

ANTÔNIA LÚCIA NUNES DE ARAÚJO
HELOÍSA MARIA LIMA GONÇALVES
RAFAELLA CANNESA RIBEIRO DINIZ
WANESSA CRISTINA FILGUEIRAS FONSECA

**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM CRIANÇAS
DE PASTOS BONS - MARANHÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização
em Saúde da Família da LABORO – Excelência em
Consultoria e Pós-Graduação para obtenção do
Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm

São Luís
2006

1 INTRODUÇÃO

Sendo a alimentação uma necessidade humana básica e um dos requisitos básicos para promoção, proteção e recuperação da saúde, e estando diretamente ligada ao processo nutricional e ao favorecimento do crescimento e desenvolvimento adequado do ser humano, torna-se de importante relevância o conhecimento da alimentação correta nas diferentes fases da vida.

Os primeiros anos de vida de uma criança são caracterizados pelo crescimento acelerado e importantes aquisições no processo de desenvolvimento de capacidades psicomotoras e neurológicas, tornando-se inquestionável a importância da alimentação da criança nessa fase da vida, uma vez que deficiências nutricionais ou condutas inadequadas quanto à prática alimentar podem levar a prejuízos à saúde da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (1994), o aleitamento materno é a alimentação ideal para garantia da saúde da criança até os seis meses de idade, visto que este contém todo suporte nutricional favorável ao crescimento e desenvolvimento saudável destas, constituindo completa fonte de energia, além de ser isento de contaminações e de oferecer proteção imunológica, ainda imatura nos recém-nascidos.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, grande parte das crianças brasileiras inicia a amamentação ao peito nas primeiras horas de vida (cerca de 97%); no entanto, o desmame ocorre precocemente, com introdução de águas, chás, sucos e outros leites, o que aumenta os índices ainda insatisfatórios de aleitamento materno exclusivo (AME), apesar dos relevantes progressos.

São inúmeros os benefícios que a prática do aleitamento materno oferece, tanto para o crescimento e desenvolvimento, como para a mãe, criança, família, do ponto de vista biológico e psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O aleitamento materno exclusivo é considerado um período de 0 a 6 meses em que a criança só recebe leite materno, devendo ser complementado a partir destes com alimentos apropriados até os dois anos de idade, o que oferece um potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Sabe-se que, se as práticas de AME fossem seguidas, bem como as respectivas recomendações, além dos ganhos incalculáveis para a saúde, nutrição e bem-estar das crianças, a

despesa das famílias com crianças em idade de amamentação seria bastante reduzida, visto que são grandes os problemas inerentes à alimentação e à nutrição inadequadas, onde nos países em desenvolvimento, cerca de 55% das mortes infantis estão ligadas à desnutrição.

Essas evidências trazem preocupações à saúde pública, tanto para os países ricos que ainda mantêm elevadas as taxas de desmame precoce, mas especialmente para os mais pobres, que concentram classes sociais menos favorecidas e ainda altos índices de baixo peso ao nascer (ALVES, 2004).

O não aleitamento e/ou desmame precoce muitas vezes acontecem devido ao desconhecimento das leis que amparam a prática do aleitamento por parte das mães e o não cumprimento dessas leis garantidas na Constituição por parte dos empregadores.

Para Rego (2001), a Legislação Brasileira também evoluiu, criando leis que asseguram plenos direitos às mulheres que desejam amamentar, tais como:

- ✓ Licença maternidade e licença paternidade;
- ✓ Direito as presidiárias de permanecer com o filho durante o período de amamentação;
- ✓ Obrigatoriedade do alojamento conjunto;
- ✓ Norma Brasileira para comercialização de alimentos para lactentes;
- ✓ Estatuto da Criança e do Adolescente.

De acordo com Tudisco (1998), nos últimos vinte anos, a situação do aleitamento materno no Brasil retrata que apesar do aumento das taxas de amamentação, a prevalência e duração dessa prática estão muito aquém do recomendado, sendo a duração do aleitamento materno, em média, inferior a um ano.

O Programa Nacional de Aleitamento Materno, criado em 1981 e que inclui atividades que protegem e promovem a prática da amamentação, como a criação da Legislação Trabalhista que garante a licença maternidade, o controle de marketing do substituto do leite materno, a utilização da mídia como incentivo ao AME, a produção de materiais informativos de aconselhamento e principalmente da capacitação do profissional de saúde, foi criado como medida de incentivo à prática do aleitamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1981).

Por último, o Ministério da Saúde (2005), por meio da Coordenação de Atenção à Saúde da Criança, apresentou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança, como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com as mesmas, com a

finalidade de organizar a assistência prestada à população infantil, promovendo qualidade de vida para estas, tendo como um dos pontos de linha de cuidado de atenção à saúde da criança, o incentivo ao aleitamento materno.

Para Giugliane (2000), a promoção do aleitamento materno deve ser vista como uma ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias, entretanto, as estratégias de promoção da amamentação devem adaptar-se à cultura das populações, a seus hábitos, às suas crenças, à posição sócioeconômica, entre outros aspectos, visando sempre ao objetivo maior que é a conscientização de sua importância.

Então, considerando-se que o AME é o alimento ideal e completo para o lactente menor de seis meses, visto que contém todo suporte nutricional necessário para o crescimento e desenvolvimento saudável destas crianças nos primeiros anos de vida, entende-se como relevante a proposta deste estudo que consiste em investigar a prevalência do AME em crianças até o sexto mês de idade em uma cidade do Maranhão.

A escolha do tema deu-se diante da vivência no Programa de Saúde da Família, onde observou-se um determinado número de mães que não praticavam o Aleitamento Materno Exclusivo durante o tempo preconizado pelo Ministério da Saúde, visto que o AME é um fator de grande importância para um bom crescimento e desenvolvimento infantil e que a sua não realização contribui de forma negativa para sérios danos à saúde das crianças. Então buscando-se subsídios para a realização de ações educativas e de incentivo ao AME é que ressaltamos a importância deste estudo.

2 OBJETO DE ESTUDO

Aleitamento Materno Exclusivo em crianças de Pastos Bons - Ma.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar o Aleitamento Materno Exclusivo em crianças do município de Pastos Bons – MA.

3.2 Específicos

- ✓ Identificar as características sócio-econômicas e demográficas das mães;
- ✓ Identificar as características dos menores estudados quanto ao peso/AME;
- ✓ Medir a prevalência do aleitamento materno exclusivo através da duração deste e início da introdução de alimentos complementares ao leite materno;
- ✓ Conhecer a orientação e assistência recebida durante o pré-natal e o puerpério;
- ✓ Comparar a relação existente entre a duração do AME e a realização do pré-natal pelas mães;

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Considerações sobre aleitamento materno

4.1.1 Amamentação

A amamentação (ato de amamentar) é a maneira natural da mãe alimentar o bebê nos primeiros meses de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo Leoni (2001), a amamentação ao seio não se limita apenas ao funcionamento de elementos nutricionais, anti-infecciosos específicos e não específicos ao bebê, assim como facilita e estimula o apego íntimo entre mãe e o filho. O ato de amamentar encerra um comportamento de evocação de cuidados como dá alimentos, contato oral, contato corpo a corpo e calor físico. Isto leva a interações psicofisiológicas entre ambos, as quais influenciam não só o relacionamento mútuo, durante este período, como o desenvolvimento da vida futura desta criança.

O preparo para que a amamentação aconteça efetivamente deve iniciar durante a gestação no período de realização da assistência pré-natal, visto que este é um período de contato mais próximo com a gestante. O trabalho de incentivo ao AME pode acontecer individualmente durante as consultas ambulatoriais, visitas domiciliares ou coletivamente, através de palestras ou reuniões de grupo.

As equipes de atenção básica devem estar capacitadas para garantir orientações adequadas às gestantes quanto aos benefícios da amamentação precoce e sob livre demanda, os riscos do uso de chupetas e bicos artificiais, o correto posicionamento, pega correta e dificuldades durante o processo de amamentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Estudos demonstram que crianças amamentadas exclusivamente ao seio são menos acometidas por doenças como diarreia e desidratação (LANA, 2001).

4.1.2 Leite materno

O leite materno é o alimento ideal para o lactente, pois contém todos os nutrientes, inclusive água, que a criança precisa nos seis primeiros meses de vida, além também de conter

anticorpos que protegem o organismo da criança contra infecções. A promoção do aleitamento materno é, por esse motivo, um dos elementos fundamentais na redução da mortalidade infantil (TONIAL et al, 1997).

Segundo Vinagre e Diniz (2001), é indiscutível a importância do leite materno na alimentação infantil, já que contém todos os nutrientes necessários na quantidade adequada para o sustento do bebê nos primeiros seis meses de vida. Dentre os componentes que estão presentes no leite materno, encontramos proteína, gordura, lactose, vitaminas, ferro, água, quantidades adequadas de sais como cálcio e fósforo, enzima especial (lipase) que digere a gordura, além de ser de fácil digestão e absorção.

Segundo a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança (2005), existem evidências científicas atuais que comprovam que o leite humano proporciona um melhor desenvolvimento infantil.

4.1.3 Padrões de aleitamento materno

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), as categorias do aleitamento materno podem ser:

- ✓ Exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, seja diretamente do seio ou ordenhado, e nenhum outro alimento líquido ou sólido, com exceção de gotas de xarope, de vitaminas, minerais e/ou medicamentos;
- ✓ Predominante: quando o lactente recebe, além de leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos ou chás;
- ✓ Alimentação complementar: recebe além de leite materno, alimentos sólidos ou semi-sólidos, incluindo leite não-humano;
- ✓ Desmame: quando a criança recebe qualquer tipo de alimento ou bebida, como água ou chás;
- ✓ Desmame precoce: quando a criança recebe outro alimento além do leite materno antes do sexto mês de vida;
- ✓ Não recebe leite materno: quando o leite materno não faz parte da dieta da criança.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (2004) recomendam que o bebê seja amamentado exclusivamente ao seio até os seis meses de vida.

O AME é uma forma segura, econômica e emocionalmente satisfatória de alimentar os bebês, especialmente em países subdesenvolvidos (MASCARENHAS et al, 2006).

4.1.4 Como e quando amamentar

Existem dois indicativos da amamentação correta: uma boa posição e uma boa pega.

Considerando que o ato de amamentar é um ato de prazer, tanto para a mãe quanto para o bebê, é importante que a posição para os dois seja confortável, além de indicar uma amamentação efetiva. Para isto, a mãe deve apoiar as costas com almofadas ou travesseiros; o bebê deve estar posicionado sobre o colo da mãe de modo que o corpo da criança esteja voltado para o da mãe encostando “barriga com barriga”, de modo que todo corpo do bebê receba sustentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1981).

Após o posicionamento correto, outro ponto que deve ser observado é a pega adequada, que consiste no bebê abocanhar toda a aréola mamária, com o lábio inferior virado para fora (“boca de peixe”) e o queixo tocando no seio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1981).

É importante ressaltar que ao amamentar, a mãe não sente dor, caso isto aconteça sinaliza que a pega está incorreta.

Aconselha-se que a primeira mamada aconteça o mais precocemente, e se possível na primeira hora após o parto, garantindo alojamento conjunto por 24 horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Outro ponto importante é orientar a mãe que não existe horário de mamadas, desencorajando horários pré-estabelecidos como de 3/3 horas. A mama deve ser oferecida sempre que o bebê desejar. É importante que a criança esvazie a mama, pois o leite do final da mamada – leite posterior – contém mais calorias e sacia a criança (CARVALHO, 2005).

4.1.5 Até quando amamentar

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), o leite materno deve ser mantido até os dois anos de idade. Bastos (2005), afirma que o leite materno é completo do ponto de vista nutritivo, é mais higiênico porque da fonte de produção vai diretamente para boca da criança, portanto é livre de contaminação, é de fácil digestão, está na temperatura certa, facilita a evolução

pós-parto do útero, exerce efeito contraceptivo, dispensa o uso de uma variedade de utensílios necessários à alimentação artificial.

A partir do sexto mês de vida os requerimentos nutricionais aumentam e a adequada introdução de alimentos complementares ao leite materno é fundamental para a manutenção do crescimento infantil. Quando isso não ocorre os benefícios do aleitamento para o estado nutricional infantil começam a ser perdidos, pois o processo de crescimento continua bastante acelerado (OMS/UNICEF, 1979).

4.1.6 Primeira Semana Saúde Integral

A primeira semana de vida criança é uma ação prioritária de vigilância à saúde da mãe e do bebê e de fundamental importância para o incentivo, orientação e apoio a amamentação. Na Primeira Semana Saúde Integral todo recém-nascido deve ser acolhido na Unidade Básica de Saúde para checagem dos cuidados tanto para mãe quanto para a criança, ressaltando-se a importância dessa abordagem na primeira semana e primeiro mês, quando ocorre grande parte dos problemas que levam ao desmame precoce. A equipe deve estar atenta para ouvir a mãe, evitando julgar o que por acaso esteja sendo feito de errado, elogiar o que tiver sendo feito certo e sugerir formas de corrigir o errado, sem dar ordens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

O estudo proposto é do tipo analítico transversal, por permitir ser repetido, acompanhar as tendências locais e as mudanças em relação ao aleitamento materno, tendo abordagem quantitativa.

5.2 Local de estudo

Foi realizado no município de Pastos Bons que fica localizado às margens da BR-230 com uma população estimada de 16.424 habitantes (IBGE, 2004), tendo como vizinhos os municípios de Nova Iorque, Sucupira do Norte, São Domingos do Azeitão, São João dos Patos e Paraibano. Localizado na microrregião das Chapadas do Alto Itapecuru na região Leste Maranhense. Possui clima equatorial e tem a caatinga como cobertura vegetal predominante. A agricultura de subsistência, à pecuária bovina e o comércio são suas principais atividades econômicas.

A infra-estrutura de saneamento básico do município ainda é deficiente para as necessidades da população, mas existe abastecimento de água, coleta de lixo domiciliar na zona urbana e energia elétrica.

A maioria das famílias do município possui baixo poder aquisitivo, utilizando como lazer as praças da cidade, campo de futebol, o ginásio poli-esportivo municipal e o clube para festas de final de semana. No que diz respeito à saúde, o município conta com um hospital municipal, 4 equipes de saúde da família implantadas e 1 PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) disponíveis à população.

5.3 População

A população da pesquisa foi composta por crianças que residem na zona urbana de Pastos Bons e que nasceram no hospital da cidade ou cidades vizinhas no período compreendido entre setembro de 2005 a março de 2006, totalizando 94 crianças. Os dados de nascimento foram

obtidos através da Declaração de Nascidos Vivos (DN). O período destinado a coleta de dados foi o mês de agosto de 2006.

5.4 Etapas da coleta de dados

- ✓ Foram identificadas e caracterizadas pelas autoras da pesquisa as crianças que nasceram no hospital do município de Pastos Bons-MA e/ou cidades vizinhas residentes na zona urbana deste município, através da DN;
- ✓ Após identificação das crianças pela DN, foram agendadas previamente pelo agente comunitário de saúde, visitas domiciliares com as autoras da pesquisa;
- ✓ As mães/cuidadores das crianças estudadas foram entrevistadas pelas autoras da pesquisa observando-se o Aleitamento Materno Exclusivo;
- ✓ Investigou-se as condições sócio-econômicas e demográficas das mães, conhecendo a assistência recebida durante o pré-natal, parto e puerpério e os fatores que contribuíram para o desmame precoce.

5.5 Instrumento

Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), a pesquisa de campo desenvolveu-se por meio de um inquérito domiciliar utilizando-se um questionário padrão elaborado pelas autoras da pesquisa, relacionado às variáveis sócio-econômicas e demográficas, a assistência pré-natal e ao nascimento, as características das crianças recém-nascidas e as relacionadas ao aleitamento materno exclusivo (APÊNDICE C). Assim sendo, primeiramente entregou-se por escrito, a solicitação de autorização dessa pesquisa ao Secretário de Saúde do município com esclarecimentos a respeito da mesma (APÊNDICE A).

Para mensuração do peso das crianças utilizou-se a balança do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) e para avaliação do ganho de peso, o gráfico de peso/idade do cartão da criança padronizado pelo NCHS – National Center for Health Statistics (Anexo A e B).

5.6 Considerações Éticas

Após autorização do Secretário de Saúde foi encaminhado o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra – UFMA, respeitando os critérios éticos previstos pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996). Com o parecer favorável do Comitê, foi iniciada a coleta de dados junto às mães apresentando-se os objetivos da pesquisa, esclarecendo sobre a forma de coleta de dados e a importância desta, pedindo-se sua participação no estudo.

5.7 Análise de Dados

Após concluir a coleta de dados foi efetuada a análise dos mesmos utilizando o programa Excel.

5.8 Custos

As despesas decorrentes para realização deste estudo foram custeadas pelas autoras do referido estudo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

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

Do total de 94 crianças estudadas, na tabela 1, 54,3% são do sexo masculino, a distribuição por idade concentra-se nas crianças de 12 meses com 20,2% e 6,4% das crianças nasceram com baixo peso.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das 94 crianças segundo sexo, idade e peso ao nascer, Pastos Bons-MA, 2006.

Variável	Total	%
Sexo	94	100%
Masculino	51	54,3%
Feminino	43	45,7%
Idade	94	100%
12 meses	19	20,2%
11 meses	16	17,0%
10 meses	11	11,7%
9 meses	13	13,8%
8 meses	9	9,6%
7 meses	15	16,0%
6 meses	11	11,7%
Peso ao nascer	94	100%
Peso Normal	88	93,6%
Peso Baixo	6	6,4%

Vale ressaltar que o índice detectado no Nordeste de crianças com baixo peso ao nascer, em 1998, foi de 7,1%, e no Brasil nesse mesmo ano, foi 7,9%, ambos acima do encontrado na pesquisa (MENDONÇA, 2002).

Na tabela 2, dentre as mães entrevistadas observamos que 41,5% estavam na faixa etária de 26 anos ou mais. Quanto ao estado civil 63,9% das mulheres entrevistadas tinham situação conjugal estável (casada/maritalmente) e possuindo o ensino fundamental incompleto encontramos 47,9% das mães.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das 94 mães segundo faixa etária, estado civil e escolaridade, Pastos Bons-MA, 2006.

Variável	Total	%
Faixa Etária da mãe	94	100%
Menor de 15	0	0,0%
16 a 20	24	25,5%
21 a 25	31	33,0%
26 ou +	39	41,5%
Estado Civil	94	100%
Solteira	33	35,1%
Casada	34	36,2%
Viúva	0	0,0%
Separada	1	1,1%
Maritalmente	26	27,7%
Escolaridade da Mãe	94	100%
Analfabeta	6	6,4%
Ensino Fundamental Incompleto	45	47,9%
Ensino Fundamental Completo	11	11,7%
Ensino Médio Incompleto	8	8,5%
Ensino Médio Completo	21	22,3%
Superior	3	3,2%

O percentual de adolescentes foi de 25,5%, sendo mais baixo que a prevalência referida em São Luís (SIMÕES, 2001). Esse percentual é confirmado pelo IBGE em 2004, que, de acordo com as estatísticas do registro civil do mesmo ano, 20% das crianças que nasceram e foram registrados em 2003 eram filhos de mães adolescentes, o que representa uma preocupação e um alerta para os serviços de saúde tendo em vista os riscos que representam a gravidez na adolescência.

A situação conjugal estável influencia satisfatoriamente quanto uma possível estabilidade familiar, o que pode favorecer a mãe quando da amamentação e dos cuidados com a criança.

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

Há evidências que a escolaridade materna está diretamente relacionada à adoção de comportamentos preventivos, como a prática do aleitamento materno exclusivo (TONIAL, 1997). O que se espera quanto à prática da amamentação, é que as mães que possuam maior escolaridade, amamentem por período maior os seus filhos, devido a maior facilidade de entender as orientações sobre vantagens e características do leite materno, transmitidas por profissionais de saúde ou na convivência com familiares.

Observa-se na tabela 3 que 64,9% das famílias têm rendimento menor que 1 salário mínimo. Em relação à ocupação 55,3% das mães afirmaram que ocupam-se com tarefas do lar. Verificou-se ainda que 79,8% das mães não obtiveram licença maternidade.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das 94 mães segundo renda familiar, ocupação, licença maternidade, Pastos Bons-MA, 2006.

Variável	Total	%
Renda Familiar	94	100%
Menos de 1 Salário Mínimo	61	64,9%
1 Salário Mínimo	19	20,2%
2 Salários Mínimos	10	10,6%
Mais de 2 Salários Mínimos	4	4,3%
Ocupação da Mãe	94	100%
Estudante	3	3,2%
Do Lar	52	55,3%
Doméstica	1	1,1%
Trabalhador Rural	21	22,3%
Servidora Pública	6	6,4%
Comerciante	3	3,2%
Outros	8	8,5%
Licença Maternidade	94	100%
Sim	19	20,2%
Não	75	79,8%

Os dados sobre renda familiar encontrados na pesquisa estão muito próximos do apresentado pelo IBGE/PNAD (1999), no Maranhão, quanto as crianças de 0 a 6 anos, que vivem em famílias de até meio salário mínimo, tendo índices crescentes e alarmantes: 1992 – 47,4%, 1995 – 68,5% e 1999 – 7,1%. Já no Brasil apresentou em 1999, um índice de 39%.

Amamentar representa economia de dinheiro, não devendo a renda familiar interferir na amamentação, em vista que o produto sai direto da “fábrica do consumidor”, então as mães poderiam utilizar o dinheiro poupado para si mesma.

Em se tratando da ocupação dessas mães, importa mencionar, consoante Tonial (1997), que o fato de grande parte das mulheres não estarem trabalhando fora do lar, sugere que a população esteja inserida em um padrão tradicional de família, mais voltada para os cuidados com a prole, fato que contribui para a prática do aleitamento exclusivo.

O grande índice encontrado de mulheres que não obtiveram licença maternidade está relacionado ao fato de que maioria ocupa-se somente com tarefas do lar.

Nota-se na tabela a seguir, que 35,1% das mães entrevistadas possuíam somente 1 filho, e que 37,8% das mães referiram ter filhos com idade entre 1 a 2 anos.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das 94 mães segundo número de filhos e idade dos filhos anteriores, Pastos Bons-MA, 2006.

Variável	Total	%
Nº. de filhos	94	100%
1 Filho	33	35,1%
2 Filhos	25	26,6%
3 Filhos	18	19,2%
4 ou mais Filhos	18	19,2%
Idade dos filhos anteriores	119	100%
1 a 2 anos	45	37,8%
2 a 4 anos	40	33,6%
Mais de 5 anos	34	28,6%

De acordo com a faixa etária dos filhos anteriores relatada pelas mães, comprova-se que o intervalo interpartal entre as crianças do estudo e seu irmão mais novo é inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde, que orienta um intervalo de pelo menos 2 anos.

Segundo Silva (1997), o curto espaçamento entre gestações é um fator de risco para a desnutrição e o baixo peso ao nascer e contribui para reduzir a duração do aleitamento materno.

Na tabela 5, constatou-se que 90,4% das famílias residiam em casas de alvenaria, sendo que 29,8% destas moradias têm 6 ou mais habitantes. Da totalidade das famílias, 95,7% possuem energia elétrica, 97,9% contam com água encanada nos domicílios, sendo que 45,7% das famílias realizam a filtração. Quanto ao destino dos dejetos, observa-se que 69,1% utilizam a fossa como forma de destino final, o que demonstra a maneira inadequada de maior parte das famílias já que somente 6,3% dispõem de sistema de esgoto. No que se refere ao lixo, 64,8% das famílias têm seu lixo coletado.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual das 94 residências segundo tipo de casa, número de pessoas que habitam o domicílio, energia elétrica, abastecimento e tratamento de água, destino dos dejetos e do lixo, Pastos Bons-MA, 2006.

Variável	Total	%
Tipo de casa	94	100%
Alvenaria	85	90,4%
Taipa	2	2,1%
Palha	1	1,1%
Material aproveitado	6	6,4%
Madeira	0	0,0%
Nº. de pessoas que habitam o domicílio	94	100%
2 pessoas	2	2,1%
3 pessoas	23	24,5%
4 pessoas	21	22,3%
5 pessoas	20	21,3%
6 ou mais pessoas	28	29,8%
Energia elétrica	94	100%
Sim	90	95,7%
Não	4	4,3%
Abastecimento de água	94	100%
Água encanada	92	97,9%
Poço	0	0,0%
Outro	2	2,1%
Tratamento de água no domicílio	94	100%
Fervida	2	2,1%
Cloração	30	31,9%
Filtração	43	45,7%
Sem tratamento	19	20,2%
Destino dos dejetos	94	100%
Sistema de esgoto	6	6,4%
Céu aberto	23	24,5%
Fossa	65	69,1%
Destino do lixo	94	100%
Céu aberto	18	19,1%
Coletado	61	64,9%
Queimado/enterrado	15	16,0%

Dos dados encontrados na pesquisa pôde-se notar o grande número de habitantes por domicílio, o que pode em determinada circunstância, afetar o bem-estar da criança.

Conforme Silva (1997), crianças de famílias com abastecimento d'água e saneamento adequados estão mais protegidas, servindo como indicadores para avaliar o bem-estar da população.

No gráfico 1, observa-se que 96,8% das mães referiram que utilizaram o serviço público para realização do pré-natal.

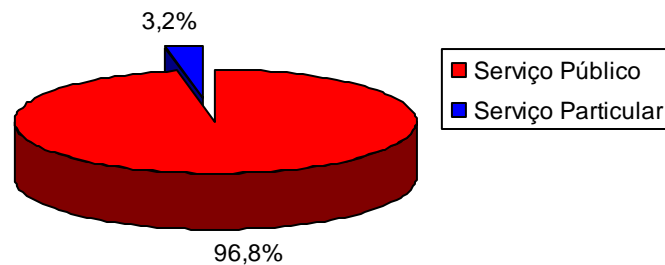


Gráfico 1 – Distribuição percentual quanto ao local de atendimento pré-natal das 94 mães, Pastos Bons-MA, 2006.

O resultado da pesquisa apresentou índice parecido com o do Maranhão em 1996, que foi de 71,8% (COIMBRA E MOCHEL, 1997, p. 32).

Observa-se no gráfico 2, que o tipo de assistência ao parto com maior percentual, foi o de parto hospitalar com 95,7% e que 66% das mães relataram ser multíparas.

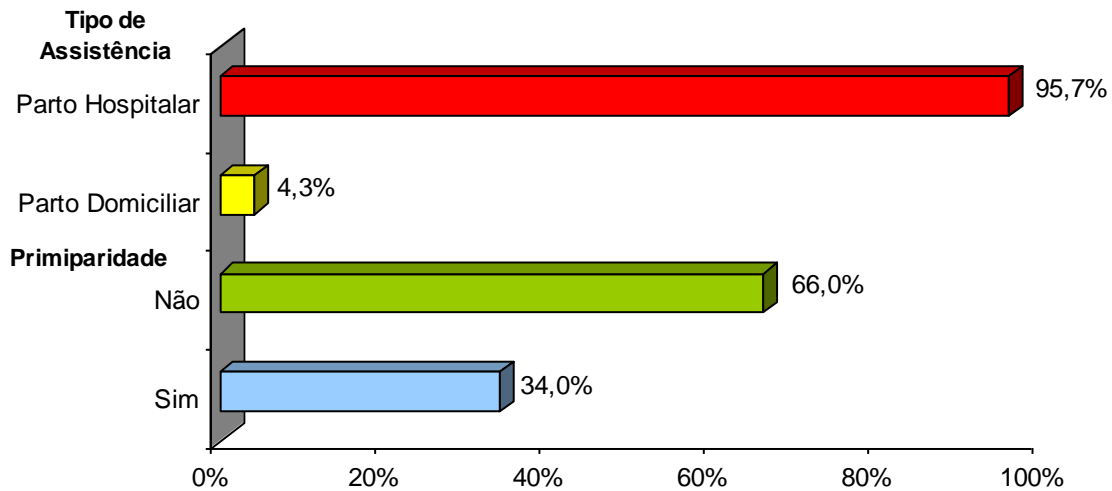


Gráfico 2 – Distribuição percentual das 94 mães quanto ao tipo de assistência ao parto e primiparidade, Pastos Bons-MA, 2006.

O percentual encontrado na pesquisa em relação ao tipo de assistência ao parto foi acima do constatado no estudo de Sousa (1995), no município de São Luís, onde a assistência hospitalar ao parto foi de 94,6%.

Afirmando o dado encontrado sobre multiparidade, Coelho (2003), revela que nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo.

Apesar de estar definido na NOAS/SUS-2001 que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher, muitos municípios não têm conseguido implantar e implementar estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais para a população, de introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando a escolha livre e informada, assim como garantir o acompanhamento das usuárias para termos uma redução na taxa de fecundidade.

De acordo com Monte Alto (2004), uma educação em aleitamento materno trabalhada desde o pré-natal é extremamente útil e eficaz, principalmente em primigestas, ao serem orientadas de forma particularizada nas técnicas de aleitamento materno, que fortalecem a autoconfiança das gestantes.

Verifica-se no gráfico 3, que de todas as mulheres que realizaram consulta de pré-natal, 64,9% realizaram 6 ou mais consultas.

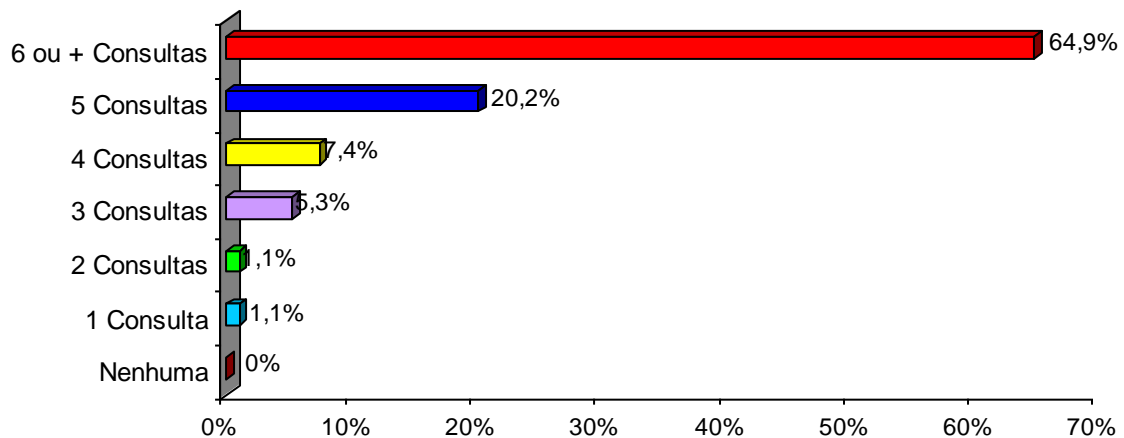


Gráfico 3 – Distribuição percentual das 94 mães quanto ao número de consultas de pré-natal, Pastos Bons-MA, 2006.

Desde a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIH) registra-se uma tendência de aumento do número de consultas de pré-natal, especialmente a partir de 1997. Em dezembro de 2002 foram registradas 4,4 consultas de pré-natal para cada parto (DATASUS, 2003).

Segundo Ministério da Saúde (2002), a gestante tem direito de no mínimo 6 consultas de pré-natal. No estudo realizado na zona urbana do município de Pastos Bons, o número de consultas está muito próximo do recomendado pelo Ministério da Saúde, o que sugere maior possibilidade de incentivo à prática do AME.

Rego (2001), afirma que o pré-natal é importante tanto na avaliação de condições de saúde da gestante e da criança, como no acompanhamento de intercorrências na gravidez e detecção precoce de patologias, visando assim a prevenção de complicações futuras.

Observa-se no gráfico 4, que 100% das mães receberam orientação quanto ao aleitamento materno exclusivo no pré-natal. No puerpério 91,5% das mães foram orientadas.

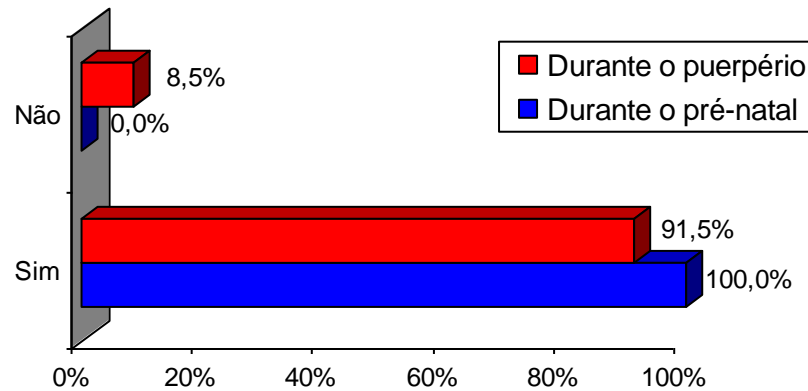


Gráfico 4 – Distribuição percentual das 94 mães segundo o recebimento de orientações quanto ao AME durante pré-natal e puerpério, Pastos Bons-MA, 2006.

Ministério da Saúde (2001), cita que a abordagem durante o pré-natal é de fundamental importância para as orientações sobre como o leite é produzido, a importância da amamentação precoce e sob livre demanda, os benefícios da amamentação e que no puerpério o incentivo, a orientação e o apoio à amamentação continuem.

Em relação ao profissional que mais orientou quanto ao aleitamento materno exclusivo, percebe-se no gráfico 5, o enfermeiro destacando-se no pré-natal com 100% e, no puerpério, com 85,1%. Logo após o agente comunitário de saúde com 66% no pré-natal e 57,4% no puerpério.

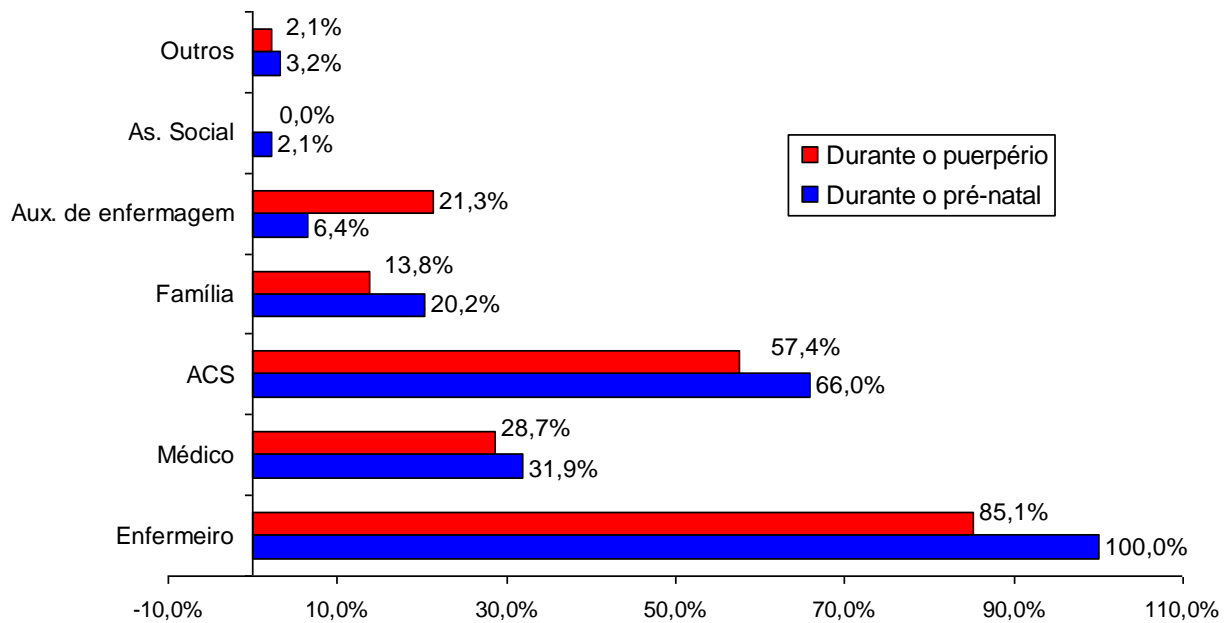


Gráfico 5 – Distribuição percentual das 94 mães segundo referência ao profissional que orientou sobre o AME durante o pré-natal e puerpério, Pastos Bons-MA, 2006.

Faz-se necessário ressaltar a atuação do profissional enfermeiro em todos os momentos quanto as orientações dadas às mães, provavelmente devido à sua formação acadêmica diferenciada mais voltada às ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, que durante o transcorrer do tempo, vem permitindo que esse profissional se destaque no campo de atuação. Cita-se também o desempenho do agente comunitário de saúde, tendo um papel fundamental na divulgação e aplicação das atividades propostas pela equipe estando em permanente contato com as famílias. Deve-se frisar a participação do médico nestes períodos sendo reflexo de sua progressiva inserção no Programa de Saúde da Família e de seu aprimoramento para exercer ações junto à comunidade. Porém tem-se que salientar o quanto foi baixa a participação na orientação sobre o AME dos membros da família, do auxiliar de enfermagem e do assistente social.

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

De acordo com a Lei nº. 94.406/87 do exercício profissional da enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente realizado pelo enfermeiro.

Segundo Ciconi et al (2004), os profissionais de saúde, em especial os da atenção básica, estão sensibilizados quanto à importância do AME, possuindo conhecimentos teóricos sobre o tema, mas apresentam dificuldades para resoluções de questões práticas sobre o manejo da amamentação, o que pode interferir de forma negativa no trabalho desenvolvido de apoio às mães lactantes.

Na pesquisa observa-se, que das crianças estudadas 95,7% foram amamentadas imediatamente após o parto. Em se tratando de aleitamento materno atual, 79,8% dos menores ainda são amamentados no peito.

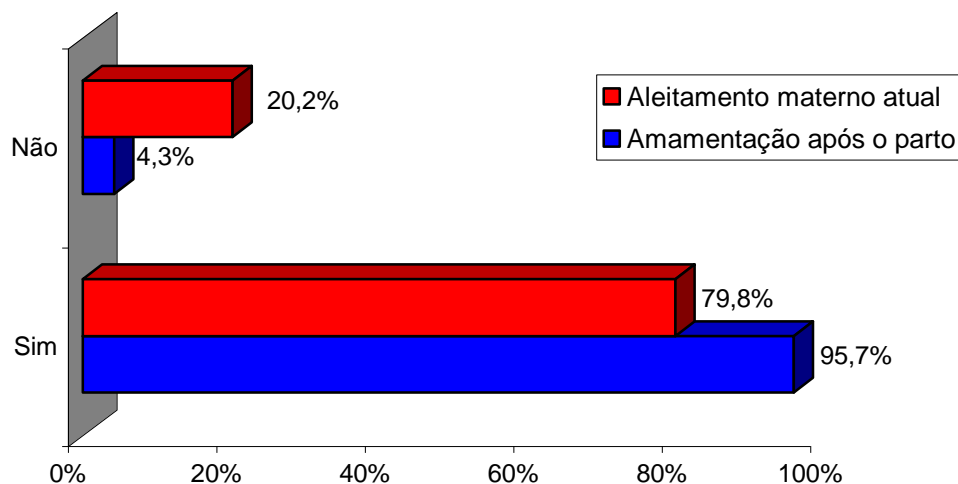


Gráfico 6 – Distribuição percentual das 94 crianças segundo amamentação após o parto e aleitamento materno atual, Pastos Bons-MA, 2006.

O índice de crianças amamentadas imediatamente após o parto, está em conformidade com o aconselhado pelo Ministério da Saúde (2005), que orienta que a primeira mamada aconteça o mais precocemente, se possível na primeira hora após o parto.

Ramos et al (2003), afirma que a mediana de amamentação no Brasil é de cerca de 10 meses.

O real impacto social do aleitamento materno é difícil de ser quantificado. Sabe-se que as crianças que recebem leite materno adoecem menos, necessitam de menos atendimento

médico, hospitalizações e medicamentos, além de menos falta ao trabalho dos pais. Como resultado, a amamentação pode beneficiar não somente as crianças e suas famílias, mais também a sociedade como um todo (REGO, 2001).

No gráfico 7, a duração do aleitamento materno exclusivo teve maior índice até o máximo de 4 meses com 42,6%. Do total da amostra, somente 30,9% mamaram exclusivamente no peito até os 6 meses de idade, como o preconizado pelo Ministério da Saúde (2005).

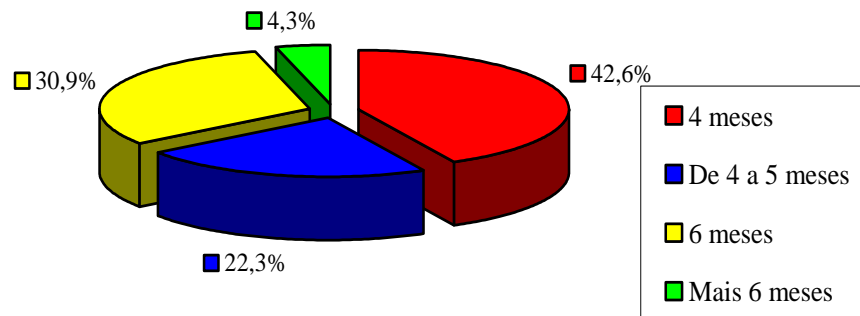


Gráfico 7 – Distribuição percentual da duração do AME e idade em que ocorreu o desmame nas 94 crianças, Pastos Bons-MA, 2006.

Nota-se com esses dados, que ainda é baixa a adesão das mães ao aleitamento materno exclusivo, embora se saiba hoje que o leite materno fornece 100% das calorias necessárias a uma criança até cerca de 6 meses, 50% no segundo semestre e cerca de 34% no segundo ano de vida (UNICEF, 1993).

No Brasil, 33% das crianças eram amamentadas até os 6 meses nos anos setenta, 49% nos anos oitenta e 60% nos anos noventa, mas apenas 13% eram amamentadas exclusivamente, além do que a média de aleitamento exclusivo era de 1,1 mês, em 1999 (HERBIG et al, 2004).

Monteiro (1997), relatou que apesar de todos os esforços para reverter o desmame precoce, ainda é baixa a adesão ao aleitamento exclusivo além dos 4 meses de vida, com índice menor de 60%. Esse dado é considerado grave em relação à duração do aleitamento exclusivo, a precocidade da introdução de outros alimentos, apontando evidências de que iniciativas devem ser promovidas para garantir a amamentação exclusiva.

Apresenta-se na tabela 6, as justificativas de maior frequência para o desmame precoce relatadas pelas mães, que foram: “criança rejeitou” com 32%, “choro do bebê” com 20%, “mãe não quis amamentar” e “nova gravidez”, ambos com 12%.

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual das 31 mães segundo os motivos do desmame precoce, Pastos Bons-MA, 2006.

Variável	Total	%
Motivos do desmame precoce	31	100%
Criança rejeitou o peito	10	32,0%
Mãe não quis amamentar	4	12,0%
Nova gravidez	4	12,0%
Retorno ao trabalho	3	10,0%
Pouco leite	1	2,0%
Sede	1	2,0%
Choro do bebê	5	20,0%
Separação entre mãe e bebê	3	10,0%

Existem, na literatura, muitos motivos relatados, porém percebemos que o desmame está relacionado, principalmente ao despreparo e falta de apoio dos profissionais de saúde.

Nos estudos de Herbig (2004), realizados no Centro-Oeste e Nordeste, acha-se que o desmame precoce seja devido à rejeição da criança: em não querer mamar, enjoar o peito e não gostar de mamar. Ainda no Nordeste acha-se, também, que o leite fica *reimoso* ou *salgado* caso a mãe engravide novamente, além do que “a criança precisa de água, pois tem sede”, já que a água não é considerada como outro alimento.

Soares (2001), avaliou em seu estudo com 100 mulheres primíparas, numa maternidade pública de São Luís, os motivos que levaram as mães de bebês à prática do desmame precoce, obtendo dentre eles, 26,9% “leite fraco”, 20,8% “criança chora muito”, 15% “leite secou”. Se comparado com o estudo realizado em Pastos Bons, nota-se que as razões são diversas.

Quanto ao tipo de alimento que foi introduzido para complementação alimentar no gráfico 8, obteve-se resultados significativos, pois a sopa e o mingau, ambos com 21,6% foram os mais citados, seguidos de água 21,1% e leite em pó 14,1%.

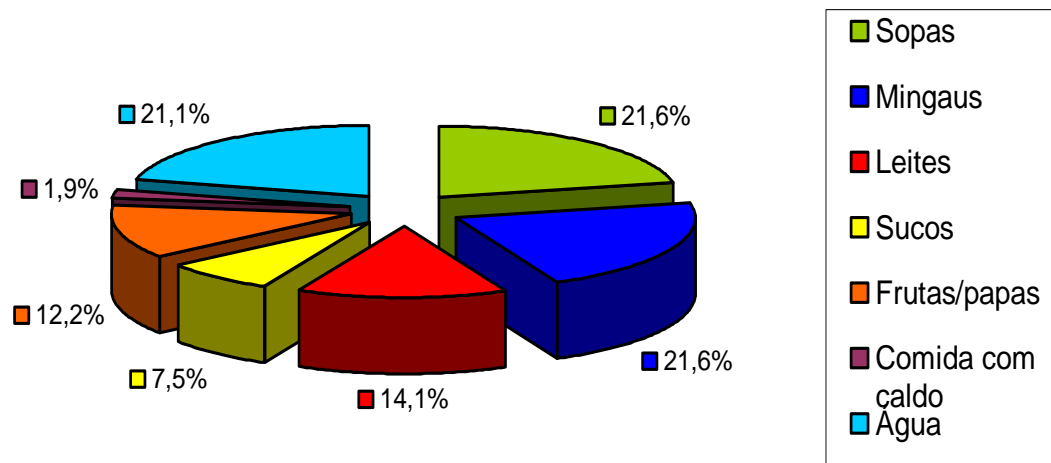


Gráfico 8 – Distribuição percentual dos alimentos introduzidos para complementar o aleitamento materno das 94 crianças, Pastos Bons-MA, 2006.

Segundo Tonial (1997), o baixo poder aquisitivo, a propaganda da indústria alimentícia, os preconceitos alimentares e o desconhecimento do valor nutricional dos alimentos produzidos localmente nas diversas regiões do país, contribuem para a efetivação de práticas alimentares totalmente inadequadas aos requerimentos nutricionais dos primeiros anos de vida.

Nas populações pobres é comum, na dieta dos primeiros meses de vida, a oferta de mingaus e/ou similares que se caracterizam pela baixa densidade nutritiva e elevado volume. Este tipo de alimentação não consegue suprir as necessidades de manutenção do organismo tornando a criança mais exposta às infecções comuns da infância (SHRIMPTON, 1996).

Relacionando-se a duração do aleitamento materno exclusivo com o ganho de peso, detecta-se que 93,3% dos menores que estiveram em AME até 5 meses apresentaram baixo peso, em contrapartida, 40,6% dos que mamaram até o 6º mês apresentaram peso normal.

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual das 94 crianças relacionando a duração do aleitamento materno exclusivo com o ganho de peso, Pastos Bons-MA, 2006.

Variável	Total	A.M.E.							
		Menos de 4 Meses	%	4 a 5 Meses	%	6 Meses	%	Mais 6 Meses	%
B.P.	15	11	73,3%	3	20,0%	1	6,7%	0	0%
R.C.P.	8	4	50,0%	2	25,0%	2	25,0%	0	0%
P.N.	64	20	31,3%	15	23,4%	26	40,6%	3	4,7%
S.B.	7	1	14,3%	1	14,3%	5	71,4%	0	0%

¹ B.P. – Peso Baixo; R.C.P. – Risco de Peso; P.N. – Peso Normal; S.B. – Sobre Peso

Percebe-se a importância da duração correta do aleitamento materno exclusivo e as vantagens que esta acarreta ao crescimento e desenvolvimento infantil além da diminuição do risco de doenças.

Lana (2001), cita que as crianças amamentadas exclusivamente ao seio são menos acometidas por doenças como diarreia e desidratação. Complementando esta informação o Ministério da Saúde (2005), destaca a importância do aleitamento materno exclusivo como meio eficiente de promoção da saúde, controle dos desvios alimentares e nutricionais e prevenção de várias doenças, na infância e na vida adulta, como as deficiências nutricionais, doenças crônicas, baixo peso e sobrepeso.

Sabe-se que o baixo peso pode ser prevenido e reduzido através de fatores como: realização de consultas de pré-natal; incentivo ao aleitamento materno exclusivo; complementação com alimentos adequados a partir do 6º mês; medidas de combate à desnutrição (suplementação alimentar); controle do crescimento, desenvolvimento e de doenças infecciosas.

Observa-se que na tabela 8 todas as mães realizaram consultas de pré-natal, sendo que 61,8% das que realizaram 6 ou mais consultas não amamentaram exclusivamente até o 6º mês.

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual das 94 mães relacionando o AME com o número de consultas de pré-natal, Pastos Bons-MA, 2006.

Variável	Total	Nº. de Consultas											
		1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6 ou +	%
SIM	39	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,6%	10	25,6%	28	71,8%
NÃO	55	1	1,8%	1	1,8%	5	9,1%	6	10,9%	8	14,5%	34	61,8%

A partir desses dados notou-se uma necessidade de reforço nos treinamentos em aleitamento materno e na implementação das ações de apoio ao aleitamento exclusivo, especialmente durante o pré-natal.

É interessante ressaltar que ocorreu o contrário do que refere na literatura, pois se supõe que uma gestante bem orientada no pré-natal que realizou 6 ou mais consultas como preconizado pelo Ministério da Saúde, tem maiores chances de uma alimentação como sucesso do que as mães que desconhecem a sua importância, características e vantagens do aleitamento materno.

Collucci (2003), afirma que o principal problema da baixa adesão ao aleitamento materno é a falta de apoio durante a gestação. Já Rego (2001), enfatiza que o pré-natal é um momento que melhor se apresenta para abordagem adequada do incentivo ao aleitamento materno, sendo este, sem dúvida, o período de maior contato entre a população feminina, os profissionais e a instituição. O caráter cíclico das consultas permite uma discussão produtiva, sem atropelos com intervalo útil para absorção e reflexão do tema. Permite também a participação da família, o que é sempre oportuno e recomendável no momento tão ímpar de suas vidas.

7 CONCLUSÃO

No estudo sobre o Aleitamento Materno Exclusivo realizado no município de Pastos Bons – MA, com um grupo de 94 mães, com filhos na faixa etária de 6 a 12 meses, obteve-se os seguintes resultados:

- ✓ A maioria das mães estudadas encontrava-se na faixa etária de 26 anos ou mais, possuíam ensino fundamental incompleto, vivia com renda menor que 1 salário mínimo, estado civil casada, tinham o lar como ocupação e apenas um filho;
- ✓ Todas as mães estudadas compareceram às consultas de pré-natal e a maioria fez 6 ou mais consultas;
- ✓ Todas as mães estudadas receberam orientação quanto ao aleitamento materno exclusivo no pré-natal, notando-se que no puerpério a participação dos profissionais quanto às orientações oferecidas foi um pouco mais baixa, ressaltando-se especialmente a participação do enfermeiro em ambas as fases;
- ✓ A maioria das crianças estudadas foi amamentada imediatamente após o parto;
- ✓ Quanto ao aleitamento materno atual, grande parte das crianças ainda é amamentada no peito;
- ✓ A duração do AME teve maior índice até o máximo de 4 meses;
- ✓ As causas mais relatadas para o desmame precoce foram “rejeição da criança ao peito” e “choro do bebê”;
- ✓ Os alimentos mais utilizados para complementar o aleitamento materno foram os mingaus e as sopas;
- ✓ Quando se relacionou a duração do AME com o ganho de peso, observou-se que as crianças amamentadas exclusivamente até o 5º mês tinham baixo peso e as que estiveram em AME até o 6º mês tinham peso normal.

O presente estudo detectou fatores que podem interferir na duração da amamentação exclusiva e, conseqüentemente, na saúde das crianças nos primeiros meses de vida; por essa razão, é de fundamental importância a adoção de práticas de incentivo ao AME, especialmente em populações pobres em que o risco de morrer por doenças infecciosas nas crianças não amamentadas é alto.

No estudo realizado pode-se constatar que a prática do aleitamento materno exclusivo ainda apresenta índices inferiores aos recomendados, o que reforça a necessidade de se continuar estimulando a amamentação nos primeiros meses de vida.

Em suma, os resultados sugerem-se necessidade de implantação e/ou funcionamento do Programa de Vigilância Nutricional, mudanças na abordagem da educação em saúde, estímulo ao AME, reflexão e mudanças quanto às políticas públicas pertinentes às melhorias das condições ambientais, educacionais e econômicas da população.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. G. B. Baixo peso ao nascer e desmame precoce: novos fatores de risco para aterosclerose. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80, n. 4, 2004.
- ALMEIDA, J. A G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120 p.
- AUDI, C. A. F. **Práticas alimentares no primeiro ano de vida em dia nacional de vacinação no município de Itapira**. Disponível em: <http://www.orientacoesmedicas.com.br/aleitamentomaterno>>. Acesso em: 10 maio 2006.
- BASTOS, C. H. B. **Desmame precoce em criança atendidas na Unidade de Saúde da Família do bairro Pirapora em São Luís – MA**, 2005.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº. 196/96. Decreto nº.93933 de janeiro de 1997. *Bioética*, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher**. Brasília: MS – 2001.
- CARVALHO, M. R. de; TAMEZ, R. N. **Amamentação bases científicas**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CICONI, R de C. V.; VENÂNCIO, S. I.; ESCURDER, M. M. L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em município da região metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 4, n. 2, p. 193-202, abr/jun. 2004.
- COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
- COLLUCCI, C. Apenas 14% dos bebês recebem leite da mãe. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 20 de ago. 2003. Saúde.
- COIMBRA, L. C.; MOCHEL, E. G. Assistência pré e perinatal. In: TONIAL, S. R.; SILVA, A. A. M. da (Orgs.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA/Secretaria de Estado da Saúde/Unicef, 1997. Cap. 4, p.30-35.
- GIUGLIANI, E. R. J.; VICTÓRIA, C. G. **Alimentação complementar**. *Jornal de Pediatria*. v.76, p. 253-62, 2000.
- HERBIG, K. A.; STOVER, T. J. Nutrição e biologia do desenvolvimento. **Anais Nestlé**, São Paulo, v. 63, 2004.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2004.** Disponível em: <A:/ibge/202_arquivos/noticias_visualiza.php>. Acesso em 16 maio 2006.

LANA, A. T. B. **O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica: comportamento de amamentação.** São Paulo: Atheneu, 2001.

LEONE, C. R. **Assistência integrada ao recém-nascido.** São Paulo: Atheneu, 2001.

MENDONÇA, G. Brasil tem índice de peso ao nascer comparado a do EUA. **Boletim da Vigilância Nutricional.** Brasília, ano 1, n. 1, p. 2-3, jan/jun. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/OPAS – **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Coordenação de atenção à saúde da criança: agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Manual de promoção do aleitamento materno.** Brasília. 1981.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Vigilância alimentar e nutricional/SISVAN.** Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Manual de promoção do aleitamento materno.** Lactação. In: Alimentação infantil bases fisiológicas. Brasília, DF. 1997, p. 138.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de indicadores do Sisprénatal para o período 10 de janeiro a 31 de dezembro de 2002.** Brasília: Ministério da Saúde, DATASUS, 2003.

MONTE ALTO. L. A.; SOVIEIRO, V.M.; ALVES, M. U. **Aleitamento materno no crescimento e desenvolvimento de recém nato.** Disponível em: <http://www.tatianavieira.odo.br/recem_nato.htm>. Acesso em 22 set. 2006.

MONTEIRO, J. P. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. **Caderno de políticas sociais**, v. 1, 1997.

OMS/UNICEF (1979). **Reunião conjunta OMS/UNICEF sobre alimentação de lactantes em crianças na primeira infância.** Genebra, OMS. 67 p.

RAMOS, J. L. de A.; NEIVA, F. C. B.; CALTONI, de M. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria** [Rio de Janeiro], v. 79, n. 1, p. 07-12. 2003.

REGO, J. D. **Aleitamento materno.** São Paulo: Atheneu, 2001. 23 p.

SHRIMPTON, R. **Ecologia da desnutrição na infância: análise da evidência das relações entre variáveis sócio-econômicas e estado nutricional.** Brasília, 1996, 104 p.

SILVA, A. A. M. da. Características ambientais das famílias. In: TONIAL, S. R.; SILVA, A. A. M. da (Orgs.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA/Secretaria de Estado da Saúde/UNICEF, 1997. Cap. 3, p. 27-29.

SILVA, A. A. M. da. **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA/Secretaria de Estado da Saúde/UNICEF, 1997. Cap. 3, p. 20-22.

SOARES, T. E. C. **Motivos que levam as mães de bebês de 0 a 6 meses à prática do desmame precoce**. 2001, 50 f. Monografia (Especialização em Enfermagem e Obstetricia) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

SOUSA, R. F. (1995). **Utilização de serviços de atenção a saúde materna no município de São Luís**, 1994. São Luís. 94 p. Monografia (Graduação). Curso de Enfermagem – UFMA.

TONIAL, S. R.; CAVALCANTE, I. R. **Alimentos complementares ao leite materno**. In: TONIAL S. R.; SILVA, A. A. M. da (Orgs.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA/Secretaria de Estado da Saúde/UNICEF, 1997. Cap. 6, p. 41-45.

TUDISCO, E. S. et al. Alimentação no desmame em áreas periurbanas de quatro capitais brasileiras: resultados preliminares. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. v. 64, n. 6, p.231-236. 1998.

UNICEF. Estado do Maranhão. **Crianças e adolescentes no Maranhão: saúde, educação e trabalho**. Governo do Estado do Maranhão/UNICEF. São Luís, p. 18, p. 36, 1992.

VINAGRA, R. D.; DINIZ, E. M. de A. **O leite humano e sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro**. São Paulo: Atheneu, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Autorização para realização da pesquisa no município

Sr. Secretário de Saúde de Pastos Bons,

Solicito autorização para que as pós-graduandas Antônia Lúcia N. de Araújo, Heloísa Maria L. Gonçalves, Rafaella Cannesa R. Diniz e Wanessa Cristina F. Fonseca, alunas da LABORO – Excelência em Pós-Graduação, possam coletar dados referentes à sua pesquisa intitulada “**Aleitamento Materno Exclusivo em crianças de Pastos Bons – Ma**”, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família.

São Luís, ____ de _____ de 2006.

Atenciosamente,

Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde da Família

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Antônia Lúcia N. de Araújo, Heloísa Maria L. Gonçalves, Rafaella Cannesa R. Diniz e Wanessa Cristina F. Fonseca, alunas da LABORO – Excelência em Pós-Graduação, estamos realizando uma pesquisa científica para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família intitulada “**Aleitamento Materno Exclusivo em crianças de Pastos Bons – Ma**”.

Neste sentido precisamos que responda a uma entrevista que corresponde ao nosso instrumento de coleta de dados com intuito de colher o máximo de informações possíveis.

Este estudo busca atender a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, não oferecendo riscos físicos e morais aos pesquisados.

Esclarecemos que você não está obrigado a participar, que terá acesso às informações caso solicite, podendo desistir a qualquer momento.

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Pesquisadora

Participante

Pastos Bons, ___/___/2006.

3 - DADOS DEMOGRÁFICOS

a) Número de filhos:

- 1
 2
 3
 4 ou mais

b) Idade dos filhos anteriores

- 1 a 2 anos
 2 a 4 anos
 maiores de 5 anos

4 - SITUAÇÃO DE MORADIA E SANEAMENTO

a) Tipo de casa:

- alvenaria taipa palha
 material aproveitado madeira

b) Energia elétrica:

- sim não

c) Abastecimento de água:

- água encanada poço outro

d) Número de pessoas que habitam o domicílio:

- 2 3 4
 5 6 ou mais

e) Tratamento de água no domicílio:

- fervura filtração
 cloração sem tratamento

f) Destino dos dejetos:

- sistema de esgoto
 fossa
 céu aberto

g) Destino do lixo

- céu aberto
 coletado
 queimado/enterrado

5 - ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E NATAL

a) Tipo de atendimento pré-natal:

- serviço público
 serviço particular
 serviço particular conveniado

b) Números de consultas de pré-natal:

- nenhuma 1 2
 3 4 5
 6 ou mais

c) Primípara:

- sim
 não

d) Tipo de assistência:

- parto domiciliar
 parto hospitalar

e) Recebeu orientação sobre aleitamento exclusivo?

- Durante o pré-natal: sim não
- Se sim, por quem?
 enfermeiro médico assistente social
 auxiliar de enfermagem agente de saúde
 alguém da família outros

- Durante o puerpério: sim não
- Se sim, por quem?

- enfermeiro médico assistente social
 auxiliar de enfermagem agente de saúde
 alguém da família outros

6 - DADOS SOBRE O ALEITAMENTO

a) Mamou logo nas primeiras horas após o parto:

- sim
 não

b) Acriança ainda mama no peito?

- sim não

c) O Aleitamento Materno Exclusivo durou até quantos meses:

- menos de 4 meses
 4 a 5 meses
 6 meses
 mais de 6 meses

d) Por qual motivo seu bebê deixou de ser amamentado no peito?

f) O que introduziu para complementar o aleitamento materno?

g) Quanto pesou ao nascer?

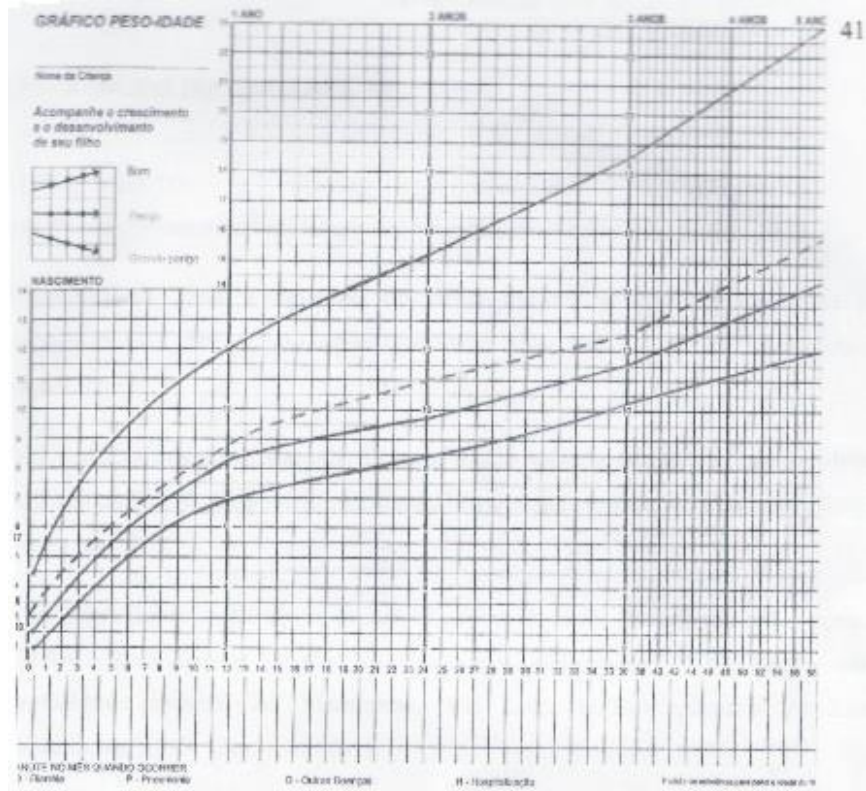
() menor de 2.500g

() maior de 2.500g

h) Peso atual comprovado:

_____ g

ANEXO A: Cartão da Criança (Menino)



INÍCIO DO MÊS QUANDO SOBEIEM: 1 - Não Me 2 - Pouco Me 3 - Ok (sempre) 4 - Muito Me 5 - Não Me

CARTÃO DA CRIANÇA

Nome da Criança _____

Nome da Mãe _____

Nome do Pai _____

Endereço _____

Local de Referência _____

Data de Nascimento _____ Comprimento _____

Tipo de parto: Natural Forceps Cesáreo

Peso em gramas _____ Apgar 5' _____ Perímetro cefálico (cm) _____

Observações _____

SÃO DIREITOS DA CRIANÇA:

- Ser amamentada;
- Ser bem alimentada, vacinada e receber acompanhamento no crescimento e no desenvolvimento;
- Cuidar com higiene, saneamento, água, saneamento e água potável;
- Não fumar;
- Não dar álcool, drogas, ou qualquer tipo de bebida e alimento;
- Receber amor e viver com segurança.

Todos devem ajudar a garantir esses direitos.

Cada um Contribui com Amizades.

ANEXO B: Cartão da Criança (Menina)

40

CARTÃO DA CRIANÇA

Nome da Criança _____

Nome da Mãe _____

Nome do Pai _____

Endereço _____

Lugar de Nascimento _____ Tipo de parto Normal Cesáreo

Data de Nascimento _____ Comprimento _____

Peso em gramas _____ Altura (cm) _____

Perímetro cefálico (cm) _____

Observações _____

SAÚDE DA CRIANÇA

Este cartão deve ser preenchido e atualizado regularmente, sempre que a criança for examinada por um profissional de saúde. Ele contém informações importantes para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como para a identificação de possíveis problemas de saúde. É importante manter este cartão em um local seguro e acessível para que possa ser consultado a qualquer momento.

Este cartão é de propriedade do SUS e deve ser devolvido ao profissional de saúde responsável pelo cuidado da criança.

SUS