Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto**. Acta Paul Enfermagem, v.19, n.4, p.427-32,2006.

MONTEIRO, Carlos Augusto. **Amamentação e obesidade na infância**. Rev.Saúde pública. V. 5, n 1, São Paulo, 2007.

MARTINS FILHO, J. **Como e porque amamentar**. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

OLIVEIRA, A. A; CASTRO, S.V; LESSA, N. M. V. **Aspectos do Aleitamento Materno**. Revista Digital de Nutrição, Ipatinga-MG, v.2, 2008.

OLIVEIRA, Elisalva Félix. **Manual de pediatria para técnico de enfermagem**. 2° ed, João Pessoa: editora universitária UFPB, 2006.

PARADA, C. M. G. L. et.al. **Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, jun.2005, vol.13, n 3. Acesso em 25 de outubro de



2012.

PARIZOTTO J.; ZORZI, N.T. **Aleitamento Materno:** Fatores Que Levam Ao Desmame Precoce No Município De Passo Fundo. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2008, v.32, n.4, p. 466-474.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RAMOS V. W.; RAMOS, J. W. **Aleitamento Materno Desmame e Fatores Associados.** Ceres: Nutrição e Saúde, Rio de Janeiro, v.2, 2007.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno neonatal e saúde da mulher.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e técnicas.** 3° ed. São Paulo: atlas, 2009.

SALGADO, C. R. S. **O papel político da enfermagem no PSF.** Ed. Saraiva, 2002.

SCHMITZ, E. R. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** São Paulo: Atheneu, 2005.

SILVA, A.C. **Enfermagem e Aleitamento materno: Combinando práticas seculares.** Revista da escola de enfermagem da USP. V.34, n4, São Paulo, 2000.

SUSIN, L. R.O. ET AL. **Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em alimento materno e melhora as taxas de amamentação.** Ver. Chil. Pediatr., v.71, n.5, 2001

TAKUSHI, S. A. M; TANAKA, A. C.A; GALLO, P.R; MACHADO, M. A. P. **Motivação de gestantes para aleitamento materno.** Rev. Nutrição, vol.21, Campinas, 2008

TEIXEIRA NETO, F. **Nutrição clínica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

VENANCIO, Sônia Isoyama. **Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades.** Jornal de Pediatria. Vol. 79, nº 1, Rio de Janeiro, 2003.

VINHA, VHP. **O livro da amamentação.** Campinas-Sp: mercado de letras, 2006.

VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento.** Rio de Janeiro: Rubio, 2008.



PÁGINA DE POTENCIALIZAÇÃO DE INDEXAÇÃO E BUSCA (PPIB)

Resumen

La lactancia materna es fundamental para la salud del niño, ya que reúne características nutricionales ideales y actúa como un agente inmunológico. Además, estimula el vínculo afectivo entre la madre y el bebé. Su práctica implica una experiencia que involucra diversos factores maternos y otros relacionados con el recién nacido. En este sentido, es importante promover la lactancia materna exclusiva desde el prenatal hasta las consultas puerperales. La investigación tuvo como objetivo conocer los factores asociados al destete precoz desde la perspectiva de madres atendidas en una unidad de salud familiar, verificar el conocimiento materno sobre la importancia de la lactancia exclusiva para el binomio madre-hijo e investigar las orientaciones de enfermería respecto a esta práctica. Se trató de un estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 26 madres de niños de 0 a 6 meses, inscritas en una unidad de salud familiar de zona rural. La recolección de datos se realizó en el municipio de São João do Rio do Peixe-PB durante el mes de junio, a través de entrevistas guiadas por un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Los datos fueron analizados a través del Discurso del Sujeto Colectivo propuesto por Lefevre, considerando la resolución 196/96. Los resultados mostraron que la ausencia materna en el hogar, la percepción de leche insuficiente, las grietas mamarias, una mala succión y la falta de tiempo fueron factores que contribuyeron al destete precoz. Estos pueden estar relacionados con el conocimiento insuficiente y con deficiencias en la orientación de enfermería sobre la lactancia materna exclusiva, aunque algunas participantes reconocieron su importancia. Ante esto, se hace necesario que el enfermero y el equipo de salud implementen metodologías de atención a la gestante y puerpera, de modo que la práctica de la lactancia exclusiva se realice en su totalidad.

PALABRAS CLAVE: Lactancia Materna Exclusiva. Destete Precoz. Mujer.

Résumé

L'allaitement maternel est essentiel pour la santé de l'enfant, car il offre des caractéristiques nutritionnelles idéales et agit comme un agent immunisant. Il favorise également le lien affectif entre la mère et le bébé. Cette pratique est une expérience qui implique divers facteurs liés à la mère et au nouveau-né. Dans ce contexte, il est important d'encourager l'allaitement maternel exclusif depuis la période prénatale jusqu'aux consultations postnatales. Cette recherche visait à identifier les facteurs associés au sevrage précoce du point de vue des mères dans une unité de santé familiale, à évaluer leur connaissance de l'importance de l'allaitement maternel exclusif pour le binôme mère-enfant et à analyser les orientations infirmières à ce sujet. Il s'agit d'une étude exploratoire et descriptive avec une approche qualitative, menée auprès de 26 mères d'enfants âgés de 0 à 6 mois, inscrites dans une unité de santé familiale en zone rurale. La collecte des données a eu lieu dans la commune de São João do Rio do Peixe (PB) au mois de juin, au moyen d'un questionnaire composé de questions ouvertes et fermées. L'analyse des données s'est faite à travers le Discours du Sujet Collectif selon Lefevre, conformément à la résolution 196/96. Les résultats ont montré que l'absence à la maison, le lait perçu comme insuffisant, les crevasses mammaires, une mauvaise prise du sein et le manque de temps sont des facteurs ayant conduit au sevrage précoce, possiblement liés à un manque de connaissance et à des lacunes dans les orientations infirmières concernant l'allaitement exclusif, bien que certaines participantes aient reconnu son importance. Ainsi, il est essentiel que l'infirmière, ainsi que l'équipe de santé, mette en œuvre une méthodologie d'assistance à la femme enceinte et en post-partum afin de garantir la pratique complète de l'allaitement maternel exclusif.

MOTS-CLÉS: Allaitement Maternel Exclusif. Sevrage Précoce. Femme.



Резюме

Грудное вскармливание играет важнейшую роль в здоровье ребенка, поскольку обладает идеальными питательными свойствами и действует как иммунный агент. Кроме того, оно способствует установлению эмоциональной связи между матерью и младенцем. Эта практика зависит от множества факторов, как со стороны матери, так и новорожденного. В этом контексте важно поощрять исключительно грудное вскармливание с периода беременности до послеродовых консультаций. Целью данного исследования было выявить факторы, связанные с ранним прекращением грудного вскармливания с точки зрения матерей, посещающих семейную поликлинику; оценить уровень их осведомленности о важности исключительно грудного вскармливания для дуэта мать-ребенок; и изучить рекомендации медицинских сестер по этому поводу. Исследование имело характер описательного, качественного и проводилось среди 26 матерей детей в возрасте от 0 до 6 месяцев, зарегистрированных в сельской семейной амбулатории. Сбор данных проходил в июне в муниципалитете Сан-Жуан-ду-Риу-ду-Пейше (Параиба) с использованием анкет с открытыми и закрытыми вопросами. Данные анализировались методом Коллективного Субъективного Высказывания по Лефевру с соблюдением резолюции 196/96. Результаты показали, что факторами, способствующими раннему отлучению от груди, стали отсутствие матери дома, «слабое молоко», трещины на сосках, неправильный захват груди и нехватка времени. Это может быть связано с недостатком знаний и слабой медсестринской поддержкой по вопросам исключительно грудного вскармливания, несмотря на признание его важности некоторыми участницами. В связи с этим необходимо, чтобы медсестра и вся команда здравоохранения внедрила методику поддержки беременных и родильниц для полного осуществления практики исключительно грудного вскармливания.

Ключевые слова: Исключительное грудное вскармливание. Раннее отлучение. Женщина.

要約

母乳育児は、子どもの健康にとって不可欠であり、理想的な栄養特性を備え、免疫作用を果たします。また、母親と赤ちゃんの愛着関係を促進します。この実践は、母親側の要因および新生児に関連する他の要因を含む経験です。このため、妊娠期から産後の健診に至るまで、完全母乳育児の推進が重要です。本研究の目的は、家族保健センターに通う母親の視点から早期離乳に関連する要因を明らかにし、母子の関係における完全母乳育児の重要性に関する知識を検証し、完全母乳育児に関する看護師の指導内容を調査することでした。本研究は、質的アプローチを用いた記述的・探索的研究であり、ブラジルのサン・ジョアン・ド・リオ・ド・ペイシェ市の農村地域にある家族保健センターに登録されている0~6か月の乳児の母親26人を対象に行われました。データ収集は6月に、オープンおよびクローズドクエスチョンを含む質問票を用いたインタビューにより実施されました。データはLefevreによる集団的主体談話法に基づき、196/96決議に従って分析されました。結果として、母親の家庭不在、母乳の「薄さ」、乳頭の亀裂、誤った乳首のくわえ方、時間不足が早期離乳の要因であり、これらは知識の不足や、完全母乳育児に関する看護指導の欠如と関係している可能性があることが示されました。一部の参加者は、その重要性を認識していました。この結果から、助産師や保健チームは妊産婦に対する支援方法を実施し、完全母乳育児の実施を確実にする必要があります。

キーワード: 完全母乳育児、早期離乳、女性



摘要

母乳喂养对儿童健康至关重要，因为它不仅提供理想的营养成分，还具有免疫功能。此外，它有助于增进母婴之间的情感联系。母乳喂养的实践涉及到多种母体因素和与新生儿相关的因素，因此，从产前到产后随访阶段，鼓励纯母乳喂养是非常重要的。本研究旨在了解家庭卫生单位中母亲视角下导致早期断奶的相关因素，评估母亲对纯母乳喂养对母婴关系重要性的认知，并调查护理人员在母乳喂养指导方面的工作。这是一项采用定性方法的探索性描述研究，研究对象为26位居住在农村、在家庭卫生单位登记的0至6个月婴儿的母亲。数据于6月在巴西帕拉伊巴州的圣若昂-杜-里奥-杜-佩谢市收集，采用含开放式与封闭式问题的访谈问卷。数据分析采用Lefevre提出的“集体主体言论”法，遵循第196/96号决议的伦理规定。研究结果显示，母亲长时间不在家、乳汁不足、乳头皲裂、婴儿含乳不正确以及时间不足是导致早期断奶的主要因素。这可能与母亲知识储备不足和护理指导缺失有关，尽管部分参与者意识到了纯母乳喂养的重要性。因此，护士及卫生团队应实施系统的孕产妇护理方法，以确保纯母乳喂养得以全面实现。

关键词：纯母乳喂养；早期断奶；女