

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

ANA CRISTINA GUIMARÃES CATARINO  
IRINETE CHAVES SILVA

PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO ENTRE  
MÃES DE PERIZ DE BAIXO, BACABEIRA-MA



São Luís  
2007

**ANA CRISTINA GUIMARÃES CATARINO  
IRINETE CHAVES SILVA**

**PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO ENTRE  
MÃES DE PERIZ DE BAIXO, BACABEIRA-MA.**

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Doutora Mônica Elinor Alves Gama

São Luís  
2007

Catarino, Ana Cristina Guimarães

Práticas do aleitamento materno entre mães de Periz de Baixo, Bacabeira-MA / Ana Cristina Guimarães Catarino; Irinete Chaves Lima – São Luís, 2007.

62f:

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

1. Aleitamento materno. I.Título

CDU 613.953

**ANA CRISTINA GUIMARÃES CATARINO  
IRINETE CHAVES SILVA**

**PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO ENTRE  
MÃES DE PERIZ DE BAIXO, BACABEIRA-MA**

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

Aprovado em    /    /

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof<sup>ª</sup>. Doutora Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)**  
Doutora em Medicina  
Universidade de São Paulo - USP

---

**Prof<sup>ª</sup>. MsC. Rosemary Ribeiro Lindholm**  
Mestra em Enfermagem Pediátrica  
Universidade de São Paulo - USP

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por nos ter inspirado e permitido que chegássemos com humildade e paciência ao cume dos nossos objetivos.

A nossa família, pela compreensão durante as ausências e torcida organizada para que vencêssemos mais esta jornada.

Aos nossos filhos, pela ternura de cada dia.

A nossa orientadora, Professora Doutora Mônica Elinor Alves Gama, pelos bons ensinamentos, carinho, apoio e incentivo.

Ao Professor Doutor Fernando Lamy Filho, que da mesma forma contribuiu com as suas orientações durante o curso.

Aos nossos colegas de turma, pelo companheirismo, estímulo e bons momentos que passamos juntos.

A bibliotecária Eudes, pelo apoio e orientações técnicas.

A todos os ACS e, sobretudo, as mães entrevistadas, pela sua grande contribuição para que este trabalho se transformasse em realidade.

## RESUMO

O presente estudo é de natureza descritiva com uma abordagem quantitativa, tendo por objetivo avaliar as práticas do aleitamento materno entre mães em Periz de Baixo, comunidade localizada no município de Bacabeira-MA. Foram entrevistadas 47 mães com crianças menores de 1 ano de vida (11 meses e 29 dias) cadastradas no PSF da Unidade Básica de Saúde da Família de Periz de Baixo, e que concordaram em participar da pesquisa. Uma das mães tinha 2 filhos gêmeos, totalizando 48 crianças. Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2006 na própria unidade e nos domicílios das mães que não puderam comparecer ao local estabelecido. Utilizou-se um questionário com questões abertas e fechadas contemplando variáveis socioeconômicas e práticas relativas ao aleitamento. Por meio dos resultados obtidos verificou-se que menos da metade das mães concluiu o ensino fundamental, predominando o trabalho doméstico e a renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. Do total de mães, apenas uma não recorreu ao Pré-Natal, mas todas tiveram acesso a informações e orientações sobre aleitamento materno. Conforme os dados, aproximadamente oitenta por cento das mães ainda amamentam seus filhos, mas grande parte ofereceu outro alimento ao bebê antes do sexto mês, verificando-se que o Aleitamento Materno Misto predominou sobre os demais.

Palavras-chave: Aleitamento exclusivo. Pré-Natal . Desmame.

## ABSTRACT

The present study is of descriptive nature with a quantitative approach, having for objective to evaluate the practical aspects of the maternal breastfeeding in Periz de Baixo, community located in the Bacabeira-ME city. had been interviewed 47 mothers with lesser children of 1 year of life (11 months and 29 days) registered in cadastre in the PSF of the Basic Unit of Health of the Family of Periz de Baixo, and that they had agreed to participating of the research. One of the mothers had 2 twin children, totalizing 47 children. The data had been collected in the period of October the December of 2006 in the proper unit and the domiciles of the mothers who had not been able to appear to the established place. A questionnaire with open and closed questions was used contemplating changeable relative practical socioeconômicas and to the breastfeeding. By means of the gotten results it was verified that less of the half of the mothers it concluded basic education, predominating the domestic work and the familiar income between 1 and 2 minimum wages. Of the total of mothers, only one did not appeal to the Prenatal one, but all had had access the information and orientações on maternal breastfeeding. As the data, approximately eighty percent of the mothers still suckle its children, but great part offered another food to the baby before the sixth month, verifying itself that the Mixing Maternal Breastfeeding predominated on excessively.

Keywords: Exclusive. Pré-natal. Breastfeeding and Weans.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

p.

Figura 1 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a escolaridade. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	36
Figura 2 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a sua ocupação. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	37
Figura 3 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a renda familiar. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	38
Figura 4 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo o número de pessoas por domicílio. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	39
Figura 5 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo o número de filhos. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	39
Figura 6 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a realização do pré-natal. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	40
Figura 7 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a localização do pré-natal. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	40
Figura 8 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo o número de consultas. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	41
Figura 9 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a fonte de informação. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	42
Figura 10 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a idade atual das crianças. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	43



Figura 11 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo o informe de que a criança mama ou mamou no peito e a sua faixa etária até onde mamou. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	43
Figura 12 -	Distribuição numérica e percentual das 37 mães entrevistadas segundo a utilização de outro alimento entre as crianças que ainda mamam no peito. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	44
Figura 13 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo o incentivo recebido na família para alimentar exclusivamente o bebê. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	47
Figura 14 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas das mães segundo a utilização de algum estimulante. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	47
Figura 15 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas das mães segundo os tipos de estimulante utilizados. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	48
Figura 16 -	Distribuição numérica e percentual das 20 mães entrevistadas segundo classificação do tipo de aleitamento materno até o 6º mês de vida. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	49
Tabela 1 -	Distribuição numérica e percentual das 35 mães entrevistadas segundo os motivos pelos quais não tenham feito AME até o 6º mês, ou não amamentado, ofereceram outro alimento ao bebê. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006....	45
Tabela 2 -	Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo os motivos pelos quais, caso tenha mantido ou mantenha o AME até o 6º mês, e por que manteve. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.....	46

## LISA DE SIGLAS

AA	- Aleitamento Artificial
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AME	- Aleitamento Materno Exclusivo
AMM	- Aleitamento Materno Misto
AMP	- Aleitamento Materno Predominante
BLH	- Banco de Leite Humano
EUA	- Estados Unidos da América
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
HIV	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDI	- Índice de Desenvolvimento Infantil
IFF	- Instituto Fernandes Figueira
INEP	- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PNIAM	- Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PSF	- Programa Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	6
LISTA DE SIGLAS .....	8
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Geral .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Breve histórico do aleitamento materno.....</b>	<b>15</b>
3.1.1 Os europeus e a difusão do desmame .....	16
3.1.2 Lições da sociedade indígena .....	17
3.1.3 A utilização das mães pretas.....	19
3.1.4 As doenças importadas e os higienistas.....	20
3.1.5 O advento do leite industrializado .....	21
3.1.6 Investindo nos Bancos de Leite .....	22
3.1.7 Crenças e tabus sobre o aleitamento.....	23
3.1.8. As lutas pela reversão do desmame precoce .....	24
<b>3.2 Aleitamento materno e suas virtudes.....</b>	<b>26</b>
3.2.1 Amamentação e saúde do bebê.....	27
3.2.2 Vantagens do aleitamento para a mãe .....	28
3.2.3 Quando a amamentação é contra-indicada .....	29
<b>3.3 Pedras no caminho do aleitamento .....</b>	<b>30</b>
3.3.1 Políticas sociais e realidade .....	32

<b>4 METODOLOGIA</b> .....	34
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	34
<b>4.2 Local da pesquisa</b> .....	34
<b>4.3 População</b> .....	34
<b>4.4 Aspectos éticos</b> .....	34
<b>4.5 Instrumento de coleta de dados</b> .....	35
<b>4.6 Coleta de dados</b> .....	35
<b>4.7 Análise dos dados</b> .....	35
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	36
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	50
REFERÊNCIAS .....	52
APÊNDICES .....	57
ANEXOS .....	61

## 1 INTRODUÇÃO

Diante de tantos benefícios que o aleitamento materno traz, não resta dúvida de que é indispensável o seu uso exclusivo nos primeiros meses de vida do bebê. O leite materno, além de conter água, vitaminas e sais minerais, fornece também imunoglobulinas, algumas enzimas, lisozimas e anticorpos que protegem contra infecção, diferenciando-se assim das demais formas de leite (SANTOS, 2006).

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde – OMS recomendou que as crianças fossem amamentadas exclusivamente ao seio até os 4 a 6 meses de vida, pois a lactação seria a maneira mais eficiente de atender as necessidades nutricionais do bebê (WHO, 1991).

Segundo Malloy; Graubard (1993):

O uso do leite humano possibilita prever menor risco de hospitalização no decorrer do primeiro ano de vida das crianças. Uma alimentação que mantenha um suporte nutricional adequado e que possa manter uma qualidade de vida satisfatória é o objetivo principal.

Embora as mulheres recebam orientações sobre a importância do aleitamento materno nas consultas de pré-natal, o índice do desmame nos primeiros seis meses de vida ainda é alto (BARROS FILHO, 2003). Dados do Ministério da Saúde mostram que no Brasil 97% das crianças inicia a vida mamando exclusivamente no peito. Mas esta conduta acaba sendo interrompida precocemente, sendo em média de 29 dias (BRASIL, 2005).

No Maranhão, os dados sobre aleitamento materno exclusivo não diferem muito da realidade do país. A média de amamentação exclusiva é de 42 dias para todo o Estado, e de 37 dias para o interior (TONIAL, 1997).

Segundo Bosi; Machado (2005), o leite materno é o alimento adequado tanto do ponto de vista nutritivo e imunológico quanto no plano psicológico, além de favorecer o vínculo mãe-filho.

Contudo, a despeito dessas características, a amamentação é, também, uma relação humana, portanto inscrita na cultura e submetida à esfera social, inserindo uma complexidade própria ao fenômeno que transcende o aspecto nutricional que lhe é inerente e ultrapassa a díade mãe-filho.

Dessa forma, não se considera adequadamente como as mulheres percebem essa experiência, suas dificuldades reais - culturais e imaginárias - seus desejos e expectativas, nos

planos objetivo e simbólico, a despeito da intrínseca relação entre esses planos (ZURAYK, 1981; ICHISATO, 2002).

Não surpreende o fato de, ainda neste século, nos depararmos com discursos que evidenciam a “culpabilidade” imposta à mulher que não amamenta, imputando-lhe a responsabilidade pela morbidade e mortalidade das crianças que não usufruíram o leite materno (BOSI; MACHADO, 2005).

Ressalte-se, (...) que a ideologia contida nas campanhas de incentivo à amamentação, muitas vezes reforça o conceito de ser a mãe a única responsável pelas conseqüências da prática do desmame sem, no entanto, avaliar os fatores que influenciaram essa decisão.

Segundo Maldonado (1981), a forma de alimentar adotada pelas mães no intuito de atender as necessidades alimentares dos filhos refletirá em diversos sentimentos, como medo e emoções, e até mesmo fantasias em relação à quantidade do seu leite no momento em que o aleitamento materno for concretizado.

O estado emocional da mulher é de fundamental relevância na questão do aleitamento materno. Assim também é a experiência adquirida ao longo desse processo de aprendizagem e adaptação entre mãe e filho. Paulatinamente, essa troca irá se desenvolver em descobertas e construções particulares, dependendo dos sentimentos que a mulher possui sobre esse novo papel social (MALDONADO, 1981).

Pela sua excelência, ao beneficiar tanto os bebês quanto as mães, o aleitamento materno é protegido pelas leis brasileiras. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), no seu Art. 7º, a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Mais adiante, no Art. 9º, ressalta: “O poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.” (BRASIL, 1991)

Torna-se evidente que a conjuntura social é determinante sobre as práticas do aleitamento materno. Segundo a Fundação Getúlio Vargas, o Maranhão ocupa o primeiro lugar no ranking dos estados mais pobres do Brasil, com 68,4% de sua população vivendo abaixo da linha de pobreza (UNICEF, 2006).

Mais do que uma justificativa para este trabalho, identificar práticas do aleitamento materno em Periz de Baixo, no município de Bacabeira-MA, onde a comunidade é carente de

políticas ideais de saúde pública e tem pouco acesso à informação, constitui-se grande motivação. A partir do conhecimento e das experiências das mães entrevistadas, possa contribuir para qualificar o processo de nutrição de suas crianças e prevenir enfermidades.

Ouvindo essas mulheres sobre as questões ligadas ao aleitamento, seus hábitos, dificuldades e medos é que podemos, como profissionais de saúde, intervir nas práticas negativas do aleitamento materno.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- ❖ Estudar as práticas do aleitamento materno entre mães de Periz de Baixo, no município de Bacabeira-MA.

### **2.1 Específicos**

- ❖ Conhecer a situação sócio-econômica e de assistência pré-natal das mulheres entrevistadas;
- ❖ Conhecer as fontes de informação sobre o aleitamento materno;
- ❖ Classificar a prática do aleitamento materno até o sexto mês de vida das crianças;
- ❖ Identificar os principais motivos alegados para a manutenção ou suspensão do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Breve histórico do aleitamento materno

Na Idade Antiga já se sabia que a boa alimentação prevenia doenças. Os povos da Babilônia (2500 AC) e do Egito (1500 AC) tinham por norma amamentar as suas crianças por um período aproximado de 2 a 3 anos (CRESPIN, 1992). Porém, já nessa época, havia as chamadas *amas de leite*, que substituíam as mães naturais no ato de aleitar. A primeira descrição de ama-de-leite aparece na BÍBLIA (1988), em Êxodo cap.2, versículo 6 a 10, citando que ela era uma mulher que amamentava em troca de um salário.

Moisés; Maomé devem suas vidas a essas mulheres (SHORT, 1997; GREINER, 1998). Crespim (1992) registra que entre os gregos e romanos, diferentemente dos povos citados, tornara-se um hábito a utilização das *amas de leite* para nutrir os recém-nascidos.

O aleitamento artificial talvez seja tão antigo quanto a civilização humana. Tal fato se evidencia pelos registros de recipientes de barro encontrados em vários sítios ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas (Séc. V e VII), sugerindo que os gregos recebiam alimentos de outras fontes além do leite. Esses achados nos possibilitam afirmar que a substituição do aleitamento materno diretamente ao peito por outras formas de alimentação constitui uma prática muito antiga. Os mistérios e tabus relacionados ao tema, ao que parece, também datam do começo da civilização (SILVA, 1997; BADINTER, 1985).

Conforme Bosi; Machado (2005) O Código de Hammurabi (cerca de 1800 a. C) já continha regulamentações sobre a prática do desmame, significando amamentar criança de outra mulher, sempre na forma de aluguel (*amas-de-leite*). Na Bíblia (1988), a prática do aleitamento materno é também comparada à palavra de Deus, entendida como *o leite genuíno*: “Desejai ardentemente como crianças recém-nascidas o leite genuíno, não falsificado, para que por ele vades crescendo” (I Pedro 2;2).

Hipócrates, escrevendo sobre o objetivo da amamentação, declara que: “somente o leite da própria mãe é benéfico, (sendo) o de outras perigoso” (LAWRENCE, 1994). O Pai da Medicina foi um dos primeiros a reconhecer e a escrever sobre os benefícios da amamentação como dieta higiênica, pois já observara a maior mortalidade entre bebês que não eram amamentados (CRESPIN, 1992).

Posteriormente, Sorano se interessou pelo aspecto da cor, odor, sabor e densidade do leite humano, e Galeno foi o primeiro a orientar que a alimentação infantil deveria ser feita sob a supervisão de um médico (CRESPIN, 1992).

### 3.1.1 Os europeus e a difusão do desmame

Na época dos descobrimentos, o aleitamento materno estava em declínio na Europa, principalmente na França e na Inglaterra. As mães francesas entregavam seus filhos a amas, reencontrando-os somente depois que atingiam certa idade (RAMINELLI, 1997). Segundo Badinter (1985), para as mulheres européias pertencentes às classes sociais dominantes, o amor materno não tinha valor social e moral, fato que as levava a considerar a amamentação uma tarefa indigna para uma dama.

De 1500 a 1700, as mulheres inglesas saudáveis não amamentavam seus filhos. Elas acreditavam que a amamentação espoliava seus corpos e as tornavam velhas antes do tempo, crença que parece sobreviver até os dias atuais. Com isso, o desmame era iniciado precocemente, sendo utilizados, em substituição, cereais ou massas oferecidas em colher (LAWRENCE, 1994; REA, 1990).

Os navegantes portugueses ao chegarem ao Brasil surpreenderam-se com o fato de as mulheres da sociedade Tupinambá aleitarem diretamente ao seio. Isso era percebido como um comportamento instintivo, impróprio aos civilizados, cujo padrão de referência comportamental circunscrevia-se aos hábitos e costumes da cultura européia (SILVA, 1990).

Conforme Almeida (1999), Portugal transmitiu ao Brasil o costume das mães ricas de não amamentarem seus filhos. Por imitação, as famílias brancas brasileiras adotaram também outros modismos e crenças: que a amamentação enfraquecia a mulher e trazia prejuízos à sua beleza física, que as relações sexuais corrompiam o leite etc. Em suma, a aristocracia não considerava a amamentação uma prática elegante e, na falta de uma consciência social crítica sobre o desmame, as classes subalternas copiavam esse valor, buscando distinguir-se socialmente (COSTA, 1983).

Em Lisboa, a amamentação mercenária era uma prática socialmente instituída, e cabiam às *saloias*, camponesas da periferia, o aleitamento dos filhos das classes sociais dominantes (ALMEIDA, 1999).

As índias cunhãs constituíram a primeira versão de *saloias* brasileiras; porém, em razão da rejeição cultural que apresentavam, foram substituídas pelas escravas africanas (ALMEIDA, 1999), que amamentavam e cuidavam das crianças brancas, tratadas como um acessório. Segundo Costa (1983), ao pai proprietário só interessava o filho adulto, capaz de herdar seus bens, levar adiante seus trabalhos e enriquecer a família.

É evidente que o processo de formação da sociedade brasileira com diferentes povos foi bastante traumático, porém desse choque surgiria um sincretismo étnico determinante no

estabelecimento de novos paradigmas no campo da nutrição durante e após o puerpério, não apenas no campo biológico, mas também a partir de condicionantes históricos, sócio-econômicos e culturais.

### 3.1.2 Lições da sociedade indígena

O aleitamento materno entre os índios tupinambás era a regra geral até a chegada dos descobridores europeus, que trouxeram, em sua bagagem cultural, o hábito do desmame (BADINTER, 1985).

Existem relatos dos séculos XVI e XVII sobre os antigos Tupinambás confirmando que os filhos das indígenas eram amamentados durante um ano e meio. Instintivamente, nutriam e defendiam seus filhos de todos os perigos. Conforme Raminelli (1997), se soubessem que o bebê tinha mamado em outra mulher, não sossegavam enquanto a criança não colocasse para fora todo o leite estranho.

As meninas, chamadas *kugnantin-myri*, levavam mais tempo se alimentando com leite materno do que os meninos. Muitas vezes, seu período de amamentação se prolongava de um ano ou mais em relação às crianças do sexo masculino. Em certos casos, as meninas mamavam até os seis anos (RAMINELLI, 1997).

Seria, portanto, desastrosa a influência européia sobre as sociedades indígenas, radicadas no litoral do Brasil.

Raminelli (1997) enfatiza que havia uma cultura indígena no Brasil colonial, mas os viajantes adotavam uma visão típica da tradição cristã, estando pouco preocupados com os habitantes do Novo Mundo. A chegada das caravelas trouxe muitas doenças para as tribos, contaminando os índios, que não possuíam qualquer defesa imunológica.

A resistência da população indígena adulta em relação à colonização dirigiu, desde o início, a prática catequizadora dos padres às crianças indígenas, consideradas como uma cera, na qual se poderia moldar o que se bem quisesse (PEREIRA, 1988) e torná-las via de acesso à dominação dos índios adultos. Tais missionários, no entanto, admitiam o afeto e a atenção que as famílias indígenas davam às suas crianças.

O jesuíta Fernão Cardim, em 1583, na carta-relatório da missão do Padre Visitador ao Brasil, referiu-se ao cuidado especial e constante que as mães tinham com os filhos, amamentando-os até um ano e meio sem lhes dar qualquer outra coisa para comer e os carregavam em uma *tipóia* por onde fossem, “às roças e a todo gênero de serviço, às costas

por fios e calmas, e trazem-nos como ciganas escanchados nos quadris, e não lhes dão nenhum gênero de castigo” (CARDIM, 1980).

A *tipóia* ou *typyia* era uma faixa tecida em fibra de algodão bastante útil para as mães, que podiam trabalhar e amamentar sem prejuízo de uma coisa ou de outra. Silva (1990) confirma que entre as índias Tupinambás o trabalho materno não consistia em fator de desmame, embora a sociedade indígena imputasse uma carga de trabalho para a mulher superior à do homem. Com o auxílio da *tipóia*, a índia conseguia harmonizar seu duplo papel de mãe-nutriz e mulher trabalhadora.

O capuchinho Claude d’Abeville, que viveu entre os Tupinambás em 1612, por ocasião da Invasão Francesa no Maranhão, relatou com entusiasmo o cuidado que as índias tinham para com os seus filhos. “Era também coisa de se maravilhar ver as mães, que nesse lugar amam seus filhos ternamente, a ponto de jamais perdê-los de vista” (ABBEVILLE, 1975). Mais adiante o missionário completa:

Não fazem como as mães de nosso país, que mal nascem os filhos os entregam às amas e mesmo os mandam para fora, a fim de não se aborrecerem com eles. Nisso não as imitariam as selvagens por nada no mundo, pois querem que seus filhos sejam alimentados com seu próprio leite.

No Vale do São Francisco, descreve o capuchinho Martim de Nantes (1706), as mães cuidavam extremamente da limpeza e da saúde dos filhos. Quando estavam amamentando, comiam apenas vegetais, pois, acreditavam “que os filhos morreriam, ou ficariam desdentados, se usassem outros alimentos no momento da amamentação” (NANTES, 1979).

Ressalte-se ainda que os relatos sobre desnutrição entre lactentes indígenas brasileiros só passaram a existir a partir do momento em que se ampliou a convivência com o branco (ALMEIDA, 1999), o que significa um indicador positivo para o regime alimentar praticado ancestralmente pelos nativos.

O regime alimentar do lactente nos idos de 1500 acompanhava o desenvolvimento da marcha. Na fase de colo, a criança tinha sua alimentação basicamente restrita ao seio materno; eventualmente, uma pasta de milho pré-mastigada pela mãe era colocada nas mãos do bebê, que decidia levar ou não à boca o alimento ao seu alcance. Uma vez desenvolvida a marcha, passa a valer-se da comida dos adultos, sem abandonar o peito da mãe (SILVA, 1990).

Destaca-se o fato de o desmame obedecer à dieta dos pais, respeitando o hábito alimentar da família (ALMEIDA, 1999), baseado em farinha de mandioca, milho, frutas e outros vegetais, além de peixes e carnes frescas de animais, sem a utilização de sal ou açúcar.

A ocorrência de desmame precoce entre indígenas restringia-se a três situações: morte materna, doença grave da mãe ou nos casos interditados pela cultura. A cultura impedia a amamentação nas situações em que o rebento era considerado indesejável, ou seja, quando se tratava de filhos de inimigos com mulheres da tribo ou filhos de índias que mantinham relações sexuais com mais de um parceiro (SILVA, 1990).

Conforme foi ressaltado anteriormente, devido à rejeição de sua cultura e costumes, as mulheres indígenas, depois de terem constituído a primeira versão de saloias ou amas brasileiras, foram substituídas pelas escravas africanas, que passaram a amamentar e cuidar dos filhos das famílias abastadas.

Para que fosse atendida a demanda cultural da família branca, a maternidade foi negada à mulher negra, para tornar-se possível a apropriação da sua capacidade de reprodução e amamentação (COSTA, 1983). Passa então a receber a denominação de mãe-de-leite, *ama-de-leite* ou ainda *mãe-preta* dos filhos das sinhás.

### 3.1.3 A utilização das mães pretas

A urbanização ampliou a difusão das amas-de-leite entre as novas camadas sociais e fez com que surgisse a figura da mãe preta de aluguel (LINTON, 1981). A importância atribuída a esse novo ator social assumiu tamanha proporção que alguns senhores de escravos chegaram a admitir que criar negras para alugar como amas era mais rentável do que plantar café (EWBANK, 1976).

Para Almeida; Novak (2006), essa nova versão de aleitamento mercenário, impregnada de uma estratégia mercantilista, foi exercida no Brasil em um momento histórico, muito anterior à chegada dos leites industrializados. É secular, portanto, a tendência de se procurar auferir lucros com práticas que gravitam em torno da amamentação, estimulando propositalmente a instituição do desmame.

Era prática bastante disseminada nos séculos XVIII e XIX e mesmo nas primeiras décadas do século XX, o uso das mães pretas. Pode-se ver em vários jornais brasileiros do século passado, em que se ofereciam para alugar ou vender, negras, com filhos pequenos que poderiam ser compradas ou alugadas como escravas, para amamentar os bebês de seus proprietários. (MARTINS FILHO, 2006).

Na França, no século XIII, a ama de leite atuava como “parte integrante” da família, fazendo do aleitamento uma fonte de renda, ficando então conhecidas como amas-de-leite mercenárias (BADINTER, 1985). Mas no Brasil, segundo Almeida (1999), a ama era uma escrava, chamada *ama negra*, que praticava o aleitamento mercenário, cujos lucros, ao invés de serem revertidos para si (como acontecia na França), eram convertidos aos seus senhores, pois estes afirmavam que criar amas-de-leite era mais lucrativo que a plantação de café.

Com a abolição da escravidão, ainda se viam muitas mulheres servindo de amas de leite e algumas delas até conseguiam ganhar suas vidas (na pobreza, é claro) com essa prática benéfica aos bebês (MARTINS FILHO, 2006). Freyre (1980), de modo superficial, já relatara que no Brasil do século XVIII, o aleitamento poderia ser um meio de transmissão de doença. Nessa época, o negro se sifilizou e essa doença teria se originado na casa-grande, pois os senhores contaminavam as negras novas e virgens de doze ou treze anos.

Durante o período colonialista, o Maranhão foi um dos estados brasileiros onde houve grande concentração de negros traficados da Costa da Mina, e certamente era significativo o número de mulheres transformadas em mães pretas.

No seu Dicionário Histórico-Geográfico da Província do Maranhão (1870), o médico e escritor César Marques registra anotações de um Procurador da Câmara da capital informando que em 1802 a Freguesia de Rosário, que incluía o povoado de Peri ou Periz de Baixo – objeto do presente trabalho – possuía, além de forros de um e outro sexo, “mais de 10.179 escravos” (MARQUES, 1970), de um total de 12.174 almas.

#### 3.1.4 As doenças importadas e os higienistas

O debate sobre a contaminação durante o aleitamento, entretanto, já tomara corpo em todo o mundo. Na Itália, na segunda metade do séc. XVIII, o leite materno era exaltado em sua superioridade nutricional, com argumentos médicos, higienistas e morais. Época também em que se condenava o aleitamento mercenário, e se orientava a mãe para que amamentasse seu próprio filho (LA GUARDIA; LUCCHINI, 1980).

Na verdade, além da prática do desmame, os colonizadores trouxeram várias moléstias que foram repassadas aos índios e negros. Entre as doenças que costumavam afligir e dizimar as crianças, segundo Santos Filho (1991) citam-se o sarampo, a varíola, verminoses, dermatoses, tinha e sarna, além da infecção chamada “mal-de-sete-dias”, resultante da inflamação do umbigo do recém-nascido.

Sobre a necessidade das mudanças pregadas pelos médicos do século XIX, Costa (1983) escreve que “os higienistas perceberam que todo o sistema familiar herdado da Colônia tinha sido montado para satisfazer as exigências da propriedade e as necessidades dos adultos. Às crianças, tratadas como apêndice deste sistema, restavam as sobras do banquete. Foi contra esta situação que eles se bateram, vendo claramente que o inimigo principal era o pai, pivô e fulcro de toda a organização familiar”.

Contudo, a própria medicina foi a primeira a admitir falhas em seu paradigma, ao reconhecer que certo número de mulheres era acometido por uma espécie de síndrome que impedia a amamentação: “a síndrome do leite fraco ou pouco leite”. Para estas mulheres, que integravam o então considerado pequeno universo das exceções, as amas-de-leite continuaram a ser uma opção (ALMEIDA, 1998).

### 3.1.5 O advento do leite industrializado

Já no século XIX, nos Estados Unidos da América - EUA, 25% das crianças morriam antes de completarem o seu primeiro ano de vida. A maioria dessas mortes era causada pela desnutrição e diarreia infecciosa, decorrentes de más condições de saneamento, que predominavam em regiões de imigrantes pobres. Até o final daquele século, a amamentação ao peito era uma opção que determinava a vida e a morte (LO; KLEINMAN, 1996).

Com os avanços da ciência, surgiram percepções novas sobre as necessidades nutricionais das populações nas regiões que se industrializavam e urbanizavam-se rapidamente na Europa e nos EUA. Segundo Rea (1990), em 1838, na Alemanha, valorizou-se o leite de vaca por ser supostamente mais rico em proteína do que o leite humano. Em 1856, descobriu-se o método de produzir leite condensado, um leite que poderia ser conservado e estéril.

Em 1859, foi pasteurizado pela primeira vez o leite de vaca, e, em 1886, esterilizado, dando início ao ambulatório “Gota de Leite” em Paris (CRESPIN, 1992; GREINER, 1998). Por volta de 1900 foi criada a lata metálica.

O leite em pó iniciou a era do aleitamento artificial. No início do século XX e por muitos anos, a ênfase na alimentação infantil refletia uma abordagem quantitativa, considerada mais precisa e, portanto, mais “científica”. O critério básico para avaliar a adequação nutricional era o crescimento. Desta forma, a valorização da alimentação mais precoce e da quantidade maior de alimentos tornou-se sinônimo de melhor nutrição (AKRÉ, 1994).

Principalmente após a II Guerra Mundial, o aleitamento artificial adquiriu uma importância significativa (BRESOLIN, 1984). Com agressiva publicidade, as indústrias procuraram fazer com que o leite em pó fosse caracterizado como um substituto satisfatório para o leite materno, ressaltam Figueiredo; Novaes (199-?) *apud* Escobar et al (2002).

“A industrialização, a urbanização, o trabalho externo da mulher, a redução da importância social da maternidade e a descoberta das fórmulas de leite em pó foram os principais responsáveis pela diminuição do aleitamento materno no século 20, com repercussões desastrosas para a saúde das crianças e, também, para as mulheres” (LO; KLEINMAN, 1996).

A hipogalactia surgiu como alternativa à *síndrome do leite fraco*, cujo recurso terapêutico se materializou no emprego dos leites modificados com auxílio da mamadeira, o mais recente símbolo de modernidade e urbanismo em termos de alimentação de lactentes. A partir de então, a amamentação deixou de ser o objeto maior de preocupação da medicina, que passou a encontrar na vanguarda científica dos leites modificados um atalho para a nutrição de lactentes sadios. Criava-se um novo modelo de alimentação de lactentes, mais tarde denominado por Jelliffe; Jelliffe (1979) como desmame *comerciofênico* (ALMEIDA, 1998).

Mas, segundo Almeida (1998), neste novo modelo, à semelhança do que ocorrera anteriormente no modelo higienista, as amas de leite também atendiam as situações em que se verificava falha no paradigma, ou seja, quando o desmame se complicava e as alternativas alimentares *disponíveis no mercado* não eram capazes de substituir com êxito o leite humano.

### 3.1.6 Investindo nos Bancos de Leite

Os Bancos de Leite Humano surgem como uma resposta para as falhas do paradigma do desmame *comerciofênico*, e em substituição às tradicionais amas de leite. O primeiro Banco de Leite o mundo foi criado na Áustria, na cidade de Viena, em 1900 (BALMER; WHARTON, 1992) e o mais antigo ainda em atividade é o de Wilmington, Delaware, EUA, fundado em 1947 (ASQUITH; PEDROTTI, 1986).

No Brasil, o primeiro Banco de Leite Humano - BLH foi implantado em outubro de 1943, no então Instituto Nacional de Puericultura, hoje Instituto Fernandes Figueira - IFF da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Seu principal objetivo era coletar e distribuir leite humano em casos considerados especiais: prematuridade, perturbações nutricionais e alergias a proteínas heterólogas (BARATA, 1960).



O leite humano não era visto como um competidor dos produtos industrializados; pelo contrário, se constituía numa alternativa segura para as situações em que o paradigma do desmame comerciogênico falhava. Como bem pontuou Gesteira (1960), 85% dos óbitos por desnutrição entre lactentes desmamados naquela época estavam associados ao uso de alimentação artificial.

No período de 1943 a 1985, os Bancos de Leite Humano no Brasil funcionaram como grandes leiterias humanas, cujo propósito maior era obter leite humano, mesmo que para tanto fosse necessário praticar estratégias questionáveis. Os Bancos de Leite eram de fato as amas-de-leite do século XX, e a doação um grande e lucrativo negócio (ALMEIDA, 1998).

Da mesma forma, acreditamos que os bancos de leite, em sua convivência pacífica com os produtos industrializados, não devem substituir o aleitamento materno, a não ser em casos especiais. Barata (1960), ao analisar os quinze primeiros anos de funcionamento do Banco de Leite mais antigo do País de, 1943 a 1985, fez o seguinte comentário:

O Banco de Leite, segundo algumas opiniões, teve o seu fastígio (...) O progresso da alimentação artificial, a difusão dos preceitos de puericultura, os maiores recursos com que contam hoje os puericultores e pediatras, abalaram os seus alicerces. É evidente que a grande maioria dos casos necessitados (...) pode ser resolvida, hoje, satisfatoriamente, com o alimento artificial em suas diversas modalidades. Mas há e haverá por muito tempo, os casos mais difíceis, em que o leite humano se apresenta como um recurso oportuno, de grande valia. Passar desse limite onde estão feitas todas as concessões aos grandes progressos da alimentação artificial, seria, de certo modo, pretender ser mais realista de que o próprio rei.

### 3.1.7 Crenças e tabus sobre o aleitamento

Ao largo dos modernos paradigmas, sobrevivem antigos costumes, mitos, superstições, tabus e crenças acerca da nutrição infantil, estimulando o desmame precoce. Dietas à base de chás (ervas, folhas, raízes), mingaus e angus à base de fubás de milho e farinha de mandioca resistem como heranças culturais da miscigenação afro-indígena no interior do Brasil e mesmo nos centros urbanos.

Segundo Bitar (2006), há mulheres que evitam certos alimentos por acreditarem que esses diminuem a produção do leite: “Às vezes dão ênfase na ingestão de alimentos que consideram lactogênicos, como a canjica, a sopa de fubá, a água inglesa, a cerveja preta, o arroz doce, a canja, a água e o leite”. Algumas mães chegam a utilizar como lactogogos produtos comerciais, tais como cerveja Malzebeer, Plasil, Chá Mate e goiabada em lata. Existem vários tabus enumerados por Almeida (19--?) *apud* França (2006) sobre o aleitamento materno:

- ❖ Seios pequenos produzem pouco leite.
- ❖ Leite materno é fraco e deixa o bebê com fome.
- ❖ Canjica, cerveja preta, água inglesa e outros alimentos aumentam a produção de leite.
- ❖ A mulher que faz cesariana não pode amamentar.
- ❖ Seios inflamados impedem a amamentação.
- ❖ Mãe com alguma infecção não pode amamentar.
- ❖ Quando a mãe não tem leite o bebê pode mamar em outra mulher.

Nada disso é verdade. Os profissionais de saúde, portanto, “necessitam adentrar na comunidade estudando sua cultura, comportamentos, pensamentos e atos arraigados, para obter dados que possam ser utilizados para a criação de políticas de saúde na área materno-infantil voltadas para a real dimensão dos problemas da mulher e da criança” (BITAR, 2006).

De modo geral, fatores biológicos, psicossomáticos e sócio-culturais têm contribuído para o desmame precoce, alguns aqui já registrados. Conforme Souza et al apud Almendra (1981) estes fatores podem ser:

- ❖ **Biológicos:** fissuras do mamilo, ingurgitamento mamário, mastite, abscesso mamário, gravidez, anovulatórios impróprios, desnutrição materna grave, episistomia, síndrome do leite fraco.
- ❖ **Psicossomáticos:** inibição do reflexo de sucção ou da descida do leite por emoções ou por jejum prolongado do recém-nascido.
- ❖ **Sócio-Culturais:** hospitalização da mãe, propaganda de alimentos infantis, hospitalização da criança longe da mãe, falta de orientação por parte dos profissionais de saúde, trabalho materno, crenças, busca de modernismo pelas mães de um pseudo-status social com o uso de mamadeira.

### 3.1.8. As lutas pela reversão do desmame precoce

A história do aleitamento materno, seus problemas e as lutas pela sua preservação no Brasil e em outros países têm deixado lições. Já no século XVIII, devido ao desmame precoce, a mortalidade alcançou a cifra de 99,6% das crianças em Dublin, onde não havia a

opção da ama de leite. Em Paris e em Londres este índice chegou a 80% e 56%, respectivamente, mesmo com amamentação feita pelas amas de leite (SHORT, 1997).

Na Inglaterra, segundo Vinagre (2006), um índice menor se deveu ao trabalho de Cadogan. Este instituiu alguns cuidados na alimentação das crianças com amas de leite, proferindo:

Se eu pudesse mandar, nenhuma criança deveria ser entulhada com misturas não naturais até que a Provisão da Natureza estivesse pronta para isso; nem ser alimentada com qualquer dieta engenhosa nos primeiros três meses; ela não está habilitada a digerir e assimilar outros alimentos precocemente. Tenho visto crianças finas e saudáveis, que não bebem outra coisa senão leite materno nos primeiros 10-12 meses. A natureza parece dar essa orientação ao provê-las com dentes em torno dessa idade.

Com esta teoria de amamentar e introduzir mais tardiamente os alimentos ele conseguiu salvar muitas vidas (CRESPIN, 1992; SHORT, 1997). Na própria história da medicina, o clássico tratado de Nils Rosen Von Rosentein “As doenças das crianças e seus remédios”, publicado em 1764, dá os seguintes ensinamentos:

Uma criança para se desenvolver bem deve ingerir uma quantidade suficiente de um bom alimento. O melhor para tanto, sem nenhuma dúvida, é o leite materno. Assim, achamos que as crianças amamentadas por suas mães desenvolvem-se bem (SEGRE et al, 1980).

O modo como uma região em particular responde à influência das nações industrializadas e das companhias multinacionais que fabricam fórmulas infantis depende de vários fatores sociais, políticos e econômicos diferentes. Isto torna difícil prever como a transição na alimentação infantil se comportará em uma região específica, ou qual duração do estágio de aleitamento com mamadeira (DETTWYLER, 2006).

Conforme Monson (1992), a preocupação com a reversão do desmame precoce figura há muito nas agendas de saúde pública. No Brasil, a partir de 1981, essa preocupação deu origem à definição da política estatal em favor da amamentação, materializada como Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno-PNIAM.

O eixo que norteou o delineamento das ações do PNIAM se fundamentava em resgatar a prática da amamentação, concebida como nada mais do que um ato natural, instintivo, inato, biológico, próprio do binômio mãe-filho, em que a mãe, mamífera, detém a responsabilidade sobre a saúde de sua cria, reproduzindo na íntegra a concepção higienista de amamentação, construída pela medicina no século 19 (ALMEIDA, 1998).

Porém, o paradigma de amamentação adotado pelo PNIAM reduzia as questões relativas ao aleitamento materno à dimensão biológica e, ao tratar o paradoxo do desmame, foi incapaz de admitir a assimetria entre os humanos e as demais espécies de mamíferos, insistindo que o ato de amamentar deveria ser considerado como instintivo, natural e biológico (ALMEIDA; GOMES, 1998).

A necessidade de rever o modelo de amamentação adotado pela política estatal transformou-se em objeto de construção para vários autores. Orlandi (1985) estima que, apesar de ser aceita a importância da mulher na promoção da amamentação, o campo das políticas nem sempre reflete a ótica desse ator social. Conclui:

Seja como for, os seios, por muito tempo, despertarão um interesse político. Mas é preciso lembrar que eles pertencem às mulheres e que elas não são chamadas a opinar e a decidir na política do aleitamento materno desde o século 18. No século 20, os homens continuam cometendo os mesmos erros. (ORLANDI, 1985)

### **3.2 Aleitamento materno e suas virtudes**

Segundo Alves (2006), a mulher prática e moderna tem se perguntado: “Por que amamentar?”, alegando a falta de tempo e supervalorizando as dificuldades iniciais que podem advir com o aleitamento.

Por que amamentar? Almeida; Novak (2006) respondem: “Porque a criança, a mulher, a família e o Estado, todos, indistintamente, são amplamente beneficiados com a prática da amamentação direta ao seio”. A literatura mostra que o aleitamento materno como único alimento nos primeiros seis meses de vida pode reduzir em um quinto os índices de mortalidade infantil em países em desenvolvimento (BRASIL, 2005).

Nesse caso, é preciso que as mães sintam-se realmente motivadas ainda durante a gestação, com a preparação do seio para a amamentação, exercitando os mamilos para a sucção do bebê durante a mamada (ALVES, 2006). Explica a autora:

Mamilos despreparados dificultam a amamentação ou mesmo fazer com que a mãe desista de amamentar seu filho. Para que isto não aconteça, a mãe deve acreditar no poder da amamentação quando seu filho ainda estiver no ventre para que tenha todo o período da gestação para preparar seus seios e sua mente, contribuindo para o sucesso da amamentação.

### 3.2.1 Amamentação e saúde do bebê

Conforme Alves (2006), muitas são as vantagens que a amamentação pode trazer para o bebê, para a mãe, para a família e para o planeta. Pois o leite materno contém todos os nutrientes de que a criança precisa nos primeiros seis meses de vida:

- ❖ Tem água em quantidade suficiente; mesmo em clima quente e seco o bebê que apenas mama no seio não precisa nem mesmo de água;
- ❖ Contém proteína e gordura mais adequadas para a criança;
- ❖ Vitaminas em quantidades suficientes. Não há necessidade de suplementos vitamínicos;
- ❖ Embora não possua grande quantidade de ferro, este é bem absorvido no intestino da criança;
- ❖ Quantidades adequadas de sais, cálcio e fósforo;
- ❖ É de fácil digestibilidade, sendo portanto mais facilmente absorvido pelo bebê o qual mama com maior frequência do que aquele que toma mamadeira.

A autora aponta ainda outras vantagens para o bebê nos planos psicológico, afetivo e fisiológico:

- ❖ De uma forma geral, as crianças que mamam no peito são mais inteligentes;
- ❖ Aumenta o laço afetivo mãe-filho, fazendo o bebê sentir-se amado e seguro: crianças que mamam no peito tendem a ser mais tranquilas e mais fáceis de socializar-se durante a infância;
- ❖ Facilita a liberação de mecônio (as primeiras fezes do bebê), diminuindo o risco de icterícia e protegendo contra obstipação (prisão de ventre);
- ❖ Promove o crescimento no intestino da criança de microrganismos (*Lactobacillus*) que fermentam o açúcar do leite (lactose) tornando as fezes mais frequentes e menos consistentes, principalmente nas duas primeiras semanas de vida. Estes microrganismos impedem que outras bactérias se instalem e causem diarreia;
- ❖ Leite materno contém endorfina, substância química que ajuda a suprimir a dor.
- ❖ Crianças que tomam mamadeira têm maior risco de obesidade na vida adulta;
- ❖ O leite materno protege o bebê de infecções (especialmente diarreias e pneumonias). Possui anticorpos, leucócitos e outros fatores anti-infecciosos, que

protegem contra a maioria das bactérias e vírus. Portanto, crianças que mamam no peito têm risco 11 vezes menor de morrer por diarreia e 4 vezes menor de morrer por pneumonia do que os bebês alimentados com leite de vaca ou artificiais;

- ❖ Nos bebês, o ato de sugar o seio é importante para o desenvolvimento da mandíbula, dentição e músculos da face, contribuindo também para outros benefícios, como o bom desenvolvimento da fala;
- ❖ O leite materno protege a criança contra alergias.

### 3.2.2 Vantagens do aleitamento para a mãe

No mesmo artigo, Alves (2006) enumera diversas vantagens que o aleitamento traz para a mãe:

- ❖ Diminui o tempo de sangramento pós-parto e faz o útero voltar mais rápido ao tamanho normal: Quando a criança suga, a hipófise posterior da mãe é estimulada a produzir um hormônio (ocitocina) que contrai o útero diminuindo o sangramento e favorecendo que o útero volte mais rapidamente ao volume normal.
- ❖ Ajuda a mãe a voltar mais rápido ao peso pré-gestacional: Durante o último trimestre da gestação a mulher acumula energia sob a forma de gordura para cobrir os gastos calóricos com a amamentação. E, calcula-se que a mulher que amamenta exclusivamente gasta 704 Kcal/dia. Portanto, a amamentação ajuda a mãe a voltar mais rápido ao seu peso pré-gestacional uma vez que gasta as Kcalorias acumuladas.
- ❖ É um método natural de planejamento familiar (evite novas gestações): O aleitamento exclusivo em sistema de livre demanda (inclusive à noite), nos seis primeiros meses pós-parto, desde que não surja menstruação, é um bom método de planejamento familiar (Método da Amenorréia da Lactação), com falha estimada inferior a 1,8%.
- ❖ Pode reduzir a chance de câncer de ovário e de mama: Estudos de populações demonstraram que mulheres que amamentaram com maior frequência e por mais tempo, tiveram menor risco de câncer de ovário e de mama.

- ❖ É mais fácil e prático para a mãe: Está sempre pronto e na temperatura certa. Não se erra no preparo e nem há risco de contaminação. Não necessita de utilização de recursos domésticos para sua aquisição.
- ❖ Aumenta o vínculo afetivo mãe-filho: Estudos têm demonstrado que o contato do bebê com peito e o estímulo da amamentação na primeira hora após o parto, favorece o êxito da amamentação, prolongando o seu tempo e diminuindo o risco de abandono de crianças.

A amamentação é mais econômica para a família. No Brasil, um bebê alimentado artificialmente pode custar metade de um salário mínimo por mês (incluindo mamadeiras, bicos, leites infantis, complemento, gás, remédios etc). Como os bebês amamentados adoecem menos, os pais desses bebês têm menos problemas cuidando de crianças doentes, isso significa mais tempo para toda a família. Melhora a qualidade de vida das crianças e de toda a família (ALVES, 2006).

Por essas e outras, a cultura popular também vem dando a sua contribuição sobre a necessidade do aleitamento materno. Num texto de literatura de cordel, Vasconcelos, Ventura (2005) fazem um alerta poético às mães:

Quanto mais o neném mama  
Mais leite vai se formar  
É uma fonte de riqueza  
Difícil de se esgotar  
E não dando outro alimento  
Mais leite você dará

### 3.2.3 Quando a amamentação é contra-indicada

Segundo o Ministério da Saúde, raros são os casos em que a amamentação é contra-indicada, tanto em situações neonatais quanto maternas. As contra-indicações neonatais incluem alterações da consciência da criança de qualquer natureza, baixo peso com imaturidade para sucção ou deglutição (dar o leite materno por sonda orogástrica), e fenda palatina que impossibilite o ato de sugar. Nesse caso, dá-se o leite ordenhado.

Entre as situações maternas, encontram-se as mulheres com câncer de mama, que foram tratadas ou estão em tratamento; mulheres com Vírus da Imunodeficiência Adquirida

HIV positivo, que só devem dar o leite se este for pasteurizado; mulheres usuárias de drogas; mulheres com distúrbios da consciência ou comportamento irrefreável, que podem colocar em risco a vida da criança (BRASIL, 2005).

### **3.3 Pedras no caminho do aleitamento**

Sempre foi um entrave para a prevalência do leite materno a escassez de políticas que priorizassem a saúde e a educação ao longo da história. Segundo Contreras et al (1992), a prática do aleitamento natural no Brasil vinha diminuindo consideravelmente, principalmente nas áreas urbanas e periféricas das grandes cidades, desde 1940.

Adicionalmente, os baixos índices de aleitamento materno até o final dos anos 70, parecem relacionados com as rotinas alimentares estabelecidas nas maternidades. Nestes locais, a separação mãe-filho era freqüente, especialmente quando a criança tinha que permanecer hospitalizada. A amamentação passa, então, a ser incentivada como importante ação pública de saúde, pelos organismos internacionais e colegiados médicos.

Contreras et al (1992) observa que, de fato, passa a ser universalmente aceito que o leite humano nessa etapa da vida é importante e desejável. Isto requer superar vários obstáculos como normas e rotinas hospitalares, muitas contrárias às recomendações da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF.

O desmame precoce das crianças em regiões pobres, cuja situação médico-sanitária é precária, leva a um aumento da morbidade por gastroenterites repetidas e desnutrição, com aumento da mortalidade. É importante salientar que são poucos os recém-nascidos que, nas maternidades, realmente necessitam de substitutos do leite humano (VINAGRE et al, 2006).

Registros do extinto PNIAM revelam que o Brasil atinge perdas anuais superiores a duas centenas de milhões de litros de leite humano. Isto decorre do desmame precoce e representa um importante acréscimo ao orçamento do governo, no setor da saúde (BRASIL, 1998).

Morbidade menor entre crianças amamentadas também tem sido observada nos países industrializados. Segundo Akre (1994), nas comunidades mais abastadas as crianças amamentadas têm uma incidência menor de otite média, doença celíaca, doença de Crohn, diabetes e câncer; além de não apresentarem problemas decorrentes da própria sucção de leite artificial como defeitos ortodônticos.



Almeida (1985) registra que, dentre os recém-nascidos e lactentes, alguns subgrupos necessitam de forma prioritária do leite materno: recém-nascidos prematuros, com baixo peso ao nascer ou infectados; os lactentes com alergia às proteínas do leite de vaca, com deficiências imunológicas e com diarreia protraída. Mais de 90% destas crianças nascem nos países em desenvolvimento e apresentam necessidades nutricionais especiais, sendo o leite da própria mãe o mais indicado (AKRÉ, 1994).

Torna-se às vezes difícil fornecer leite fresco para a criança, particularmente a prematura, internada no hospital por tempo prolongado. Mesmo aquelas mães que estão aptas a fornecer seu leite podem ter dificuldades em permanecer continuamente no hospital. É freqüente a diminuição progressiva da lactogênese pela falta de sucção diretamente ao peito pelo recém-nascido. Deste modo, torna-se importante ter um sistema estabelecido que possa auxiliar na nutrição destas crianças (BAUM, 1980).

O relatório “Situação da Infância Brasileira”, do UNICEF alerta que para melhorar a alimentação das crianças no Brasil, é preciso ampliar as taxas de aleitamento materno, que, conforme a recomendação internacional, deve ser exclusivo até os seis meses de idade e se prolongar até os 2 anos ou mais.

Alimentar-se apenas de leite materno nos seis primeiros meses de vida ajuda a reduzir o risco de desnutrição e anemia das crianças, entre outros problemas de saúde. Embora o governo federal mantenha o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno desde a década de 80, a taxa de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês é muito baixa no País: 9,7 %, segundo o último levantamento nacional, feito pelo Ministério da Saúde em 1999. (UNICEF, 2006).

Mas, a progressiva inclusão da mulher no mercado de trabalho afastou mais ainda os bebês do peito da mãe, nem sempre beneficiadas pela licença-maternidade, restrita ao período de quatro meses. Para o UNICEF (UNICEF, 2006), o aumento da proporção de aleitamento materno depende não apenas das campanhas de esclarecimento, como também do cumprimento da legislação brasileira no que diz respeito à proteção das mães em fase de amamentação. O relatório também chama atenção para conquistas legais não respeitadas:

A licença maternidade de 120 dias, a existência de locais apropriados para deixar o lactente próximo ao trabalho da mãe e os horários de descanso durante a jornada de trabalho para amamentar o filho (dois por jornada, com duração de meia hora) são estabelecidos por lei, mas não fazem parte da realidade de boa parte das mulheres especialmente as que estão no mercado de trabalho informal.

Um outro aspecto que influi diretamente no aleitamento, com impacto sobre a mortalidade infantil, é o grau de instrução das nutrizes. Diferentes pesquisas comprovam que,

quanto maior o tempo de estudo da mãe, mais chances ela tem de evitar a morte de um filho nos primeiros anos de vida (UNICEF, 2006). Isso se refletirá no Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI), com variação na escala de 0 e 1, envolvendo percentual de escolaridade precária dos pais (menos de quatro anos de estudo), vacinação de crianças menores de 1 ano e gestantes com mais de seis consultas pré-natais, entre outros itens.

### 3.3.1 Políticas sociais e realidade

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde/Datasus) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (MEC/INEP), mostram que no Maranhão houve um avanço no IDI de 0,446 em 1999 (abaixo da média de 0,500) para 0,542 em 2004, o que demonstra certa mudança de comportamento das políticas públicas do governo estadual nos últimos anos. Nesse mesmo período (1999/2004), o índice nacional variou de 0,609 para 0,667 – considerado desenvolvimento infantil médio (UNICEF, 2006).

No município de Bacabeira-MA, de 10.515 habitantes, onde se localiza o povoado de Periz de Baixo, esses índices alternaram-se entre 0,581 (1999) e 0,676 (2004), ainda abaixo de 0,800 – IDI acima do qual se atingiria os índices ideais preconizados pela Declaração do Milênio, da Organização das Nações Unidas - ONU, em 2000 (UNICEF, 2006). Entende-se que um projeto de pesquisa sobre aleitamento materno em Periz de Baixo, constituído por famílias carentes em sua maioria, seria de grande utilidade para o planejamento de futuras políticas de saúde.

Mesmo com dificuldade, a revalorização do aleitamento materno nas últimas décadas foi aos poucos se afirmando no ambiente familiar como alimento exclusivo nos primeiros meses de vida. Graças à mobilização de profissionais de saúde, entidades civis e alguns organismos ligados à administração pública, embalados pelas advertências da OMS, do UNICEF e do Ministério da Saúde.

Alguns autores são mais radicais. Para Dettwyler (2006), a amamentação funciona melhor quando a mãe e o bebê não receberam anestesia durante o parto, quando eles são mantidos juntos após o nascimento, quando o bebê não é lavado e quando ele é amamentado ao primeiro sinal (muito antes de chorar), quando o aleitamento ocorre logo e frequentemente, e quando todos os que cercam a mãe conhecem e apóiam esta prática.

Dentre as vantagens comprovadas, podemos citar o valor nutricional, a proteção imunológica devido a presença de fatores circulantes como lactoferrina, IgA secretora,

anticorpos e outros, o menor risco de contaminação e o fortalecimento da relação afetiva entre mãe e filho (ESCOBAR, 2002). Dessa maneira, o aleitamento materno diminui a morbimortalidade infantil e favorece o pleno desenvolvimento da criança.

Portanto, mostra-se importante definir os motivos que levam ao desmame precoce, a fim de proporcionar o maior tempo possível de aleitamento às crianças. Dentre os principais fatores relacionados podemos citar: nível socioeconômico, grau de escolaridade da mãe, idade da mãe, trabalho materno, urbanização, condições de parto, incentivo do cônjuge e de parentes e intenção da mãe de amamentar.

Nesse sentido, Bosi; Machado (2005) evidenciam a necessidade de se considerar no âmbito das estratégias de incentivo a educação permanente dos profissionais de saúde, calcada em uma proposta pedagógica que leve a uma parceria entre os atores sociais envolvidos – mulheres e profissionais – e não à culpabilização das mulheres sem a consideração do contexto em que elas se inserem o que, conforme procuramos apontar, não raras vezes impossibilita determinadas práticas como a que ora focalizamos.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo quantitativo.

### **4.2 Local**

Realizado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Periz de Baixo – localizada a 9 km do centro da cidade de Bacabeira–MA, sendo esta unidade responsável por uma população adstrita de 2.692 habitantes. Essa unidade conta com uma equipe de Saúde da Família composta por 1 médico; 1 enfermeira; 1 auxiliar de enfermagem e 7 agentes de saúde, além do pessoal administrativo.

### **4.3 População do estudo**

Foi aplicado questionário às 47 mães de todas as crianças menores de 1 ano de vida (11 meses e 29 dias) cadastradas no Programa Saúde da Família - PSF da unidade básica de saúde da família de Periz de Baixo, e que concordaram em participar da pesquisa. (Apêndice A).

### **4.4 Coleta de Dados**

Para alcançar os objetivos propostos, constam no questionário 12 perguntas fechadas e 5 abertas (Apêndice A). As entrevistas foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2006, sendo marcadas e agendadas pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Como nem todas compareceram ao local pré-estabelecido para as entrevistas, os agentes foram treinados para a aplicação do questionário junto às nutrizes faltosas em seus respectivos domicílios.

#### **4.5 Variáveis**

Foram utilizadas as seguintes definições para classificar o aleitamento materno (BRASIL, 2001):

- ❖ Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe o leite materno, seja diretamente no seio ou ordenhado da própria mãe, ou ainda leite humano de banco de leite, e não recebe nenhum outro líquido ou alimento sólido.
- ❖ Aleitamento materno predominante: quando a principal fonte de alimento da criança é o leite materno, no entanto faz uso de água, chá, medicamento ou soro de reidratação oral.
- ❖ Aleitamento materno misto: quando a criança, além de tomar leite materno, ingere outros tipos de leite.
- ❖ Aleitamento artificial: quando a criança não mama ao seio materno, alimentando-se de outros tipos de líquidos e alimentos.

O presente projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Anexo A). As entrevistas foram realizadas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Foram eticamente respeitadas todas as normas estabelecidas para pesquisa envolvendo seres humanos.

#### **4.6 Análise**

Realizou-se a análise descritiva, com sua posterior digitação no programa Microsoft Word e ilustrações no PowerPoint.

#### **4.7 Considerações éticas**

A aplicação do questionário foi efetivada após a leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento e a autorização das mães, sendo que nenhuma se recusou a participar das entrevistas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As situações referentes às práticas de aleitamento materno estudadas no povoado de Periz de Baixo, situada no município de Bacabeira-MA, apresentam-se em forma de números inteiros e percentuais, abordando indicadores sócio-econômicos, fontes de informação e tipos de amamentação e suas variantes.

Depois de proceder à análise dos dados, recolhidos num universo de 46 mães visitadas durante o período de aplicação do questionário, foi possível traçar os seguintes perfis:

Quando pesquisamos o nível de escolaridade das mães entrevistadas, constatou-se 46,8% delas completaram o ensino básico, e as restantes oscilaram entre 1 a 4 anos de frequência escolar ou tiveram outros tipos de estudo, não sendo observado nenhuma mãe analfabeta. (Figura 1).

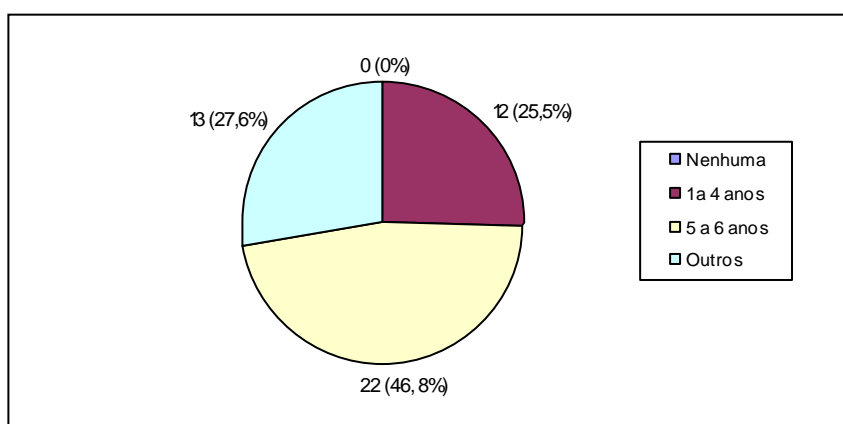


Figura 1 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a escolaridade. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

Segundo Riccio et al (2006), a baixa escolaridade materna ou um pré-natal inadequado são causas de desmame precoce e/ou alimentação incorreta. Corroborando com a literatura, pôde-se observar que mulheres com maior índice de escolaridade relativo foram também aquelas que mais praticaram o aleitamento materno exclusivo. Este fato mostra a necessidade de se investir cada vez mais em educação como forma de promoção à saúde.

Por sua vez, o maior nível de escolaridade ajuda as mães a enfrentarem os problemas associados com a pobreza, inclusive sua capacidade de identificar o risco de doença para sua criança, de compreender e reter informações sobre amamentação, noções de higiene, uso adequado de sais de rehidratação oral, entre outras orientações (PINTO, 1998).

Segundo a distribuição de mães quanto à sua ocupação (trabalho), observou-se que sua quase totalidade (91,4%) são donas-de-casa, deixando ressaltar que na estrutura sócio-econômica do povoado, além do condicionamento do papel da mãe na tradição familiar e das limitações de habilitação profissional, o acesso ao emprego é precário. (Figura 2).

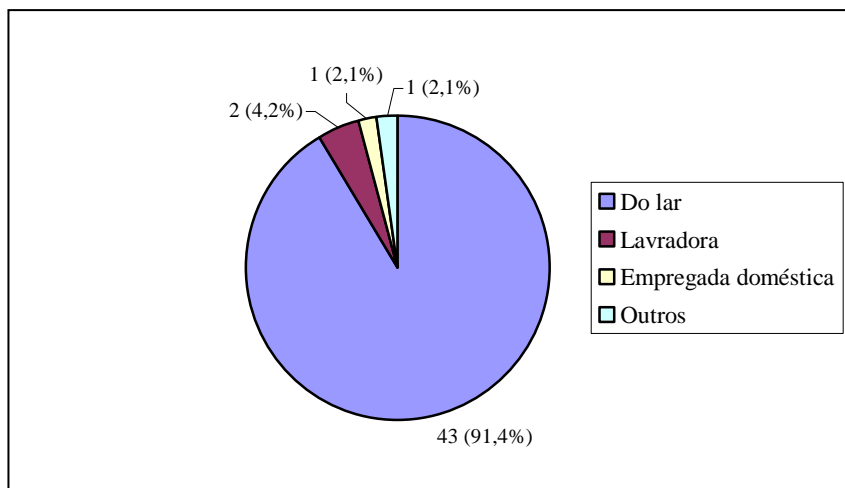


Figura 2 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a sua ocupação. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

De qualquer modo, a trabalhadora do lar pode praticar o aleitamento exclusivo antes e ou depois de iniciar seus afazeres domésticos, ou nos intervalos destes. Conforme Giugliani (2006), o trabalho materno fora do lar pode ser um obstáculo à amamentação, porém não a impede. Para essas mães, se motivadas a amamentar após o fim da licença maternidade, a autora faz as seguintes recomendações:

- ❖ **Antes do retorno ao trabalho** praticar o aleitamento materno exclusivo, conhecer as facilidades para a retirada e armazenamento do leite no local de trabalho (privacidade, geladeira, horários), praticar a ordenha do leite manualmente e congelá-lo para usar no futuro. Iniciar o estoque de leite 20 dias antes do retorno ao trabalho.
- ❖ **Após o retorno ao trabalho** amamentar com frequência quando estiver em casa, inclusive à noite, esvaziar as mamas através de ordenha manual e guardar o leite em geladeira. Levar para casa e oferecer à criança no mesmo dia, no dia seguinte, ou congelar. Leite cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por 24 horas e no freezer ou congelador por 21 dias. Já o leite pasteurizado pode ser armazenado no congelador/freezer por 6 meses. (p.10-11).

Em relação a renda familiar de 57,4% das mães entrevistadas recebem de 1 a 2 salários mínimos; 40,4% ganham menos que um salário mínimo e apenas uma pessoa recebe entre 2 e 3 salários mínimos. (Figura 3)

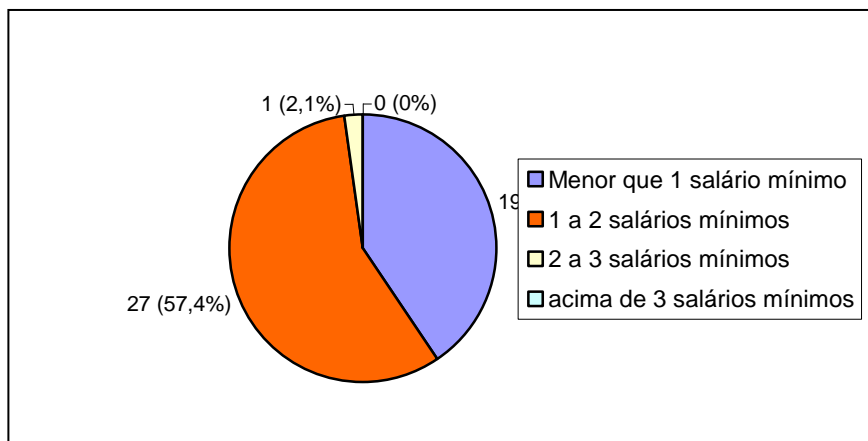


Figura 3 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a renda familiar. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

Carvalho (2006), diz que “parece existir uma clara correlação com as características sócio-econômicas da população” com a amamentação exclusiva, e avalia que a criança necessita de pelo menos 5% do salário mínimo para suprir suas necessidades, de onde se pode deduzir que, nas comunidades de baixa renda familiar, o aleitamento materno exclusivo torna-se uma prática economicamente favorável.

Observou-se durante a pesquisa que em 42,5% das casas visitadas residem de 4 a 6 pessoas, constatando-se ainda que em quatorze desses domicílios vivem mais de 6 pessoas. São números expressivos, haja vista o tamanho das casas, que variam de 1 a 3 cômodos. Poucas mães possuem um quarto ou dependência particular na casa onde possam ficar à vontade, o que pode significar prejuízo para a amamentação do bebê. (Figura 4).

Um número maior de pessoas morando na mesma residência pode refletir um poder aquisitivo mais baixo e condições insalubres para os moradores, com pouca ventilação, favorecendo o aparecimento de infecções das vias aéreas e otites (BITAR et al, 2006) em crianças pequenas.



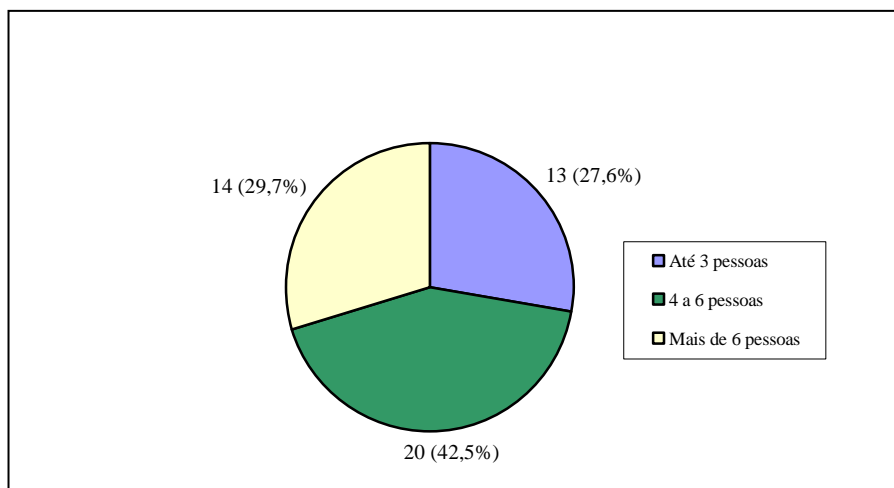


Figura 4 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo de pessoas por domicílio. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

Em relação ao número de filhos, 36,1% das mães entrevistadas possuem entre 2 e 5 filhos e 14,8% têm mais de cinco. Porém, quase a metade (48,9%) delas possui apenas 1 filho. Constata-se que ainda não há declínio na taxa de reprodução, as mulheres continuam tendo muitos filhos e a gravidez precoce ainda está muito presente na área, embora as mães residentes na área pesquisada recebam orientação sobre planejamento familiar. (Figura 5).

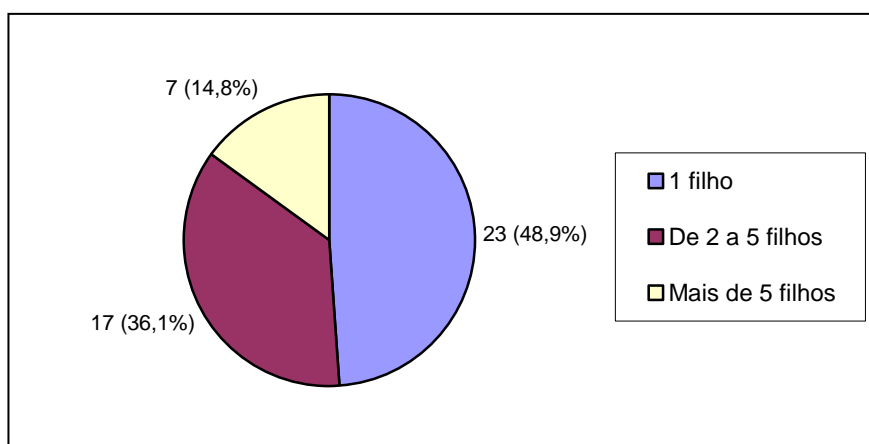


Figura 5 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo o número de filhos. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

Huffman; Labbok (1994) afirmam que aleitamento materno e o planejamento familiar são medidas claras de saúde preventiva, necessitando ambos de apoio, através de programas que os incentivem, trazendo com isso benefícios inquestionáveis para a saúde da mãe e da criança.

Os dados colhidos na área pesquisada revelam que 97,9% das mães fizeram o pré-natal, e apenas uma única pessoa (2,1%) não recorreu a esse procedimento (Figura 6).

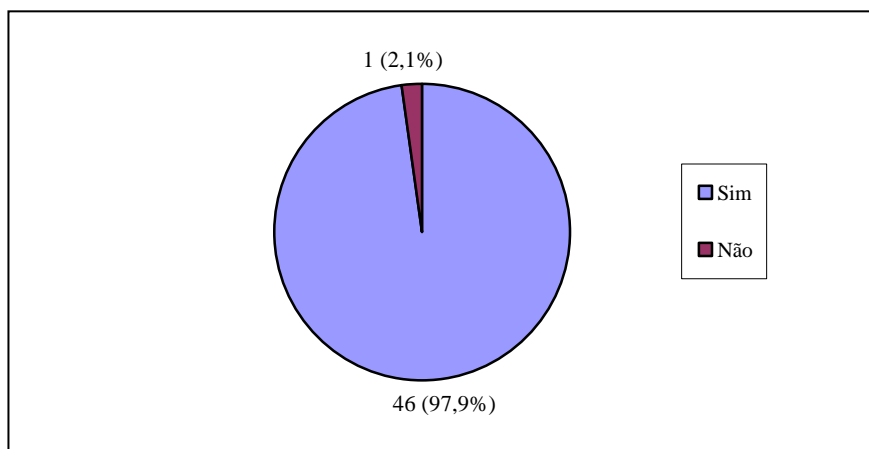


Figura 6 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a realização do pré-natal. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

A educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o período pré-natal comprovadamente contribui para o sucesso do aleitamento materno, em especial entre as primíparas (WHO, 1998).

Verificou-se durante o levantamento de dados, que a quase totalidade das mães pesquisadas realizou o seu pré-natal Posto de Saúde da Família de Periz de Baixo (95,8%), sendo que apenas uma pessoa fez seu pré-natal no Hospital Materno Infantil de São Luís e outra no Instituto de Ginecologia do Maranhão. (Figura 7).

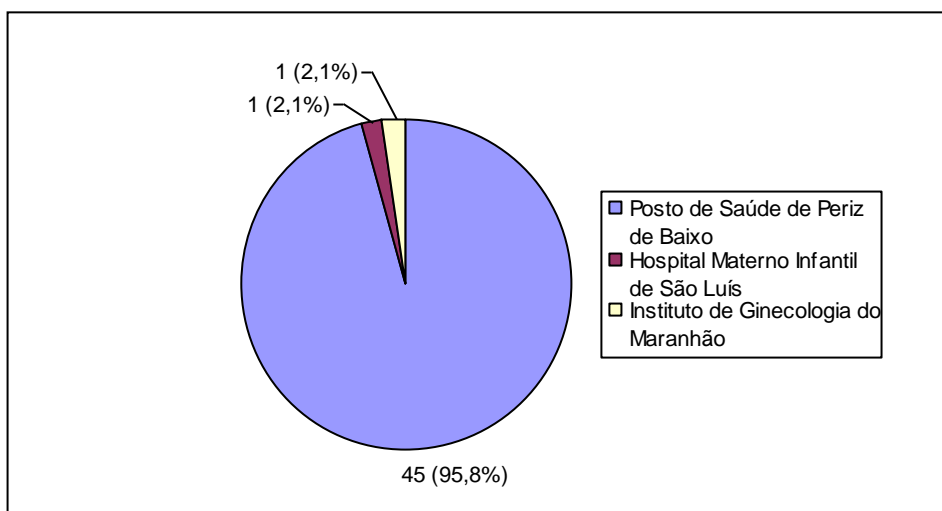


Figura 7 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a localização e o local onde realizou o pré-natal. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

Os dados revelam que as mães entrevistadas têm no PSF de Periz de Baixo o seu referencial durante a gestação. Segundo o Ministério da Saúde, o PSF como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2006).

A maioria das mães abordadas (61,8%) fez de 5 a 7 consultas médicas, e percentual significativo (19,1%) fez entre 8 e 10 consultas. De modo geral, as visitas ao profissional da saúde revelam-se positivas, já que cerca de oitenta por cento das mulheres pesquisadas realizaram 5 ou mais consultas. (Figura 8).

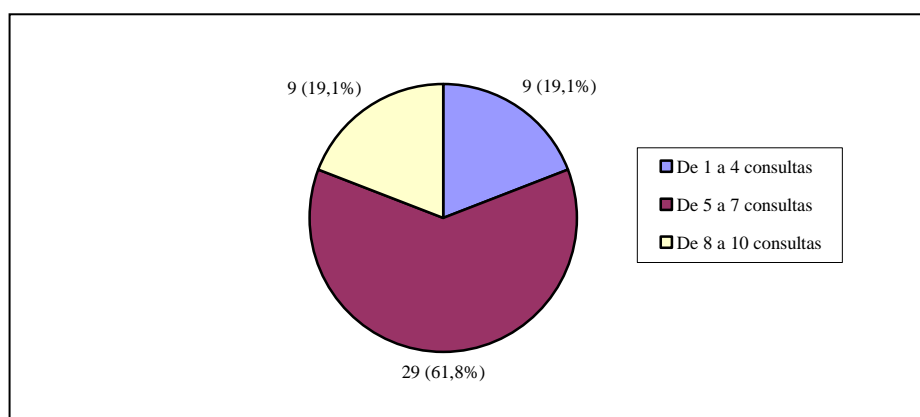


Figura 8 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo o número de consultas. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

Nessas oportunidades os profissionais de saúde que trabalham na área pesquisada têm orientado bastante as mães. Tal como aconselha Giugliane (2006), durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas dos benefícios da amamentação, ou melhor, das desvantagens do uso de leites não humanos, e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança.

Todas as mães do universo pesquisado (100%) tiveram acesso a informações sobre aleitamento materno. É claro que isso nem sempre se traduz na aplicação do Aleitamento Materno Exclusivo - AME, apesar das campanhas de aleitamento difundidas, sobretudo, a partir de 1982 com a criação do Programa Nacional de Aleitamento Materno.

A evolução do aleitamento materno no Brasil deve ser sentida não como um projeto organizado, institucional, de decisão de governo, especificamente, mas muito mais como um movimento amplo, que albergou todos os tipos de pessoas e de sentimentos, principalmente com o sentido de busca a um direito fundamental de maternidade, numa sociedade cada vez mais materializada e complexa, em que todos os atos, até mesmo o de

parir, dar a luz e o de amamentar uma criança estavam se tornando cada vez mais, mecanicista e controlada (MARTINS FILHO, 2006).

As entrevistadas quase sempre foram informadas por várias fontes de informação, sendo que 82,9% tiveram acesso a informações sobre aleitamento materno a partir do ACS 72,3% por intermédio da enfermeira; 48,9% foram informadas pelo médico, e o mesmo percentual (48,9%) durante o pré-natal. Uma apenas foi informada pela auxiliar de enfermagem, e outra de modo diverso. (Figura 9)

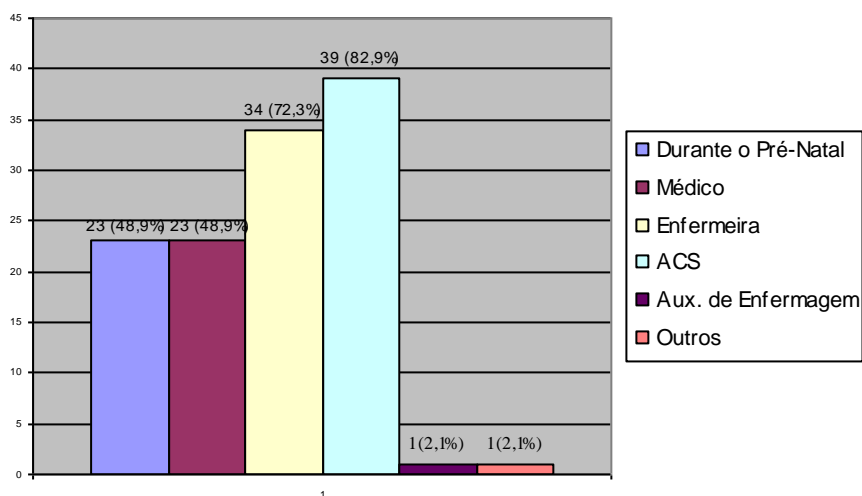


Figura 9 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a fonte de informação. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

Significa dizer que os profissionais de saúde que atuam na região têm um bom desempenho quanto à informação, sobretudo as equipes de ACS, embora o percentual de aleitamento exclusivo continue extremamente baixo.

Não obstante, o trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do ACS. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2006).

Segundo a faixa etária dos filhos as mães estão assim distribuídas: 36,1% possuem filhos de 5 a 8 meses; 34% têm bebês de 1 a 4 meses; 21,2% entre 9 e 11 meses, e 8,5% possuem filhos menores de 1 mês. (Figura 10).

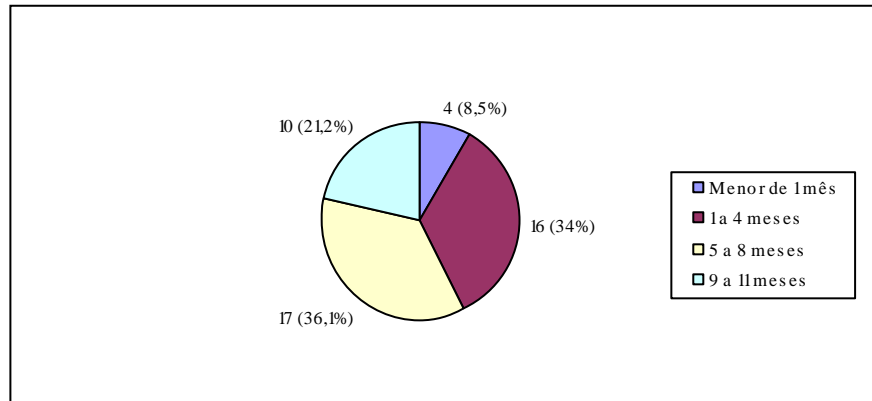


Figura 10 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a idade atual das crianças. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

Esses dados permitem localizar e dimensionar o período em que as crianças foram amamentadas ou deixaram de receber o leite exclusivo. Na área estudada, tal como se refere Carvalho (2006), a amamentação exclusiva diminui muito rapidamente antes que o lactente complete os 6 meses de idade.

Foi observado, que 78,7% dos filhos das mães entrevistadas ainda mamam e 17% já mamaram. Os números aparentemente revelam que a utilização do peito ainda é uma prática generalizada na região, mas não do aleitamento exclusivo (Figura 11).

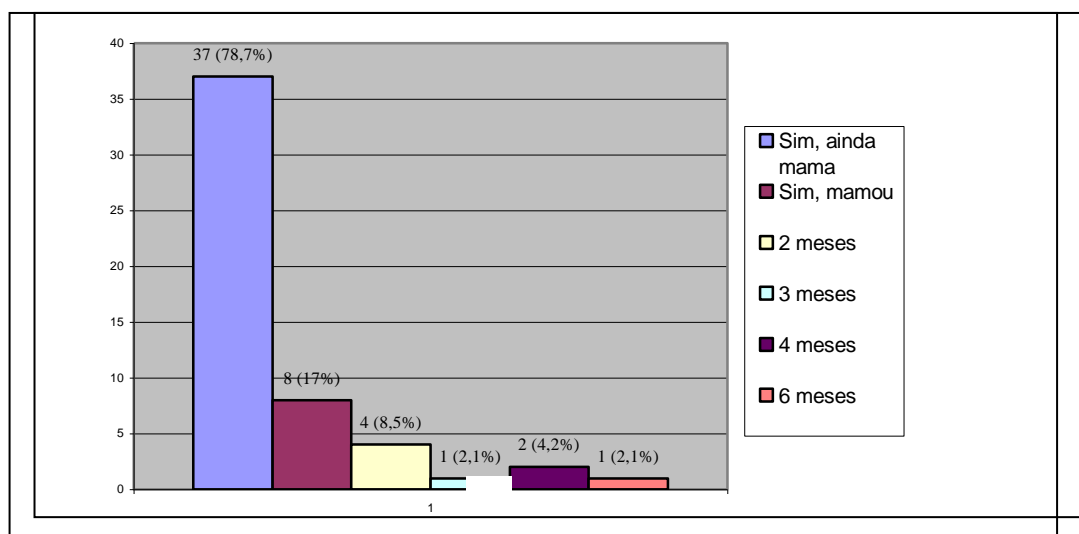


Figura 11 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo o informe de que a criança mama ou mamou no peito e a sua faixa etária até onde mamou. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

Por isso, o AME precisa ser permanentemente estimulado. Sendo assim, o aleitamento materno sob livre demanda deve ser encorajado, pois faz parte do comportamento normal do recém-nascido mamar com frequência, sem regularidade quanto a horários (GIUGLIANE, 2006).

Das 37 crianças que ainda mamam no peito das mães entrevistadas, considerando-se também as crianças acima de 6 meses), observa-se que 73% receberam outro alimento (Figura12).

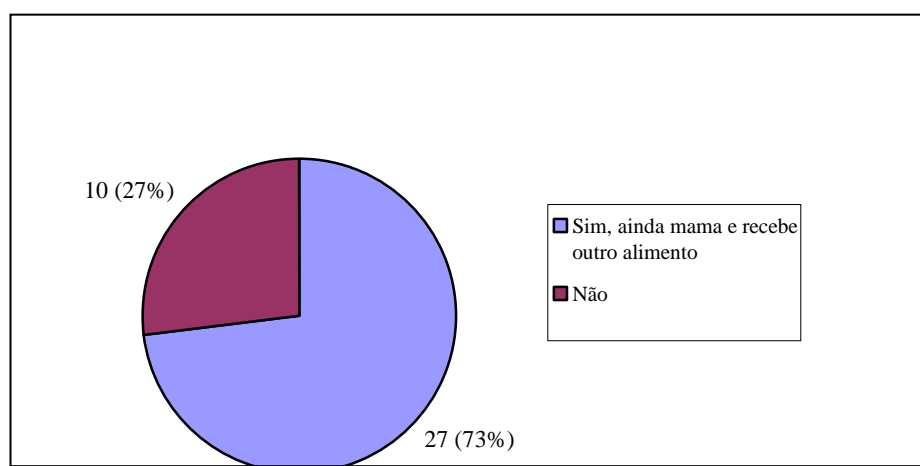


Figura 12 - Distribuição numérica e percentual das 37 mães entrevistadas segundo a utilização de outro alimento entre as crianças que ainda mamam no peito. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

Esse dado revela a força das tradições culturais determinantes nesse comportamento, motivo pelo qual o aconselhamento poderá ter um papel relevante para que as mães se convençam da excelência do AME.

Uma boa atuação no sentido de promover, proteger e apoiar a amamentação requer não apenas conhecimentos sobre aleitamento materno, mas também habilidades clínicas e de aconselhamento. O aconselhamento em amamentação (independentemente da consulta) implica em ajudar a mulher a tomar decisões de forma empática, saber ouvir e aprender, desenvolver a confiança e dar apoio (WHO, 1998).

Segundo a Tabela 1, entre os motivos que levaram as mães a oferecer outro alimento, a maioria é justificada porque o bebê “chorava muito”; em alguns casos disseram que o peito secou, ou que o leite era insuficiente.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual das 35 mães entrevistadas segundo os motivos pelos quais não tenham feito AME até o 6º mês, ou não amamentado, ofereceram outro alimento ao bebê. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS AO BEBÊ</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Chorava muito	26	74,2
Recusa	02	5,7
Problemas de saúde	01	2,8
<b>Problemas relacionados à mãe</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Peito secou	03	8,5
<b>Problemas inerentes À qualidade de leite</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Leite insuficiente	02	5,7
<b>Influência de outras pessoas</b>	01	2,8
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

Muitas mães, em especial as inseguras e com baixa auto-estima, costumam interpretar o choro como sinal de fome do bebê, leite fraco ou insuficiente, culminando com frequência com a introdução de suplementos. O entendimento da mãe sobre as necessidades do seu bebê é fundamental para a sua tranquilidade (GIUGLIANE, 2006).

É um antigo tabu associar-se o choro à insatisfação do bebê, daí a utilização de outros alimentos para supostamente matar a fome do bebê. Como já se referiu Alencar (1982): “O comportamento humano (...) é influenciado pela cultura, ou seja, pelas crenças, sentimentos, costumes, valores, compartilhados pelos membros de um grupo social e que são transmitidos de uma geração à seguinte através da aprendizagem”.

Nos resultados das entrevistas realizadas com as 47 mães pudemos constatar que os percentuais de alimentos oferecidos ao bebê se equivalem em 100% com relação à massa e ao leite em pó, ou seja, consomem a mesma quantidade desses alimentos, que irão afetar decisivamente a já precária renda familiar.

O gasto médio mensal com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros 6 meses de vida varia de 23% a 68% do salário mínimo (TOMA, 1996). A esse gasto deve-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. Por isso, deve-se sempre alertar as mães para o uso do peito.

A proteção conferida pelo leite materno contra mortes infantis é maior em crianças pequenas, exclusivamente amamentadas, residindo em locais onde há pobreza, (...) água de má

qualidade e alimentos contaminados e de baixa densidade energética (HABICHT; DA VANZO; BUTZ et al, 1986).

Destacam-se entre os principais motivos pelos quais as mães mantiveram o aleitamento materno até o sexto mês que o leite é um “alimento forte”, “leite é saúde” ou que o bebê “não aceitou outro leite que nos parece um resultado notável apenas como clichês, já que, na realidade, o AME ainda não foi adotado como uma prática generalizada na comunidade (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo os motivos pelos quais, caso tenha mantido ou mantenha o AME até o 6º mês, e por que manteve. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

<b>MOTIVOS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Alimento forte	06	50
Leite é saúde	02	16,6
Teve intolerância ao leite artificial	01	8,3
Não aceitou outro leite	02	16,6
Não soube responder	01	8,3
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fica evidente que essas nutrizes recebem orientação através dos profissionais de saúde, porém, infelizmente, não estão correspondendo aos apelos da OMS, que recomenda amamentação exclusiva por 4-6 meses e complementada até 2 anos ou mais. Talvez as estruturas sócio-culturais e a longa omissão das políticas de saúde pública, em outras épocas, ainda produzam ecos.

Daí a necessidade de estarmos alertas sobre culpabilidade anteriormente imposta exclusivamente às mães quanto ao fato de não quererem amamentar seus filhos.

Se alguém não é ou não era culpado pela não amamentação, essa pessoa era a mãe. Era o sistema que desmamava, que impedia um bom início de lactação. Eram os profissionais de saúde que, infelizmente conheciam muito pouco de amamentação e que praticamente não conseguiam de forma adequada ajudar as jovens mães a lactar (MARTINS FILHO, 2006).

Constato-se que 70,3% das mães entrevistadas disseram que sim, receberam incentivo da família para alimentar exclusivamente o bebê, o que não significa que tal prática seja levada até o fim do período necessário ao AME (Figura 13).



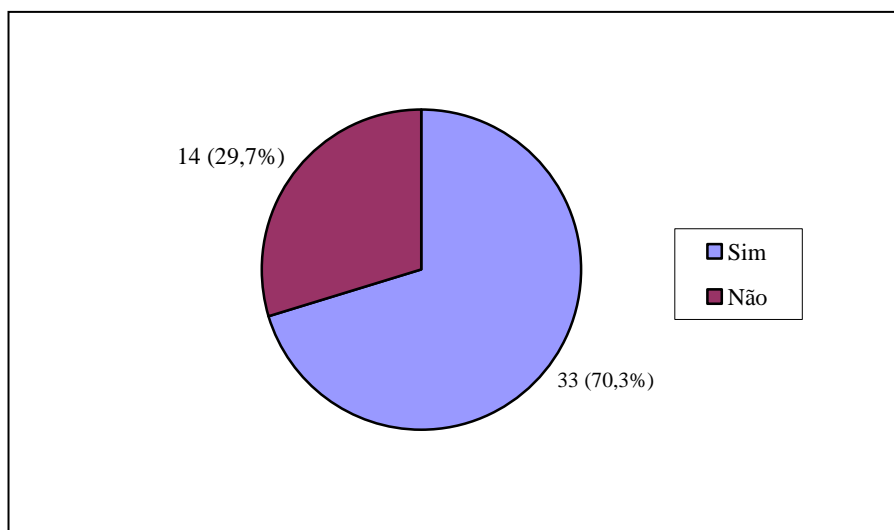


Figura 13 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo o incentivo recebido na família para alimentar exclusivamente o bebê. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

A figura abaixo permite observar a distribuição das mães pela utilização de estimulantes, verificando-se que 65,9 delas os utilizaram (Figura14).

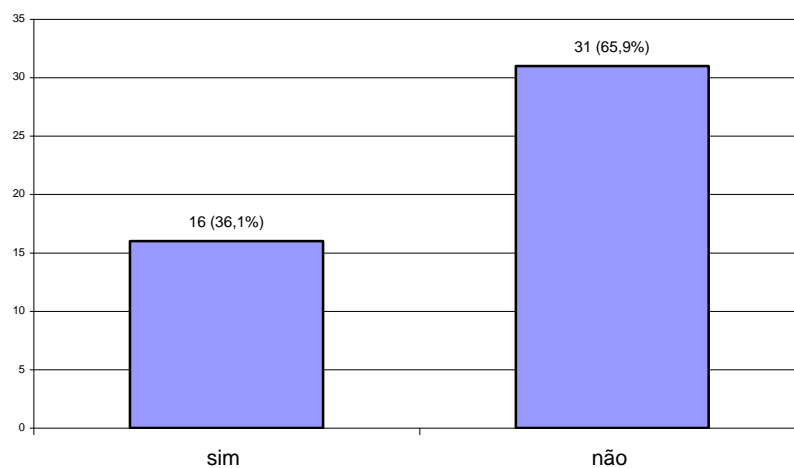


Figura 14 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas segundo a utilização de algum estimulante. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

Apesar da maior difusão do conhecimento de que o leite materno, oferecido de forma exclusiva, atende às necessidades de energia e de nutrientes do lactente até cerca de seis meses de vida, verifica-se que o início do processo de desmame continua sendo precoce.

Embora praticamente todas as mães, em países em desenvolvimento, iniciem a amamentação de seus filhos, poucas o fazem de modo exclusivo (FAO/OMS, 1992).

São freqüentes as queixas de hipogalactia, por parte das puérperas. Muitas vezes elas deixam de comer certos alimentos por acreditarem, que esses secam ou diminuem a produção do leite. Às vezes dão ênfase na ingestão de alimentos que consideram lactogênicos, como a canjica, a sopa de fubá, a água inglesa, a cerveja preta, o arroz doce etc.

Um dos fatores que pode influenciar na decisão das mulheres a adotar ou não o leite materno como alimento para seus filhos, nos primeiros meses de vida, depende do aporte nutricional da lactante. Mulheres que acreditam ter alimentação insuficiente sentem-se incapazes de produzir leite e amamentar seus filhos (HOLANDA, 1988).

Em relação aos estimulantes utilizados pelas mães entrevistadas foram destacados o mingau (31,2%), os caldos (25%) e o suco de frutas (18,7%), sem descartarem os chás tradicionais de ervas, folhas e raízes, além da rapadura. (Figura 15)

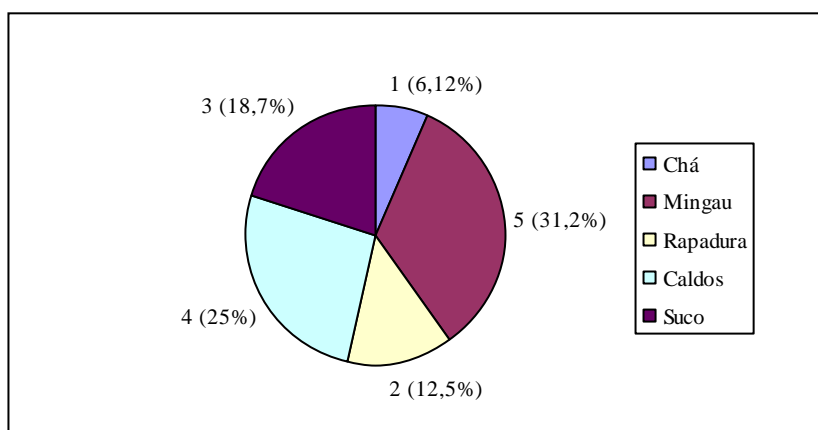


Figura 15 - Distribuição numérica e percentual das 47 mães entrevistadas das mães segundo os tipos de estimulante utilizados. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

Foi apontada com freqüência queixas de hipogalactia, por parte das puérperas. Muitas vezes elas deixavam de comer certos alimentos por acreditarem, que esses secam ou diminuem a produção do leite. (BITAR, 2006).

Ainda hoje é comum a utilização como lactogogos de carnes brancas, leite, sopa de fubá, couve, queijo, goiabada, Chá Mate, canjica, Malzebeer, gema de ovo, canja, água inglesa e até mesmo Plasil como estimulantes.

Verificou-se nas entrevistas realizadas com as mães, tal como demonstra a Figura16, que o Aleitamento Materno Misto - AMM, com 85% do total, predominou sobre os demais tipos de aleitamento: AME, AMP e AA, que e apresentam com proporções similares. Das 20 crianças que mamaram até o 6º mês, apenas uma manteve o AME até o fim. (Figura 16).

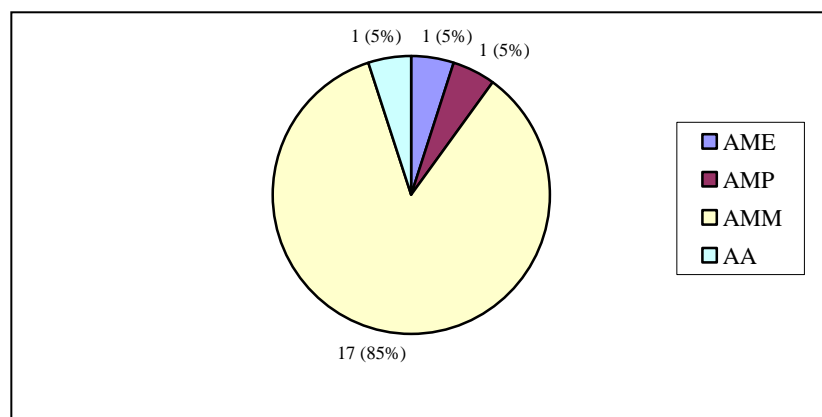


Figura 16 - Distribuição numérica e percentual das 20 mães entrevistadas segundo classificação do tipo de aleitamento materno até o 6º mês de vida. Povoado Periz de Baixo, Bacabeira, Maranhão, 2006.

A utilização de outros tipos de leite e alimentos suplementares é corriqueira. Segundo Giugliane (2006), a suplementação do leite materno com água ou chás, até pouco tempo considerada inócua, tem se mostrado nociva à saúde da criança. Para Sachdev et al (1991) é também desnecessária, mesmo em locais secos e quentes.

Da mesma forma, a suplementação com outros alimentos e líquidos diminui a ingestão de leite materno, o que pode ser desvantajoso para a criança, já que muitos alimentos e líquidos oferecidos às crianças pequenas são menos nutritivos que o leite materno, além de interferir com a biodisponibilidade de nutrientes-chaves do leite materno, como o ferro e o zinco (SACHDEV et al, 1991).

## 6 CONCLUSÃO

A amamentação não é um processo meramente natural ou substancialmente biológico, mas uma questão social, cultural e histórica, onde, em cada momento revela-se uma ideologia implícita ao discurso sobre aleitamento materno, pois esta depende dos papéis ocupados pela mãe e seu filho na sociedade (REIS, 2006).

Com o apoio da literatura, observamos neste trabalho que o processo de formação da sociedade brasileira foi bastante traumático, porém o choque étnico foi determinante no estabelecimento de novos paradigmas quanto ao aleitamento materno. Ao tratarmos de Periz de Baixo, localizado numa região habitada por índios e escravos no passado, esse aspecto não poderia ser esquecido.

Todavia, a utilização de um questionário como principal ferramenta para o estudo descritivo-quantitativo almejado foi o que nos permitiu uma visão mais íntima das práticas de aleitamento materno naquele povoado, onde 47 mães foram entrevistadas pela nossa equipe entre outubro e dezembro de 2006.

O baixo nível de escolaridade das mães reflete-se, como foi visto, no desmame precoce ou alimentação inadequada da criança. Mas o papel de dona-de-casa, embora pareça o contrário, é ainda o que determina as limitações da nutriz, pois esta cumpre excessivas tarefas, levando-se em conta o número de filhos e parentes vivendo nos exíguos domicílios (o que, aliás, muito contribui para algumas enfermidades infantis).

Assim, a educação precária e os diminutos salários da maioria das famílias, obrigam as mães a carregarem ao mesmo tempo a “tipóia” e a vassoura, a utilizar a enxada enquanto os chazinhos fervem na panela. Ou seja, o trabalho no lar, em vez de permitir que a mãe se dedique mais ao aleitamento exclusivo, afasta mais o seu bebê do peito.

Verificou-se durante a análise dos questionários que, tal como as questões sócio-econômicas, as tradições culturais, mitos e superstições são também ingredientes do desmame precoce. As mães, ao mesmo tempo em que usam certos tipos de alimentos, remédios e beberagens como estimulantes, passam a oferecer às crianças alimentos que acreditam serem suplementares ao leite materno, antes de atingirem o 6º mês de AME.

Embora quase todas as 47 mães tenham feito pré-natal, com apenas uma exceção, consultas e recebido informações sobre o Aleitamento Exclusivo, tendo como referência o Posto de Saúde da Família, o que predominou foi a prática do Aleitamento Misto. Assim, quase todas as crianças recebem igualmente a mesma quantidade de massa e de leite em pó.

Contraditoriamente, as mães oferecem o peito à criança porque o “leite é forte”, e pouco depois, antes de completar o 6º mês, retiram do peito a criança porque o “leite é fraco”.

Resultado: dos 37 bebês das mães entrevistadas que ainda mamam apenas um é beneficiado com a prática do aleitamento exclusivo. O que os números revelam, não pode ser traduzido em culpa apenas das nutrizes, pois há fatores externos de natureza histórica e sócio-econômica que condicionam o seu comportamento, acelerando o desmame.

Mas a cruz é boa, e tem que ser carregada por todos, sejam profissionais de saúde, administradores das políticas públicas, ou cidadãos comuns. Por sua vez, as mães precisam estar cada vez mais cientes dos seus direitos de nutrizes, desde a licença pós-parto até a sua participação efetiva na determinação de programas sociais voltados para a saúde da mulher e do seu mais forte aliado (desde que exclusivamente amamentado): o seu bebê.

Portanto, não custa repetir um doce apelo às mães nutrizes: não deixe o seu bebê fora do peito, AME-o sempre.

## REFERÊNCIAS

- ABEVILLE, C. D'. **História da missão dos padres capuchinhos na ilha do Maranhão e terras circunvizinhas**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1975, p. 75-224,.
- AKRÉ, J. **Alimentação infantil**: bases fisiológicas. São Paulo: IBFAN; Instituto de Saúde de São Paulo, 1994. 97 p.
- ALENCAR, Eunice M. L. **A criança na família e na sociedade**. Petrópolis: Vozes, 1982, p. 38-51.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, Suplemento, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- \_\_\_\_\_. Bancos de Leite Humano: o estabelecimento de um novo paradigma. In: **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura, cap. 4, Biblioteca Virtual em Saúde Aleitamento Materno. Disponível em: <[www.bvs.gov.br](http://www.bvs.gov.br)>. Acesso em: 13 ago. 2006.
- \_\_\_\_\_. Leite fraco: um problema da mama ou da cultura. **Masto-Magazine**, v. 2, n. 2. 1998.
- \_\_\_\_\_. Implantação de um centro de referência no Banco de Leite Humano. Projeto do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1985. 27p.
- \_\_\_\_\_; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.6, n. 71-5, 1998.
- ALMENDRA, Dinalva Sepúlveda. **O desmame precoce em crianças residentes em área favelada: estudo realizado em menores de um ano de uma favela da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Néri; UFRJ, 1981. 199 p.
- ALVES, Andréa K. de Lima. A importância do aleitamento. **Revista NUTRIWEB**, Campinas, v.1, n.1, set./out. 1999.
- ASQUITH, M. T.; PEDROTTI, P. W. Breastfeeding abstracts: a newsletter for the medical professionals. **Schaumburg: La Leche League International**, v. 5, 1986.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado, o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
- BALMER, S. E.; WHARTON B. A. Human milk banking at Sorrento Maternity Hospital, Birmingham. **Arch Dis Child.**, n. 67, p. 556-9, 1992.
- BARATA, J. O Banco de Leite Humano em 15 anos. In: INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA, 1, **Anais**. p. 41-52. 1960.
- BAUM, JD. **Quality control of human milk bank**. Oxford: Department of Paediatrics of the University of Oxford, 1980.

BARROS FILHO, Adelino Ferreira de et.al. Avaliação do desmame nos primeiros seis meses de vida. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) Universidade Federal do Maranhão - São Luís, 2003.

BÍBLIA. Êxodo. Português. Bíblia sagrada. Versão dos monges de Maredsous (Bélgica). São Paulo: Ave Maria, 1988, p.101-143.

BITAR, M. A. F. Aleitamento materno: um estudo etnográfico sobre os costumes crenças e tabus ligados a esta prática. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Pará – Belém, PA 1995.

BITAR, M. L. Caracterização da saúde de crianças atendidas em creches e prevenção dos distúrbios de comunicação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.28, n. 1, fev. 1994.

BOSI, Maria Lúcia M.; MACHADO, Márcia Tavares. Fortaleza: **Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 1, n. 1, jul./dez., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília: DAB, 2007. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 10 jul. 2006.

\_\_\_\_. Ministério da Criança. Projeto Minha Gente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1991.

\_\_\_\_. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. **Aleitamento materno e orientação para o desmame**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 80 p.

BRESOLIN, A. M. B. et al Higiene alimentar In: \_\_\_\_\_. **Pediatria em consultório**. São Paulo: Savier, 1984, p. 38-67.

CARDIM, F. **Tratados da terra e gente do Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1980.

CARVALHO, M. R. de. **Últimos dados sobre a situação do aleitamento materno o Brasil. Amamentação**. Disponível em: <[www.aleitamento.med.br](http://www.aleitamento.med.br)>. Acesso em: 12 set. 2006.

CONTRERAS, L. J. et al. Disminución de la morbilidad en neonato pretérmino alimentados con leche de su propia madre. **Bol Med Hosp Infant Mex**, 49:10:671-7, 1992.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

CRESPIN, J. **Puericultura: ciência, arte e amor**. São Paulo: Fundação Byk, 1992. 921p.

DETTWYLER, Katherine. **Uma visão antropológica**. Clínica Interdisciplinar de Apoio à Amamentação. S. Paulo, 2003. Disponível em: <[www.aleitamento.com](http://www.aleitamento.com)>. Acesso em: 9 set. 2006.

ESCOBAR, Ana Maria de Ulhôa et al. **Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais**: fatores que levam ao desmame precoce. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2002.

EWBANK T. **Vida no Brasil ou diário de uma visita à terra do cacauero**. São Paulo: Edusp, 1976.

FAO/OMS. **Alimentación y nutrición**: creación de um mundo bien alimentado. [Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación] Roma, 1992.

FRANÇA, Sérgio. **Mitos e verdades sobre a amamentação**. Rio de Janeiro: Clínica Interdisciplinar de Apoio à Amamentação, 2003.

FREYRE, G. **Casa grande e senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 20. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, cap. 4, p.282-379, 1980.

GIUGLIANI, Elsa R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, v. 76, Suplement.3, 2000 S239. Disponível em: <[www.jpmed.com.br](http://www.jpmed.com.br)>. Acesso em: 08 ago. 2006.

GREINER, T. **History of breastfeeding**. New York: WABA-World Alliance for Breastfeeding Action, 1998. 4p. (Breastfeeding Papers).

HABICHT, J. P; DA VANZO, J; BUTZ, W. P. Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? **Am J Epidemiol.**, n. 123, p.279-90. 1986.

HOLANDA, A. B. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

HUFFMAN, S. L; LABBOK M. H. Breastfeeding in family planning programs: a help or a hindrance. **Int J Gynecol Obstet.** 47 Suppl: S23-S32. 1994.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v. 10, n. 4, p. 578-85, jul./ago. 2002.

JELLIFFE, DB & JELLIFFE, E. F. P. **Human milk in the modern world**. Oxford: Oxford University Press, 1979.

LA GUARDIA, Lina S.; LUCCHINI, Egídio. **Asili nido in Italia**: il Bambino de 0-3 anni. Milano: Marzorati, 1980.

LAWRENCE, R. A. **Breastfeeding: a guide for the medical profession**. St. Louis: Mosby, 1994.

LINTON, R. **O homem**: uma introdução à antropologia. São Paulo: Martins Fontes, 1981.



LO C. W.; KLEINMAN, R. E. Infant formula, past and future: opportunities for improvement. **Am J Clin Nutr.**, 63:646S-50S, 1996.

MALDONADO M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1981.

MALLOY, M. H.; GRAUBARD, B. **Predictors of rehospitalization among very low birth weight infants**. Clin. Res., 1993, p. 41-791.

MARQUES, Cesar. **Dicionário histórico-geográfico da província do Maranhão**. 3 ed. Rio de Janeiro: Fon-Fon e Seleta, 1970, p. 559.

MARTINS FILHO, José. Evolução do aleitamento materno no Brasil. In: RÊGO, J. D. **Aleitamento materno**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 688 p.

MONSON, M. R. R. **Os bancos de leite e a política de aleitamento materno na década de oitenta no Brasil** (filme-vídeo). 1 cassete VHS, 34min., color., sonoro. Rio de Janeiro: Núcleo de Vídeo – CICT/Fundação Oswaldo Cruz, 1992.

MOTA, Joaquim A. C. **Ideologia implícita no discurso da amamentação materna e estudo retrospectivo comparando crescimento e morbidade de lactentes em uso de leite humano e leite de vaca**. Belo Horizonte: UFMG, 1990.

NANTES, M. **Relação de uma missão no Rio São Francisco**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979.

ORLANDI, O. V. **Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

PEREIRA, R. Carta do padre Ruy Pereira aos parires e irmãos da Companhia na Província de Portugal, da Bahia a 15 de setembro de 1560. In: **CARTAS avulsas, 1550-1568: Azpilcueta Navarro e outros**. Belo Horizonte, Itatitáia ; São Paulo: EDUSP, 1988, p.281-299.

PINTO, E. A.; BARROS FILHO, A. A.; BARROS, M. B. Fatores de risco para diarreia persistente em crianças hospitalizadas. **Arq. Gastroenterol.**, 35:126-31, 1998.

RAMINELLI, R. Eva Tupinambá. In: PRIORE, M. D., BASSANEZI, C. **História das mulheres no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Contexto; 1997.

REA, M. F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev. Saúde Pública**, 24 (3): 241-9, 1990.

REIS, Magali. As Divinas tetas: amamentação, um direito! (ou um dever?). **Rev. Nas Redes da Educação**. Campinas: Lite; FE; Unicamp, 2006. Disponível em: <[www.lite.fae.unicamp.br](http://www.lite.fae.unicamp.br)>. Acesso em: 10 ago. 2006.

RICCIO, Fernanda Verena de Sá et al. Relação da escolaridade da mãe e das informações no pré-natal e o aleitamento materno. Disponível em: <[www.seminarioicuesc.com.br](http://www.seminarioicuesc.com.br)>. Acesso em: 12 ago. 2006.

SACHDEV, H. P. S. et al. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. **Lancet**, 337:929-33, 1991.

SANTOS, Vera Lúcia Fugita et al. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 5, 2005. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 8 set. 2006.

SANTOS FILHO, L. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: HUCITEC; EDUSP, 1991.

SEGRE, C. A. M. Banco de leite humano: análise de 11 anos de funcionamento. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, 49:5-6, 1980.

SHORT, R. **Amamentação, fertilidade e crescimento populacional**. São Paulo: UNICEF; IBFAN, 1997.

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

SILVA, I. A. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

TOMA, T. S. **Violando a Norma 1996**: Relatório Nacional das Violações à Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes. São Paulo: IBFAN; UNICEF, 1996.

TONIAL, Sueli Rosina; SILVA, Antônio Augusto Moura da. **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no maranhão**. São Luís: UFMA, 1997. 112 p.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Relatório da Situação da infância brasileira**. Brasília: UNICEF, 2006. p. 9-15.

VASCONCELOS, Miriam; VENTURA, Sidneuma M. **Dê de mamar a seu filho**. Fortaleza: Folheto Educativo; Serviço de Pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará, 2005.

VINAGRE, Roberto D; DINIZ, Edna MA; VAZ, Flávio A. C. Leite humano: um pouco de sua história. São Paulo: Departamento de Pediatria da FMUSP, **Revisão e Ensaio**, 23(4): 340-5, 2001. Disponível em: <[www.pediatriasaopaulo.usp.br](http://www.pediatriasaopaulo.usp.br)>. Acesso em: 10 ago. 2006.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Breastfeeding and use of water and teas. Geneva, 1991.

\_\_\_\_\_. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization, 1998.

ZURAYK, Y. K.; SHEDID, H. E. The trend away from breastfeeding in a developing country, a woman's perspective. **J Trop Pediatr.**, n. 27:237- 44. 1981.

## APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

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

**“PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO ENTRE MÃES DE PERIZ DE BAIXO”**

QUESTIONÁRIO

Situação Sócio-Econômica

**1. Escolaridade materna:**

- Nenhuma  
 1 a 4 anos  
 5 a 6 anos  
 Outro \_\_\_\_\_

**2. Ocupação da mãe:**

- Do lar  
 Lavradora  
 Empregada doméstica  
 Outro \_\_\_\_\_

**3. Renda familiar:**

- Menor que 1 salário mínimo  
 1 a 2 salários  
 2 a 3 salários  
 Acima de 3 salários

**4. Número de pessoas no domicílio:**

- Até 3  
 De 4 a 6  
 Mais de 6

**5. Número de filhos:**

- 1  
 2 a 5  
 Acima de 5

**6. Fez pré-natal?**

- Sim.  
 Não

**7. Onde? \_\_\_\_\_**

**8. Caso sim, quantas consultas? \_\_\_\_\_**

Fontes de informação

**9. Você já recebeu alguma informação sobre aleitamento materno?**

- Sim  
 Não

**10. Caso sim, qual a fonte?**

- Durante o Pré-natal  
 Médico  
 Enfermeira  
 ACS  
 Aux. de Enfermagem

Práticas de AM

**11. Qual a idade atual do seu filho? \_\_\_\_\_**

**12. Seu bebê mamou/mama no peito?**

- Sim, ainda mama  
 Sim, mamou / até que idade? \_\_\_\_\_  
 Não, nunca mamou

**13. Se ainda mama no peito, além do AM recebe outro alimento?**

Sim       Não

**14. Caso não tenha feito AME até o 6º mês, ou não amamentado, por que ofereceu outro alimento?** *(Preencher também no caso de crianças com menos de 6 meses e que não esteja mais em AME)*

---

---

---

**Que alimento foi/é oferecido?**

Chá       Leite em pó       Suco       Água

Massa       Leite de vaca in natura

Outros \_\_\_\_\_

---

**15. Caso tenha mantido ou mantenha, por que manteve o AME até o 6º mês de vida?**

---

---

---

**16. Você recebeu algum incentivo na família para alimentar exclusivamente seu bebê?**

Sim

Não

**17. Você utilizou algum tipo de estimulante? Caso sim, qual?**

Sim \_\_\_\_\_

Não

**Classificar o tipo de aleitamento materno até o 6º mês de vida**

AME       AMP       AMM       AA

APÊNDICE B - 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**

Orientador(a): Profª Drª Mônica Elinor Alves Gama E-mail: mgama@elo.com.br  
End: Rua das Acácias Qd-39 C-7 Renascença-I. CEP: 65075-010. Fone: (98) 3235-1557  
Pesquisadores: Irinete Chaves Silva  
Ana Cristina Guimarães Catarino

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa/HU-UFMA: Wildoberto Batista Gurgel  
End. do Comitê: Rua Barão de Itapary, 227 – Centro. Fone: (98) 32191233

**PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO ENTRE MÃES  
DE PERIZ DE BAIXO / BACABEIRA-MA**

Prezada Sra., estamos realizando uma pesquisa sobre as práticas de aleitamento materno entre mães de crianças menores de 1 ano, que são atendidas pelo Programa Saúde da Família em Periz de Baixo. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sra. que ajudarão a conhecer essa situação e permitirão o planejamento de ações específicas, voltadas para a realidade desta comunidade. As informações fornecidas serão usadas apenas para essa pesquisa, não sendo divulgados dados que identifiquem os participantes. Sua participação não implicará em custos. Caso a Sra. desista de participar, não haverá nenhum prejuízo ao seu cuidado prestado nesse serviço. A Sra. pode se recusar a responder qualquer questão que lhe cause constrangimento. Agradecemos a sua participação.

Eu, ....., declaro, após ter sido esclarecida e entender as explicações que me foram dadas, que concordo em participar da pesquisa, dando informações referentes às práticas do aleitamento materno. Fui informada que está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa, não havendo riscos ou desconfortos a mim, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado; foi garantido o sigilo e a privacidade das informações que forneci e que não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Periz de Baixo-Bacabeira, ..... de ..... 2006

---

Assinatura e carimbo do  
pesquisador responsável

---

Assinatura da participante  
ou responsável

End.: Posto de Saúde Francisco Martins de Sousa  
Av. Brasil, s/n. - Periz de Baixo

ANEXO

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO