

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

**CHRISTINNE CARNEIRO NEIVA MARTINS
ISABELA CARVALHO FERREIRA FERRAZ
KÁRITA SÁ NOLÊTO
MARIA DA CONCEIÇÃO DE M. OLIVEIRA
RENATA PINHEIRO PEDRA**

**FATORES QUE INTERFEREM NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO
ENTRE MÃES ACOMPANHADAS PELA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MARACANÃ**

São Luís

2006

**CHRISTINNE CARNEIRO NEIVA MARTINS
ISABELA CARVALHO FERREIRA FERRAZ
KÁRITA SÁ NOLÊTO
MARIA DA CONCEIÇÃO DE M. OLIVEIRA
RENATA PINHEIRO PEDRA**



**FATORES QUE INTERFEREM NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO
ENTRE MÃES ACOMPANHADAS PELA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MARACANÃ**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do Laboro Excelência e Consultoria em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Msc. Rosemary Ribeiro Lindholm

**CHRISTINNE CARNEIRO NEIVA MARTINS
ISABELA CARVALHO FERREIRA FERRAZ
KÁRITA SÁ NOLÊTO
MARIA DA CONCEIÇÃO DE M. OLIVEIRA
RENATA PINHEIRO PEDRA**

**FATORES QUE INTERFEREM NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO
ENTRE MÃES ACOMPANHADAS PELA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MARACANÃ**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do Laboro Excelência e Consultoria em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo - USP

Prof.º Dourivan Câmara Silva de Jesus
Mestre em Pedagogia Profissional
Universidade de Havana
Instituto Pedagógico e Tecnológico – IPNSPET - Cuba

2º Examinador

A Deus.

AGRADECIMENTOS

À Deus, acima de tudo, que nos deu força, sabedoria e direção.

A prof.^a Rosemary Ribeiro Lindholm pela orientação, carinho, paciência e diálogo sobre o assunto que proporcionaram nos ensinamento fundamentais para esta monografia.

Aos nossos pais pelo apoio, criação e educação.

Aos amigos da especialização, pelos momentos compartilhados na busca do saber.

Ao meu marido José Mauro e meu filho Rodrigo, por compartilharem comigo os meus sonhos ideais, incentivando-me a seguir a minha profissão com dedicação.

Ao meu querido marido Toni, e aos meus amados filhos, Clóvis, Thina e Rafael, pelo apoio, compreensão e incentivo.

Aos meus filhos Thayane, Diego e Raissa, pelo incentivo e estímulo em não me deixar fraquejar durante toda essa caminhada.

Ao meu marido Ezon e minha filha Juliana, pela compreensão nos momentos subtraídos ao convívio.

Ao meu marido, João Beltrão pelo apoio e dedicação.

Ao coordenador da Unidade de Saúde, a equipe de saúde da família da Unidade de Saúde do Maracanã e em especial aos agentes comunitários de saúde, que contribuíram e participaram da pesquisa.

De forma especial, às mães dos bebês, sem as quais não seria possível a realização desse estudo.

“Amamentar é um dom, uma dádiva, uma benção, o complemento natural da gestação e do parto, um dos atos mais importantes e sublime da maternidade.”

Luís Carlos Raya.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo estudar os fatores que interferem na prática do aleitamento materno entre as mães acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família do Maracanã. A amostra para estudo foi constituída de 50 mães com filhos na faixa etária de 0 a 24 meses. Para coleta de dados foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas, aplicadas na ocasião em que as mães compareceram para consulta médica e durante as visitas domiciliares nos meses de junho e julho de 2006. Os resultados mostraram que mais da metade era do lar, recebendo renda familiar de 01 salário mínimo, possui ensino médio completo, encontrando-se na faixa etária de 20 a 29 anos e com filhos entre 0 a 6 meses de idade. A maioria das mães tem apenas 01 filho, reside com 03 pessoas e a avó não reside na mesma casa. A grande maioria fez pré-natal realizando 04 a mais consultas, não tendo apresentado nenhum problema que interferisse na gestação e recebeu orientação sobre o aleitamento materno e prevenção de doença. Metade das mães fez o pré-natal com o médico e enfermeiro, teve apoio do companheiro e da família para amamentar e as orientações recebidas sobre a importância do aleitamento materno foram responsáveis pela prática da amamentação pelas mães pesquisadas. Quanto ao motivo que dificultou a prática do aleitamento materno a maioria das mães citou a situação financeira.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Saúde da Família.

ABSTRACT

This work had as objective studies the factors that interfere in practice of the breastfeeding among the mothers accompanied by the Team of Health of the Family of Maracanã. The sample for study was constituted of 50 mothers with children in the age group from 0 to 24 months. For collection of data a questionnaire was used with open and closed questions, applied in the occasion in that the mothers attended for medical consultation and during the visits of the home the months of June and July of 2006. The results showed that more of the half it was of the home, receiving family income of 01 minimum wage, it possesses complete medium teaching, meeting in the age group from 20 to 29 years and with children among 0 to 6 months of age. Most of the mothers has only 01 son, it resides with 03 people and the grandmother doesn't reside at the same house. The great majority did prenatal accomplishing 04 the more consultations, not having presented any problem to interfere in the gestation and it received orientation about the breastfeeding and prevention of disease. The mothers' half made the prenatal with the medium and male nurse, he/she had the companion's support and of the family to breastfeed and the orientations received on the importance of the breastfeeding they were responsible for the practice of the breast-feeding for the researched mothers. With relationship to the reason that hindered the practice of the breastfeeding most of the mothers mentioned the financial situation.

Keywords: Breastfeeding. Health of the family.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Mães segundo o estado civil.....	32
Gráfico 2 -	Mães segundo a profissão.....	33
Gráfico 3 -	Mães segundo renda familiar.....	34
Gráfico 4 -	Mães segundo escolaridade.....	35
Gráfico 5 -	Idade da mãe.....	36
Gráfico 6 -	Idade da criança.....	37
Gráfico 7 -	Quantidade de filhos.....	37
Gráfico 8 -	Quantidade de pessoas que reside na casa.....	38
Gráfico 9 -	Avó que reside com a família.....	39
Gráfico 10 -	Mães segundo pré-natal.....	39
Gráfico 11 -	Mães segundo número de consultas.....	40
Gráfico 12 -	Mães segundo problema de interferência na gestação.....	41
Gráfico 13 -	Mães segundo orientação sobre aleitamento materno durante pré-natal.....	41
Gráfico 14 -	Tipo de orientação sobre aleitamento materno durante pré-natal.....	42
Gráfico 15 -	Profissional que realizou o pré-natal.....	43
Gráfico 16 -	Tipo da atual alimentação das crianças de 0 a 24 meses.....	44
Gráfico 17 -	Tipo de alimentação da criança de 0 – 06 meses.....	45
Gráfico 18 -	Mães segundo apoio do companheiro.....	46
Gráfico 19 -	Mães segundo apoio da família.....	47
Gráfico 20 -	Mães segundo motivo para a prática do aleitamento.....	48
Gráfico 21 -	Mães segundo motivo que dificultou a prática do aleitamento.....	49

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETO	19
4	OBJETIVOS	20
4.1	Geral	20
4.2	Específicos	20
5	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
6	PROCESSO METODOLÓGICO	29
6.1	Tipo de estudo	29
6.2	Local do estudo	29
6.3	População	29
6.4	Aprovação do estudo	30
6.5	Coleta de dados	30
6.6	Análise de dados	30
7	CUSTOS	31
8	RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
9	CONCLUSÃO	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	54

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é uma prática secular que se fundamenta em dois objetivos: “o ato de alimentar o bebê” e o “gesto de amor”.

Segundo Lana (2001, p. 25),

[...] crianças que mamam exclusivamente no seio têm menos chance de desenvolver doenças, sejam respiratórias ou gastrintestinais, por ser um alimento estéril, isento de bactéria e possui fatores anti-infecciosos, como leucócitos (que matam as bactérias). Além de oferecer condições ideais para promover o crescimento natural da criança, e o desenvolvimento físico neuromotor, ou seja, sentam, andam, falam e engatinham mais cedo.

Segundo Carvalho (2005) o leite materno é composto por mais de 200 substâncias, que são classificadas em 3 grupos:

- Específicas para a espécie (imunoglobulinas).
- Específicos para organismo (lactose)
- Específicos para a espécie e para o organismo (lipídios).

Entre as substâncias que compõem do leite podemos citar:

Água: é o componente mais abundante e seu teor é totalmente suficiente para as necessidades hídricas do bebê. A água é de fundamental importância na regulação da temperatura corporal e é nela que estão dissolvidas, suspensas ou dispersas as proteínas, os carboidratos, os minerais e as vitaminas hidrossolúveis.

As proteínas são observadas em maior quantidade no leite precoce, atendendo as necessidades de proteção do bebê e garantindo as substâncias construtoras para o seu crescimento.

Os lipídios aumentam com o tempo de lactação e são compostos principalmente por triglicerídios, fornecedores de 50% da energia do leite.

O carboidrato mais abundante no leite humano é a lactose, um dissacarídeo composto de galactose e glicose, sintetizado pelas glândulas mamárias e seu alto teor, favorece a absorção do cálcio e fornece energia.

Os minerais presentes no leite são classificados em macrominerais, (potássio, cloro, cálcio, sódio, fósforo e magnésio) aqueles em maior quantidade e microminerais (zinco, ferro, cobre, iodo etc) aqueles em menor quantidade.

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 seis primeiros meses de vida. Dentre os componentes que estão presentes no leite materno encontramos proteínas, 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.

O leite produzido nos primeiros dias após o parto é o colostro. Ele pode ter coloração mais amarelada, ser mais grosso e produzido em menor quantidade que o leite maduro mas é o que o bebê precisa nos primeiros dias de vida. É mais rico em proteínas, anticorpos e leucócitos, sendo portanto a primeira vacina do bebê com ação laxativa, facilitando a eliminação de mecônio e ajudando a evitar icterícia (CARVALHO, 2005).

Na segunda semana surge o leite de transição e o leite maduro geralmente após a terceira semana. A sua aparência “mais aguada” não significa que seja mais fraco, pois ele cobre todas as necessidades da criança nos primeiros 4 -6 meses de vida, inclusive de água (CARVALHO, 2005).

O leite do começo da mamada é rico em proteínas, lactose, vitaminas, sais minerais e água. O leite do fim da mamada contém mais gordura, e por isto é, mais rico em energia. Constitui mais da metade da energia obtida por mamada, daí a importância que a criança esvazie toda a mama que iniciou a mamada, para só depois passar para a outra mama. (REGO,2001).

Os estudos sobre aleitamento materno têm comprovado o seu papel protetor sobre doenças diarreicas, respiratórias, atópicas, etc., além de oferecer um melhor desenvolvimento físico e psicomotor do bebê. As vantagens da

amamentação também são percebidas nas mães por lhes dar o sentido de total realização feminina, completando a maternidade, proporcionando bem estar físico psicológico, e estabelecendo um vínculo mãe-bebê, capaz de gerar a segurança necessária ao equilíbrio do ser humano. (CARVALHO, 2005)

Vantagens do aleitamento materno, segundo Lana (2001):

Para a mãe:

- Diminui o sangramento pós-parto e faz o útero voltar mais rápido ao tamanho normal;

- Ajuda a mãe a voltar mais rápido ao peso pré-gestacional;

- É um método natural de planejamento familiar, desde que o bebê seja menor de 6 meses, esteja em aleitamento materno exclusivo e em regime de livre demanda (inclusive durante a noite), e a mãe não tenha ainda menstruado (amenorréia da lactação);

- Pode reduzir a chance de câncer de ovário e de mama;

- É mais fácil, prático e econômico para a mãe;

- Aumenta o vínculo afetivo mãe - filho;

Para o bebê: (LANA, 2001)

- É o alimento completo para o bebê do ponto de vista nutricional e digestivo;

- É de fácil digestibilidade sendo portanto mais rapidamente absorvido pelo bebê, que solicita sugar com maior frequência, aumentando assim a produção do leite

- Protege o bebê de infecções (especialmente diarreias e pneumonias), pela ausência do risco de contaminação, pela presença de anticorpos e de fatores anti-infecciosos.

- Facilita a eliminação de mecônio, diminuindo o risco de icterícia e protegendo contra obstipação,

- Aumenta o laço afetivo mãe – filho, fazendo o bebê sentir-se amado e seguro.

A amamentação ao seio não se limita apenas ao funcionamento de elementos nutricionais, anti-infecciosos específicos e não específico 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 de como dar alimento, contato oral, contato corpo a corpo e calor físico. Isto leva à interações psicofisiológicas entre ambos, as quais influenciam não só o relacionamento mútuo, durante este período, como o desenvolvimento da vida futura desta criança. (LEONE; TRANCHIN, 2001)

Segundo Rego (2001), o pré-natal é o momento que melhor se apresenta para a abordagem adequada do incentivo ao aleitamento materno. Oferece, 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 a absorção e reflexão do tema. Permite também a participação da família, o que é sempre oportuno e recomendável num momento tão ímpar de suas vidas.

O real impacto social do aleitamento materno é difícil de ser quantificado. Sabe-se que as crianças que recebem leite materno adocem menos, necessitam de menos atendimento médico hospitalizações e medicamentos, além de menos falta ao trabalho dos pais. Como resultado, amamentação pode beneficiar não somente as crianças e suas famílias, mas também a sociedade como todo (REGO, 2001).

O Ministério da Saúde (2002) classifica o aleitamento materno da seguinte maneira:

- Aleitamento materno: a criança recebe leite materno diretamente ou extraíndo do seio da mãe, mesmo recebendo outro alimento;

- Aleitamento materno exclusivo: a criança ingere somente o leite materno, não se consideram como outros alimentos o uso de gotas ou xaropes de medicamentos dados;
- Aleitamento materno predominante: a criança recebe além do leite materno, água ou outros líquidos, como suco de frutas e chás;
- Aleitamento materno complementado: a criança recebe, além do leite materno, alimento sólido ou semi-sólido;
- Aleitamento misto: a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (leite humano e leite artificial);
- Aleitamento artificial: a criança não mama no seio da mãe, recebendo leite artificial ou outros alimentos semi-sólidos ou sólidos;
- Desmame: quando a criança recebe qualquer tipo de aleitamento ou bebida, como água ou chás;
- Desmame precoce: quando a criança recebe outro alimento além do leite materno, antes do 6º de vida.

São inúmeras as vantagens do aleitamento materno pois é completo do ponto de vista nutritivo, adequado às necessidades da criança, é mais higiênico porque da fonte de produção vai diretamente para a boca da criança, portanto é livre de contaminação, não precisa comprar, é de fácil digestão, está na temperatura certa, facilita evolução pós-parto do útero, exerce efeito contraceptivo, diminui a incidência de carcinoma da mama, dispensa o uso de uma variedade de utensílios necessários à alimentação artificial (desde a geladeira, panelas, até mamadeiras e bicos) (BASTOS, 2005).

Nos dias de hoje grande parte das mães e dos profissionais de saúde estão convencidos das vantagens do aleitamento materno para a mãe e para o

bebê, o que se precisa agora é estar bem alerta das dificuldades que a mãe encontra para amamentar e como se pode ajudá-la nesta tarefa (BRASIL,1997).

Apesar do aleitamento materno ser um ato natural e a maioria das mulheres conseguirem amamentar seus filhos sem ajuda, muitas mães, principalmente as primíparas e adolescente necessitam de apoio do companheiro, da família e dos profissionais de saúde para terem êxito nesta tarefa. (BRASIL, 1997).

É função da equipe multidisciplinar o total envolvimento na assistência as mulheres, a fim de promover o aleitamento materno, na sua forma mais ampla, através de ações objetivando a sensibilização, promoção, incentivo e apoio a esta prática.(REGO, 2001).

Entre as diversas causas do desmame precoce, especialmente nas regiões industrializadas, está a influência da presença e da propaganda de alimentos artificiais (leites infante modificados ou fórmulas, leite integral, além de farinhas, potinhos e cereais infantis) e outros produtos (mamadeiras, chupetas) que podem ser usados como substitutos do leite materno e da prática de amamentar. O desmame freqüentemente ocorre antes do recomendado, embora hoje se saiba 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).

Várias podem ser as causas da recusa do bebê para mamar: uso precoce de bicos e mamadeiras, monilíase oral, obstrução nasal, dor, doença do bebê, técnica inapropriada para amamentação, entre outros. E a recusa deve ser superada por várias medidas como: eliminar ou atenuar as causas; apoiar a mãe aumentando a sua confiança; conservar o bebê com a mãe o maior tempo possível. É a mãe que

deve cuidar do bebê e inclusive dormir com ele; oferecer o peito todas as vezes que ele queira; no caso da mãe que trabalhar fora e não puder levar o bebê, deve tentar tirar uma licença do trabalho; pedir a mãe para espremer um pouco de leite na boca do bebê antes de cada mamada e assegurar que o bebê seja colocado na posição correta para mamar e que faça uma boa pega (BRASIL, 1997)

Os problemas mais freqüentes na amamentação Thompson (apud REGO, 2001) são:

- Fissura ou Rachadura ocorre quando a posição do bebê e a pega do mamilo estão erradas.
- Ingurgitamento – ocorre quando a mãe produz mais leite do que o bebê consegue mamar. As mamas ficam endurecidas ou empedradas.
- Mastite – ocorre quando um dos seios inflama. A mama fica cheia, avermelhada quente e muito dolorida. A mãe sente febre e calafrios.
- O leite está secando – ocorre quando se introduz mamadeira, chucha, bico ou chupeta.

O não aleitamento e/ou desmame precoce muitas vezes acontecem devido o 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.

Qualquer esforço no sentido de aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo deve levar em consideração os fatores que influem negativamente nessa prática. Os principais obstáculos a essa prática podem ser assim agrupados: falta de conhecimento da população em geral, dos profissionais de saúde e dos gestores; condutas inapropriadas e falta de habilidades dos profissionais de saúde; aspectos culturais; falta de confiança baixa auto-estima da mãe; falta de apoio e suporte familiar e comunitário; trabalho da mulher; e promoção inapropriada de substitutos do leite materno (CARVALHO, 2005).

Sabe-se que o desmame precoce deve ser interpretado como resultado da interação complexa de diversos fatores socioculturais, como o processo de industrialização, que teve início no final do séc. XIX, as mudanças estruturais da sociedade que aconteceram em virtude da industrialização; a inserção da mulher no mercado de trabalho; o surgimento e a propaganda de leites industrializados; a doação nas maternidades, de rotinas pouco facilitadoras do aleitamento materno e a adesão dos profissionais de saúde e a prescrição da alimentação artificial (REGO, 2001, p. 80).

Portanto, uma gestante bem orientada no pré-natal que realiza todas as consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, supõe-se ter maiores chances de uma amamentação com sucesso do que as mães que desconhecem a sua importância, características e vantagens do aleitamento materno, por fim, a equipe multiprofissional precisa estar sensibilizada e capacitada para a implementação das rotinas protetoras da amamentação.

2 JUSTIFICATIVA

O motivo pelo qual escolhemos este tema deu-se através da percepção e relatos das dificuldades encontradas durante a prática do aleitamento entre as mães lactantes acompanhadas pela equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) na Unidade Básica de Saúde do Maracanã.

Entre os fatores que dificultam as mães na prática do aleitamento materno, Rego (2001) cita a antecipação da responsabilidade com a maternidade, a rejeição da família e da sociedade, as pressões materiais que as forçam a se engajar cada vez mais cedo no mercado de trabalho, raiva, frustração, medo, falta de apoio do companheiro, influência das propagandas de alimentos artificiais, ansiedade, culpa, mastite e fissura.

Nunca é demais lembrar que estas dificuldades podem estar estreitamente relacionadas com as condições sócio-econômicas e culturais, e cabe a equipe de saúde da família aumentar o vínculo com essas famílias, a fim de que as mesmas possam adquirir auto-confiança para uma melhor aceitação a esta prática fundamental à vida do lactante que é o aleitamento materno.

3 OBJETO

Fatores que interferem na prática do aleitamento materno entre mães acompanhadas pela equipe de Saúde da Família do Maracanã.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Estudar os fatores que interferem na prática do aleitamento materno exclusivo relatados por mães acompanhados pela Equipe do Programa da Saúde da Família do Maracanã.

4.2 Específicos

- a) Caracterizar o perfil sócio - econômico e demográfico das mães acompanhadas na Unidade Básica de Saúde do Maracanã;
- b) Identificar o tipo de amamentação;
- c) Identificar os motivos relatados como fator de interferência no aleitamento materno exclusivo.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Talvez o aleitamento artificial seja tão antigo quanto a história da civilização humana. Em várias ocasiões foram encontrados recipientes ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas. Deduz-se a partir disto que talvez os problemas relacionados à amamentação sejam tão antigos quanto o próprio ato de amamentar.

Descrições detalhadas sobre o aleitamento materno já eram vistas no Código de Hamurabi, datado cerca de 1800 a.C. A Bíblia também é rica em histórias sobre o aleitamento.

“[...] eu vos alimentei com leite, não com algo para comer, pois não éreis ainda bastante forte” (Coríntios 3,2).

“Felizes as entranhas que te trouxeram e os seios que te amamentaram[...]” (Lc 11,27).

A mitologia grega conta a história de Rômulo e Remo que foram amamentados por uma loba e Zeus, por uma cabra. Já os egípcios, babilônicos e hebreus tinham como tradição amamentarem por três anos, enquanto as escravas eram alugadas por Gregos e Romanos ricos, como amas-de-leite. Na Esparta e na Grécia Antiga, as mulheres sempre amamentaram seus filhos. Há uma citação em que o segundo filho do rei Themistes herdou o reino porque foi amamentado pela própria mãe, o que não aconteceu com o primogênito, que foi nutrido por outra mulher (SHORT, 1998).

Plutarco e Tácito (apud BADINTER, 1985) eram romanos, filósofos e moralistas que condenavam o aleitamento exercido pelas amas-de-leite, pois acreditavam que o vínculo entre a criança e a ama de leite prejudicava a relação

entre a criança e a mãe natural, fato descrito historicamente, pois as amas-de-leite apegavam-se ao bebê, já que a ele era dado o seu leite e o seu carinho. Havia sofrimento da criança e da ama-de-leite, quando expirava o período estipulado. Atualmente, essa prática é condenada, devido à passagem do vírus HIV da mãe para o bebê por meio do aleitamento materno (SUCCI, 1994).

As crianças, antes de 1760 (início do século XVII), eram consideradas como “símbolo da força do mal, um ser imperfeito”. Não obstante, eram tidas como um estorvo. Dessa forma, explica-se o abandono, infantidício, a indiferença, a contratação das amas-de-leite para substituir o seio materno (BATINDER, 1985).

A mulher que amamentava era vista como uma mulher suja, o relacionamento sexual não era bem visto, pois acreditavam que o esperma azedava o leite e podia fazer mal à criança, muitas vezes distanciando o marido da família, e ele ia em busca de sexo fora do casamento (BATINDER, 1985).

A Inglaterra do século XVI ao XVIII observou uma queda importante na taxa de amamentação, pois as mulheres acreditavam que amamentação envelhecia seu corpo e suas silhuetas deterioravam-se mais rapidamente.

Na Europa, a França, outra potência na época, foi considerada o primeiro país a confiar os filhos às amas-de-leite. As mães francesas também apresentavam o mesmo pensamento das inglesas: manter a silhueta. A alimentação era a base de leite de animais e de um alimento denominado “panade”, feito de pão (farinha) e água (BADINTER, 1985).

Considerando o Brasil, a civilização indígena amamentava amplamente os seus filhos e não tinham o hábito de desmamá-lo precocemente. No entanto, na sociedade colonial e nos tempos de Império, as mulheres brancas e mais ricas, tinham o costume de entregar o seu filho aos cuidados de uma ama-de-leite,

geralmente negra, para que o criasse e amamentasse. Este costume talvez imitado das européias, no início não sofria sanções sociais, pois era encarado como decente (SILVA, 1990).

A prática do uso das amas-de-leite era bastante disseminada nos séculos XVIII e XIX e mesmo nas primeiras décadas do século XX, foram denominadas de “mãe preta”. Rego (2001, p. 23) descreve que existiam anúncios em jornais brasileiros, como no *Jornal do Commercio* (21/10/1841), em que se oferecia para alugar ou vender negras com filhos pequenos com finalidade de alimentar os bebês de seus proprietários.

Segundo Silva (1990), a escrava negra era na maioria das vezes separada de seu filho, mesmo que o amasse e desejasse amamentá-lo, para retornar ao trabalho na lavoura e afazeres domésticos ou para servir de ama-de-leite da criança branca.

De acordo com Moura (1974) um discurso muito insistente, ao lado da condenação higiênica da escrava para ama-de-leite que, é o reconhecimento das regalias que uma escrava desfrutava nesta condição. Para os higienistas, “família deverá tratar a ama com agrado, procurar fazer as suas vontades a fim de que ela faça o mesmo à criança, quando a ama é escrava e recebe maus tratos de senhores, as crianças inocentes, muitas vezes são as vítimas de seus desesperos” (MOURA, 1974, p.70).

No Brasil ao que tudo indica, o costume da amamentação do branco pela escrava negra foi importado da Europa. Segundo Freyre (1978, p.36), “[...] de Portugal transmitira-se ao Brasil o costume das mães ricas que não amamentaram seus filhos, confiando-os ao peito de salóias ou escravas”.

Segundo Loyola (1983, p. 97), a família brasileira branca de modo geral, vivia ao abrigo da casa grande, “[...] num relativo isolamento social, cabendo ao homem o relacionamento com o mundo exterior, enquanto as mulheres permaneciam em casa coordenando as atividades domésticas. As escravas amamentavam e cuidavam das crianças”.

Ornellas (1978) e Barbosa (1969) citam a ausência do hábito de chupar os dedos entre os índios e diz que a amamentação se inicia logo após o nascimento sem guardar horário e sem a preocupação de alternar os seios que a criança logo larga quando sacia.

Segundo Prado Júnior (1987), após a chegada da família real de D. João VI ao Brasil, novos contatos com populações estrangeiras, transformaram os hábitos, acelerando a urbanização no Rio de Janeiro, provocando maiores solicitações de amas-de-leite. Esta aspiração difundiu-se pelas camadas urbanas, ocorrendo nesta época, anúncio de aluguel de amas-de-leite em jornais, e os senhores vislumbraram a nova fonte de renda: alugar a nutriz escrava negra, cujo leite relativamente abundante, fazia face a esta nova demanda social que se formava.

Após a Segunda Guerra Mundial, o panorama se modificou completamente: o leite condensado e em pó, já fabricados no Brasil, se difundiram amplamente com o aumento do mercado consumidor. A Nestlé iniciou suas atividades no Rio de Janeiro, em 1912, comercializando leite condensado e Farinha Láctea produzidos na Suíça (GOLDEMBERG, 1988) e em 1928, iniciou a fabricação dos leites em pó com as marcas Lactogeno e Ninho (FREDERIK, 1982).

A redescoberta da importância do aleitamento materno no Brasil, reinicia na década de 80 já que a mortalidade infantil estava cada vez maior nas classes

menos favorecidas que passaram a ter noção de higiene na preparação e manipulação do aleitamento artificial. Os profissionais de saúde começaram a condenar qualquer tipo de alimento oferecido às crianças até o sexto mês de vida que não fosse o leite materno.

Percebendo que as práticas promocionais das indústrias poderiam estar reforçando nas mães a idéia de que as fórmulas de leite podem ser usadas em lugar do leite materno sem prejuízo para as crianças, em 20 de Dezembro de 1988, o Conselho Nacional de Saúde, em sua resolução nº 05, aprova as “Normas para a Comercialização de Alimentos para Lactentes”. Veda a promoção comercial para o público de leites infantis, alimentos infantis para bebê, mamadeiras e bicos.

Segundo Alencar (1999), o Brasil possui uma população estimada de 160 milhões de habitantes, sendo o quinto país do mundo. A taxa de mortalidade infantil é de 57,5 mil nascidos vivos por ano e, 7,8% das crianças nascem pesando menos de 2500 gramas.

Para Alencar (1999), o custo de alimentação artificial com um recém-nascido é altíssimo e chega a consumir 25% do salário-mínimo, e quando comparada à região Nordeste em que milhões vivem com menos que um salário-mínimo, mas ainda há um reforço para se promover, aprovar e proteger a prática do aleitamento materno.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (INAN / IBGE) em 1989, logo após o nascimento, 97% das crianças mamam no peito; no 3º mês, 43% são parcialmente desmamadas e no 6º mês de vida 61%. A pesquisa mostra que no Brasil a média de aleitamento materno predominante é de 72 dias, na zona urbana de 74 dias e zona rural de 64 dias. Em relação às regiões brasileiras, o Centro-Oeste amamenta exclusivamente por 92 dias, o Sul por 86 dias, o Sudeste

por 82 dias, o Norte por 51 dias e Nordeste por 41 dias. Em relação ao aleitamento misto, a média do Brasil é cerca de 134 dias; na zona urbana com 123 dias e zona rural com 191 dias.

De acordo com a UNICEF (apud SHORT, 1998), o Maranhão apresentava-se com 5% dos lactentes em amamentação exclusiva no 1º mês e no 3º mês com apenas 1%. A Bahia apresentava índices um pouco maior em relação a amamentação exclusiva de 6,2% no 1º mês e 2,3% no 3º mês. No Rio Grande do Norte a porcentagem de amamentação exclusiva é praticamente nula.

Na pesquisa realizada em 1995, as porcentagens de aleitamento materno exclusivo na Bahia aumentaram significativamente: 1º mês 50,8% e 3º mês 23,8%. Segundo Nuppens (1988 apud REGO, 2001), uma pesquisa de abrangência nacional sobre o aleitamento materno domiciliar exclusivo era de 3,6% em 1986 comparado com 40,3% em 1996; em relação ao aleitamento predominante seria de 15,3% em 1986 e 43,3% em 1996; quanto ao aleitamento misto, em 1986 era de 73,5% e 85,4% após dez anos.

Segundo a pesquisa do Ministério da Saúde (1999), englobando todas as capitais exceto o Rio de Janeiro, a prevalência de aleitamento materno entre as crianças com idade de 6 meses foi de 80,5%. O Ministério da Saúde atribuiu esse crescimento verificado na década de 90, pela intensificação de ações de incentivo à amamentação (BRASIL, 2000).

A UNICEF (apud SHORT, 1998), entre os esforços para garantir o aleitamento materno exclusivo das crianças pelo menos até o sexto mês de vida, ressalta o crescimento do número de hospitais amigos da criança em todo Brasil.

Em 1992, o primeiro hospital (Instituto Materno Infantil de Pernambuco) foi credenciado, depois de implantar os dez passos para o sucesso do aleitamento materno e os cinco requisitos para o credenciamento, como limite dos partos cesários. Em Outubro de 2000, 166 hospitais tinham o título de Hospital Amigo da Criança.

A amamentação deve ser iniciada tão logo quanto possível de preferência na primeira hora após o parto. A sucção espontânea do recém nascido pode não ocorrer antes de 45 minutos a 2 horas após o parto, porém o contato pele-a-pele imediatamente após o parto é muito importante. Contato precoce com a mãe está associado com maior duração da amamentação, melhor interação mãe bebê, melhor controle da temperatura do recém-nascido, níveis mais altos de glicose, e menos choro de recém nascido. Além disso, a sucção, precoce da mama pode reduzir o risco de hemorragia pós parto, ao liberar ocitocina e da icterícia no recém-nascido, por aumentar a motilidade gastrointestinal (REGO, 2001).

O tempo de permanência da criança em cada mamada também não deve ser estabelecido, uma vez que a habilidade do bebê em esvaziar a mama varia entre as crianças e, numa mesma criança, pode variar ao longo do dia dependendo das circunstâncias. 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).

O uso de chupeta tem sido desaconselhado pela possibilidade de interferir no aleitamento materno. Crianças que usam chupetas em geral são amamentadas menos frequentemente, o que pode prejudicar a produção de leite embora não haja dúvidas quanto à associação entre o uso de chupeta e o período mais curto de amamentação, não está bem estabelecido o efeito direto do uso da

chupeta sobre a duração da amamentação. É possível que o uso da chupeta seja um sinal de que a mãe deseja parar de amamentar – os bicos reduzem a necessidade do bebê de ser amamentado – ao invés de causar a interrupção da amamentação, especialmente em mães com dificuldades no aleitamento materno e com autoconfiança baixa (LEONE; TRONCHIN, 2001).

6 PROCESSO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudo

O tipo de estudo desenvolvido é de caráter descritivo com abordagem quantitativa.

6.2 Local do estudo

Foi realizado no Maracanã, área localizada a 08 quilômetros da zona urbana da Grande São Luís. A localidade é servida por 01 Unidade Básica de Saúde que possui uma Equipe de Saúde da Família composta de 01 médico, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 05 agentes comunitários de saúde, 01 dentista, 01 assistente social.

São atendidos nesta unidade 834 famílias que são cadastrados no SIAB. Na área de estudo habitam aproximadamente 3.271 pessoas.

6.3 População

A população de mães lactantes é constituída por 114 mães com filhos de 0 a 24 meses.

A amostra para estudo foi de 50 mães que compareceram à consulta médica e nas visitas domiciliares nos meses de junho e julho de 2006.

6.4 Aprovação do estudo

O estudo foi analisado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário “Presidente Dutra – UFMA”. Após a aprovação do mesmo, foi iniciada a coleta de dados. (Apêndice A).

6.5 Coleta de dados

A pesquisa foi desenvolvida nos meses de junho e julho/2006 pelos autores do trabalho, durante as consultas com mães lactantes no ambulatório e nas visitas domiciliares previamente agendadas pelo Agente Comunitário de Saúde. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário com perguntas abertas e fechadas (Apêndice B).

6.6 Análise de dados

Os dados foram analisados mediante a utilização de processos estatísticos simples, e a sua visualização será apresentada em forma de gráficos, demonstrando assim os resultados encontrados.

7 CUSTOS

A presente pesquisa foi custeada pelos pesquisadores, sem ônus para os participantes.

8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No gráfico 1 observa-se que o maior percentual foi de união consensual correspondendo a 52% e o menor percentual 24% correspondendo igualmente para as casadas e solteiras. O estado civil influencia na amamentação já que o pai tem participação importante no êxito do aleitamento materno, pois a mãe precisa e necessita de uma presença amorosa, de proteção e de apoio neste momento.

Lana (2001) enfatiza que dar o peito é uma tarefa da mãe, mas amamentar no sentido mais amplo deve ser um ato compartilhado pelo menos com o pai. Principalmente nos primeiros dias, cabe unicamente ao pai a administração da casa e dos filhos, deixando a mãe por conta dos cuidados do bebê e do necessário repouso. Não é meramente ajudar a mãe e sim assumir o lugar da mãe.

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 a amamentação, as mães acabam por desmamar seus filhos precocemente, prejudicando assim seu desenvolvimento normal.

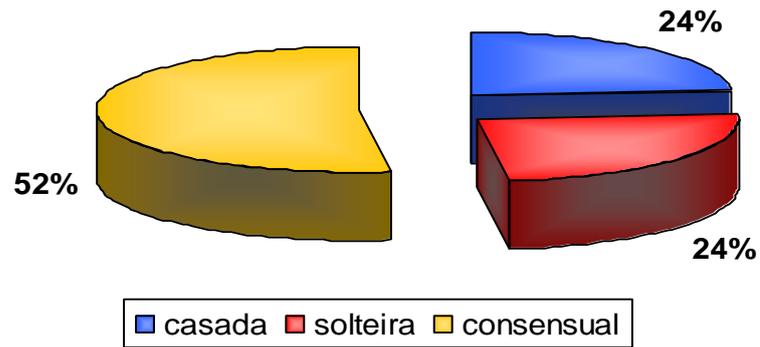


Gráfico 1 – Distribuição das 50 mães lactantes estudadas, segundo estado civil. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 2 que maior percentual de mães é do lar correspondendo a 84% e que o menor percentual equivale a 2% referente a secretária, estudante e operadora de computação.

Na atualidade, as enormes conquistas do progresso, trazem uma sobrecarga de ocupações para a mulher, relacionadas ao feminismo triunfante que são responsáveis pela diminuição do aleitamento materno (LEONE, TRONCHIN, 2001).

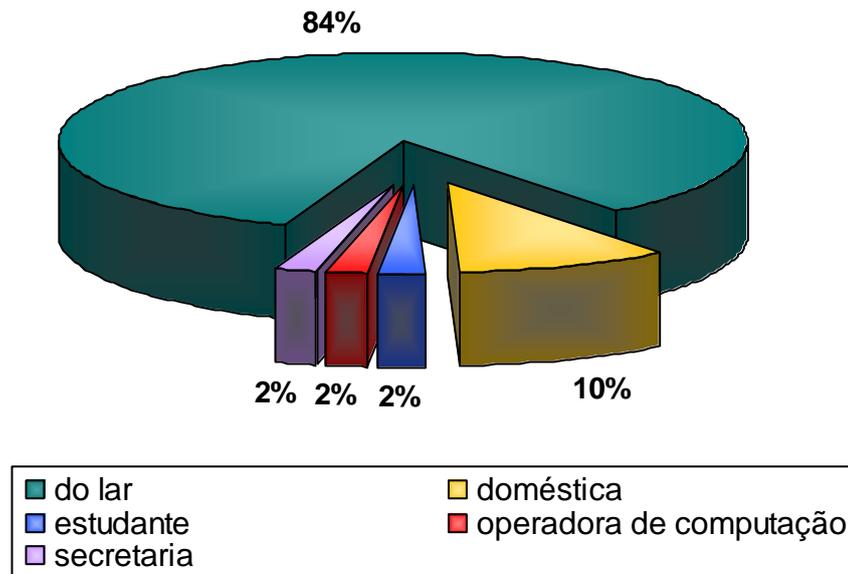


Gráfico 2 – Distribuição das 50 mães lactantes estudadas, segundo profissão. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 3 que a maioria das mães (44%) vivem com um salário mínimo e 4% responderam ter ajuda de outros, igual percentual vivem com 3 salários mínimos.

A renda da família não deve interferir na amamentação tendo em vista que o produto sai direto da “fábrica ao consumidor”, então as mães poderiam utilizar o dinheiro poupado para si mesma, com vestuários, alimentação balanceada, utensílios domésticos e passeios.

Segundo Lana (2001) amamentar representa também economia de dinheiro, que se fosse gasto com um alimento melhor que o leite materno valeria a pena, mas como leite em pó é inferior ao leite materno, é um péssimo investimento.

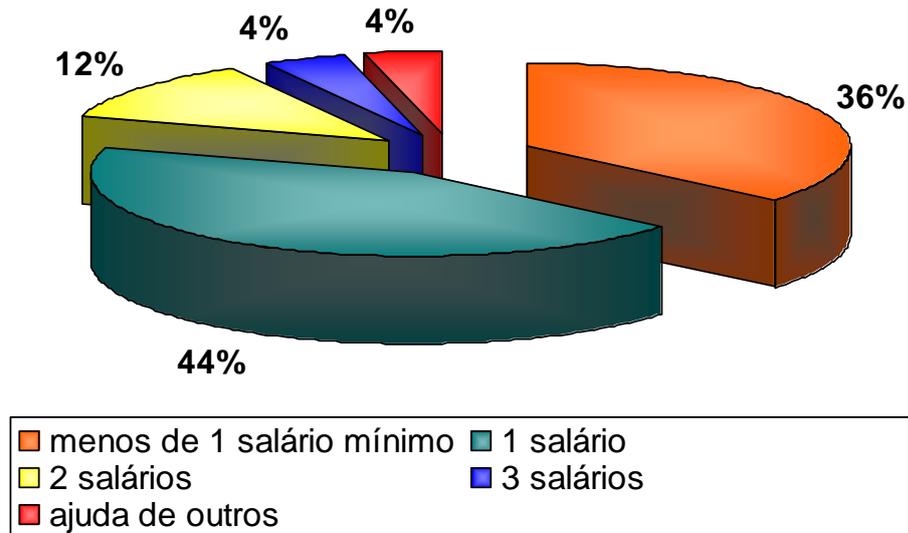


Gráfico 3 – Distribuição das 50 mães lactantes estudadas, segundo renda familiar. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 4 que o maior percentual possui ensino médio correspondendo a 52% e o menor percentual equivale a 2% para analfabeto e ensino superior. Percebe-se que não é a profissão em si que vai fazer com que o tempo de amamentação diminua, mas as condições em que ela se dá, como, grandes distâncias, horários rígidos, falta de creches. Não adianta só valorizar o aleitamento materno, mas sim criar condições nas escolas ou locais de trabalho que viabilizem a sua realização.

A prática da amamentação não está diretamente ligada ao grau de instrução, mas o que se espera, 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.

De acordo com Rego (2001) o aleitamento materno, por não ser um ato instintivo e sim comportamental, deve ser adquirido e aprendido. É, portanto uma arte feminina transmitida através de gerações. Devido à prática da alimentação dos bebês de modo artificial, essa arte feminina perdeu a passagem tradicional de conhecimento e orientações de mães para filhas, privando muitas mulheres do apoio e experiência de outras e isso causa despreparo e conseqüente desistência e abandono precoce do aleitamento, frente a sérias dificuldades comuns neste período da vida reprodutiva da mulher.

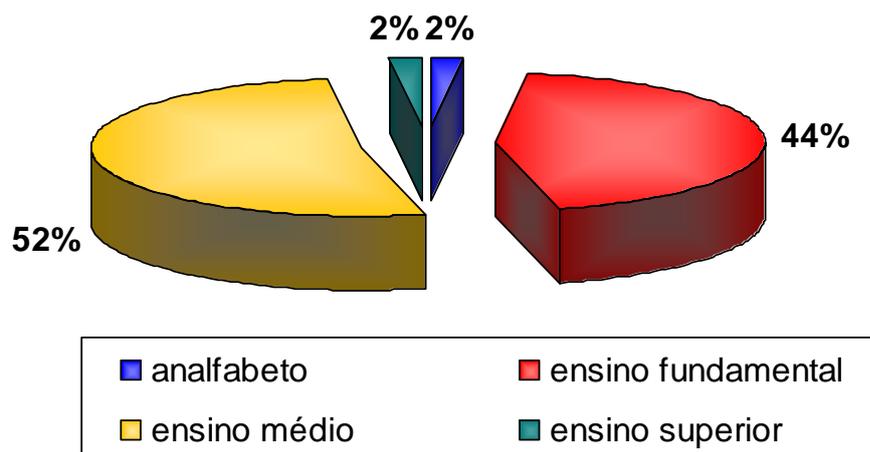


Gráfico 4 – Distribuição das 50 mães lactantes estudadas, segundo escolaridade. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 5 que maior percentual foi de mães com idade entre 20 a 29 anos corresponde a 68% e que menor percentual equivale a 12% correspondendo a mães com idade entre 10 -19 anos.

Do total de gestantes no Brasil, estima-se que, 20 a 25% são adolescentes, o que confirma os dados obtidos em 1999, onde cerca de 27% dos partos, realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foram de mulheres entre 10 e 19 anos (MEDEIROS, 2005). Segundo o IBGE, em 2004, 20% das crianças que nasceram e foram registradas em 2003 eram filhas de mães adolescentes. Ressalta-se que estas estatísticas não se confirmaram nesta pesquisa, pois obtivemos o menor percentual para mães adolescentes.

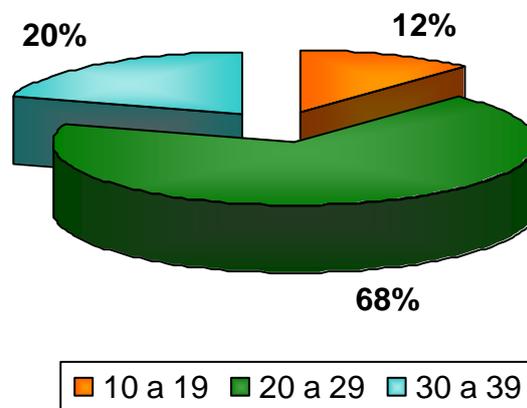


Gráfico 5 – Distribuição das 50 mães lactantes estudadas, segundo idade . Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 6 que o maior percentual de crianças estudadas tem idade de 0 a 6 meses correspondendo a 42% e menor percentual 12% corresponde a idade de 13-18 meses.

Em 1990, foi assinada a Declaração de Innocenti, na Itália, que propunha às Organizações Internacionais apoiar e conscientizar as mulheres para amamentação exclusivamente até os 4 a 6 meses de vida, mantendo a lactação após a introdução de alimentos complementares adequados, até dois anos de vida

ou mais. Neste período, novo impulso na promoção do aleitamento materno foi dado com a iniciativa Hospital Amigo da Criança (SANTOS JÚNIOR, 2000).

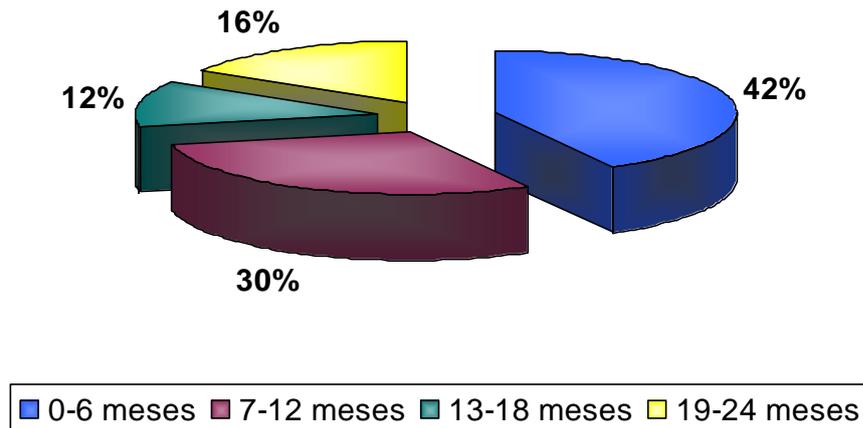


Gráfico 6 – Distribuição das crianças estudadas, segundo idade. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 7 que o maior percentual corresponde a mães que possuem 1 filho e o menor percentual 4% corresponde a mães que possuem mais de 7 filhos.

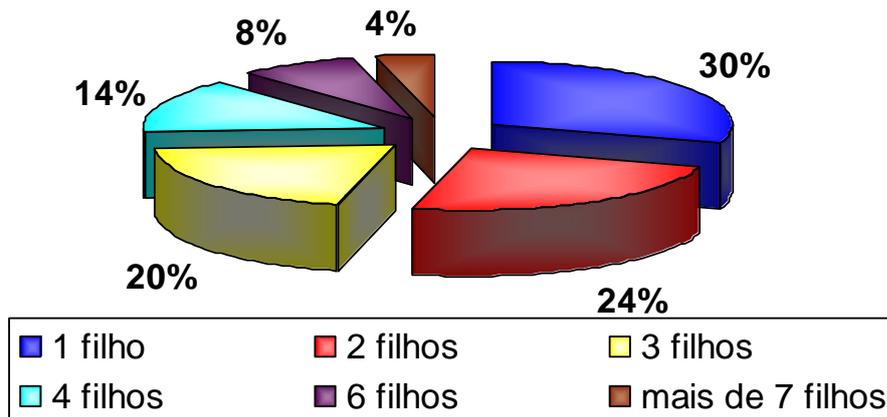


Gráfico 7 - Distribuição da quantidade de filhos, segundo as 50 mães lactantes estudadas. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 8 que o maior percentual 44% corresponde a mães que residem com 3 pessoas na mesma casa, e o menor percentual 8% corresponde a mães que residiam com 8 pessoas na mesma casa.

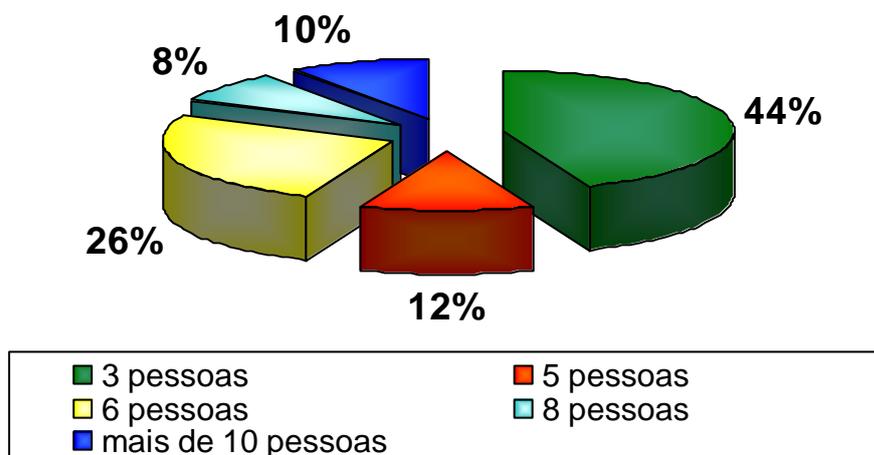


Gráfico 8 – Distribuição da quantidade de pessoas que residem na casa das 50 mães lactantes estudadas. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 9 que a grande maioria 76% refere que a avó não reside na mesma casa, e o menor percentual 24% correspondendo que a avó reside na mesma casa.

As avós das crianças costumam ter grande influência nas decisões da família incluindo aquelas relacionadas com alimentação infantil. Como a maioria das avós de hoje teve seus filhos na época em que o aleitamento materno exclusivo não era tão valorizado, a taxa de aleitamento materno era muito baixa, elas podem está repassando às suas filhas e noras práticas obsoletas, como a suplementação precoce do leite materno com água, chás e outros leites (CARVALHO, 2005).

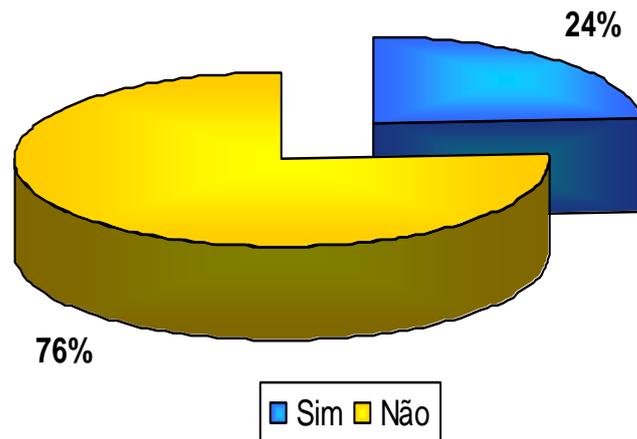


Gráfico 9 – Quantidade de avós que residem na casa de 50 mães lactantes estudadas. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

O gráfico de mães segundo a realização de pré-natal mostra que 98% realizou o pré-natal e somente 2% de mães não o realizaram. O pré-natal é a fase

em que a gestante recebe cuidados especiais, orientações necessárias e assistida por uma equipe capacitada para desenvolver tal papel.

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 patologia, visando assim à prevenção de complicações futuras.

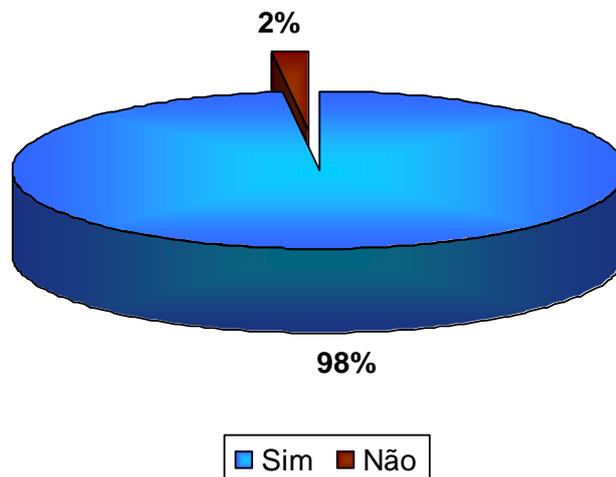


Gráfico 10 – Distribuição das 50 mães lactantes estudadas, segundo pré-natal. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 11 que o maior percentual corresponde a mães que realizaram 4 ou mais consultas de pré natal (96%) e em menor percentual 2% correspondendo respectivamente a mães que realizaram de 2 a 3 consultas.

Segundo Ministério da Saúde (2002) a gestante tem o direito de no mínimo 6 consultas de pré-natal.

BEMFAM (1996) constatou que no Maranhão, entre as mulheres que realizaram o pré-natal 43,9% fizeram 5 ou mais consultas, com uma média de 3,7 consultas pré-natais.

No estudo realizado na Unidade de Saúde do Maracanã o número de consultas está muito próximo do recomendado pelo Ministério da Saúde.

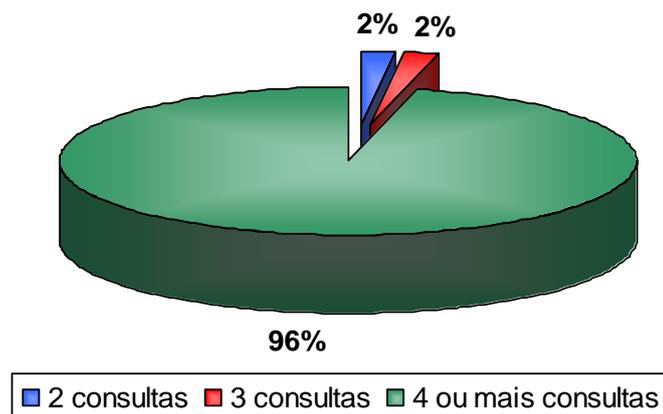


Gráfico 11 – Distribuição das 50 mães lactantes estudadas, segundo número de consultas. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 12 o maior percentual 68% foi de mães que não tiveram problemas que interferissem na gestação e o menor percentual foi de 32% correspondendo a mães que tinham algum problema que interferiu na gestação.

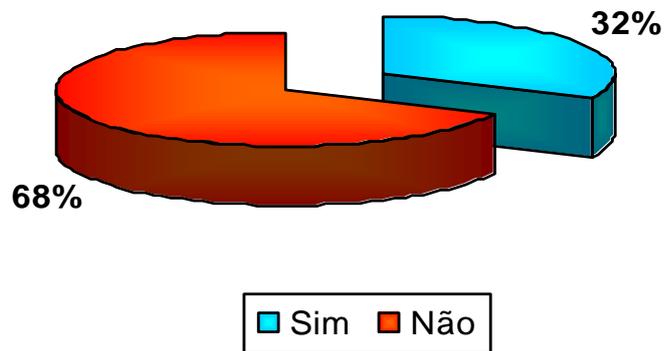


Gráfico 12 - Distribuição das 50 mães lactantes estudadas, segundo problemas que interferiram na gravidez. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 13 que o maior percentual 88% corresponde a mães que receberam orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal e o menor percentual 12% corresponde a mães que não receberam orientação sobre aleitamento materno.

O pré-natal é o melhor momento para a abordagem adequada do incentivo ao aleitamento materno, por ser um período de maior contato da gestante com os profissionais de saúde. O caráter cíclico das consultas permite uma discussão produtiva, sem atropelos, com intervalo útil para a absorção e reflexão do tema (REGO, 2001).

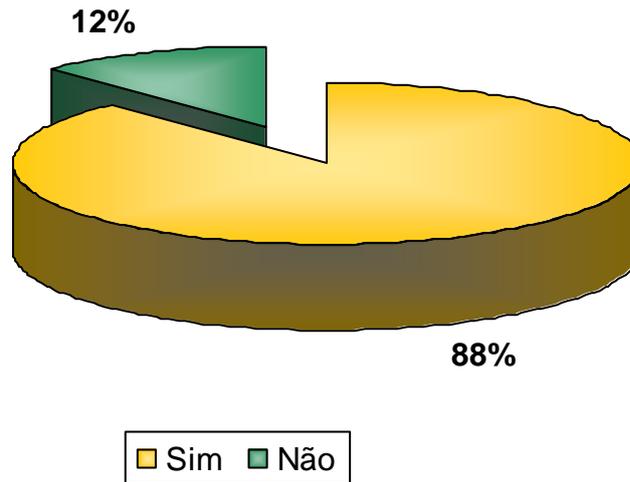


Gráfico 13 – Distribuição das 50 mães lactantes estudadas, segundo orientação sobre o aleitamento materno no pré-natal. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 14 que 60% das mães receberam orientação sobre a prevenção de doenças e 4% não lembram das orientações recebidas.

Uns passos importantes, que tem efeitos positivos significantes na duração e no manejo adequado da amamentação, é a preparação pré-natal. Esta deve ser efetiva na forma de orientações individuais ou coletivas. Esta preparação deve conter basicamente um conjunto de informações sobre o manejo da amamentação como a anatomia e fisiologia da lactação; como amamentar; cuidados com a mãe que amamenta; possíveis problemas e como solucioná-los; o que fazer quando voltar a trabalhar ou necessitar se separar de seus filhos; onde procurar ajuda se necessário; além de reforçar aspectos sobre as vantagens da amamentação e da importância do contato pele a pele na primeira meia hora após o nascimento e iniciar a amamentação se possível, e permanecer o tempo todo ao lado do seu bebê na maternidade (REGO, 2001).

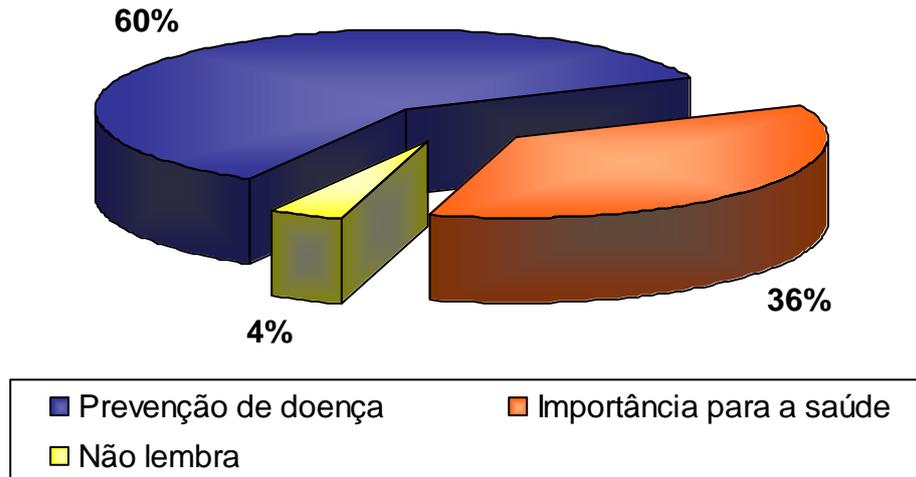


Gráfico 14 – Distribuição das 50 mães lactantes estudadas, segundo tipo de orientação sobre aleitamento materno no pré-natal. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 15, que o maior percentual 50% corresponde a mães que realizaram o pré-natal com médico e enfermeiro e o menor percentual 18% corresponderam a mães que realizaram o pré-natal somente com o médico.

De acordo a Lei n.94.406/87 do exercício profissional da enfermagem o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente realizado pelo enfermeiro.

O papel do setor saúde é melhor desempenhado quando se têm 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 da amamentação (CARVALHO, 2005).

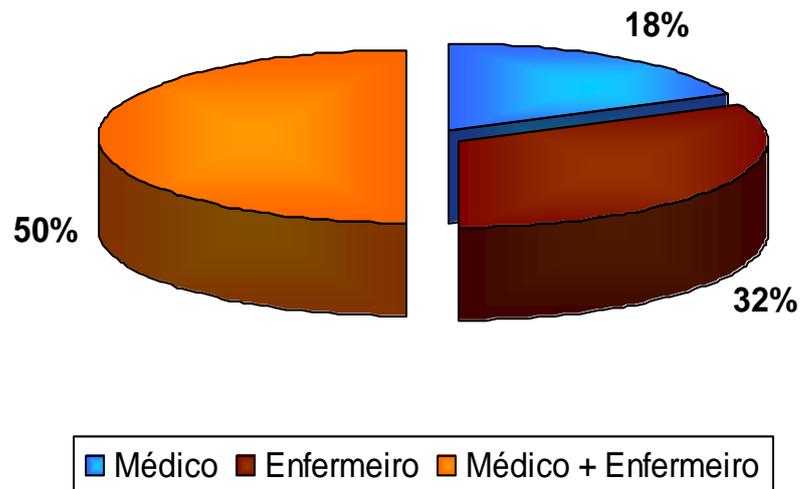


Gráfico 15 – Distribuição dos tipos de profissionais que orientaram o pré-natal, das 50 mães lactantes estudadas. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 16, que o maior percentual 62% corresponde a crianças em aleitamento materno misto, 26% em aleitamento materno exclusivo e o menor percentual 2% corresponde a crianças em aleitamento materno artificial.

Segundo Lana (2001) o ideal é que a criança mame exclusivamente no peito até completar seis meses. Qualquer líquido ou alimento introduzido reduz a proteção imunológica do leite materno e aumenta o risco de doenças causadas por bactéria ou vírus. Até mesmo a água ou chá são prejudiciais a criança e interferem no aleitamento materno exclusivo.

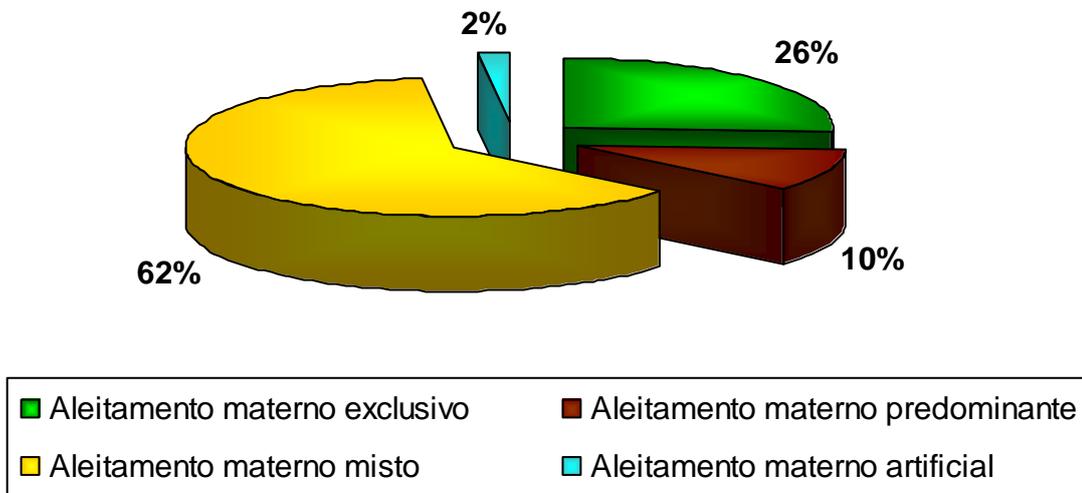


Gráfico 16 - Distribuição do tipo da atual alimentação das crianças de 0 a 24 meses, das 50 mães lactantes estudadas. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 17, que o maior percentual 81% corresponde a crianças que se encontram em aleitamento materno exclusivo e o menor percentual 5% corresponde a crianças em aleitamento materno misto.

Segundo Guigliane (2005), e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2002 era recomendado o aleitamento materno exclusivo por 4-6 meses. Atualmente, recomenda-se a introdução de alimentos complementares em torno dos seis meses, pois existem evidências consistentes dos benefícios da alimentação exclusiva até essa idade. A introdução dos alimentos complementares antes dos seis meses (salvo em alguns casos individuais) não oferece vantagens como pode ser prejudicial à saúde da criança.

Pelos resultados obtidos verifica-se que o aleitamento materno exclusivo é o tipo de amamentação predominante nesta comunidade, pelas crianças de 0 a 06 meses.

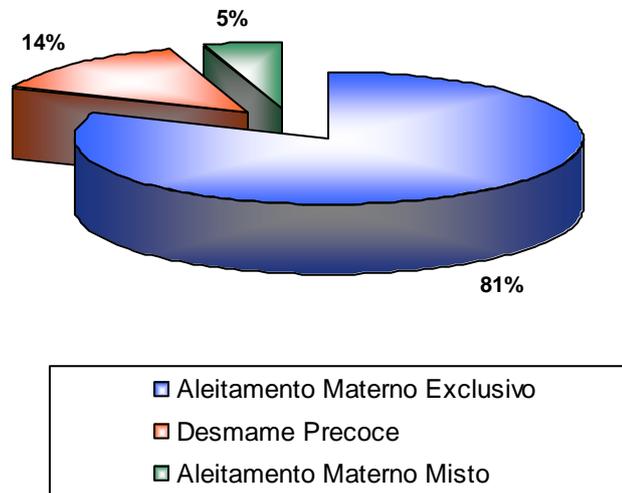


GRÁFICO 17 – Distribuição quanto o tipo de alimentação da criança de 0 a 06 meses, das 50 mães lactantes estudadas. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 18 que 62% das mães que recebeu o apoio do companheiro para amamentar, e 38% das mães não receberam o apoio do companheiro para amamentar.

O apoio do pai freqüentemente faz diferença entre o sucesso da amamentação ou o seu fracasso, como o abandono precoce. O pai é a pessoa ideal para ajudar a mãe na amamentação, pois, em geral, pressupõe-se que ele é quem mais a conhece, sabe seus gostos, desejos e preocupações.

Segundo Carvalho (2005) refere que nas sociedades urbanas contemporâneas, com famílias isoladas de suas comunidades originais, o marido freqüentemente desempenha um papel que anteriormente era reservados as

mulheres do núcleo familiar. É fundamental que o planejamento nos assuntos relativos ao parto e amamentação se inicie ainda nas consultas pré-natais.

Segundo Greiner (apud REGO, 2001), a melhor oportunidade para discutir o envolvimento do pai, no processo da amamentação deve ser nas consultas, durante o pré-natal quando o casal teria todos os esclarecimentos necessários e desta forma o homem passaria a compreender os benefícios da amamentação, dispondo-se então a apoiar a mulher, dando suporte emocional e ajuda para superar qualquer crise ou dificuldade que possa ocorrer durante o aleitamento materno fazendo com que o pai sinta-se parte deste período, em que a mãe e bebê desenvolvem relação especial. Portanto, cabe ao profissional de saúde dar atenção ao novo pai e estimulá-lo a participar deste período vital para a família.

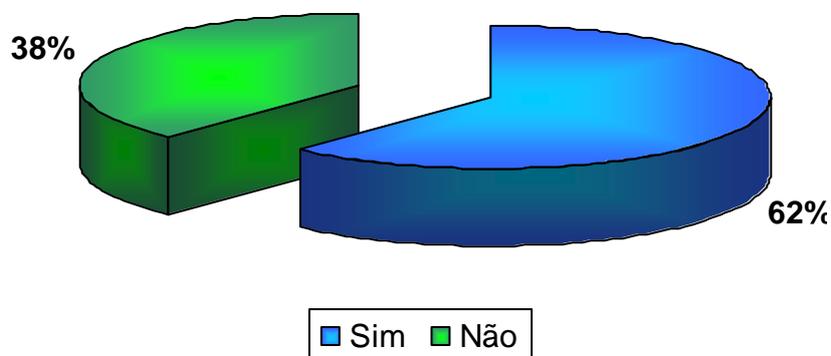


Gráfico 18 – Distribuição das 50 mães lactantes estudadas, segundo apoio do companheiro. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 19, que o maior percentual 60% corresponde a mães que receberam apoio da família para amamentar e menor percentual 40%

corresponde a mães que não receberam o apoio da família para amamentar exclusivamente.

Junto com as recomendações a respeito da amamentação sem restrições (livre demanda) o suporte de pessoas da família e da comunidade é uma das poucas atitudes comprovadamente benéficas com relação à amamentação (CARVALHO, 2005).

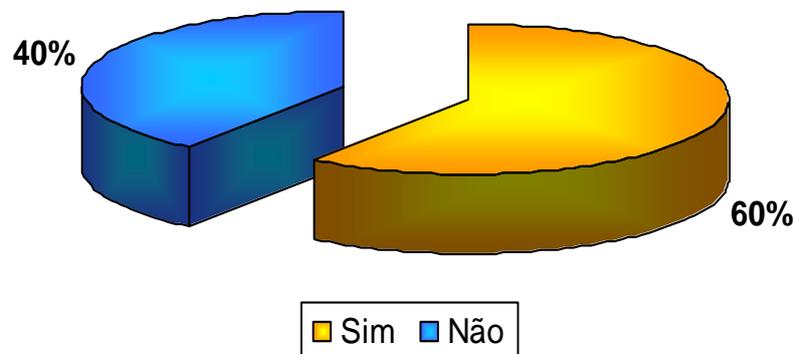


Gráfico 19 – Distribuição das 50 mães lactantes estudadas, segundo apoio da família. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 20, que a maioria das mães (30%) respondeu ser as orientações da equipe do PSF o motivo para a prática do aleitamento materno e um menor percentual de 6% das mães respondeu respectivamente ser o fator econômico, a saúde da mãe e o leite materno ser um alimento completo.

Segundo Guigliani (2005) o aleitamento materno exclusivo oferece a vantagem adicional de diminuir os custos das famílias, dos serviços de saúde e da sociedade em geral, ao eliminar os gastos com leites artificiais e outros alimentos, e

ao reduzir os episódios de doenças nas crianças e como consequência, as faltas ao trabalho dos pais.

Segundo Rego(2001),as mães adequadamente assistidas por seus parceiros, familiares e equipe de saúde durante o pré-natal estarão mais preparadas para estabelecer relações precoces com seus bebês na gravidez, à medida que dão a eles um lugar dentro da família. Conseqüentemente, conseguirão exercer a maternidade com maior tranqüilidade e adequação.

Ressalta-se a importância do acompanhamento da equipe à gestante, puérperas e puericultura para o fortalecimento desses fatores e a concretização do aleitamento materno, juntamente com a família, para que haja um desenvolvimento saudável e aumento do vínculo mãe e filho.

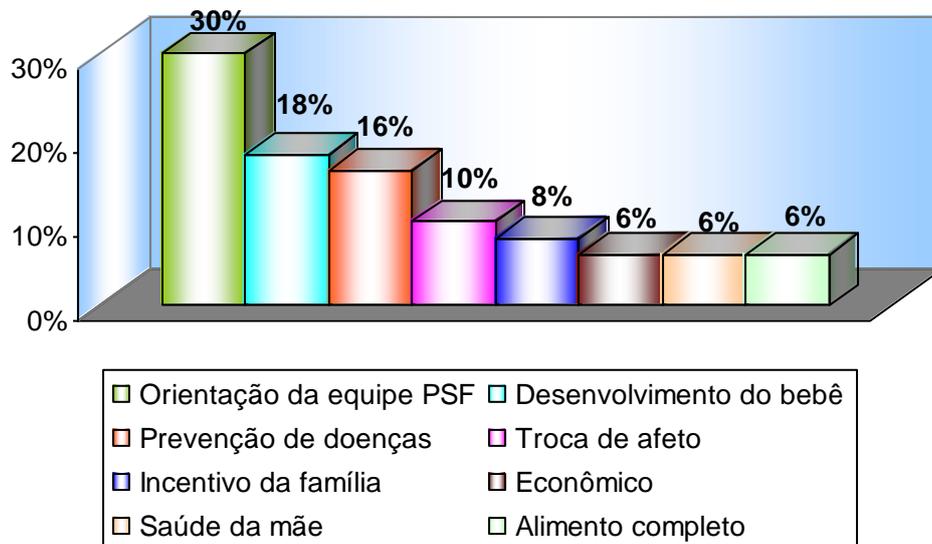


Gráfico 20 – Distribuição do motivo para a prática do aleitamento materno, segundo as 50 mães lactantes estudadas. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

Observa-se no gráfico 21 que a maioria das mães, 56% não souberam responder o motivo que dificultou a prática do aleitamento materno exclusivo, seguido de 24% que destacou a situação financeira e 2% das mães respondeu ter

sido a hospitalização o fator de interferência que dificultou a prática do aleitamento materno.

Segundo Guigliani (2005), qualquer esforço no sentido de aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo deve levar em consideração os fatores que influem negativamente nessa pratica. Os principais obstáculos a essa prática podem ser assim agrupados: falta de conhecimento da população em geral, dos professores de habilidades dos profissionais de saúde; aspectos culturais; falta de confiança/ baixo auto-estima da mãe; falta de apoio e suporte familiar e comunitário; trabalho da mulher; e promoção inapropriada de substitutos do leite materno.

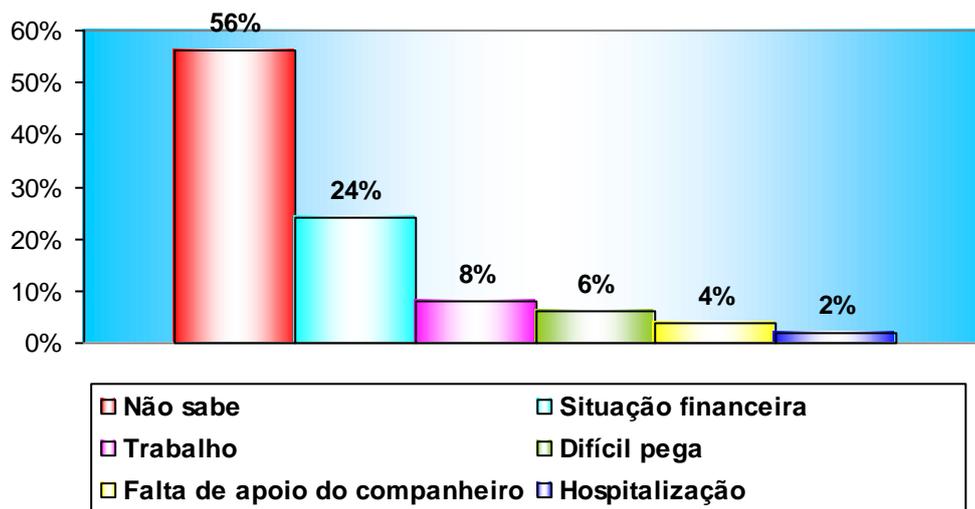


Gráfico 21 - Distribuição do motivo que dificultou a prática do aleitamento materno, segundo as 50 mães lactantes estudadas. Unidade de Saúde Maracanã. São Luís, 2006.

9 CONCLUSÃO

Após o estudo sobre os fatores que interferiram na prática do aleitamento materno entre as mães acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família do Maracanã e os resultados obtidos, chegou-se as seguintes conclusões:

- A maioria das mães estudadas quanto ao estado civil estavam em união consensual, tinha o lar como profissão e renda familiar de 01 salário mínimo;
- Mais da metade das mães possui ensino médio e estavam na faixa etária de 20 a 29 anos;
- Menos da metade das mães têm filhos na faixa etária de 0 a 6 meses e apenas 01 filho, residindo com 03 pessoas no mesmo domicílio incluindo a avó;
- A maioria das mães compareceu a consulta do pré-natal e fez 04 ou mais consultas com médico e enfermeira;
- A maioria das mães recebeu orientação quanto ao aleitamento materno e prevenção das doenças durante o pré-natal.

O aleitamento misto foi o tipo de alimentação que as crianças estavam recebendo no período da pesquisa, destacado mais da metade das mães, mas a maioria das mães estudadas, informou ter amamentado exclusivamente seus filhos até 06 meses de idade. As mesmas confirmaram ter recebido apoio do companheiro e da família para amamentar exclusivamente.

Constatou-se finalmente ao se avaliar os resultados, que as orientações recebidas durante o pré-natal sobre a importância do aleitamento materno para a saúde da criança foi o principal fator que interferiu para a prática do aleitamento

materno. A maioria das mães não soube relatar o motivo que dificultou a prática do aleitamento materno exclusivo.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Sonia M. S.M. A Sociedade Brasileira de Pediatria e o alimento materno. In: CURSO NESTLÉ DE ATUALIZAÇÃO EM PEDIATRIA, 56. **Resumo**. Foz do Iguaçu, 1999.

BADINTER E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, Hydson. Puericultura indígena. **J.Ped.**, v. 34. n. 1-2, p. 19-25, 1969.

BASTOS. Cleide Helena Bentes. **Desmame Precoce em criança atendidas na unidade de saúde da família do bairro Pirapora** em São Luís- MA, 2005

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**: relatório preliminar. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe Saúde 2000**, Brasília, n. 69, p. 1-2, 2000.

CARVALHO. Marcus Renato de; RAQUEL, N. Tamez. **Amamentação bases científicas**, 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

FREDERIK, Antoinette. A baba dos brasileiros: uma multinacional no setor leiteiro. In: CARODINI, O. L. ; FREDERIK, A. **Agricultura, cooperativa e multinacionais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p. 91-184.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande e Senzala**: formação da família sob o regime da economia patriarcal. 19. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978. 572p.

GOLDENBERG, Paulete. **Repensando a desnutrição, como questão social**. Campinas: Ed. Unicamp, 1988. 159p.

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

LANA, Adolfo Paulo Bicalho. **O livro de estímulo a amamentação**: uma visão biológica, fisiológica e psicológica: comportamento de amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001.

LEONE, Cléa Rodrigues; TRONCHIN, Darsy Maria Rizatto. **Assistência integrada ao recém-nascida**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LOYOLA, Andréa. A cultura pueril da puericultura. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, v.2, n.1, p.40-46, 1983.

MEDEIROS, Ariella. Gravidez não é brincadeira de criança. **Hebron Atualidade**, Recife, n. 15, abr. 2005.

MOURA, Francisco José Coelho de. **Do Aleitamento natural, artificial e misto em Geral em particular do mercenário atentas às condições da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1974. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1974.

ORNELLAS, Lierelotte Hoeschi. **A alimentação através dos tempos**. Rio de Janeiro: FENAME, 1978. 288p.

PRADO JUNIOR, Caio. **História econômica do Brasil**. 35. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. 364p.

REGO, José Dias. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001. 23p.

RUEDA, Ernesto Plata. Os aspectos práticos do aleitamento ao seio. In: ANAIS NESTLÉ, São Paulo, n. 103, 1979.

SANTOS JÚNIOR, Luiz Airton. **A mama no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SHORT, R. **Amamentação, fertilidade e crescimento populacional**. IBAN/UNICEF documento - nossos arquivos [online]. Disponível em: <<http://www.elogica.com.br/aleitamento/arquivo/htm#INICIO>>. Acesso em: 3 jul. 1998.

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

SUCCI, R. C. M. Doenças infecciosas e leite materno. In: CURSO NESTLÉ DE ATUALIZAÇÃO EM PEDIATRIA, 51. 1994. Blumenau; Santa Catarina: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1994. p. 224 – 5.

VINAGRE, Roberto Diniz; DINIZ, Edna M. de A. **O leite humano e sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro**. São Paulo: Atheneu, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

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

Orientador (a): Rosemary Ribeiro Lindholm

Em: Rua L Q. 22 C - 08 Parque Atenas São Luís

Pesquisadores: Christinne Carneiro Neiva Martins

Isabela Carvalho Ferreira Ferraz

Kárita Sá Nolêto

Maria da Conceição de M. Oliveira

Renata Pinheiro Pedra

**FATORES QUE INTERFEREM NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO
MATERNO ENTRE MÃES ACOMPANHADAS PELA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MARACANÃ**

Gostaríamos de contar com a ajuda de vocês na realização do nosso trabalho de conclusão de curso de especialização, respondendo algumas perguntas, sobre os motivos que ajudaram ou dificultaram a prática do aleitamento materno.

Não é obrigado a responde e garantimos também sigilo absoluto, em tudo que nos for informado.

São Luís, MA _____/_____/_____

End. da Instituição onde será procedida a coleta de dados

Rua Principal S/N Maracanã

CEP: 65.99-080

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados**QUESTIONÁRIO****1. Características Sócio Econômicas**

1.1 Estado Civil

- Casada União Consensual
 Solteira Viúva

1.2 Ocupação: _____

1.3 Qual a renda familiar?

- menos de 1 salário mínimo
 1 salário mínimo 2 salários mínimo
 3 salários mínimo Ajuda de outros

1.4 Escolaridade

- Analfabeta Ensino Fundamental
 Ensino Médio Ensino Superior

2. Características Demográficas

2.1 Idade da mãe _____

2.2 Idade da criança _____

2.3 Quantos filhos você tem _____

2.4 Quantas pessoas residem na casa _____

2.5 Avó reside com a família? _____

3. Assistência Pré-Natal

3.1 Você fez pré-natal?

- Sim Não

3.2 Quantas consultas você realizou?

- 1 3
 2 4 ou +

3.3 Você teve algum problema que interferisse nessa gestação?

- Sim Não

3.4 Você recebeu orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal ?

3.5 Quais orientações você recebeu durante o pré-natal sobre aleitamento materno exclusivo?

3.6 Qual o profissional que realizou o pré- natal ?

- Médico Enfermeiro
 Médico e enfermeiro

4. Situação alimentar da criança

4.1 Qual o tipo da atual alimentação da criança

- Aleitamento materno exclusivo (AME)
 Aleitamento materno predominante
 Aleitamento materno misto
 Aleitamento materno artificial

4.2 Recebe o apoio do companheiro para amamentar exclusivamente

- Sim Não

4.3 Recebe o apoio da família para amamentar exclusivamente?

- Sim Não

5 Fatores de interferência na prática do aleitamento materno

5.1 O que levou você à prática do aleitamento materno exclusivo?

5.2 Quais fatores dificultaram a prática do aleitamento materno exclusivo?

Martins, Christinne Carneiro Neiva

Fatores que interferem a prática do aleitamento materno entre mães acompanhadas pela equipe de saúde da família do Maracanã / Christinne Carneiro Neiva et al. São Luís, 2006.

57 f.:il.

Projeto monográfico (Especialização em Saúde da Família) – Laboro Excelência em Consultoria e Pós-Graduação, São Luís, 2006.

1. Aleitamento materno. 2. Saúde da Família. I. Ferraz, Isabela Carvalho Ferreira. II. Nolêto, Kárita Sá. III. Oliveira, Maria da Conceição de M. IV. Pedra, Renata Pinheiro. V. Título.

CDU 618.63