

**POLIANA LITTIG SILVA**

**FATORES DETERMINANTES PARA A INTRODUÇÃO DE OUTROS  
ALIMENTOS EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES EM ALEITAMENTO  
MATERNO**

**GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS  
2010**

**POLIANA LITTIG SILVA**

**FATORES DETERMINANTES PARA A INTRODUÇÃO DE OUTROS  
ALIMENTOS EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES EM ALEITAMENTO  
MATERNO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Luciano Soares Dias

**GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS  
2010**

**POLIANA LITTIG SILVA**

**FATORES DETERMINANTES PARA A INTRODUÇÃO DE OUTROS  
ALIMENTOS EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES EM ALEITAMENTO  
MATERNO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Luciano Soares Dias

Banca Examinadora

Prof. Luciano Soares Dias – Orientador

Prof. Edison José Corrêa

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Agradeço a Deus, Amigo Fiel em todos os momentos.

Aos meus pais, que vibram comigo a cada vitória e nunca mediram esforços em me ver feliz e realizada. Nós conseguimos mais este título!

Ao meu noivo Assir, pelo incentivo e amor demonstrado sempre. Você foi compreensivo com a minha ausência e soube valorizar a importância do conhecimento para minha formação.

A Equipe de Saúde da Família Santa Helena I que me acolheu e compartilhou comigo a busca pelo saber, sempre com idéias de novas estratégias e disposição em tentar.

A tutora e amiga Fernanda Magalhães, você é um exemplo de dedicação e carinho, sempre presente e prestativa. Deus te abençoe!

Ao orientador Luciano um parceiro e tanto neste trabalho. Sua atenção, paciência e carinho foram fundamentais, muito obrigada!

À Universidade Federal de Minas Gerais pela realização de uma Especialização tão didática e prazerosa de cursar, vocês foram brilhantes!

E aos colegas de curso, obrigada pelas discussões sem fim nos encontros presenciais; as suas histórias e experiências engrandeceram o meu saber. Apesar de tantas divergências nos processos de trabalho nós temos a essência em comum: amamos o que fazemos, amamos Saúde da Família e temos um orgulho enorme em demonstrar isso. Sucesso pra todos nós!

“Não, não tenho caminho novo. O que tenho de novo é o jeito de caminhar.”

THIAGO MELLO

## **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo estudar os fatores que determinam a introdução precoce de novos alimentos às crianças menores de seis meses em aleitamento materno e avaliar estes fatores na amamentação das crianças nascidas no período de dezembro de 2009 a maio de 2010 e acompanhadas em Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) com Saúde da Família (SF) do município de Governador Valadares/MG. Foram analisados artigos científicos nacionais e os prontuários de todas as 15 crianças nascidas naquele período. Observou-se na unidade que 35,3% das crianças não estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) e tinham entre um e quatro meses de vida. Os motivos para introdução precoce de novos alimentos foram variados, e são semelhantes àqueles encontrados na literatura consultada: interferência de outros familiares, falta de leite, leite insuficiente/leite fraco, constipação intestinal, cólica abdominal, irritação da criança e sono interrompido várias vezes à noite. Os alimentos escolhidos pra substituir o leite materno foram chá, água e leite industrializado com engrossante. Percebeu-se que a maioria dos motivos apresentados decorre de mitos arraigados na cultura das mães e que as informações e orientações fornecidas a elas não são suficientes para sensibilizá-las ao ato de amamentar, o que evidencia a necessidade de novas estratégias para a superação deste importante problema.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Desmame, Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

This study had the purpose to study the factors that determine infants below six months of age on breastfeeding being exposed to new food prematurely and make an evaluation of these factors on children born during december of 2009 and may of 2010, whom are being followed up by Primary Health Care Unit (UAPS) with Family Health (SF) in the town of Governador Valadares/MG. National scientific articles and the records of all 15 children born in the same period of time were analyzed. It was noticed that 35,3% of the infants were not being fed only maternal milk and were between 1 and 4 months of age. The reasons for introducing new food to these children were various and similar to the ones found in the literature researched which are: interference of family members, lack of breast milk, insufficiency of breast milk, intestinal constipation, abdominal colic, infant being irritated and sleep being interrupted many times during the night. The food chosen to substitute breast milk were tea, water and industrialized milk with added supplements that make the milk thicker and filling. It was also noticed that many of the motives presented by the mothers were myths coming from their own culture. The informations and orientations given to them were not enough to make them sensible to the act of breast feeding. This conclusion proves the necessity of new strategies to minimize this problem.

Key words: Breast feeding, Weaning, Family health.

## Sumário

1.INTRODUÇÃO	08
1.1. Justificativa	10
1.2. Objetivo	11
1.3. Metodologia	11
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
2.1. Histórico do aleitamento materno no Brasil	13
2.2. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno	16
2.3. Desmame precoce: fatores influenciadores	20
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33
ANEXO A	40

## 1. INTRODUÇÃO

É interessante lembrar os motivos pelos quais escolhi trabalhar em atenção primária, em Saúde da Família (SF). Desde a graduação me identifiquei com esta área de atuação da enfermagem; acredito que seja pela filosofia do processo de trabalho. Costumo dizer sempre que “gosto é de saúde e não de doença”, ou seja, trabalhar com prevenção e com estratégias que possibilitem conhecer a família de cada paciente, os determinantes de saúde/doença e criar vínculo com estas pessoas são maneiras eficazes de levar informação e saúde, evitando assim a doença.

Sou enfermeira, formada em dezembro de 2006 pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos situado na cidade de Teresópolis-RJ. Em janeiro de 2007 iniciei minha atuação na atenção primária em um pequeno município, São Felix de Minas e, há dois anos e dois meses trabalho no município de Governador Valadares, como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Helena I, exercendo atividades na parte assistencial e gerencial.

Governador Valadares é um município do estado de Minas Gerais, localizado na região do Vale do Rio Doce e distante cerca de 320 quilômetros da capital, Belo Horizonte. Ocupa área de 2.348,100 km<sup>2</sup> e sua população foi estimada em 2009 pelo IBGE em 263.274 habitantes, sendo o mais importante município de sua região (WIKIPEDIA, 2010).

O município é polo econômico importante na sua região, com destaque para o setor industrial, a prestação de serviços, a extração de minérios e o turismo. (WIKIPEDIA, 2010)

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no município em 1998 e atualmente existem 35 Equipes de Saúde da Família (34 situadas na zona urbana e uma na zona rural) e 04 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (3 na zona urbana e 1 na zona rural) (SMS-GV/MG, 2010).

Na unidade de saúde da família onde atuo, a rotina de atendimento à gestante acontece da seguinte maneira: todas as gestantes têm a consulta de pré-natal previamente agendada e ao chegar para a mesma passam por uma sala de rápidas orientações, quando vários temas são abordados, incluindo amamentação. É importante frisar que as orientações sobre este tema não são passadas apenas por mim, mas também pela médica e



pela odontóloga. Cada profissional trabalha suas especificidades em relação ao assunto. Foi criado também o grupo de gestantes, com reuniões mensais, nas quais um profissional aborda um tema específico e o debate com mais tranquilidade com as participantes. Mais uma vez o tema amamentação ganha destaque e é amplamente trabalhado com as futuras mães, incluindo a produção do leite, tipos de bico dos seios, como fazer a ordenha mamária quando a mãe não puder amamentar a criança etc. Nos primeiros sete dias após o parto é realizada a consulta puerperal em visita domiciliar e neste momento a equipe conversa sobre as possíveis dificuldades encontradas em amamentar e reforça os cuidados e a importância do aleitamento materno exclusivo (AME). A partir desse momento são agendadas as consultas de puericultura, onde rotineiramente questionamos e orientamos sobre a alimentação oferecida à criança.

Matriculei-me no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), oferecido na modalidade à distância pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFMG) por entender a necessidade de continuar a estudar e aprofundar sobre o tema pelo qual sempre me interessei: Saúde da Família. Confesso que a princípio cheguei a pensar que seria apenas mais um título, do que propriamente conhecimento adquirido, pois já havia frequentado aulas em outras especializações e imaginava que seria da mesma maneira: muita teoria e pouca prática e/ou troca de experiências. Mero engano! Este curso é mais que uma especialização, é uma oportunidade de organizar e aprender a trabalhar de fato com saúde da família. A possibilidade de relatar a realidade do seu dia-a-dia e construir estratégias passo a passo para adequá-la durante as atividades do curso, é garantia de melhora no atendimento e funcionamento da unidade. Tenho muito o que agradecer a organização deste curso espetacular; hoje consigo compreender a grandiosidade desta especialização.

Para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) escolhi um tema que também foi abordado durante a especialização no módulo de Saúde da Criança: os motivos que levam grande parte das mães a introduzir novos alimentos para as crianças em AME. Este é um grande problema enfrentado na unidade onde atuo, apesar de toda a informação que as mães recebem. A oportunidade de realizar o TCC é uma maneira de conhecer e analisar estes motivos apresentados pelas mães da comunidade e tentar reverter esta situação.

## 1. Justificativa

Parece óbvio que o leite materno seja o alimento ideal para a criança já que para cada espécie de mamífero o leite secretado está adaptado ao respectivo recém-nascido, com suas necessidades nutritivas particulares. Especialmente no caso do ser humano, percebemos que a amamentação bem sucedida é uma experiência extremamente satisfatória para a mãe e seu filho. A mãe que amamenta desenvolve uma sensação de grande realização e proporciona ao seu bebê um relacionamento físico e psicológico de fundamental importância para o seu desenvolvimento.

Ao longo da história da humanidade o leite materno tem sido a principal fonte disponível de nutrientes dos lactentes. Entretanto, a partir do século XX e principalmente após a II Guerra Mundial, o aleitamento artificial adquiriu uma importância significativamente maior. Diversos fatores contribuíram para esse fato. A industrialização e o aperfeiçoamento das técnicas de esterilização do leite de vaca propiciaram a produção em larga escala de leites em pó. As indústrias produtoras desses leites, assessoradas por intensa e agressiva publicidade procuraram fazer com que o leite em pó fosse caracterizado como um substituto satisfatório para o leite materno devido à sua praticidade, condições adequadas de higiene e suprimento completo de todas as necessidades nutricionais do lactente, uma vez que a maioria deles reforçava o fato de serem enriquecidos com variadas vitaminas, o que os tornava até superiores ao leite materno. Além disso, a entrada da mulher no mercado de trabalho limitava a possibilidade de amamentação por seis meses. (ESCOBAR *et al.*, 2002)

Felizmente, nas últimas décadas houve uma retomada da valorização do aleitamento materno. Desde 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como o Ministério da Saúde (MS) preconizam o AME até os seis meses de idade da criança como medida de saúde pública e, após os seis meses, a introdução dos alimentos complementares com a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais (BARBOSA *et al.*, 2009).

Essa retomada do aleitamento materno tem certamente contribuído para aumentar os índices desta prática, mas em meu trabalho como enfermeira na minha unidade de saúde percebo que várias mães não amamentam seus filhos conforme a recomendação de todos os organismos nacionais e internacionais. Apesar de todos os benefícios divulgados

desde o pré-natal e início da puericultura pela nossa equipe, pude perceber a alta prevalência de desmame precoce das crianças atendidas na unidade. Sempre acreditei que a falta de informação seria o fator que levaria ao desmame, mas percebi que outros fatores talvez fossem mais importantes, visto que às gestantes/mães desta unidade são dadas informações ao longo do pré-natal, puerpério e puericultura e mesmo assim desmamam suas crianças. Foram identificadas várias crianças menores de seis meses em aleitamento materno predominante e, em muitos casos, já não mais em aleitamento materno. Os motivos apresentados pelas mães para justificar o desmame ou a introdução de novos alimentos são muito variados.

Diante deste preocupante cenário, fiquei motivada para estudar o assunto, fazendo revisão bibliográfica na literatura nacional e analisando os motivos do desmame apresentados pelas mães atendidas em nossa unidade de saúde. Com isso, acredito que possamos criar estratégias para superação deste importante problema na nossa área de trabalho, respeitando a cultura e as dificuldades das mães.

## **1.2 Objetivo**

- Analisar os fatores determinantes da introdução precoce de novos alimentos em crianças menores de seis meses em aleitamento materno e avaliar estes fatores na amamentação das crianças nascidas no período de dezembro de 2009 a maio de 2010, acompanhadas em Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) com Saúde da Família (SF) do município de Governador Valadares/MG.

## **1.3 Metodologia**

Fez-se revisão bibliográfica de artigos científicos nacionais, publicados no período de 1988 a 2010, utilizando para sua busca as palavras chaves: amamentação, desmame e leite materno. As bases de dados utilizadas foram Medline, Lilacs e SciELO.

Foram também analisados os dados dos prontuários de todas as 15 crianças nascidas entre dezembro de 2009 e maio de 2010, cadastradas em UAPS com SF de Governador Valadares.

## **2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Essa revisão abordará o histórico do aleitamento materno no Brasil bem como os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno e os fatores influenciadores do desmame precoce.

### **2. 1. Histórico do aleitamento materno no Brasil**

Desde os tempos mais remotos e em todas as culturas antigas pode-se observar o reconhecimento da importância do leite humano e da amamentação materna, o que está documentado por meio de acervos históricos, como esculturas, pinturas, pergaminhos etc. (ALCÂNTARA e LOPES, 2007).

Um dos primeiros a reconhecer e a escrever sobre os benefícios da amamentação para as crianças pequenas foi Hipócrates. Este grande médico grego, uma das figuras mais importantes da história da saúde (considerado por muitos como “pai da medicina”) há mais de 2000 anos já observava que a mortalidade entre os bebês era mais elevada naqueles que não eram amamentados. Mesmo antes de Hipócrates já se sabia que a boa alimentação evitava doenças. Os povos da Babilônia e do Egito tinham por norma alimentar as suas crianças por um período aproximado de 2 a 3 anos, mas, desde esta época, havia as amas de leite (VINAGRE, DINIZ e VAZ, 2001).

No Brasil, a história da amamentação começa com um confronto cultural vivido após o descobrimento entre os índios nativos, os colonizadores e imigrantes europeus e os escravos africanos que foram trazidos para cá a partir da segunda metade do século XVI. Nesta época, na cultura europeia, a prática do aleitamento materno já era desencorajada; em Portugal, teólogos e filósofos criavam estratégias para desestimular o aleitamento materno, até mesmo como repressão sexual à mulher, pois a amamentação era vista como forma de prazer para a mulher e a criança. Para alimentar as crianças era estimulada a comercialização do leite humano produzido por mulheres de baixa renda e entre as famílias mais abastadas era símbolo de prestígio pagar alguém para amamentar seus filhos (BACCO e PROGIANTI, 2008).

Enquanto declinava na Europa, o aleitamento materno era cultivado entre os nossos nativos. Durante um ano e meio, tempo que durava o aleitamento, a mãe indígena nutriz

carregava nas costas ou nos braços, utilizando um pano denominado *typoia*, seu filho em amamentação, até para o trabalho nas roças. A forte ligação entre pais e filhos chamava a atenção dos europeus (PRIORE e VENÂNCIO, 2003).

Neste primeiro momento da história da amamentação no Brasil, com a alegação de que o aleitamento materno era uma prática ameaçadora para a saúde e beleza da mulher, houve diminuição daquela prática, tendo como consequência inevitável o desmame e o aumento da mortalidade infantil. É de ressaltar, ainda, apropriação do corpo das escravas e o início da comercialização do leite humano (BACCO e PROGIANTI, 2008).

Entre as hipóteses para explicar a preferência dada, pelos brancos de elite, ao aleitamento de crianças por escravas negras e mulatas podem ser citadas a influência de renomados médicos portugueses e a ideia que as relações sexuais contaminavam o leite, ou seja, a utilização das escravas como amas-de-leite visava proteger a vida dos filhos sem sacrificar a vida sexual do casal. O mais provável, porém, é que as mães não tivessem conhecimento que a amamentação materna fosse vital à sobrevivência dos filhos (COSTA e ALVAREZ, 2009).

Num segundo momento, já no século XIX, o enfoque sobre a alimentação sofre mudanças. A criança começou a ser vislumbrada como força de trabalho para o crescimento e sustentabilidade do Estado e a Igreja preocupava-se em manter a mulher submissa à figura masculina, ainda no intuito de controlar sua sexualidade. Assim, as duas instituições, Estado e Igreja, uniram-se para construir a valorização da maternidade. Ser mãe era a consagração e prestígio máximo da mulher na sociedade e, com isso, o desmame deu lugar à prática do aleitamento materno como uma obrigação (BACCO e PROGIANTI, 2008).

Para reforçar a valorização da amamentação, havia também a influência dos higienistas, que representavam o poder médico da época. Eles julgavam que ao não amamentar a mulher se conduzia de modo contrário em relação às fêmeas da classe dos mamíferos, além de contrariar sua outra vocação “natural”, a de ser mãe. Entretanto, a pressão higiênica em favor da amamentação tinha outros objetivos, além da proteção à vida das crianças: a regulação da vida da mulher, com três objetivos muito claros (COSTA e ALVAREZ, 2009):

1. Preencher o tempo da mulher com a amamentação, considerada tarefa útil e absorvente, livrando-a dos perigos do ócio e dos passatempos nefastos à moral e aos bons costumes familiares.

2. Impedir a concorrência com os homens, pois com a urbanização em curso a mulher se tornou mais independente, instruiu-se e tornou-se mais culta e uma maneira de barrar-lhe os passos foi fazê-la acreditar na nobreza da amamentação.

3. Manter a coesão do núcleo familiar, pois se acreditava que o aleitamento materno estreitava os laços da família e trazia a alegria ao lar. Depositava-se na mulher, portanto, por meio da amamentação, a responsabilidade pela unidade da família,

Valorizou-se a maternidade. Ser mãe era a consagração e prestígio máximo da mulher na sociedade. Assim, o desmame deu lugar à cultura em prol da amamentação materna como obrigação e o leite das amas de leite passou a ser considerado como fonte de transmissão de doenças e comportamentos repulsivos para as crianças (BACCO e PROGIANTI, 2008).

No final do século XIX e início do século XX, com a crescente urbanização do país, a indústria do leite encontrou facilidade para se instalar e solidificar, vendendo a ilusão de saúde e modernidade por meio de produtos lácteos importados da Europa (BACCO e PROGIANTI, 2008).

Os médicos higienistas, na maioria homens, desvalorizavam e desautorizavam o conhecimento feminino na criação dos filhos e interferiam na prática livre do aleitamento, ditando horários rígidos e intervalos de mamadas. Apesar dos esforços na divulgação do aleitamento materno foi inevitável o abandono da alimentação natural iniciado na Europa no final do século XIX, coincidindo com a revolução industrial e chegando até o século XX (RAMOS, 2004).

Em 1911 foi obtido o leite em pó, iniciando a era da alimentação artificial. A industrialização, a urbanização, o trabalho externo da mulher, a redução da importância social da maternidade e a descoberta das fórmulas de leite em pó foram os principais responsáveis pela diminuição do aleitamento materno no século XX, com repercussões desastrosas para a saúde das crianças e, também, das mulheres (VINAGRE, DINIZ e VAZ, 2001).

Com o domínio da tecnologia do beneficiamento do leite de vaca as indústrias de laticínios colocaram à disposição da população um alimento saudável e de qualidade microbiológica. Criaram de maneira competente estratégias de propaganda e divulgação para induzir o consumidor a substituir o leite materno por leite de vaca pasteurizado ou desidratado. Com a fácil aceitação do produto pelos consumidores, a alimentação artificial foi incrementada, inclusive com o aval da classe médica. Em consequência, aumentaram

as taxas de mortalidade infantil, especialmente em decorrência do aumento de diarreia e da desnutrição (RAMOS, 2004).

O uso dos substitutos do leite materno foi bastante difundido, atingindo o auge de 1940 a 1970. Além disso, o aumento do número de partos hospitalares contribuiu para a queda na prevalência do aleitamento materno, seja pela imposição de rotinas estabelecidas, seja pela ampla divulgação de produtos industrializados nas próprias maternidades e, inclusive, por intermédio dos profissionais de saúde, que desconheciam os principais aspectos da nutrição do lactente. As mudanças na estrutura familiar também tiveram grande influência, quando as mulheres passaram a participar cada vez mais ativamente do mercado de trabalho e da renda familiar e a assumir o triplo papel de mãe, dona-de-casa e trabalhadora (SAKAE, COSTA e VAZ, 2001).

Finalmente, ocorreu o terceiro momento na história da amamentação materna no Brasil, a partir da década de 70 do século passado, na esteira de mobilização mundial para retomar a valorização da amamentação natural comandada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (em inglês United Nations Children's Fund - UNICEF).

A partir desta época foram criadas políticas públicas e utilizadas várias estratégias para o incentivo ao aleitamento materno. Apesar dos avanços conquistados e do conhecimento da superioridade inquestionável do leite materno para a saúde das crianças e das próprias mães, outros desafios devem ser enfrentados, incluindo o desmame precoce e as várias razões de sua ocorrência.

Além disso, o aleitamento materno não pode ser visto apenas como obrigação natural da mulher em nutrir o seu filho, restringindo a amamentação a um fenômeno nutricional. É necessário para o êxito dos programas e ações de incentivo ao aleitamento materno, contemplar as especificidades da mulher, tais como as condições de vida, de trabalho e a estrutura familiar, as quais podem influenciar negativamente na amamentação materna (JAVORSKI, SCOCHI e LIMA, 1999).



## **2.2 Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno**

Na história da humanidade verifica-se que o leite materno foi sempre identificado como o ideal para a criança pequena, mas a partir do século XX a prática do aleitamento foi gradativamente diminuindo. No Brasil esta diminuição ocorreu principalmente nas áreas urbanas e periféricas das grandes cidades, desde 1940. Vários fatores foram responsáveis pelo esse declínio, destacando-se entre eles as modificações das estruturas sociais; o surgimento das indústrias produtoras de leite em pó; o impacto da publicidade comercial, o desinteresse geral dos profissionais da área de saúde e as rotinas alimentares estabelecidas nas maternidades (VINAGRE, DINIZ e VAZ, 2001).

Esta situação preocupante levou os organismos internacionais, a partir especialmente da década de 70 do século passado, a criar leis e recomendações para incentivar a retomada da prática do aleitamento, enfatizando a necessidade de manutenção do AME até os seis primeiros meses de vida da criança.

No Brasil o movimento de proteção à maternidade e à infância iniciou-se com o Programa Materno Infantil, em 1974. Embora tenha sido um passo importante, a abordagem do aleitamento era superficial, chegando a sugerir, em caso de insuficiência do leite materno, a utilização do leite em pó. A grande ênfase do programa era a suplementação alimentar para gestantes e lactentes (JAVORSKI, SCOCHI e LIMA, 1999).

Marco importante para o estímulo à amamentação ocorreu em 1979 com a realização da Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena organizada pela OMS, em Genebra, com representantes de diversos países convidados, entre eles o Brasil, que foi representado pela presidência do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) (REA, 1997).

Essa discussão apontou para a necessidade da implementação de programas de promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno e criação de um conjunto de normas, para a comercialização e distribuição de alimentos para lactentes. Daí surgiu o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (BACCO e PROGIANTI, 2008).

Na Assembleia Mundial de Saúde realizado em 1981, 151 países incluindo o Brasil, aprovaram o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, que deveria controlar as práticas inadequadas de comercialização de alimentos infantis, protegendo o aleitamento. Em 1988 o Brasil aprovou a sua própria norma: Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL), que representou importante forma de promoção do aleitamento materno, pois a propaganda indiscriminada e o oferecimento gratuito de leites artificiais eram hábitos corriqueiros nas maternidades (BACCO e PROGIANTI, 2008).

A NCAL foi transformada, em 1992, na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), por resolução do Conselho Nacional de Saúde. Na última revisão (2001/2002), passou a se chamar Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, em vigor no país desde maio de 2003. Todos os pontos da norma de 1992 sofreram alterações importantes, incluindo regulamentação sobre bicos, chupetas, mamadeiras e protetores de mamilo, e alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (ARAÚJO *et al*, 2008).

No Brasil, na década de 80 do século passado foram aprovadas várias leis e normas, que representaram passos importantes como estímulo à amamentação: a implantação de alojamento conjunto nas maternidades e bancos de leite humano nos hospitais, grupos de apoio à amamentação, a legislação que garantiu às mulheres que trabalham a licença-maternidade, as pausas durante o trabalho para amamentar e a obrigatoriedade de creches nas empresas (SAKAE, COSTA e VAZ, 2001).

Desdobramento importante do Fórum de Genebra foi a criação, em 1981, do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), coordenado pelo INAN, do MS. As características de maior destaque do PNIAM foram a abrangência nacional, a mobilização social de todos os segmentos da sociedade e o marketing com campanhas bem elaboradas divulgadas na mídia (RAMOS, 2004).

Em 1984, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), subdividido em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Esses programas basearam-se em experiências de outros já implantados pelo MS e tinham, entre vários objetivos, a expansão da rede básica de atendimento, numa ação conjunta entre o

MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, culminando com as Ações Integradas de Saúde (AIS).

O PAISC enfatizava o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida refletindo as diretrizes do PNIAM. Propunha que as estratégias para incentivar a amamentação materna deveriam ser iniciadas no pré-natal, continuar no alojamento conjunto e durante todas as visitas das crianças à Unidade de Saúde, por meio de discussões com as mães sobre as vantagens do aleitamento materno (ênfatisando as vantagens nutricionais, imunológicas e psicológicas para o bebê), orientação técnica sobre a amamentação e exame das mamas (JAVORSKI, SCOCHI e LIMA, 1999).

Os bancos de leite humano também sofreram modificações significativas e por meio das Normas para a Implementação e Funcionamento dos Bancos de Leite Humanos, criadas em 1988, foram reestruturados e passaram a ser regulamentados. Ficou estabelecido que eles não deveriam ser apenas locais de coleta, processamento e estocagem de leite humano, mas também centros de atividades pró-amamentação (BACCO e PROGIANTI, 2008).

Marco importante para o aleitamento materno foi um encontro internacional sobre aleitamento em 1990, em Florença, Itália, organizado pela OMS e UNICEF em conjunto com diversas organizações não governamentais. Nesta época foi produzido e adotado pelos participantes do encontro “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global” um conjunto de metas chamado “Declaração de Innocenti”, que resgatava o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso. Também enfatizava-se a recomendação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, se possível, com outros alimentos, até os dois anos (LAMOUNIER, 1996).

No encontro de Florença também foi elaborado um conjunto de medidas para atingir as metas contidas da Declaração de Innocenti denominado de “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (Anexo I) que se tornaram pré-requisito básico em todo o mundo para que uma instituição de saúde receba o título de *Amigo da Criança*. Esta certificação oferece à instituição um incentivo financeiro para estimular a prática do aleitamento materno e contribuir para a redução dos altos índices de desmame precoce (BACCO e PROGIANTI, 2008).

A implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Brasil iniciou-se em março de 1992, como ação do PNIAM e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Existem

atualmente 335 hospitais credenciados na IHAC. A intensificação dos cursos de sensibilização de gestores que ocorreu entre 1999 e 2002 foi um fator importante no aumento dos hospitais que aderiram à iniciativa. No entanto, desde 2004 a adesão está ocorrendo de forma mais lenta, possivelmente pela adição de critérios criados pelo MS (BRASIL, 2010).

Importante também para a promoção do aleitamento materno foi a aprovação pelo MS, em 1993, das normas básicas para a implantação do Alojamento Conjunto. Historicamente no Brasil, o sistema de Alojamento Conjunto surge na década de 70 do século passado a partir da necessidade de propiciar um relacionamento favorável entre mãe e recém-nascido, desde os primeiros momentos após o parto, reformulando inclusive a prática de enfermagem, pois o enfermeiro passa a assistir conjuntamente a mãe e a criança. (FREDERICO *et al.*, 2000).

Como nesse sistema o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, até a alta hospitalar. Entre outras vantagens, ele fortalece os laços afetivos entre mãe e filho, por meio do relacionamento precoce, e com isso, a precocidade do aleitamento materno e sua manutenção por tempo mais prolongado (BARRETO, SILVA e CHRISTOFFEL, 2009).

Outras ações e iniciativas foram criadas e contribuíram para o estímulo ao aleitamento materno, como o método Mãe-Canguru, Projetos Carteiro Amigo e Bombeiros Amigos da Amamentação, entre outros.

Percebe-se, portanto, que existe uma política nacional de promoção e incentivo ao aleitamento materno, mas os índices deste aleitamento ainda estão aquém do desejado e muito teremos que trabalhar para melhorar o quadro nacional.

### **2.3 Desmame precoce: fatores influenciadores**

É consenso em nível internacional a importância da amamentação exclusiva até o sexto mês para a saúde da criança. Por outro lado existe grande preocupação com o desmame precoce e inúmeros estudos procuram definir estratégias de promoção do aleitamento, mas é necessário levar em consideração que a amamentação está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento e aos padrões culturais de uma determinada

população. Esse fato justifica a necessidade de estudos regionais que permitam, a partir do conhecimento da realidade local, uma atuação mais eficaz com relação a medidas de intervenção (CALDEIRA e GOULART, 2000).

Embora a prevalência da amamentação esteja aumentando com as estratégias oficiais desencadeadas em todo o mundo, observa-se que um número expressivo de mulheres não conseguem, por motivos variados, amamentar os seus filhos até a idade preconizada, o que mostra a necessidade de ampliação do conhecimento dos fatores determinantes neste processo. É preciso ouvir compreensivamente as mães para entender essas razões, pois, muitas vezes o modelo assistencial se mostra eficaz na detecção do risco, mas apresenta uma baixa resolutividade em lidar com o mesmo (RAMOS e ALMEIDA, 2003).

Os dados mais recentes sobre a ocorrência do aleitamento materno no Brasil são da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, em 2009. A prevalência de AME em menores de seis meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF, variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA. Constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de quatro meses, de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008 e a duração mediana foi de 54,1 dias (1,8 meses). Verificou-se que, para o total das crianças menores de 12 meses analisadas, foi freqüente o uso de mamadeira (58,4%) e de chupeta (42,6%) (BRASIL, 2009).

Constatou-se, ainda, introdução precoce de água, chás e outros leites – com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças recebendo esses líquidos, respectivamente, já no primeiro mês de vida. Cerca de um quarto das crianças entre três e seis meses já consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%) (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno depende de vários fatores que poderão influenciar positiva ou negativamente em seu sucesso. Alguns fatores estão ligados à mãe: vontade, paciência, trabalho, dedicação; outros ao recém nascido, como condições do nascimento e/ou condições pós parto (FALEIROS *et al.*, 2006).

É frequente escutar de nossas mulheres que seu leite é fraco ou ainda que não produz uma quantidade suficiente para garantir a saciedade de seu bebê. Estas queixas podem ser interpretadas como insegurança da nutriz e ganham força com o apoio de familiares quando a criança chora ou amamenta várias vezes durante o dia e à noite, dando a falsa impressão de que o mesmo está com fome. Este momento gera estresse em toda a família e é transmitido ao bebê, que em consequência chora cada vez mais. Quando a mãe

oferece outro alimento ao filho, ele se acalma, o que confirma erroneamente as expectativas de toda a família de que realmente o bebê não estava plenamente saciado. Em consequência deste ato a criança suga menos o seio que produzirá menos leite, o que contribui para justificar a queixa de pouco leite (BRASIL, 2009).

Entre as principais alegações para o desmame precoce incluem-se o que as mães relatam como "leite fraco", "pouco leite" e "leite seco". Azevedo *et al.* (2008) afirmam que essas mães utilizam alguns parâmetros diretos como a quantidade de leite drenado e o estado de saciedade da criança após a mamada, além de parâmetros indiretos, como a opinião de parentes e vizinhos que já passaram pela mesma experiência, na definição dos critérios que elas assumirão para si. Os autores consideram que tais justificativas são construções sociais que refletem a interpretação da nutriz a respeito de seus primeiros contatos com o ato de amamentar e evidenciam a falta de informação acerca do processo normal de lactação.

A maioria dos autores concorda que as informações transmitidas à mãe constituem fator importante para a amamentação, mas por si só não garante o sucesso do aleitamento, como afirmam Azevedo *et al.* (2008). A atuação dos profissionais de saúde pode também ter influência negativa no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno, caso tais profissionais não estejam bem preparados para oferecer o suporte necessário às mães, indo além do simples manejo clínico de aspectos da amamentação. É necessário entender que o aleitamento materno não pode ser considerado apenas um ato instintivo e puramente biológico. Trata-se de processo multidimensional, que incorpora várias facetas da realidade vivenciada pela mãe, devendo ser abordado a partir de uma visão ampla, incluindo o entorno social, histórico, cultural e econômico na qual ela está inserida.

Arantes (1995) em interessante estudo sobre a visão das mulheres que amamentam afirma que a amamentação também se mostra como um fator limitador em outras ações realizadas pelas mulheres, pois algumas delas se sentem presas ao bebê que está amamentando e não conseguem desenvolver bem os outros papéis, como dona de casa, esposa, profissional e mãe de outros filhos. Muitas mães, pela dependência fisiológica do bebê, se sentem prejudicadas também no seu lazer e liberdade gerando um sentimento contraditório no ato de amamentar. Isto mostra que os profissionais da área de saúde ao incentivar o aleitamento materno, necessitam fazê-lo também sob a perspectiva do ver e sentir da mulher que amamenta. Em geral, nas ações desses profissionais não se contempla a possibilidade de cansaço, de carência de sono e de a amamentação exigir mais do físico

da mãe que administrar uma mamadeira. Muito ao contrário, tem-se utilizado o discurso de que a mamadeira é mais trabalhosa, pois é necessária sua preparação. Na perspectiva dos profissionais, o amamentar não envolve momentos ruins, mas muitas vezes as mulheres se queixam de cansaço. É necessário que compreendamos essa faceta da amamentação, para que possamos tratar a questão de maneira aberta com a mulher, contemplando-a como sujeito da experiência. Arantes (1995, p.202) conclui:

“Não podemos ignorar o lado negativo do amamentar e nem colocá-lo como fator impeditivo, mas temos que lançar mão dele como possibilidade de aproximação da mulher que amamenta, através de uma abordagem empática, para que, desse modo, possamos abrir discussão e reflexão sobre a forma como a amamentação está se apresentando a ela. No momento em que isso emergir, teremos mais recursos na abertura de possibilidades para que a amamentação ocorra de modo real”.

Parada *et al* (2005) também encontraram justificativas como "leite insuficiente" ou "leite fraco" como motivo de interrupção do aleitamento materno exclusivo mais citado pelas mães de crianças menores de quatro meses atendidas em PSF do município de Conchas, São Paulo. Os autores observaram que 17,8% das mães responderam que "o leite era fraco" ou "não sustentava", 14,7% que "o leite secou" e 6,4% que a criança "largou o peito", totalizando 38,9% de motivos subjetivos.

Escobar *et al.* (2002) constataram em seu estudo um aspecto preocupante. O hábito de realizar controles de saúde ou o incentivo do hospital onde ocorreu o parto (96,9% das mães realizaram pré-natal durante a gestação) não foram fatores importantes para o aleitamento materno, embora as ações de apoio à mãe que inicia a amamentação façam parte dos programas de incentivo ao aleitamento no município onde foi feito o estudo, o que aponta para a ineficácia das mesmas. Este é um dado importante que deve ser analisado pelos responsáveis por serviços de saúde, pois os profissionais envolvidos com gestantes e crianças deveriam ter um papel educativo mais decisivo no sentido de incentivar a prática do aleitamento materno.

Giugliani *et al.* (1995) mostraram ser pequeno o conhecimento das mães sobre vários aspectos do aleitamento materno, incluindo aqueles ligados à fisiologia da lactação e a interferência da mamadeira no sucesso da amamentação. É possível que esse desconhecimento esteja contribuindo para que a principal causa de interrupção precoce da amamentação no nosso meio, relatada pelas mães, seja a insuficiência de leite. Os autores

acreditam que, na maioria dos casos, essa insuficiência (real ou imaginária) seja precedida de insegurança materna, interpretação errônea do choro da criança, complementação com mamadeira e subsequente diminuição da sucção dos mamilos, e fazem alguns questionamentos sugerindo outros estudos para elucidação. Por exemplo, que tipo de orientação sobre aleitamento materno as mães estão recebendo, já que eles não estão influenciando os conhecimentos? Será que mães com melhores conhecimentos do que os do grupo estudado amamentariam mais? Que outros fatores, junto com o conhecimento, devem ser considerados pelos profissionais de saúde nas diferentes áreas de atuação na promoção do aleitamento materno?

Rea e Cuckier (1988) descrevem que para as mães as razões mais importantes do processo de desmame são aquelas que atuam de forma *básica* (conceitos sobre o valor da mamadeira /sobre o leite materno; choro do bebê), *associada* (trabalho fora do lar; bebê não quis mais mamar) ou *final* (o "leite secou" ou era insuficiente). Concluem que esta elucidação do processo contribui efetivamente para a identificação das razões sobre as quais as equipes de saúde devem atuar, e também evidencia que, isoladamente, o sistema de saúde não possui todas as soluções para evitar o desmame precoce. É necessário que o setor saúde leve em conta o papel da sociedade quanto ao apoio à mulher que amamenta e trabalha fora do lar, quanto à existência de creches no local de trabalho, pausas regulares para amamentar, garantia de emprego aos pais do lactente, licença suficiente, além de outras soluções.

Quanto ao uso de chupeta há consenso na literatura sobre a associação deste ato com o desmame. Neto *et al.* (2008) fizeram revisão de literatura para verificar se o uso de chupeta é um fator de risco para redução do tempo de amamentação. Selecionaram 19 artigos e confirmaram este risco, embora permaneça obscuro qual o seu mecanismo de atuação.

Vieira *et al.* (2004), observaram que as crianças que não utilizavam chupeta, quando comparadas às que utilizavam, apresentaram maior prevalência de aleitamento materno e de aleitamento exclusivo. São relatadas diferenças na dinâmica oral entre sugar o peito e sugar o bico artificial, levando o bebê a preferir a segunda opção e conseqüentemente a mamadeira.

Mascarenhas *et al.* (2006). em estudo sobre a prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil, também



observaram forte associação entre o uso de chupeta aos 3 meses e ausência de aleitamento materno exclusivo nessa idade, o que demonstra que, apesar da população estar orientada

Chaves, Lamounier e Cesar (2007) relatam que o uso da chupeta pelo lactente foi associado negativamente tanto com tempo de aleitamento materno exclusivo quanto ao aleitamento materno, embora nas análises não tenha sido determinando frequência ou tempo do uso.

Com relação à influência da escolaridade materna na amamentação, a literatura apresenta visões diversas. Vários estudos mostraram relação positiva entre a escolaridade materna (CALDEIRA e GOULART, 2000; ESCOBAR *et al.*, 2002; PARADA *et al.*, 2005), enquanto outros não evidenciaram diferenças. Vieira *et al.* (2004) mostraram que o nível de instrução da mãe não se relacionou de forma significativa com a prática do aleitamento materno. Giugliani *et al.* (1995) concluíram que apesar de as mães com maior escolaridade saberem mais sobre aleitamento materno, o índice de interrupção precoce da amamentação foi semelhante em comparação com aquelas de menor nível de instrução.

Alguns autores, como Vieira *et al.* (2004), em estudo sobre fatores de desmame em Feira de Santana/BA, destacam que o emprego não é o principal determinante do desmame, mas concordam que a pressão social, resultante das transformações econômicas e da crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, favorece o desmame. Os autores observaram que as mães que não trabalhavam fora do lar tiveram uma chance significativamente maior para o aleitamento materno e para aleitamento exclusivo. Enfatizam que é necessário para a manutenção da lactação e, conseqüentemente, da amamentação pelas mulheres trabalhadoras formais, a criação de mecanismos que permitam a proximidade mãe-criança e/ou a retirada periódica de leite materno durante a jornada de trabalho.

Rea *et al.* (1997) em estudo sobre amamentação entre mulheres trabalhadoras formais, em São Paulo, mostraram que, mesmo com condições de trabalho favoráveis, estas precisam mais do que apenas benefícios trabalhistas para amamentar exclusivamente por 4-6 meses e manter a amamentação prolongadamente. A garantia de creche no local de trabalho, postos de coleta ou extração de leite e a flexibilização de horário de trabalho, são destacados pelos autores como mecanismos facilitadores para a manutenção do aleitamento materno.

Um dos motivos sempre apresentados pela nutriz para o desmame precoce é a interferência de familiares. Estudo realizado em Porto Alegre/RS por Susin *et al.* (2005)

identificou que a interrupção do AME no primeiro mês de vida se deveu especialmente à influência das avós que aconselhavam a introdução de água, chá e outro leite na alimentação da criança. Os autores relatam, ainda, que mães acompanhadas em casa por algum parente têm 67% maior risco de interromper o AME do que as acompanhadas por uma empregada doméstica.

A figura do pai também é importante na duração do aleitamento. Segundo Alves *et al.* (2008) o desmame precoce é maior quando o mesmo é contrário ou indiferente à amamentação do que quando se coloca como favorável e apoia a nutriz.

Importante fator para estimular a amamentação é o início precoce do ato de amamentar, como confirmam Chaves, Lamounier e Cesar (2007) que relatam a associação positiva entre o início precoce e o maior tempo de aleitamento materno. Esse achado pode ser justificado pelo efeito benéfico desse primeiro contato para a mãe, levando maior liberação de ocitocina, favorável à ejeção do leite, além do efeito lactogênico da sucção do bebê. Além disso, é descrita a importância do contato precoce entre mãe e filho no fortalecimento do vínculo afetivo entre os mesmos, fato que pode ser responsável por maior tempo de aleitamento.

Vieira *et al.* (2004) também demonstraram maior prevalência tanto de aleitamento materno quanto do aleitamento exclusivo quando as crianças mamaram precocemente. Esse achado reforça a importância da equipe de saúde ajudar as mães a iniciar a amamentação o mais precoce possível, ainda na maternidade. O contato precoce pele-a-pele, incluindo o toque dos mamilos, pode ter importante efeito no comportamento materno, no vínculo mãe-filho e no aleitamento materno.

Nos primeiros quinze dias a mãe e família devem ter um acompanhamento presente do profissional de saúde que apresentará aos mesmos as dificuldades que poderão acontecer e qual a decisão correta frente a estas dificuldades, tais como ingurgitamento mamário e apojadura dolorosa, escoriação e fissuras, mastite, choro da criança, uso de bicos e chupetas. Este aprendizado e suporte são muito importantes para o sucesso do aleitamento exclusivo (XAVIER e MOULIN, 2003).

Quanto à idade e experiência da mãe há concordância na literatura. Vieira *et al.* (2004) encontraram uma maior prevalência de amamentação entre as mães multíparas quando comparadas as primíparas. Os autores relatam que a amamentação não é um comportamento totalmente instintivo e a técnica em alguns casos precisa ser aprendida.

Assim, as múltiparas teriam mais experiência e melhores condições para o êxito da amamentação.

Chaves, Lamounier e Cesar (2007) em estudo sobre fatores associados com a duração do aleitamento materno, demonstraram que as mulheres adolescentes (menores de 20 anos) amamentaram seus filhos por menor tempo que as adultas, o que poderia ser explicado pela maior experiência e conhecimento acerca da amamentação das mulheres adultas. Os autores alertam para a necessidade de maior assistência e atenção com as mães adolescentes, no sentido de orientação, incentivo e apoio à amamentação.

Em relação à informação ou a falta da mesma, Alves *et al.* (2008) ponderam que primíparas tiveram 1,65 vezes maior chance de desmamar precocemente do que múltiparas visto que tiveram menos oportunidade de orientações, seja nos Centros de Saúde dentro dos programas de incentivo e promoção do AME ou nas consultas de pré-natal e até mesmo na mídia.

Como vimos nesta revisão de literatura inúmeros são os fatores que podem estimular a amamentação e contribuir para o desmame precoce. Nós, profissionais de saúde, devemos escutar respeitosamente as gestantes e nutrizes para que juntos possamos construir estratégias que proporcionem o aleitamento exclusivo. A opção e opinião da mulher são muito importantes e jamais deverão ser banalizadas ou criticadas, mesmo que sua escolha vá contra nossos princípios e saberes. Até mesmo o desejo de não amamentar deve ser respeitado.

É imprescindível, também, ressaltar às mulheres todos os benefícios do aleitamento materno e informar que esta é uma opção dela e não do seu bebe que neste momento não pode expor a sua opinião e esta sob sua total dependência.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para medir os índices de aleitamento materno na UAPS em que trabalhamos fizemos a avaliação dos 15 prontuários das crianças nascidas de dezembro de 2009 a maio de 2010 cadastradas nessa UAPS com SF do município de Governador Valadares/MG.

A Tabela 1 mostra a idade das crianças no momento da avaliação.

**Tabela 1 – Idade das crianças de Unidade de Atenção Primária a Saúde com Saúde da Família do município de Governador Valadares/MG**

<b>Idade</b>	<b>Nº. Crianças</b>	<b>Porcentagem</b>
≤ 1 mês	10	66,7%
de 1 a 2 meses	3	20,0%
de 3 a 4 meses	2	15,3%

Fonte: Ficha de Atendimento do paciente da UAPS de GV/MG

A Tabela 2 mostra o tipo de alimentação oferecida às crianças no momento da avaliação. Observa-se que 10 estavam em Aleitamento materno exclusivo, três em aleitamento materno predominante e duas já recebiam alimentos diferentes do leite materno.

**Tabela 2 – Tipo de alimentação oferecida às crianças de até seis meses de Unidade de Atenção Primária em Saúde com Saúde da Família do município de Governador Valadares/MG**

<b>Tipo de alimentação</b>	<b>N.º de Crianças</b>	<b>Porcentagem</b>
Aleitamento materno exclusivo (AME)	10	66,7%
Aleitamento materno predominante	3	20,0%
Outros alimentos	2	15,3%

Fonte: Ficha de Atendimento do paciente da UAPS de GV/MG

Observa-se que todas as crianças em aleitamento materno exclusivo no momento da avaliação estavam com um mês ou menos de vida; três em aleitamento materno predominante tinham entre um e dois meses de vida e outras duas que se alimentavam de outros alimentos como leite industrializado, tinham entre três e quatro meses de vida.

Apesar de alguns estudos, como o de Escobar *et al* (2002) ponderarem que não existe relação entre acompanhamento em unidades de saúde e índice de aleitamento, acreditamos que o vínculo entre o profissional e a mãe/familiares da criança estabelecido nas consultas de puericultura pode mudar hábitos e favorecer o AME, se as informações forem repassadas com segurança e insistência.

Ao analisar o prontuário das crianças que receberam outros alimentos prematuramente identificou-se variados motivos: interferência de outros familiares, falta de leite, leite insuficiente/leite fraco, constipação intestinal, cólica abdominal, irritação do menor e sono interrompido várias vezes à noite. Verificamos que na maioria dos casos elas apresentaram mais de um motivo, mas em sua grande maioria o determinante para inserir novos alimentos está ligado a mitos. Isto mostra que mesmo nos dias de hoje alguns destes mitos ainda não foram totalmente abolidos e ainda perduram como verdades incontestáveis para muitos e, quando falamos de amamentação então, eles são inúmeros. Quando estes mitos são levados até a puérpera ou à mãe que amamenta por alguém de sua confiança, seja sua mãe, esposo, sogra ou avó, é difícil convencê-la do contrário e este foi um dos motivos para a introdução de água e chá para uma das crianças e leite industrializado para outra. Três mães relataram que a causa de abandono do AME foi o cansaço e desgaste provocados pela interrupção do sono durante a noite.

Ao avaliar qual alimento foi utilizado em substituição ao leite materno, encontramos o leite industrializado com engrossante, água e chás, principalmente o de erva doce, utilizado para acalmar os pequenos, e de ameixa para combater a constipação. Verificamos também que as mães utilizaram o açúcar para fazer o chá e ofereceram todos estes alimentos em mamadeiras. Apesar de toda a orientação e disseminação de informações por meio do pré-natal, reuniões, folders e cartilha da gestante, a oferta de água e chás ainda é muito comum.

Os dados observados na UAPS de Governador Valadares são compatíveis com aqueles obtidos na literatura consultada, mostrando que apesar do tamanho continental de nosso país e da diversidade cultural, os desafios são comuns e que experiências de sucesso na promoção e manutenção do aleitamento materno podem ser utilizadas em qualquer região e localidade do país, respeitando as especificidades de cada comunidade.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação no CEABSF proporcionou-me o embasamento teórico-prático para observar melhor os problemas vivenciados pela comunidade na qual trabalho, como o desmame precoce, e a visualizar as possíveis soluções. Pude perceber durante o desenvolvimento do curso e com os estudos empreendidos para esta revisão de literatura que é possível juntos, equipe de saúde e comunidade, encontrarmos as soluções para os problemas.

Os dados apresentados neste trabalho, oriundos da revisão de literatura e daqueles obtidos no município de Governador Valadares/MG, mostram que o desmame precoce é realidade em nosso país, mas apontam para os caminhos que deveremos trilhar. Percebe-se que é complexa a determinação para a prática do aleitamento materno e também para as razões apresentadas pelas mães para o desmame. Há condicionantes socioculturais, fisiológicos e psicológicos, que devem ser percebidos e respeitados pelos profissionais de saúde nas abordagens e ações visando à promoção e incentivo ao aleitamento.

É preciso também, como alerta a literatura consultada, que as equipes de saúde ao planejar as intervenções levem em consideração as características específicas da comunidade envolvida, pois as influências culturais, os mitos e tabus que as mães ainda mantêm requerem ser avaliados também de maneira especial.

Verifica-se que não é a falta de informação que garante a sobrevivência dos mitos. Parece que as mães não ficam suficientemente sensibilizadas para o ato de amamentar e, por isso, torna-se necessário mais do que conhecimento técnico-teórico na abordagem deste problema de saúde pública. São importantes também habilidades clínicas, confiança, segurança e estreito vínculo com a família, dentre outros.

Em Governador Valadares, apesar dos problemas, acreditamos que o trabalho da equipe de nossa unidade tem apresentado bons resultados. Precisamos criar estratégias de sensibilização das mães e de toda a equipe, pois após um mês de vida de nossas crianças verificamos a introdução de novos alimentos. É importante garantir treinamento à equipe, para uma abordagem qualificada e com argumentos concisos; parceria com a creche que apesar de não estar inserida dentro de nossa área de abrangência atende grande parte de nossas crianças. É necessário que este estabelecimento compreenda a importância do

AME e incentive a mãe a mantê-lo e a estimule fazer a ordenha das mamas, para que seu leite, mesmo na sua ausência, seja ofertado ao seu bebê. É também fundamental utilizar os grupos operativos para troca de experiências e debate sobre o assunto com foco no aleitamento após um mês de vida.

É importante trabalhar também com os lados negativos da amamentação, mostrar para a mulher que existem muitas vantagens em nutrir, mas que não é fácil e exige muita dedicação, paciência e vontade. Só assim a mulher não se sentirá inferiorizada ou incapaz toda vez que enfrentar barreiras no aleitamento exclusivo. É importante ela identificar que o serviço de saúde conhece suas limitações e está aberto para ajudá-la a vencer os reais obstáculos por ela encontrados.

A informação de que a amamentação de cada filho tem as suas peculiaridades deve ser valorizada. A mulher deve compreender que mesmo com uma primeira experiência negativa a outra poderá ser positiva e vice-versa. Sendo assim não podemos rotular a mulher de experiente ou inexperiente quando ao fato dela já tiver vivenciado a amamentação; é necessária toda a atenção do profissional com o ato de nutrir independente da situação desta mulher .

Esperamos, com este trabalho, contribuir para a sensibilização e melhor organização das equipes de Saúde da Família no município de Governador Valadares/MG em relação às ações de promoção e manutenção do aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida da criança e a introdução de outros alimentos na época correta, mas mantendo a amamentação pelo menos até dois anos, como recomendam todos os organismos internacionais, dependendo da vontade da mãe que deve sempre ser respeitada.



## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, P. P. T.; LOPES, M. S. V. Promoção do aleitamento materno exclusivo em unidades de Programa de Saúde da Família. **Saúde Coletiva**, n.1, v.1, out 2007. Disponível em: <<http://coletanea2007.no.comunidades.net/index.php?pagina=1385737691>> Acesso em: 16 nov. 2010.

ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 112 p.

ALVES, C. *et al* . Fatores de risco para desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil entre 1980 e 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008000600016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000600016)> Acesso em: 25 out. 2010.

ARANTES, C. I. S. Amamentação - visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**, v. 71, n. 4: p. 195-202, jul/ago 1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200011&script=sci_arttext)> Acesso em: 28 out. 2010.

ARAÚJO, O. D.; *et al*. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, jul./ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000400015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000400015&script=sci_arttext)> Acesso em: 23 de set 2010.

AZEVEDO, C. M. *et al*. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 4, p. 336-344, dez/2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a05v26n4.pdf>> Acesso em: 13 set 2010.

BACCO, P. A. M.; PROGIANTI, J. M. Discursos dominantes e estratégias utilizadas na prática do aleitamento materno. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun 2008. Disponível em : < <http://www.facenf.uerj.br/revenfmuerj.html>.> Acesso em: 14 jul 2010.

BARBOSA, M. B. *et al* . Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creche. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3: p. 272-281, set 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n3/07.pdf>> Acesso em: 25 abr 2010.

BARRETO, C. A.; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.. Aleitamento materno: a visão das puérperas. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 3, p. 605-611, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a18.htm>> Acesso em 25 de abril de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil – **caderno do tutor**, Brasília, 1ª. ed. Brasília, DF 2009. 118p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF; 2010. 18p. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorioihacatualizado.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2010.

BRITO, A. V. A importância da equipe de saúde da família na promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança. Conselheiro Lafaiete, MG -2010. Disponível em: <[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio\\_virtual/bead/imagem/0348.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/0348.pdf)> Acesso em: 16 de Agosto de 2010.

CALDEIRA, A. P.; GOULART, E. M. A. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n.1: p. 56-72, jan./fev. 2000. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-01-65/port.pdf>> Acesso em: 15 set. 2010.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, v. 83, n. 3, p. 241-246, mai/jun 2007. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/07-83-03-241/port.asp?cod=1610>> Acesso em : 25 de abril de 2010.

COSTA, M. A.; ALVAREZ, C. A. Incentivo ao aleitamento materno nas unidades básicas de saúde do município de Farol, Paraná. **SaBios: Revista Saúde e Biologia** ,v. 4, n. 2, p. 6-13, jul/dez 2009. Disponível em: <<http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/viewFile/144/282>> Acesso em: 28 set. 2010.

DEVITO, L. A. D. **Promoção e incentivo ao aleitamento materno: orientação para equipe de saúde da família**. Bebedouro, SP 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/bibliovirtual/bead/imagem/0950.pdf>> Acesso em: 28 ago. 2010.

ESCOBAR, A. M. U. *et al* . Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 2, n. 3. set/dez 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151938292002000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292002000300006)> Acesso em: 15 jan. 2010.

FALEIROS, F. T. V. *et al*. Aleitamento materno: fatores de influencia na sua decisão e duração . **Revista de Nutrição**. Vol. 19, n. 5. set/out 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141552732006000500010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732006000500010)> Acesso em : 9 nov.2009.

FREDERICO, P.; FONSECA, L. M. M.; NICODEMO, A. M. C. Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, ago 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S010411692000000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S010411692000000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 29 out.2010.

GIUGLIANI, E. R. J. *et al.* Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, v. 71, n. 2: p. 77-81, mar/abr 1995. Disponível em : <[http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-02-77/port\\_print.htm](http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-02-77/port_print.htm)> Acesso em: 27 out. 2010.

JAVORSKI, M.; SCOCHI, C. G. S.; LIMA, R. A. G. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Pediatria Moderna**, v. 35, n.1/2, jan/fev. 1999. Disponível em : <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=263134&indexSearch=ID>> Acesso em: 25 out. 2010.

LAMOUNIER, J.A. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **J. Pediatr. (Rio J.)** 1996, v. 72, n. 6, p: 363-368. Disponível em :<<http://www.jped.com.br/conteudo/96-72-06-363/port.asp?cod=644> > Acesso em: 05 nov.2010.

MASCARENHAS, M. L. W. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **J Pediatr (Rio J.)**, v. 82, n. 4, p. 289-294, jul/ago 2006. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/06-82-04-289/port.pdf>> Acesso em 25 de abril de 2010.

NETO, E. T. S. *et al.* Uso de chupeta como fator de risco para o tempo de amamentação: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 4, p. 377-389, dez/2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n4/03.pdf>> Acesso em 25 de abril de 2010.

NOVAES, J. F. *et al.* Efeitos a curto e longo prazo do aleitamento materno na saúde infantil. **Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.**, Vol. 34, n. 2, p. 139-160, ago 2009. Disponível em:

<[http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090900/712\\_Efeitos\\_11.pdf](http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090900/712_Efeitos_11.pdf)> Acesso em: 17 dez. 2009.

PARADA, C. M. G. L. *et al.* Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família–PSF. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 13, n. 3, mai/jun 2005. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a16.pdf>> Acesso em: 27 out. 2010.’

PRIORE, M. D. ; VENÂNCIO, R. P. **O Livro de Ouro da História do Brasil**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003. 397p.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J Pediatr (Rio J)**, V. 79, N. 5, p. 385-390, 2003. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/03-79-05-385/port.asp>> Acesso em 25 de abril de 2010.

RAMOS, K. L. Os programas de aleitamento materno e a qualidade do leite ofertado a crianças pré-termo pelos bancos de leite: uma revisão. Brasília, 2004 – 52p. Disponível em: <[http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/602/1/2004\\_KarlaLisboaRamos.pdf](http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/602/1/2004_KarlaLisboaRamos.pdf)> Acesso em: 24 fev. 2010.

REA, M. F. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, São Paulo, abr 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)> Acesso em: 15 out. 2010.

REA, M. F.; CUKIER, R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Rev. Saúde Pública**, v. 22, n. 3, 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n3/04.pdf>> Acesso em: 27 out. 2010.

SAKAE, P. P. O.; COSTA, M. T. Z.; VAZ, F. A. C. Cuidados perinatais humanizados e o aleitamento materno promovendo a redução da mortalidade infantil. **Pediatria (São Paulo)**, v. 23, n. 2, p. 179-187, 2001. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/520.pdf>> Acesso em 25 de abril de 2010.

SANTOS, V. L. F.; SOLER, Z. A. S. G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 5, n. 3. jul/set 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a04v5n3.pdf>> Acesso em: 16 dez. 2009.

SIQUEIRA, R. *et al.* Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**. v. 70, n. 1: p. 16-20, jan/fev 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151938292002000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292002000300006)> Acesso em: 27 out. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação : alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola**. 2ª Ed., p. 120 , 2008.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; KUMMER, S. C.; Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 141-147, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n2/24034.pdf>> Acesso em: 27 out 2010.

TAKUSCHI, S. A.M.; TANAKA, A.C. D.; GALLO, P. R.; BRESOLIN, A. M. B.; Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, jan/mar 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s151938292006000100014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s151938292006000100014&script=sci_arttext)> Acesso em: 27 out. 2010.

UNICEF BRASIL. **O Fundo das Nações Unidas para a Infância**. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9999.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm)> Acesso em: 17 nov. 2010.

VIEIRA, G. O. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.4, n. 2, abr/jun 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n2/21000.pdf>> Acesso em 25 de abril de 2010.

VINAGRE, R. B.; DINIZ, E. M. A.; VAZ, F. A. C. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatria (São Paulo)**, v. 23, p. 340-345, 2001. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/index.php?p=html&id=543>> Acesso em: 25 de abril de 2010

WIKIPÉDIA. **Governador Valadares** Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/governador\\_valadares](http://pt.wikipedia.org/wiki/governador_valadares) □ . Acesso em: 16 de Agosto 2010.

XAVIER, C. C.; MOULIN, Z. S. Aleitamento materno. In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. **Saúde da Família: Cuidando de Crianças e Adolescentes**. Coopmed, Belo Horizonte, p. 75 a 84. 2003.

## ANEXO A

### DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

**Fonte: BRASIL, Unicef: Dez passos para o sucesso do aleitamento materno.**

**Disponível em:** <[http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9999.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm)> Acesso em 11 nov. 2010

- 1 – Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
- 2 – Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
- 3 – Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
- 4 – Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
- 5 – Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 6 – Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
- 7 – Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8 – Encorajar a amamentação sob livre demanda.
- 9 – Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
- 10 – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.