

**LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CYNTHIA CARNEIRO NEIVA DE CARVALHO  
DARCY CORTES MACIEL LOBÃO  
DONATA DO AMPARO SOUSA ABREU  
JANICE MARIA LOPES DE SOUZA**

**PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO ENTRE MÃES DE CRIANÇAS  
DE ZERO A SEIS MESES DE IDADE QUE FIZERAM PRÉ - NATAL  
NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DO TIBIRI  
SÃO LUÍS - MARANHÃO**

São Luís  
2007



**CYNTHIA CARNEIRO NEIVA DE CARVALHO  
DARCY CORTES MACIEL LOBÃO  
DONATA DO AMPARO SOUSA ABREU  
JANICE MARIA LOPES DE SOUZA**

**PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO ENTRE MÃES DE CRIANÇAS  
DE ZERO A SEIS MESES DE IDADE QUE FIZERAM PRÉ – NATAL  
NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO TIBIRI  
SÃO LUÍS – MARANHÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós- Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profª MsC Eremita Val Rafael

**CYNTHIA CARNEIRO NEIVA DE CARVALHO  
DARCY CORTES MACIEL LOBÃO  
DONATA DO AMPARO SOUSA ABREU  
JANICE MARIA LOPES DE SOUZA**

**PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO ENTRE MÃES DE CRIANÇAS  
DE ZERO A SEIS MESES DE IDADE QUE FIZERAM PRÉ – NATAL  
NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO TIBIRI  
SÃO LUÍS – MARANHÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós- Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup> Msc Eremita Val Rafael (Orientadora)**  
Mestra em Enfermagem

---

**Prof<sup>a</sup> Msc Rosemary Ribeiro Lindholm**  
Mestra em Enfermagem Pediátrica  
Universidade de São Paulo

Às mães dos bebês, sem a quais não seria possível a realização desse estudo.

## AGRADECIMENTOS

Em especial a Deus, presença constante em nossas vidas;

Aos nossos familiares, pelo incentivo, estímulo e compreensão;

À Direção e Equipe de Saúde da Família da U.S.F. do Tibiri, pela oportunidade de realização deste trabalho;

Aos Agentes Comunitários de Saúde e mães, que colaboraram e participaram da pesquisa;

À nossa Orientadora Prof<sup>a</sup> MsC. Eremita Val Rafael, pela segura e precisa orientação;

Ao amigo Antonio Carlos Penha, pelo apoio e colaboração durante toda a caminhada;

À Professora Dorivan Câmara Silva de Jesus pelo carinho;

À Professora Rosemary Ribeiro Lindholm pela sua sabedoria e força na condução dos primeiros passos deste trabalho;

À Professora Doutora. Mônica Elinor Alves Gama, pelas suas valorosas contribuições;

A todos que contribuíram na elaboração deste trabalho.

“Felizes as entranhas que te trouxeram e os seios  
que te amamentaram [...]”.

(Lc 11,27).

## RESUMO

A prática do aleitamento materno é uma estratégia fundamental para redução da mortalidade infantil. A Estratégia Saúde da Família tem se destacado como importante iniciativa de divulgação. O estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem descritiva utilizando-se variáveis quantitativas, cujo objetivo foi estudar a prática do aleitamento materno a partir dos indicadores socioeconômico e demográfico e das orientações recebidas pelas mães quanto ao aleitamento materno. A população estudada foi constituída de 33 mães cadastradas na Unidade de Saúde do Tibiri, São Luís - Maranhão com filhos de faixa etária de zero a seis meses de idade, durante os meses de novembro e dezembro de 2006. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário contendo perguntas abertas e fechadas. Os resultados indicaram uma realidade socioeconômica bastante comprometida. Em se tratando das orientações quanto ao aleitamento materno oferecidas no pré-natal e na maternidade foram fundamentais para a prática do aleitamento materno. Todos os profissionais de saúde, em alguns momentos do pré-natal e na maternidade, deram orientações quanto ao aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Saúde da Família.

## ABSTRACT

The study one is about a research of descriptive boarding using itself changeable quantitative, whose objective was to study the practical one of the breastfeeding from the pointers socioeconomic and demographic and of orientations received by mothers how much to the breastfeeding. Population studied was corporate of 33 mothers registered in cadastre in the Unit of Health of the Tibiri, São Luís - Maranhão with band children would stair of zero the six months of age, during the months of November and December of 2006. For the collection of data a questionnaire was used contends an open and closed question. The results had indicated a sufficiently engaged socioeconomic reality. In if treating to orientations how much to the breastfeeding offered in the pre-Christmas and the maternity they had been basic for it practices of the breastfeeding. All the professionals of greet, at some moments of the pre-Christmas and in the maternity, they had given orientations how much to the breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Health of the family



## LISTA DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico 1 – Distribuição percentual das 33 mães em relação a situação conjugal. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	26
Gráfico 2 – Distribuição percentual das 33 mães em relação ao grau de escolaridade. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	27
Gráfico 3 – Distribuição percentual das 33 mães que trabalham fora de casa. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	28
Gráfico 4 – Distribuição percentual das 33 mães segundo a renda familiar. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	29
Gráfico 5 – Distribuição percentual das 33 mães quanto ao número de filho. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	30
Gráfico 6 – Distribuição percentual das 33 mães que amamentaram o filho anterior. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	31
Gráfico 7 – Distribuição percentual das 33 mães em relação à idade do filho mais novo. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	32
Gráfico 8 – Distribuição percentual das 33 mães segundo orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, por profissionais membros da ESF. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	34
Gráfico 9 – Distribuição percentual das 33 mães segundo orientações dadas pela equipe ESF sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo para a mãe e a criança. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	36
Gráfico 10 – Distribuição percentual das 33 mães que receberam apoio para amamentar. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	38
Gráfico 11 – Distribuição percentual das 24 mães que amamentaram exclusivamente no peito. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	40
Gráfico 12 – Distribuição percentual das 09 mães em relação aos motivos que levaram a não amamentação exclusiva. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	44
Gráfico 13 – Distribuição percentual das 33 mães de crianças que fizeram o uso de chupetas. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	46

## LISTA DE TABELAS

	p.
Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das 33 mães segundo referência profissional que orientou sobre o aleitamento materno no pré-natal. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	33
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das 25 mães que receberam orientação dos profissionais na maternidade. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	35
Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das 32 mães que receberam orientação do profissional sobre as vantagens do aleitamento materno para a mãe e a criança. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	37
Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das 31 mães que receberam apoio de outras pessoas durante o período da amamentação. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	39
Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual das 33 mães em relação ao tempo de amamentação não exclusiva, permanecendo com amamentação ao peito. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	41
Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual das 33 mães em relação ao tempo que pretende amamentar exclusivamente no peito. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	42
Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual das 09 mães quanto aos alimentos oferecidos além do aleitamento materno. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	43
Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual das 33 mães em relação a pessoas que incentivaram a introdução de outro alimento. Tibiri, São Luís – MA / 2006.....	45

## LISTA DE SIGLAS

CFB	- Constituição Federal do Brasil
CLT	- Constituição das Leis Trabalhista
ESF	- Estratégia Saúde da Família
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida
IHAC	- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IgA	- Imunoglobulina A
IgG	- Imunoglobulina G
IgM	- Imunoglobulina M
OFAs	- Órgãos Fonoarticulatórios
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNIAM	- Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
RN	- Recém-nascido
SIAB	- Sistema de Informação de Atenção Básica
UNICEF	- Fundo das Nações unidas para a Infância

## SUMÁRIO

	LISTA DE GRÁFICOS.....	08
	LISTA DE TABELAS .....	09
	LISTA DE SIGLAS .....	10
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1</b>	<b>Geral .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2</b>	<b>Específicos .....</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1</b>	<b>A História da amamentação .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2</b>	<b>Vantagens do aleitamento materno para a criança .....</b>	<b>18</b>
<b>4.3</b>	<b>Vantagens do aleitamento materno para a mulher .....</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
<b>5.1</b>	<b>Tipo de estudo .....</b>	<b>24</b>
<b>5.2</b>	<b>Local do estudo .....</b>	<b>24</b>
<b>5.3</b>	<b>População .....</b>	<b>24</b>
<b>5.4</b>	<b>Considerações éticas .....</b>	<b>24</b>
<b>5.5</b>	<b>Coleta dos dados .....</b>	<b>25</b>
<b>5.6</b>	<b>Instrumento de coleta dos dados .....</b>	<b>25</b>
<b>5.7</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>48</b>
	REFERÊNCIAS .....	49
	APÊNDICES .....	52
	ANEXO .....	57

## 1 INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno é secular e fundamenta-se basicamente em dois objetivos: o ato de alimentar o bebê e o gesto de amor.

Amamentação, segundo Ferreira (1986), é “o ato ou efeito de amamentar”, que significa dar de mamar, criar ao peito, alimentar, aleitar e nutrir, sendo aleitamento sinônimo de amamentação. Isto torna os termos aleitamento materno e amamentação, sob o ponto de vista da sua definição, revestidos do mesmo significado funcional do aleitar ou criar o filho com o leite que produz. Nesse ato, visualiza-se além do efeito de produção do leite e sua oferta, o envolvimento da mulher com o seu filho e todos os elementos afetivos que o envolvem.

Segundo os dados do Sistema Único de Saúde - SUS referentes ao ano de 1999, o Brasil obteve uma prevalência de aleitamento materno exclusivo até quatro meses de 21,6% e de acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde - OMS em fevereiro de 2002, alcançou 35% de cobertura. Em relação à região Nordeste a prevalência de aleitamento materno exclusivo até o quarto mês é de 23,4% e no Maranhão o percentual é de 32,5% (BRASIL, 2006).

Conforme os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no ano de 2003, a duração média do aleitamento materno exclusivo no estado do Maranhão é de dois a três meses, muito abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Maciel (2005), em um estudo sobre a prática de aleitamento materno em crianças de 0 a 1 ano encontrou uma prevalência de 34,4% de aleitamento exclusivo, até o 6º mês de vida.

Atualmente a recomendação mundial é de que o aleitamento exclusivo seja mantido até o 4º - 6º mês. Esta recomendação foi endossada pela 54ª Assembléia Mundial de Saúde realizada na cidade de Genebra no ano de 2001 (GIUGLIANI, 2001). No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementado até os dois anos ou mais.

Observa-se que, nas últimas décadas, houve aumento nas taxas de amamentação na maioria dos países, inclusive no Brasil, todavia o índice de desmame precoce continua crescendo e o número de crianças amamentadas de acordo com a OMS, ainda é pequeno (GIUGLIANI, 2001).

O incentivo ao aleitamento materno como medida preventiva de promoção da saúde tem se constituído em uma prática constante, configurando as suas grandes vantagens tanto para a criança como para as mães. É uma estratégia fundamental para diminuir as taxas de mortalidade infantil, protegendo a criança contra diarreias agudas e persistentes e diminuindo a incidência de alergias, doenças cardiovasculares, obesidade infantil, infecções gastrintestinais, respiratórias e sistêmicas, reduzindo o risco de septicemia neonatal, e outras patologias.

O aleitamento materno tem uma grande importância para a criança inclusive para o crescimento facial adequado. O crescimento facial harmônico é fundamental, não só por questões estéticas, mas também para o bom funcionamento do sistema mastigatório, evitando a futura necessidade de correção ortodôntica, protética e até mesmo cirúrgica do conjunto dento-maxilo-mandibular e estruturas adjacentes (GAVA-SIMIONI et al, 2001).

O desmame precoce muitas vezes ocorre pela falta de conhecimento das mães sobre a importância deste ato para si e sua criança, pelo desconhecimento da legislação que ampara a prática do aleitamento materno, e a não observância do cumprimento dessas leis por parte dos empregadores, cuja garantia se faz na Constituição Federal.

Para Rego (2002), o desmame precoce deve ser interpretado como resultado da interação completa de diversos fatores socioculturais, como o processo de industrialização, que teve início no final do século XIX, as mudanças estruturais da sociedade que aconteceram em virtude da industrialização; a inserção da mulher no mercado de trabalho; o surgimento e a propaganda de leites industrializados; adoção nas maternidades, de rotinas pouco facilitadoras do aleitamento materno e a adesão dos profissionais de saúde à prescrição da alimentação artificial.

É importante que uma gestante seja bem orientada durante o pré-natal, realizando todas as consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, o que favorecerá o ato de amamentar com sucesso, devendo ser assistida por uma equipe multiprofissional sensibilizada com a questão e apta para implementar rotinas favorecedoras da amamentação.

## 2 JUSTIFICATIVA

Praticamente 100% das mães iniciam a amamentação. Desse percentual somente 41% continuam amamentando até um ano de vida, e só 14% até os dois anos de vida. Os reais motivos que levam uma mulher a querer ou não amamentar, podem não ser conscientes, não ser sentidos nem percebidos por ela. Ao decidir de que forma vai alimentar seu filho, a mãe estará expressando as influências da sociedade ou de sua cultura, sua história pessoal, seu estilo de vida, sua personalidade, sua situação econômica, seu grau de maturidade, sua capacidade afetiva e seus conhecimentos sobre as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens do desmame precoce (LANA, 2001).

Baseado nas argumentações anteriores e em observações durante práticas na área da saúde, pôde-se observar um grande número de crianças na faixa etária de zero a seis meses de idade acometido por doenças diarréicas, pneumonia, insuficiências respiratórias agudas, intolerâncias alimentares, desnutrições, dentre outras. Detectou-se através de diálogos com as mães um alto índice de desmame precoce. Surgiram então questionamentos sobre o objeto de estudo: Qual a prática da amamentação entre as mães? Quais motivos as levam a amamentar/desmamar? Conhecem as vantagens do aleitamento materno para si e para o seu filho? Como atuam as redes sociais de apoio às mães?

Mediante estes questionamentos, fica evidenciada a importância da pesquisa, enfatizando que o leite materno é o alimento mais seguro e completo para crianças, entre zero e seis meses de idade.

Frente aos estudos observados e conforme a prática profissional, concorda-se com Medeiros; Rodrigues (2001), quando destacam que é muito importante uma abordagem multidisciplinar, em que todos contribuem de forma efetiva, justificando a necessidade do aleitamento de criança ao seio de preferência como fonte exclusiva até os seis meses de idade.

Pretende-se com esta pesquisa identificar a prática do aleitamento materno, propiciando às mulheres promoção, proteção e apoio no sentido de aumentar os índices de prevalência do aleitamento materno e a redução da morbimortalidade infantil.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Estudar a prática do aleitamento materno entre mães de crianças de zero a seis meses de idade que fizeram pré-natal na Unidade de Saúde da Família do Tibiri, no município de São Luís – MA.

#### **3.2 Específicos**

- Descrever o perfil socioeconômico e demográfico das mães estudadas;
- Caracterizar os tipos de amamentação das crianças do estudo de acordo com os conceitos do Ministério da Saúde;
- Investigar os principais motivos alegados que levam as mães à prática do aleitamento materno;
- Identificar as redes sociais de apoio à prática do aleitamento materno



## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 A história da amamentação

Na época do descobrimento do Brasil os europeus introduziram o desmame precoce trazendo hábitos e costumes de suas culturas cujas crianças eram aleitadas por amade-leite. Quando aqui chegaram encontraram as mulheres indígenas amamentando suas crianças ao seio, até o momento em que ocorria de forma natural o desmame (ALMEIDA, 1999).

Segundo o autor, supra citado, somente no século XIX, houve um retorno à prática da amamentação com a implementação de ações políticas, denominadas “Higiene Familiar”, em que o binômio mãe/filho é o principal instrumento para que ocorram as mudanças sociais propostas pelo Estado.

No início do século XX, com a possibilidade de inserção da mulher no mercado de trabalho, e o desenvolvimento da sociedade de consumo, surgem as primeiras remessas de leite condensado e de farinha láctea, importadas da Suíça, como uma das alternativas para a mulher impossibilitada de amamentar. Com o leite artificial veio a mamadeira, um dos símbolos da modernidade e urbanização e o trabalho promocional das indústrias de alimentos, trouxe uma nova prática na alimentação infantil: alimenta-se com leite industrializado as crianças que realmente dele necessitam ou não (GIUGLIANI, 2001).

O marco do início do desmame comerciogênico ocorreu em 1938 com a descoberta de que o leite de vaca tinha mais proteína que o leite humano (SANTOS JÚNIOR, 2000).

As indústrias leiteiras vão aos poucos desenvolvendo fórmulas infantis e colocadas à disposição das mães em padarias, farmácias e relacionando esse produto com imagens de bebês saudáveis, lindos e robustos, facilitando a vida das mães, o que culminou com o declínio das taxas de aleitamento materno até a década de 70 (GIUGLIANI, 2001).

Após a década de 70 surgiram as primeiras denúncias contra o uso disseminado de leite artificial trazendo conseqüências devastadoras para a nutrição infantil, especialmente em população menos favorecida.

A publicação do livro *The Baby Killer* em 1974, de autoria de Mike Muller, acusa as empresas multinacionais produtoras de leite artificial de serem responsáveis por morte de crianças do terceiro mundo associadas ao uso de leite artificial (ALMEIDA, 1999).

A partir daí os organismos internacionais, como a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF passaram a realizar atividade de promoção e apoio ao aleitamento materno.

Em 1981 foi recomendado o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, impondo severas restrições a propagandas de leite industrializado.

No Brasil, na década de 80, foram elaboradas ações de saúde em prol da criança, entre elas a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM, e na década de 90, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e a implantação das Redes de Banco de Leite no país.

Cita-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança com a criação dos Dez passos para o aleitamento bem sucedido e a Semana Mundial do Aleitamento Materno (ALMEIDA, 1999; GIUGLIANI, 2001; REGO, 2001).

Em 1990 foi assinada na Itália a “Declaração de Inocenti”, com o objetivo de apoiar e orientar as mulheres a amamentar seus filhos exclusivamente até 4 – 6 meses de vida e mantendo a lactação após a introdução de alimentos complementares adequados, até dois anos de vida ou mais (SANTOS JÚNIOR, 2000).

O Maranhão é um dos primeiros Estados do Nordeste quanto à duração do aleitamento materno, em média 260 dias (BRASIL, 2002). Isso contribuiu para a queda da mortalidade infantil que de 86 mortes para mil nascidos vivos passou para 53 por mil. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi um grande passo para que esse fato se concretizasse, pois mobiliza os profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades a promoverem mudanças em rotinas e condutas contrárias ao desmame precoce, por meio dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. Existem mais de 18,3 mil hospitais credenciados como Amigo da Criança no mundo, sendo que no Brasil, são 289 unidades: 134 no Nordeste e o Maranhão é o terceiro Estado do Nordeste com o maior número de Hospitais Amigos da Criança, com 23 unidades (TONIAL; SILVA, 1997).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), utiliza as seguintes definições para a prática do aleitamento materno:

**Aleitamento Materno:** a criança recebe leite materno diretamente ou extraído do seio da mãe, mesmo recebendo outro alimento;

**Aleitamento Materno Exclusivo:** a criança ingere somente o leite materno. Não se consideram como outros alimentos o uso de gotas ou xaropes de medicamentos dados;

**Aleitamento Materno Predominante:** a criança recebe, além do leite materno, água ou outros líquidos, como suco de frutas e chás;

**Desmame:** quando a criança recebe qualquer tipo de alimento ou bebida, como água ou chás;

**Desmame Precoce:** quando a criança recebe outro alimento além do leite materno, antes do 6º mês de vida.

De acordo com o Ministério da Saúde entende-se por desmame, a introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida além do leite materno, incluído chás, água, etc, na alimentação da criança. Quando a introdução de novos alimentos ocorre antes dos seis meses de idade da criança, considera-se desmame precoce.

O desmame precoce é motivo de preocupação em todo o mundo por trazer danos à saúde das crianças. Estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde apontam as mulheres que mais amamentam são as do sudeste da Ásia, em média 25 meses, seguido das africanas que amamentam em média 21 meses, nas Américas 10 meses e Europa 11 meses. Observa-se que a prática do aleitamento materno vem crescendo em várias partes do mundo, no entanto a prevalência e duração do aleitamento ainda são bastante baixas (CARVALHO; TAMEZ, 2002).

## **4.2 Vantagens do aleitamento materno para a criança**

A saúde e o desenvolvimento da criança, segundo a maioria dos estudiosos do aleitamento materno estão diretamente relacionados ao aleitamento materno exclusivo até seis meses e complementados até dois anos de idade.

As vantagens oferecidas pelo aleitamento materno em seus múltiplos aspectos é uma unanimidade no meio científico. A superioridade do leite humano como alimento, agente protetor de infecções e modulador de crescimento da criança encontra-se amplamente descrito na literatura (OMS, 1995).

O contato entre mãe e bebê, logo após o nascimento contribui de forma significativa para o alongamento do período de amamentação, melhor controle da temperatura da criança e níveis mais altos de glicose, a sucção precoce da mama pode reduzir o risco de icterícia por aumentar a motilidade gastrointestinal (LANA, 2001).

Paralelo ao valor nutritivo do leite materno, o aleitamento é considerado como estratégia fundamental para o desenvolvimento do apego entre mãe e filho, implicando em aproximação e interação entre eles. A promoção do aleitamento materno, que se tem

apregoado nas últimas décadas, baseia-se também na influência que este ato representa no desenvolvimento emocional do ser humano. A amamentação influencia fortemente o equilíbrio psíquico e emocional da criança (SILVA, 1997).

Para Silva (1990), a amamentação assume significados diferentes entre as várias culturas, sendo um comportamento social mutável conforme as épocas e costumes. Afirma que a prática da amamentação representa um hábito preso aos determinantes sociais e às manifestações da cultura.

Iguais destaques merecem os aspectos psicológicos que resultam da interação mãe e filho: a criança, a mãe, a família, a sociedade e o Estado são amplamente beneficiados pela prática da amamentação natural (ARAÚJO, 1997 *apud* ALMEIDA, 1999).

A amamentação é um laço de união entre mãe e filho, que se estabelece no momento do nascimento. O desejo de proteger e nutrir a criança é talvez o mais forte dos vínculos e está relacionado com o apego, à vontade de tocar, de conhecer esse pequenino ser pelos sentidos, olhos, boca, nariz e até mesmo a língua.

Para Lima (1997) *apud* Abreu (2004): “As razões que levam ao desmame precoce são complexas e resultam da somatória de pequenas razões, algumas delas ligadas à motivação feminina e outras ligadas a processos sociais mais amplos e complexos.”

Euclides (2000); Rego (2002) relatam que:

O leite humano reúne mais de 200 componentes diferentes. Ele apresenta em sua composição óleos, gorduras, ácidos graxos livres, vitaminas, proteínas, minerais, carboidratos, enzimas e hormônios, além dos fatores imunológicos como: IgA, IgG, IgM, macrófagos, linfócitos, neutrófilos, dentre outros. Apresenta ainda cerca de 87,5% de água em sua composição resultando em baixa carga de soluto quando comparado ao leite de vaca.

O colostro é o primeiro produto de secreção láctea da nutriz. Ele é secretado desde o último trimestre da gestação e na primeira semana pós-parto. É uma secreção líquida de cor amarelada, perfeito como primeiro alimento da criança. É rico em proteínas e em anticorpos, atuando como uma vacina e protegendo a criança contra infecções.

Esse fato tem se confirmado amplamente na literatura, há unanimidade quanto a questão de que o aleitamento materno promove benefícios no que diz respeito aos aspectos nutricionais, imunológicos, emocionais e econômico-sociais bem como contribuindo para a saúde fonoaudiológica devido a sua relação com o crescimento e desenvolvimento craniofacial e motor-oral da criança.

O aleitamento materno no âmbito odontológico tem apresentado destaque na literatura no que diz respeito à importância da sucção durante o aleitamento natural, pois promove o desenvolvimento adequado dos Órgãos Fonoarticulatórios – OFAs, quanto à mobilidade, força, postura e o desenvolvimento das funções de respiração, mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala. Desta forma reduz a presença de maus hábitos orais e de várias patologias fonoaudiológicas (NEIVA et al, 2003).

O ato de mamar constitui um exercício muito importante para a criança, entretanto não é uma atitude fácil, por isso necessário se faz que haja uma preparação da mãe, incentivando-a e esclarecendo-a das vantagens do aleitamento materno em seus amplos aspectos, entre eles o responsável inicial pelo crescimento harmonioso da face e da dentição (SILVA, 2004).

A criança ao nascer, anatomicamente apresenta o crânio muito maior que a face e maxila e mandíbula pouco desenvolvidos no sentido vertical, conferindo-lhe uma altura facial pequena.

Motta (1997), diz que:

Toda mãe deve ser estimulada a amamentar, pois além do leite ser o melhor alimento para o seu filho, em uma sucção correta, os lábios e língua assumem posição adequada ao trabalho dos músculos orofaciais, sendo a exercitação destes, importante para a correta articulação da fala e para o crescimento adequado da mandíbula, influenciando na centralização da mesma, havendo condições para boa erupção dentária e correta oclusão.

Efetivamente há uma pequena preocupação com a questão do posicionamento dos dentes, a morfologia das arcadas e os prováveis problemas ortodônticos e estéticos que se manifestam na ausência da amamentação. Entretanto é importante ressaltar a necessidade da preservação do sistema estomatognático e suas funções vitais como a sucção, mastigação, deglutição, fonação e respiração.

O processo fisiológico da amamentação natural é assim compreendido como:

No ato da amamentação o recém-nascido ordenha o seio materno e com os lábios detecta o bico do peito, contraindo-os firmemente em torno do mamilo (selamento hermético). O rebordo correspondente aos incisivos superiores se apóia contra a superfície superior do mamilo e parte do peito, a língua, por baixo funciona como válvula controladora, ao tempo em que a mandíbula realiza movimentos protrusivos e retrusivos, além de deslocamento no plano horizontal, que são sincronizados com a deglutição e a respiração (PASTOR; MONTANA, 1994).

Segundo Carvalho (1995), a amamentação é a melhor forma de prevenção da síndrome do respirador bucal, prevenção de problemas do aparelho respiratório, forma de evitar a deglutição atípica, prevenção do mau posicionamento dos dentes, prevenção das disfunções crâneo-mandibulares e é a melhor maneira de prevenir as dificuldades da fonação.

Várias são as vantagens observadas no aleitamento materno, pois é um alimento completo do ponto de vista nutritivo, por isso adequado às necessidades da criança, é de fácil aquisição, não precisa comprar, economicamente viável, mais higiênico, não necessita de manuseio, passando diretamente da fonte produtora para a boca da criança, o que lhe confere ausência de contaminação, e de fácil digestão estando na temperatura ideal.

### **4.3 Vantagens do aleitamento materno para a mulher**

Segundo Almeida (1999), a maioria das mães que amamenta, diz sentir-se renovada, completa, realizada e feliz, tem a sensação do dever cumprido, corroborando com o este autor quando diz que: “Amamentação é um ato biologicamente determinado, mas culturalmente condicionado”.

Outra vantagem do aleitamento para a mãe é a facilidade em perder menos sangue após o parto, pois a ocitocina produzida pela hipófise sob o estímulo das terminações nervosas do complexo aréola-mamilar durante as mamadas, além de ser responsável pela “descida” do leite, também o é pelas contrações uterinas no pós-parto, acelerando a volta do útero ao seu tamanho normal, diminuindo o sangramento uterino. Após o nascimento, a hemorragia pós-parto é responsável também por anemia materna, evitada pela involução uterina mais rápida na amamentação (REGO, 2002).

Uma das preocupações da mãe no pós-parto é a sua silhueta. Amamentar, sob este aspecto, é também vantagem, pois o peso da mãe chegará ao normal mais rapidamente, apesar de continuar alimentando-se normalmente, pois a produção de leite dispende, em torno de 850 calorias por litro produzido.

Santos Junior (2000), relata o efeito anticoncepcional da amamentação, que acontece quando ela é praticada em regime de livre demanda, isto é, na hora em que o bebê quiser e durante o tempo que quiser, dia e noite, associada à não administração de quaisquer outros alimentos ou líquidos e também à ausência de menstruação, é um fator importante para aumentar o espaçamento entre as gestações.

Assim é oportuno destacar que:

Amamentar representa menos trabalho, na preparação de outros tipos de refeições, como mingaus, sopinhas, papas de frutas e sucos. Amamentar representa economia de dinheiro, vantagem para a saúde física do bebê, traz tranquilidade para a mãe, saúde emocional da criança, assegura à mãe que seu filho terá menores chances de se envolver com violência, de ser um fumante, de ser um alcoólatra ou de ser um viciado em drogas (LANA, 2001).

O mesmo autor afirma que a maior recompensa dos pesados encargos da amamentação é o contato íntimo, freqüente e prolongado entre mãe e filho, que, além de ser por si só muito gratificante para ambos, resulta ainda em um estreito e forte laço de união entre eles.

São muitas as vantagens do aleitamento natural, no contexto global, o aleitamento materno reduz de modo significativo os índices de morbimortalidade infantil contribuindo, talvez, em maior escala para a saúde e o bem-estar das nações (REGO, 2002; LANA, 2001).

Algumas mulheres não têm dificuldades para amamentar, mas a maioria precisa de apoio, pelo menos no início. As chances de sucesso na amamentação dependem de vários fatores: É necessário que a mãe tenha vontade de amamentar, aceitar a gravidez, ter conhecimento das vantagens e do manejo da amamentação, bem como dos problemas relacionados com o desmame precoce. Deverá ser orientada a vencer os condicionamentos culturais, sociais, econômicos e políticos que regulam a amamentação.

A mulher necessita de uma equipe preparada para promover e proteger a sua saúde no parto, de forma a não fazer uso de qualquer tipo de analgésico e anestésico, ou, apenas o mínimo necessário, evitando sedar a mãe e o bebê. No pós-parto, se não houver impedimentos, o bebê deve ser levado da sala de parto para o alojamento conjunto, onde permanecerá até a alta com sua mãe.

Embora a técnica de amamentar seja extremamente simples, a sua prática é complexa. O desmame precoce decorre de dificuldades biológicas, como, mamas ingurgitadas, rachaduras do mamilo, má postura corporal, pega incorreta, insegurança, e transtornos psicológicos, redes sociais de apoio fragilizadas e Estratégias Saúde da Família - ESF despreparada para o apoio às mães.

Vários são os problemas que têm contribuído negativamente para o início e a manutenção do aleitamento materno em nosso país. Dentre eles, pode-se citar a inadequada informação da comunidade sobre a importância da amamentação e sobre os riscos dos leites artificiais; a desinformação dos profissionais sobre o manejo da lactação; rotinas hospitalares

inadequadas para a prática do aleitamento materno; pouca disponibilidade de leite humano pasteurizado para suprir as necessidades de prematuros, crianças de baixo peso ao nascer e de filhos de mães contaminadas com o Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida – HIV positivo; promoção comercial e distribuição gratuita de fórmulas infantis para lactentes, bicos, chupetas e mamadeiras nos serviços de saúde; e o não-cumprimento das leis que protegem a mulher trabalhadora que amamenta (CARVALHO, 2002).

Pela Constituição Federal do Brasil, as mães que têm um emprego formal, com carteira assinada, têm direito a 120 dias de licença: quatro semanas antes e doze semanas depois do parto. Entretanto, por motivo de saúde da mãe ou do bebê, este prazo poderá ser aumentado em 28 dias – duas semanas antes e duas semanas depois do parto, mediante apresentação do atestado médico, com garantia do pagamento do seu salário integral, segundo dita o artigo 329 da CLT (ANGHER, 2005). No entanto, nem sempre este direito é garantido e muitas vezes as mulheres sofrem pressão no local de trabalho para voltar às atividades antes do final da licença (LANA, 2001).



## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

O presente trabalho consiste em um estudo descritivo. Foram utilizadas variáveis quantitativas, com o propósito de levantar informações para se conhecer as práticas do aleitamento materno, de mães de crianças de zero a seis meses de idade.

### **5.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família do Tibiri, localizada na BR 135 km 2 (zona rural), Distrito da Vila Esperança, no município de São Luís – MA. Esta unidade funciona com duas equipes. Cada uma delas possui um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e um cirurgião-dentista para ambas as equipes, atendendo a uma população adstrita de 8.986 habitantes.

### **5.3 População**

A população de estudo foi constituída por todas as mães cadastradas na Unidade de Saúde da Família, que no momento têm filho(s) na faixa etária de zero a seis meses de idade, totalizando um quantitativo de 33 mães, que compareceram para consulta de enfermagem e médica e concordantes com a pesquisa.

### **5.4 Considerações éticas**

O estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Após a aprovação do mesmo, iniciou-se a coleta dos dados, respeitando-se as normas estabelecidas na resolução 196 / 96 para pesquisas envolvendo seres humanos. (Anexo A).

## **5.5 Coleta dos dados**

O estudo foi desenvolvido nos meses de novembro e dezembro de 2006 pelas autoras do trabalho, com aplicação de questionário, investigando a prática do aleitamento materno entre mães de crianças de zero a seis meses de idade, no momento das consultas médicas e de enfermagem agendadas pelos agentes comunitários de saúde. Na oportunidade, foi lido o termo de consentimento e explicado que a participação seria espontânea e que o fato de aceitar ou não de participar da pesquisa não teria nenhuma influência no atendimento dos mesmos. Para os que optaram pela participação, foi assegurado o sigilo quanto as informações prestadas, respeitando os preceitos éticos e legais que envolvem os seres humanos (Apêndice A). Esta pesquisa foi facilitada por uma das pesquisadoras trabalhar na Unidade Estratégia Saúde da Família.

## **5.6 Instrumento de coleta dos dados**

Foi utilizado um questionário elaborado pelas autoras do trabalho (Apêndice B), contendo perguntas abertas e fechadas, atendendo as seguintes variáveis: identificação, escolaridade, renda familiar, número de filhos, situação conjugal, orientações de aleitamento no pré-natal e na maternidade.

## **5.7 Análise dos dados**

Após concluir a coleta dos dados, foi efetuada a análise descritiva dos mesmos e a sua visualização será apresentada em forma de gráficos e tabelas demonstrando assim os resultados encontrados.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados encontrados serão expressos em gráficos e tabelas. A apresentação dos mesmos segue a ordem das variáveis do estudo.

No que se refere a situação conjugal 70%, foi de mães que disseram ser solteiras e o percentual de 30 % correspondendo a casadas e união consensual (Gráfico 1)

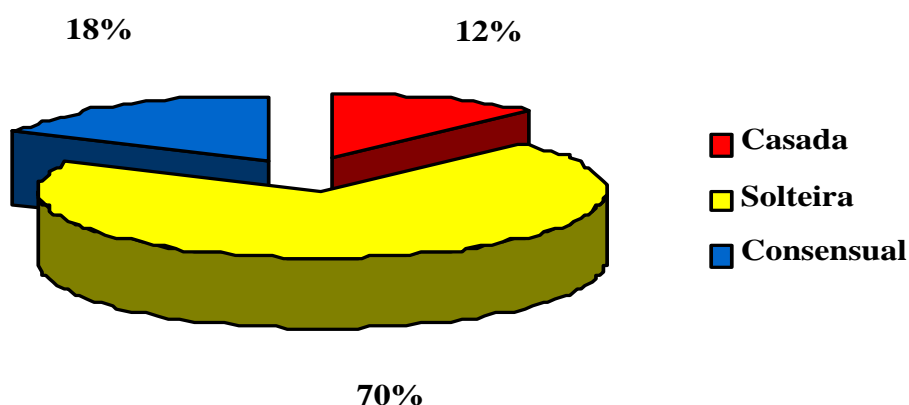


Gráfico 1 – Distribuição percentual das 33 mães em relação a situação conjugal. Tibiri, São Luís - MA / 2006.

Rego (2001), explica que o estado civil influencia na prática exclusiva da amamentação, pois se a mulher vive sem o parceiro, terá redução econômica para manter um padrão mínimo de vida a sua família, como é comum em um país subdesenvolvido a ausência de creches e de horários para a amamentação, as mães acabam por desmamarem seus filhos precocemente, prejudicando assim seu desenvolvimento normal.

Lana (2001), afirma que dar o peito é uma tarefa da mãe, amamentar no sentido mais amplo deve ser um ato compartilhado pelo menos com o pai.

Observa-se no gráfico 2 que dentre as mães entrevistadas 61% estavam compreendidas numa escolaridade entre ensino fundamental completo e médio incompleto, e 39 % ensino médio completo e ensino fundamental incompleto.

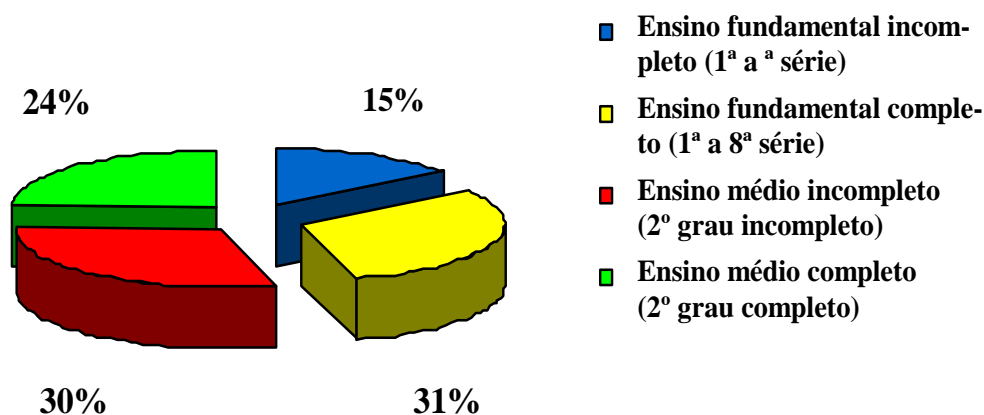


Gráfico 2 – Distribuição percentual das 33 mães em relação ao grau de escolaridade. Tibiri. São Luís – MA / 2006.

A escolaridade não é um fator definitivo no processo da amamentação, entretanto o que se espera é que mães com maior escolaridade amamentem seus filhos por mais tempo, em virtude de terem uma maior facilidade de compreenderem as orientações sobre as vantagens do aleitamento materno tanto para mães quanto para a criança. Tais orientações podem ser transmitidas pelos profissionais de saúde ou obtidas no âmbito familiar, além de acesso a informações diversas como, jornais, livros e revistas.

Segundo Rego (2001), o aleitamento materno por não ser um ato instintivo e sim comportamental, deve ser adquirido e aprendido. É, portanto, uma arte feminina transmitida através de gerações.

Observa-se no gráfico 3 que o percentual 94% corresponde às mães que não trabalham fora de casa e o percentual de 6 % corresponde a mães que trabalham fora de casa.

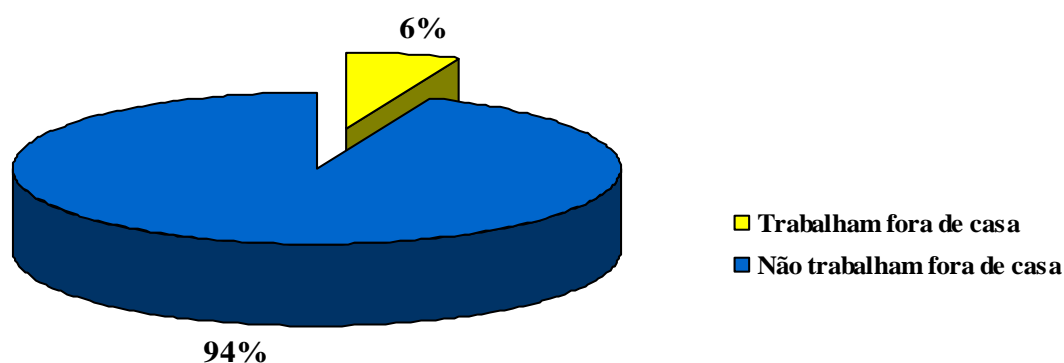


Gráfico 3 – Distribuição percentual das 33 mães quanto ao trabalho fora de casa. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

Afirma Rego (2001), o pré-natal é o momento que melhor se apresenta para abordagem adequada ao incentivo do aleitamento por ser o período de maior contato da gestante com os profissionais de saúde.

É grande o desafio que os profissionais de saúde, envolvidos na promoção e no apoio ao aleitamento materno enfrentam quanto à possibilidade das nutrizes trabalhadoras manterem a amamentação, pois o número de mulheres que deseja amamentar, mas que interrompe ou diminui o aleitamento por necessitar trabalhar fora do lar ou estudar, é crescente, constituindo uma das causas frequentes de introdução precoce de alimentos complementares, com a conseqüente diminuição na produção do leite (VALDÉS; SANCHES; LABBOK, 1996). Destacam-se também as dificuldades inerentes ao cumprimento das leis trabalhistas, pois embora a Constituição Brasileira de 1988 garanta à gestante licença de 120 dias, dentre outros direitos, visando possibilitar a amamentação e cuidados com a criança, nem sempre essa licença é concedida totalmente. Relevante também é o grande contingente de trabalhadoras informais que estão completamente desprotegidas de seus direitos trabalhistas (EUCLYDES, 2000).

Em relação a renda familiar, 55% das mães vivem com a renda familiar de um salário mínimo, e 36% deas mães vivem com menos de um salário mínimo, e apenas 9% vivem com dois salários mínimos.

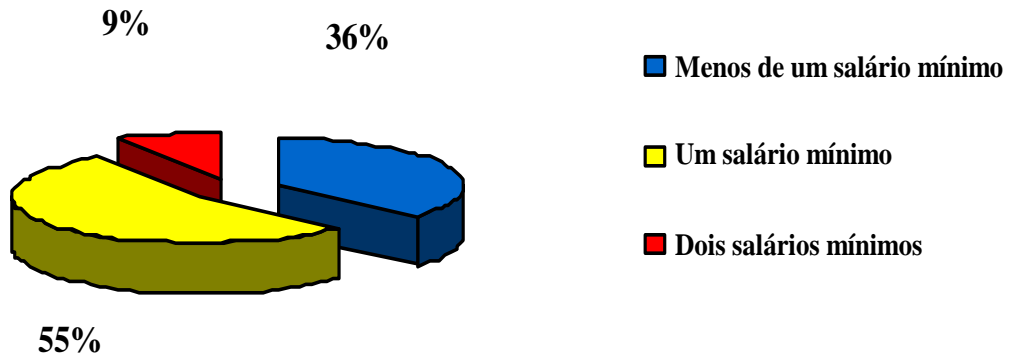


Gráfico 4 – Distribuição percentual das 33 mães segundo a renda familiar. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

Segundo Lana (2001): “A renda familiar não interfere na amamentação, sabe-se que este produto sai direto do produtor para o consumidor. Amamentar representa também economia de dinheiro”.

Observa-se no gráfico 5 que o percentual de 37 % corresponde a mães que possuem dois filhos e o percentual de 6 %, mães que possuem de 4 ou mais filhos, cada uma.

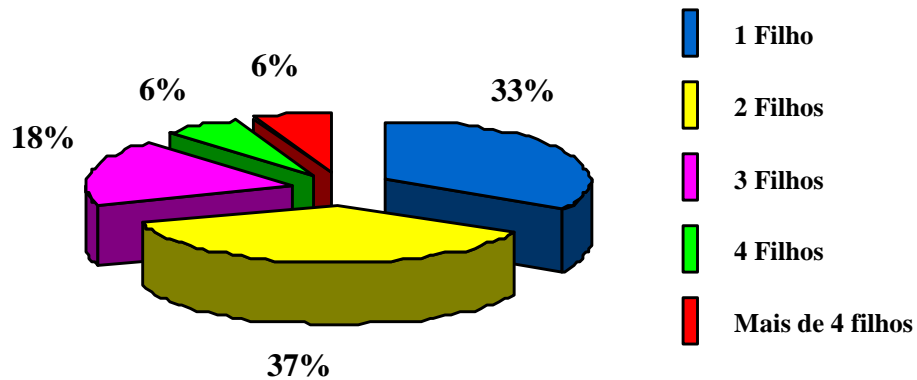


Gráfico 5 – Distribuição das 33 mães quanto ao número de filhos. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

O resultado justifica o relato de Giugliani (2001), o aleitamento não é um ato instintivo, é uma arte feminina transmitida de geração em geração.

O gráfico 6 mostra que 67% das mães amamentaram o filho anterior e 33% são primíparas.

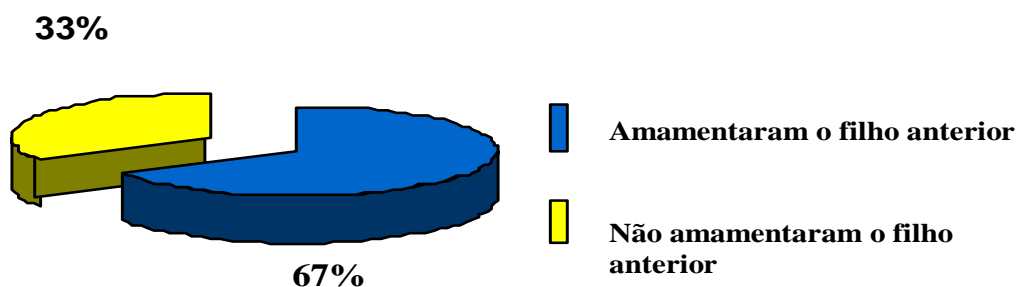


Gráfico 6 – Distribuição percentual das 33 mães segundo a prática de amamentação do filho anterior. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

Segundo Almeida (1999): “A amamentação além de ser biologicamente determinada, é social e culturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida.”

Observa-se nos resultados, que a experiência anterior com a amamentação é o fator positivo. As mães que não amamentaram (33 %) são mães de primeiro filho.

Segundo Silva (1990): “Amamentação assume significados diferentes entre várias culturas, sendo um comportamento social e mutável conforme as épocas e costumes.”



Em relação à idade do filho mais novo, 94 % corresponde à faixa etária compreendida entre 1 e 5 meses e o percentual de 6 % corresponde a 5 e 7 dias (Gráfico 7).

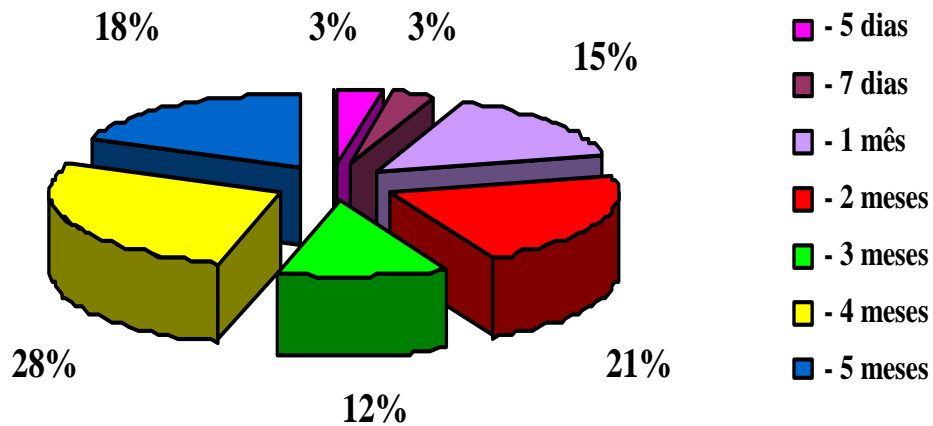


Gráfico 7 – Distribuição percentual das 33 mães em relação a Idade do filho mais novo. Tibiri. São Luís – MA / 2006.

Esses dados refletem que o processo de amamentação se verifica mais efetivamente por um período prolongado, fruto de um trabalho das equipes da ESF da referida Unidade de Saúde.

Esses resultados cobrem as exigências atuais da Organização Mundial de Saúde que foi adotada (março de 2001), determinando que o aleitamento exclusivo deva ser mantido até quatro a seis meses, e no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade e complementado até os dois anos ou mais. Esta recomendação foi endossada pela 54ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada na cidade de Genebra no ano de 2001 (GIUGLIANI, 2001).

Na tabela 1 o percentual de mães que receberam orientações sobre o aleitamento materno no pré-natal pelo enfermeiro, foi de 96,9 %, pelo agente de saúde 69,6 % e 18,2 % por médicos.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das 33 mães segundo referência ao profissional que orientou sobre o aleitamento materno no pré-natal. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

<b>PROFISSIONAL *</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
Enfermeiro	32	96,9%
ACS	23	69,6
Médico	6	18,2%

\* Múltiplas respostas.

A Lei nº. 94.406./ 87, garante o exercício do profissional de enfermagem onde o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente realizado pelo enfermeiro.

O papel do setor de saúde é melhor desempenhado quando se tem equipes interdisciplinares, isto é, equipes nas quais os profissionais, independente de suas formações, tenham noções dos aspectos tanto biológicos quanto sociais e psicológicos do ciclo gravídico-puerperal, especialmente da amamentação (CARVALHO, 2005).

Nota-se que 100% das mães que fizeram pré-natal na referida unidade foram orientadas pelos profissionais das equipes ESF, quanto ao aleitamento materno.

Observa-se no gráfico 8 que 76 % das mães foram orientadas sobre aleitamento materno na maternidade e 24% não foram orientadas.

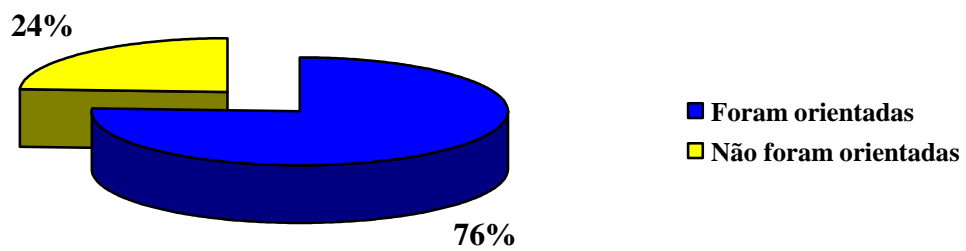


Gráfico 8 – Distribuição percentual das 33 mães segundo orientação sobre o aleitamento materno na maternidade. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

Este dado reflete a necessidade da implementação das práticas de orientação à amamentação na maternidade. As grandes maternidades de São Luís-MA, participam da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, onde se preconiza o incentivo ao aleitamento materno e os Dez passos para o sucesso do aleitamento materno.

Observa-se na tabela 2 que dos profissionais que orientaram as mães, o enfermeiro e o assistente social tiveram relevante atuação, ou seja, um percentual de 33,3% cada um e o percentual representado por 21,2 % compreendido entre médico e psicólogo.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das 25 mães que receberam orientação dos profissionais na maternidade. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

<b>PROFISSIONAL *</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
Enfermeiro	11	33,3 %
Assistente Social	11	33,3 %
Médico	6	18,2
Psicólogo	1	3%

\* Múltiplas respostas.

Esses resultados refletem a opinião de Rego (2002), quando destaca que: “Os desafios inerentes ao processo de sensibilização, treinamento e atualização dos profissionais de saúde têm sido largamente debatido”.

Abreu et al (2004), esclarece que:

A discussão da temática do manejo do aleitamento materno não foge a este contexto e, garantir a adequação na atuação do profissional de saúde frente ao aleitamento, requer sua capacitação tanto no manejo clínico deste processo quanto nas formas e possibilidades de acolhida e escuta, prerrogativas básicas de apoio e proteção da amamentação. A convicção de que o apoio à amamentação requer uma atuação de parceria solidária entre profissionais e clientela é imprescindível para nortear a atuação da equipe de saúde.

Observa-se no gráfico 9 que 97% das mães foram orientadas pelas equipes ESF, e 3% não foram orientadas.

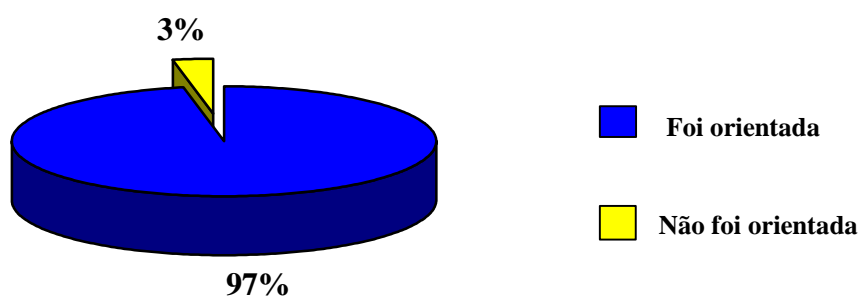


Gráfico 9 – Distribuição do percentual das 33 mães segundo orientações dadas pela equipe ESF, sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo para a mãe e a criança. Tibiri, Luís – MA / 2006.

O papel relevante das estratégias saúde da família é refletido no resultado.

Costa; Carbone (2004), concordam quanto à importância da equipe que entra em contato com a gestante entenda o que significa a gestação para cada paciente e para cada família. É fundamental para os profissionais da área de saúde a integração na historicidade dos seus pacientes para que possam compreendê-los e descobrir a melhor forma de direcioná-los para uma vida saudável.

O sucesso da amamentação está associado a vários fatores, entre eles o preparo da mulher, o apoio do pai e familiares, boa atenção dos profissionais de saúde que devem orientar a gestante a partir do pré-natal através de ações educativas, principalmente durante a amamentação.

A tabela 3 mostra a atuação dos profissionais da ESF que orientaram a prática da amamentação, onde se verificou que o enfermeiro obteve percentual de 36,3% e o assistente social 33,3 %, seguido do médico com 18,2%.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das 32 mães que orientações dadas pela equipe ESF sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo para a mãe e a criança. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

<b>PROFISSIONAL *</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
Enfermeiro	12	36,3 %
Assistente Social	11	33,3 %
Médico	6	18,2%

\* Múltiplas respostas.

A duração e o manejo da amamentação estão diretamente ligados à realização do pré-natal de boa qualidade, haja visto ser nesse período que se realizam orientações individuais e ou coletivas no qual um conjunto de informações é repassado sobre o manejo da amamentação como a anatomia e fisiologia da lactação; como amamentar; cuidados com as mães que amamentam, possíveis problemas e como solucioná-los; o que fazer quando voltar a trabalhar ou necessitar ausentar-se de seus filhos; onde procurar ajuda se necessário, além de reforçar aspectos sobre as vantagens da amamentação e da importância do contato pele a pele na primeira meia hora após o nascimento e iniciar a amamentação se possível e permanecer o tempo todo ao lado do seu bebê (REGO, 2001).

O profissional de saúde que mais se destacou na orientação sobre o aleitamento materno, foi o enfermeiro, em todos os momentos, provavelmente devido a sua formação diferenciada mais voltada às ações preventivas e de promoção da saúde, que vem se consolidando ao longo do tempo no processo de Estratégia Saúde da Família.

Entre as mães entrevistadas 94% disseram ter recebido apoio na Unidade Estratégia Saúde da Família e apenas 6 % não receberam apoio (Gráfico 10).

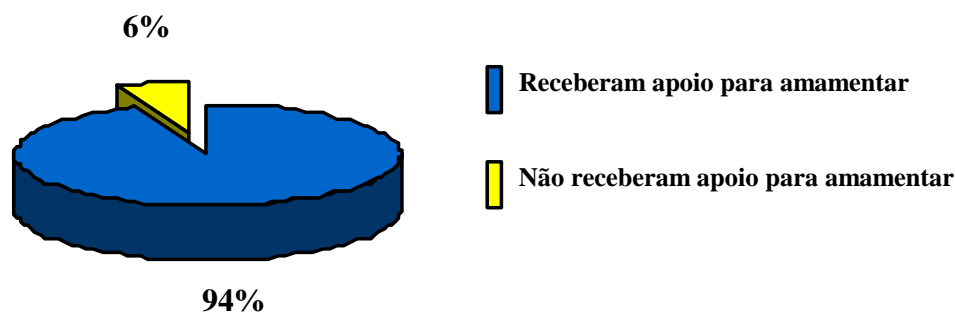


Gráfico 10 – Distribuição percentual das 33 mães quanto ao apoio que receberam para amamentar. Tibiri. São Luís – MA / 2006.

Euclides (2000), observa que: “A amamentação estabelece um contato íntimo, físico e emocional entre mãe e filho. Esta intimidade não só fortalece o instinto maternal, como também o vínculo afetivo que existirá entre ambos durante o resto de suas vidas”.

A amamentação é ato que necessita do ensinado e do aprendido. As práticas dos profissionais de saúde saem do discurso, da divulgação das vantagens do aleitamento materno e dá lugar ao apoio para a mulher e ao casal em suas dificuldades, inseguranças a respeito do aleitamento materno. Esse estudo reflete a qualificação dos profissionais de saúde para incentivar, apoiar e proteger o aleitamento materno.

Observa-se na tabela 4 que, o percentual 63,6% corresponde ao apoio do profissional de saúde seguido do apoio materno de 51,5 %.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das 33 mães que receberam apoio de outras pessoas durante o período da amamentação. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

<b>PESSOA QUE FORNECEU APOIO*</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
Profissional de saúde	21	63,6 %
Mãe	17	51,5 %
Cônjuge	8	24,2%
Sogra	6	18,2%
Primos	1	3%
Outros	4	12,1 %

\* Múltiplas respostas.b

Esses dados demonstram que o profissional de saúde é um dos maiores responsáveis pelo apoio e orientação dados a nutriz.

Concorda-se com Euclides (2000), que aponta:

A amamentação é uma relação envolvente, interdependente e recíproca entre mãe e filho. Embora os reflexos envolvidos sejam naturais, muitas das técnicas do aleitamento materno devem ser aprendidas tanto pela mãe quanto pela criança.

Compete aos profissionais da área de saúde orientarem adequadamente às mães quanto a essas técnicas.

Observa-se nesse resultado o papel importante da mãe como incentivadora no apoio dado para as filhas.

Rafael (2003), discorre que: “Sendo o ser humano gregário por natureza e grande parte de suas atividades vividas e desenvolvidas em grupo, o aleitamento materno é decidido através do comportamento social e do contexto ao qual a mulher está inserida.” Neste sentido, o significado da amamentação é resultante da interação que cada mulher mantém com as pessoas que são significativas para ela.



O gráfico 11 demonstra um percentual de 73% das mães que afirmam praticar a amamentação exclusiva no peito e 27 % de mães que não amamentaram exclusivamente no peito.

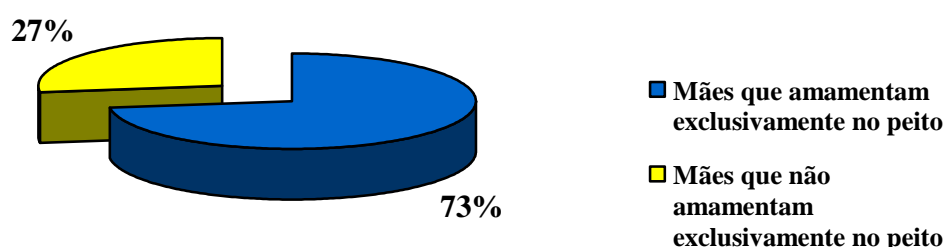


Gráfico 11 – Distribuição percentual das 24 mães que amamentaram exclusivamente no peito.  
Tibiri, São Luís – MA / 2006.

Segundo Lang (1999), é lícito argumentar que o leite materno é tão importante para o bem estar a longo prazo, de uma criança vulnerável, quanto é a ventilação para garantir sua sobrevivência a curto prazo. Portanto, a orientação segura quanto à obtenção do leite materno e a maneira de oferecê-lo ao bebê, torna-se indispensável para que ele possa exercer os seus efeitos benéficos.

O resultado reflete a competência das ESF como formadores de opiniões favoráveis à prática do aleitamento materno exclusivo, pois os dados do Ministério da Saúde indicam que a média é 35 % e encontrou-se 73 % de aleitamento materno exclusivo.

A tabela 5 demonstra que o maior índice de crianças não amamentadas exclusivamente no peito é de 3 meses de idade, com o percentual de 55,6 %, seguido das crianças com dois dias a dois meses em um percentual de 44,4 %.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual das 9 mães em relação ao tempo de amamentação não exclusiva, mas permanecendo com amamentação no peito. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

<b>TEMPO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
2 dias	1	11,1 %
7 dias	1	11,1 %
1 mês	1	11,1 %
2 meses	1	11,1 %
3 meses	5	55,6 %
<b>TOTAL</b>	9	100%

Tudo isto reflete o que o pensamento de Almeida (1999), quando este destaca que a preocupação com os efeitos deletérios de desmame precoce representa uma unanimidade nas agendas de saúde coletiva do Brasil de hoje, e as ESF estão voltadas em ação para promoção, proteção e o apoio que são fundamentais para a prática do aleitamento materno exclusivo.

A tabela 6 mostra que 69,7 % das mães pretendem amamentar as suas crianças até o período de seis meses de idade, 27,3 % não amamentaram exclusivamente no peito e 3 % das mães afirmaram que amamentariam exclusivamente até quatro meses de idade.

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual das 33 mães em relação ao tempo que pretendem amamentar exclusivamente no peito. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

<b>TEMPO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
4 meses	1	3,0 %
6 meses	23	69,7 %
Não amamentaram exclusivamente no peito	9	27,3 %
<b>TOTAL</b>	33	100%

Euclides (2000); Rego (2002); Lang (1999) referenciam que o leite humano reúne mais de duzentos componentes diferentes, portanto, é o alimento ideal para a criança, particularmente nos primeiros seis meses de vida, devido aos seus benefícios em termos nutricionais e imunológicos, sem contar com o efeito psicossocial positivo da amamentação para o binômio mãe / filho.

O aleitamento exclusivo também contribui para a recuperação mais rápida da mãe, acelera a involução do útero, facilita o retorno do peso materno ao normal, quando em livre demanda pode funcionar como um método contraceptivo eficaz, menor incidência de câncer de mama e ovário durante a pré-menopausa (EUCLYDES, 2000; LANG, 1999).

Observa-se que o discurso das mães vai de encontro à prática do aleitamento materno recomendado pela OMS e Ministério da Saúde. Esse resultado remete a uma maior responsabilidade no sentido de apoiar e proteger a amamentação, visto que o conhecimento já está difundindo entre as camadas sociais. A pretensão de amamentar já está dita, no entanto a prática pode ser dificultada por interferência negativa em relação ao aleitamento materno.

Observa-se na tabela 7 que o maior percentual 73% corresponde a crianças que encontram-se em aleitamento exclusivo e o percentual de 27% corresponde a crianças em desmame precoce. As mães pesquisadas afirmaram que além do leite materno utilizaram alimentos alternativos como: mingau, chá, leite e outros alimentos para suas crianças.

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual das 33 mães quanto a prática do aleitamento materno conforme as definições do Ministério da Saúde. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

<b>ALIMENTOS MATERNO EXCLUSIVO</b>	<b>NÚMEROS</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
Aleitamento materno exclusivo	24	73%
Desmame precoce	9	27%
<b>TOTAL</b>	33	100%

O Ministério da Saúde define como desmame precoce a introdução de outro alimento, além do leite materno, antes do 6º mês de vida (BRASIL, 2002).

Para Sokol (1999), o fluxo de leite depende do reflexo de descida que é muito suscetível à atenção psicológica e emocional, assim a confiança da mãe pode ser facilmente abalada por mensagens sutis. As empresas de fórmulas deram-se conta disso antes dos pesquisadores estabelecerem esta relação e colocaram em jogo a capacidade da mãe em amamentar, levando invariavelmente a alimentação artificial.

Observa-se no gráfico 12 que 56 % das mães deixaram de amamentar suas crianças porque a criança chorava muito, 22 % porque o peito secou, 11 % porque a criança não aceitou o peito e os outros 11 % porque tinham que sair de casa para trabalhar ou estudar.

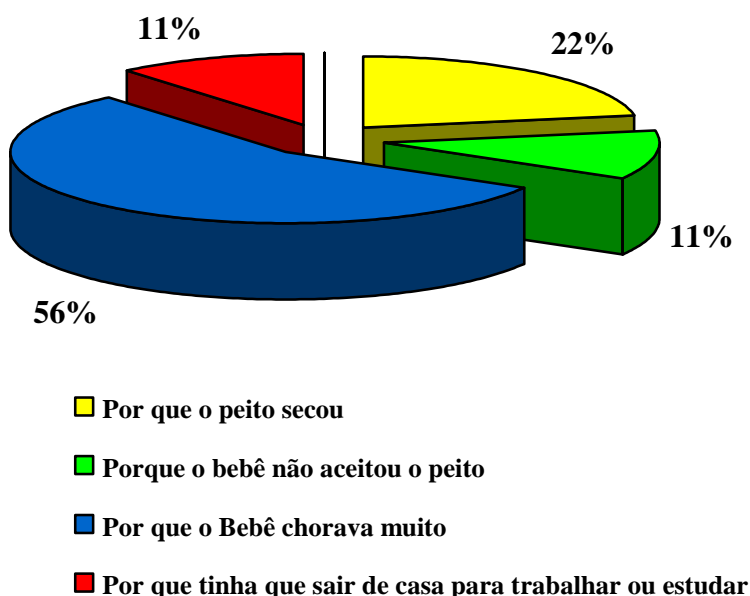


Gráfico 12 – Distribuição percentual das 09 mães em relação aos motivos que levaram a não amamentação exclusiva. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

Lang (1999), relata que as razões pelas quais as mulheres desistem de amamentar, têm sido objeto de pesquisa intensa, de modo que se pode hoje em dia afirmar, de forma categórica que a falta de incentivo e apoio, em combinação com os conselhos contraditórios levam freqüentemente ao fracasso.

Baseado no percentual de 56 % de mães entrevistadas que não amamentaram suas crianças porque choravam muito, Almeida (1999) define a necessidade de orientação dos profissionais de saúde para desmistificar essa questão, modificando o conceito arraigado às aprendizagens incorretas sobre a amamentação, ratificando-se que a amamentação, além de ser biologicamente determinada é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam em condições concretas de vida. A cultura é modificada lentamente, os resultados são positivos porque o percentual de mães que deixaram de amamentar de forma exclusiva é pequeno e os motivos alegados para desmamarem ainda refletem a necessidade de instrumentalizar os Programas de Saúde para o manejo adequado do aleitamento materno.

Conforme demonstra a tabela 8, o maior índice de incentivo a introdução de outro alimento na alimentação da criança é da sogra, com o percentual de 44,5 %, e com 33,3 % são dos pais, seguido do companheiro e outros 11,1 % cada.

Rego (2002), ressalta que:

Nas últimas décadas, com a cultura de fórmulas lácteas e o conseqüente desmame, as novas gerações ficaram órfãs do “saber amamentar”. A arte de amamentar não passa mais de mãe para filho, o papel da avó ajudando a neta a amamentar quase não existe mais, pois ela não amamentou ou fez por pouco tempo.

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual das 9 mães em relação às pessoas que incentivaram a introdução de outro alimento. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

<b>PESSOAS</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
Sogra	4	44,5%
Pais	3	33,3 %
Companheiro	1	11,1%
Outros	1	11,1 %
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Observa-se que no gráfico 13, que 67 % das mães afirmam que não oferecem chupetas as suas crianças, e 33 % afirmam que a sua criança faz uso da mesma.

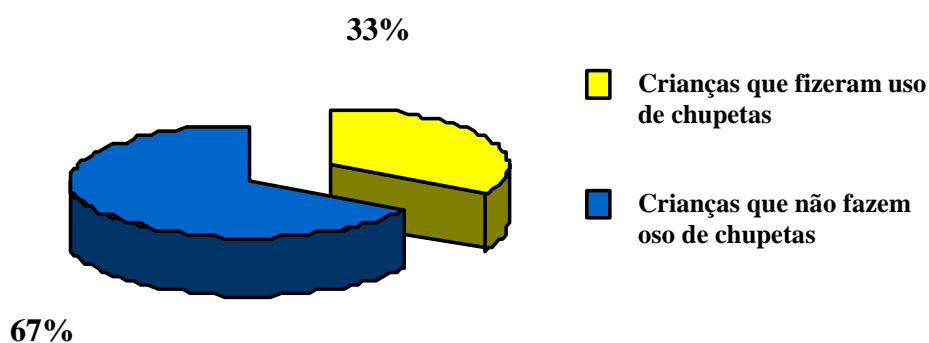


Gráfico 13 – Distribuição percentual das 33 mães de crianças segundo o uso de chupetas. Tibiri, São Luís – MA / 2006.

O não oferecimento da chupeta a suas crianças, é um fato extremamente importante e pode afirmar-se que está havendo uma mudança de atitude, pois a chupeta era considerada um objeto típico de qualquer criança, e o não uso da chupeta favorece positivamente o aleitamento materno, pois, sendo a sucção um ato instintivo e reflexo, necessita ser concretizado após o nascimento com estímulo precoce e contínuo através da amamentação.

Partindo do pressuposto de que mamadeiras e chupetas podem ser obstáculos à amamentação bem sucedida, a OMS, conjuntamente com a UNICEF (2006), incluíram entre os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” o não uso de mamadeiras e chupetas nas maternidades para crianças amamentadas ao seio.

Sendo assim, os hospitais reconhecidos como Hospital Amigo da Criança, além de não usarem mamadeiras e chupetas nas suas maternidades, orientam as mães a evitarem essas práticas após a alta hospitalar.

A UNICEF (2006), através da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), recomenda que a criança seja colocada no peito na primeira meia hora após o nascimento, quando encontra-se alerta e demonstra reflexos bastante ativos. Com o passar dos dias, a criança vai adquirindo prática, e os movimentos reflexos vão sendo gradativamente aprimorados e passam a ter controle voluntário (SANTOS JUNIOR (2000); CARVALHO, 1995).

Segundo Carvalho (1995), a criança ao nascer tem a mandíbula muito pequena, e irá alcançar um tamanho equilibrado em relação à maxila ao ter o seu crescimento estimulado pela sucção do peito. Maxilares bem desenvolvidos propiciarão um melhor alinhamento da dentição diminuindo a necessidade futura do uso de aparelhos ortodônticos.



## 7 CONCLUSÃO

O estudo realizado sobre a prática do aleitamento materno com 33 mães na comunidade do Tibiri entre crianças de zero a seis meses de idade obteve-se os seguintes resultados:

- Situação conjugal: 70% das mães solteiras e tendo como ocupação principal o lar com 94% das consultadas;
- Escolaridade: 61% das mães com ensino fundamental completo e ensino médio incompleto, com renda familiar entre menos de um salário mínimo e dois salários mínimos;
- A maioria das mães tinham mais de dois filhos e amamentou o filho anterior, onde o aleitamento materno ocorreu entre crianças de 1 a 5 meses de idade;
- As mães receberam orientação no pré-natal e na maternidade destacando-se a participação da equipe ESF, onde o enfermeiro foi o mais atuante, seguido do assistente social, ficando o médico com o menor percentual de participação;
- A maioria das mães amamentaram exclusivamente no peito e a minoria introduziram alimentos alternativos (chá, leite mingau), sendo incentivadas pelas sogras e tendo como causa principal o choro da criança;
- O resultado da pesquisa é animador, pois reflete importante papel social desenvolvido pela ESF;
- O estímulo ao aleitamento materno deve ser visto como prioridade, pois vai refletir na qualidade de vida das crianças e na redução das taxas de mortalidade infantil

## REFERÊNCIAS

ABREU, D. A S. et al. **Aleitamento materno**: as causas do desmame precoce. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário do Maranhão – UniCEUMA, São Luis, 2004.

ANGHER, A. J. (Coord). CLT - **Consolidação das Leis do Trabalho**. 9. ed. São Paulo: Ridel, 2005

ALMEIDA, J. G. **Amamentação**: um híbrido, natureza e cultura. Rio de Janeiro Fiocruz, 1999.

BOUER, J. **Nível social determina hábito**. Folha de São Paulo. Disponível em: <<http://www.v.ol.com.br/saúde>>. Acesso em: 11 ago. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolução>>. Acesso em: 20 jan. 2006.

\_\_\_\_\_. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Política da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Indicadores de morbidade e fatores de risco: D. 20 Prevalência de aleitamento materno exclusivo**. Disponível em: <<http://tabnet.daterus.gov.br>>. Acesso em: 21 jan. 2006.

CARVALHO, G. D. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. **Revista da Secretaria de Saúde**, v.2, n. 10, 1995.

CARVALHO, M. R. de; TAMEZ, R. N. **Amamentação, bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família**: uma abordagem, interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente**: base científica para uma alimentação adequada. 2. ed. Minas Gerais: [s.n], 2000.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário básico da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1986.

GAVA-SIMIONI, L. R. et al. Amamentação e odontologia. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, n. 18, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIUGLIANI, E. R. J. O. Aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, v.76. 2001.

HERNANDEZ, A. R. **O aleitamento materno e a odontologia**, 2003. Disponível em: <<http://www.aleitamentomaterno.com>>. Acesso em: 25 jan. 2006.

LANA, A. P. B. **Estímulo à amamentação**. São Paulo: Ateneu, 2001.

LANG, S. P. **Aleitamento do lactante**: cuidados especiais. São Paulo: Santos, 1999.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. [S. l.]: Palloti, 2001.

MACIEL, J. K. de S. **Prática do aleitamento materno e introdução de alimentos complementares em menores de um ano**. São Luís, 2005.

MEDEIROS, E. B; RODRIGUES, M. J. A. A importância da amamentação natural para o desenvolvimento do sistema estomatognático do bebê. **Revista Conselho Regional de Odontologia do Pernambuco**, v.4, n.2, p. 79-83, jul./dez 2001.

MOTTA, W. R. A. A importância do aleitamento materno. **Jornal C. R. Fg**, Brasília, DF, p. 13 dez. 1997.

NEIVA, F. C. B. et al., **Desmame precoce**: implicações para o desenvolvimento motor-oral, 2003. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/arquivos/desmameprecoce>>. Acesso em: 12 jan. 2006.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Assistência materna visando a redução da mortalidade, perinatal e mortalidade neonatal**. 1995.

PASTOR, I. MONTANHA, K. Amamentação natural no desenvolvimento do sistema estomatognático. **Revista de Odontologia**, v. 3, n. 4, 1994.

RAFAEL, E. V. **O Significado da amamentação na percepção da mulher primípara**, 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará-UFC/UFMA, 2003.

REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2002.

SANTOS JÚNIOR, L. A. **A mama no ciclo gravídico – puerperal**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVA, A. A. M. **Amamentação: fardo ou desejo?** estudo social-histórico dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira, 1990. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SILVA, C. F. da M. **Aleitamento materno e sua importância no desenvolvimento das arcadas dentárias**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Unificado do Maranhão - UniCEUMA, São Luis, 2004.

SILVA, I. A. **Amamentar uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. [S.l.]:Rode. 1997.

SOKAL, E. L. **Em defesa da amamentação: manual para implementar o código internacional de mercantização de substituto do leite materno**. São Paulo: IBFAN, 1999.

TONIAL, S. R.; SILVA, A. M. **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA: Secretaria de Estado da Saúde; Unicef, 1997.

VALDÉS, V; SANCHEZ, A; LABBOK, M. **Manejo clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactente**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

UNICEF – Fundo da Nações Unidas para Infância para a Infância. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>>. Acesso em: 10 abr. 2006.

APÊNDICES

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

LABORO: Excelência em Pós-graduação  
Universidade Estácio de Sá  
Curso de Especialização em Saúde da Família

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa intitulada Prática do Aleitamento Materno entre crianças de zero a seis meses de idade que fizeram pré-natal na Unidade Saúde da Família do Tibiri, São Luís – Maranhão. Que tem como objetivo: estudar a prática do aleitamento materno entre crianças de zero a seis meses que fizeram pré-natal na Unidade Saúde da Família do Tibiri.

Orientador (a): Profª Msc Eremita Val Rafael.

Endereço: Condomínio Village du Soeil nº 01, Alameda Santos Jardim Paulista, Olho D'água, São Luís – Maranhão.

Fone: 8111 3314 e 3226 1614.

Pesquisadores: Cynthia Carneiro Neiva de Carvalho, Darcy Cortes Maciel Lobão, Donata do Amparo Sousa Abreu, Janice Maria Lopes de Souza.

Antes de responder ao questionário, é muito importante que compreenda todas as informações e instruções contidas neste documento. Você terá direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os direitos.

Sua participação na pesquisa consiste em responder as perguntas do questionário sendo de grande importância sua contribuição, pois vai permitir a realização do estudo e contribuir, posteriormente para aumentar os índices do aleitamento materno.

A pesquisa não envolve risco quer de ordem física, moral e psicológica. As informações fornecidas serão confidenciais. Os sujeitos da pesquisa não terão despesas com a realização da investigação e não serão identificados mesmo quando da divulgação da mesma em qualquer formato.

Se houver dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato, com o Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário da UFMA, diretamente com o coordenador Profº Ms Wildoberto Batista Gurgel, Rua Itapary, 227, 4º andar – Centro, São Luís – Maranhão.  
Fone: 2109 1223

São Luís, \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo da pesquisadora responsável

Assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS MÃES DE CRIANÇAS DE ZERO A SEIS MESES DE IDADE QUE FIZERAM PRÉ-NATAL NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DO TIBIRI.

1 IDENTIFICAÇÃO:

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

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casada ( ) Solteira ( ) União consensual ( )

2 QUAL SEU GRAU DE ESCOLARIDADE?

( ) Ensino Fundamental Incompleto (1ª a 4ª série)

( ) Ensino Fundamental Completo (1ª a 8ª série)

( ) Ensino Médio Incompleto (2º grau incompleto)

( ) Ensino Médio Completo (2º grau)

( ) Nível Superior (3º grau)

( ) Outros

3 TRABALHA FORA DE CASA

( ) Sim ( ) Não

4 QUAL SUA RENDA FAMILIAR?

( ) Menos de um salário mínimo

( ) Um salário mínimo

( ) Dois salários mínimos

( ) Mais de dois salários mínimos

5 QUANTOS FILHOS VOCÊ TEM?

( ) 1 ( ) 3

( ) 2 ( ) 4 ( ) Mais de 4

6 VOCÊ AMAMENTOU O FILHO ANTERIOR?

( ) Sim

( ) Não (...) Por que? \_\_\_\_\_

7 QUAL A IDADE DO FILHO MAIS NOVO? \_\_\_\_\_

8 VOCÊ FOI ORIENTADA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO NO PRÉ-NATAL POR ALGUM MEMBRO DA EQUIPE ESF.

( ) Sim ( ) Não

QUEM ORIENTOU?

( ) ACS

( ) Enfermeiro

( ) Médico

( ) Odontólogo

( ) Outros

9 VOCÊ FOI ORIENTADA NA MATERNIDADE?

Sim  Não

Por quem? \_\_\_\_\_

10 VOCÊ FOI ORIENTADA NA EQUIPE ESF QUANTO AS VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO PARA A CRIANÇA E PARA VOCÊ?

Sim  Não

Caso positivo, por quem: \_\_\_\_\_

11 VOCÊ RECEBEU ALGUM APOIO PARA AMAMENTAR?

Sim  Não

DE QUEM?

Pai  Profissional de Saúde

Mãe  Vizinho

Sogra  Amigos

Primos

Outros \_\_\_\_\_

12 VOCÊ AMAMENTA EXCLUSIVAMENTE NO PEITO?

Sim  Não

Em caso negativo, por quanto tempo amamentou?

13 VOCÊ PRETENDE AMAMENTAR EXCLUSIVAMENTE SUA CRIANÇA ATÉ QUANDO?

Menos de 1 mês  2 meses

3 meses  4 meses

5 meses  6 meses.

14 SE NÃO AMAMENTA EXCLUSIVAMENTE NO PEITO, QUE OUTRO ALIMENTO OFERECE A SUA CRIANÇA?

Água  Mingau

Chá  Papa

Leite Industrializado  Outros

15 POR QUE MOTIVO VOCÊ NÃO AMAMENTOU EXCLUSIVAMENTE SUA CRIANÇA BEBÊ?

Porque o peito secou

Porque o bebê não aceitou o peito

Porque o bebê chorava muito

Porque tinha que sair de casa para trabalhar ou estudar



16 COM QUE IDADE INTRODUZIU OUTRO ALIMENTO NA DIETA DA CRIANÇA?  
POR QUÊ?

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

- Retorno ao trabalho
- Teve problemas na mama? Qual? \_\_\_\_\_
- Ficou insegura
- Bebê recusou, não aceitou o peito
- Outros

17 VOCÊ RECEBEU INCENTIVO PARA INTRODUIR OUTRO ALIMENTO DE  
QUEM?

- Pais
- Sogra
- Companheiro
- Profissional de saúde
- Outros

18 SEU BEBÊ FAZ USO DE CHUPETA?

- Sim       Por que? \_\_\_\_\_
- Não

ANEXO

## ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Carvalho, Cynthia Carneiro Neiva de et al

Prática do aleitamento materno entre mães de crianças de zero a seis meses de idade que fizeram pré-natal na Unidade de Saúde da Família do Tibiri. São Luís – Maranhão / Cynthia Carneiro Neiva de Carvalho; Darcy Cortes Maciel Lobão; Donato do Amparo Sousa Abreu; Janice Maria Lopes de Souza.

57 f:il

Monografia (Especialização em Saúde da Família) – LABORO – Excelência em Pós – Graduação / Universidade Estácio de Sá, São Luís – Maranhão, 2007.

1. Aleitamento materno. 2 Saúde da Família I.Título

CDU 613.953