

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**SORAYA KARINE KUTSCHERA COSTA**

## **Desmame Precoce: Uma realidade Brasileira**

**Belo Horizonte  
2011**

**Soraya Karine Kutschera Costa**

## **Desmame Precoce: Uma realidade Brasileira**

Monografia apresentada ao seminário de apresentação de trabalho final de conclusão do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem, do Departamento de Enfermagem materno-infantil e saúde pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Enfermeira Obstetra.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Érika da Silva Dittz.

**Belo Horizonte  
2011**

C837 Costa, Soraya Karine Kutschera

Desmame Precoce: Uma realidade Brasileira/ Soraya Karine  
Kutschera Costa – Belo Horizonte : [s.n.], 2011.  
37 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem  
Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Orientadora: Érika da Silva Dittz

Bibliografia: f. 33-37.

1. Desmame Precoce. 2. Aleitamento Materno. I. Dittz, Érika da Silva.  
II. Universidade Federal de Minas Gerais. III. Título

NLM: WS 125

Dedico este trabalho a minha filha amada  
Thayssa, a minha mãe Marly, aos meus irmãos  
Eduardo e Vanessa que muito me amam e  
respeitam as minhas decisões. Ao meu eterno e  
amado pai.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

A minha filha Thayssa tão amada, minha mãe Marly companheira e amiga, , meus irmãos Eduardo e Vanessa, e todos da minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Aos amigos e colegas, em especial, Marcela Soares, Érika Marina e Caroline Mendes, pela amizade, pelo incentivo e pelo apoio constantes.

A orientadora Érika Ditz pela disponibilidade e dedicação para que eu pudesse realizar este trabalho.

A equipe da Maternidade Hilda Brandão pelo apoio e amizade durante toda a jornada do curso.

A equipe do Hospital Sofia Feldman por compartilhar conhecimentos.

Ao longo do período da especialização, muitas pessoas passaram por minha vida, deixando marcas e lições para toda ela, proporcionando-me alegrias, conhecimento e crescimento pessoal. Neste momento gostaria de agradecer-las, pois, de alguma forma, contribuíram para a conclusão desta etapa.

Enfim, Senhor, obrigada pelo fim de mais essa etapa.

*Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.*

*Paulo Freire*

## **RESUMO**

O aleitamento materno é fundamental para a saúde materno-infantil, sendo o único alimento que possui todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento infantil nos primeiros seis meses de vida. Inúmeras estratégias de ação vêm sendo implantadas para promover, estimular e apoiar o aleitamento materno, mas ainda estamos distantes das recomendações propostas pela Organização Mundial de Saúde. Para enfrentar tais desafios se faz necessário conhecer as principais causas do desmame precoce no Brasil. Este estudo tem como objetivo investigar as variáveis descritas na literatura sobre as principais causas do desmame precoce e despertar o interesse dos profissionais em ciências da saúde a desenvolver estratégias que contribuam para evitar essa prática. Conclui-se que apesar do vasto conhecimento sobre as causas do desmame precoce, ainda não se conseguiu fortalecer a atuação de indivíduos e grupos, onde os sujeitos não aprendam apenas conteúdos, mas valores e sensibilidades da amamentação, permitindo transformações pessoais, promovendo a cidadania e o envolvimento na formulação de políticas sociais.

Palavras-chave: Desmame precoce. Aleitamento Materno. Amamentação.

## **ABSTRACT**

Breastfeeding is essential for maternal and child health, and the only food that has all the nutrients necessary for infant development during the first six months of life. Numerous action strategies are being implemented to promote, encourage and support breastfeeding, but we are still far from the recommendations proposed by the World Health Organization. To meet these challenges is necessary to know the main causes of early weaning in Brazil. This study aims to investigate the variables described in the literature about the main causes of early weaning and arouse the interest of professionals in health sciences to develop strategies to help avoid this practice. We conclude that despite the vast knowledge about the causes of early weaning, has not managed to strengthen the performance of individuals and groups, where subjects learn not only content, but values and sensibilities of breastfeeding, allowing personal transformation, promoting citizenship and involvement in formulating social policy.

Keywords: Weaning. Breastfeeding. Breastfeeding.



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1	Relação dos artigos selecionados por descritores, limites, resultados da pesquisa e artigos selecionados e recuperados.	12
Tabela 2	Relação dos artigos selecionados pelas principais causas do desmame precoce no Brasil.	12

## **LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS**

OMS	Organização Mundial de Saúde
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

DF	Distrito Federal
AME	Aleitamento materno exclusivo
AM	Aleitamento materno
UBS	Unidade Básica de Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 METODOLOGIA.....	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	18
3.1 O Aleitamento materno no Brasil.....	18
3.2 A prevalência do aleitamento materno no Brasil.....	24
3.3 Principais causas do desmame precoce no Brasil.....	27
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	32
5 REFERÊNCIAS .....	33

## 1 INTRODUÇÃO

A prática da amamentação no Brasil é o produto resultante da miscigenação cultural entre os índios nativos, colonizadores e imigrantes europeus e os escravos africanos que aqui residiam a partir da segunda metade do século XVI (BACCO; PROGIANTI, 2008).

Além de ser uma importante estratégia para a redução da mortalidade infantil (redução da taxa de 47,1/1000 nascidos vivos em 1990 para 19,3/1000 em 2007, ou seja, cerca de 59,0%), a promoção da amamentação é um compromisso assumido pelo Brasil por meio dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, do Pacto pela Vida, e do Programa Mais Saúde (BRASIL, 2009b).

O aleitamento materno é fundamental para a saúde materno-infantil, ilustrada por inúmeras vantagens evidenciadas na literatura. (OTENIO *et al.*, 2007; PASSOS *et al.*, 2000; RAMOS; ALMEIDA, 2003; KUMMER *et al.*, 2000). O leite materno é o único alimento que possui todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento infantil nos primeiros seis meses de vida. Entende-se como amamentação exclusiva a ausência de outros alimentos, como água, sucos, leites artificiais e “papinhas” na dieta de lactentes com até seis meses de idade; amamentação mista é considerada como a introdução de outros alimentos além do leite materno na dieta da criança com idade inferior a seis meses e recomendamos o aleitamento materno e dieta complementar até os dois anos de vida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2009b).

Amamentar é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, já que a maioria das mortes é evitável e associada a doenças como a desnutrição e doenças infecciosas, principalmente a diarreia e a pneumonia (BRASIL, 2009a; RAMOS; ALMEIDA, 2003; PASSOS *et al.*, 2000; KUMMER *et al.*, 2000). O leite materno oferece anticorpos, íons, sais minerais, água, gordura, proteínas, estimula o desenvolvimento do intestino imaturo do bebê, auxilia na formação da dentição e formação óssea alveolar, sendo um alimento completo e insubstituível (KING, 2001). Amamentar também traz benefícios para a mãe como a redução da hemorragia pós-parto, contraceptivo natural (se amamentação exclusiva), redução do risco de câncer mamário e ovariano, bem como à economia para a família que não utiliza das fórmulas lácteas e leite em pó

para suprir as necessidades decorrentes de prática do desmame precoce (RAMOS; ALMEIDA, 2003; KING, 2001).

Apesar dos avanços nas políticas de saúde e do significativo declínio da mortalidade infantil observado no Brasil, os níveis atuais ainda são considerados elevados evidenciando a necessidade de novas estratégias de apoio ao aleitamento materno. (UNICEF, 2008). As mães brasileiras iniciam a amamentação, mas interrompem o aleitamento materno exclusivo precocemente (PASSOS, 2000; RAMOS; ALMEIDA, 2003; KUMMER *et al.*, 2000),

Inúmeras estratégias de ação vêm sendo implantadas para promover, estimular e apoiar o aleitamento materno. Entre eles se destacaram a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a Rede Amamenta Brasil. Todos possuem como base para o sucesso de suas ações a educação em saúde. Entretanto observa-se na prática o desenvolvimento de atividades educacionais baseadas na pedagogia diretiva, culpabilizadoras, curativista, flexneriano e verticalizadas, resistindo em atender as novas demandas sociais, cognitivas e as necessidades deste novo sujeito em construção (CRUZ, 2008; KENSKI, 2008).

Considerando a importância da promoção do aleitamento exclusivo, este estudo tem como objetivo conhecer as causas relacionadas ao desmame precoce no Brasil. Conhecendo a fundo as causas, o profissional pode desenvolver habilidades na área da sua atuação para impedir o desmame precoce e promover mais saúde para as crianças.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica tradicional que tem o objetivo de recolher informações e conhecimentos prévios acerca de um problema para o qual se procura resposta. É sempre desenvolvida mediante material já elaborado, principalmente livros e artigos científicos (RAUPP e BEUREN, 2004).

Este estudo abrange artigos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde. Para realizar a pesquisa utilizou-se o descritor desmame precoce. Para a pesquisa realizada com o descritor desmame precoce com os seguintes limites: textos na língua portuguesa, estudos em humanos, assunto principal: aleitamento materno. Obtiveram-se um total de 197 artigos que, após leitura dos títulos e resumos foram selecionados e recuperados 27 artigos (Tabela 1).

**Tabela 1 – Descritores, limites, resultados da pesquisa e artigos selecionados e recuperados.**

Descritor	Limites	Resultado da pesquisa	Artigos selecionados e recuperados
Desmame Precoce	Língua portuguesa Humanos Aleitamento materno	197 artigos	27

Os artigos relacionados ao demame precoce estão separados por amostra/tipo de categoria e as causas de cada artigo, para melhor compreensão do leitor, sendo que, 15 são artigos originais e 01 artigo de revisão (tabela 2).

**Tabela 2 – Principais causas do desmame precoce no Brasil.**

ARTIGO	AMOSTRA/ TIPO DE CATEGORIA	CAUSAS
BARROS <i>et al.</i> Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no	104 crianças Artigo original	Fatores associados à mãe: Leite secou; pouco leite; retorno ao trabalho; decidiu parar; estresse; recomendação médica; fumante. Fatores associados à criança: Chorava com

<p>programa de saúde da família. <i>Revista Soc. Bras. Alim., São Paulo</i>, v. 34, n. 2, p. 101-114, agosto 2009.</p>		<p>fome; não aceitava o peito; dificuldade de sugar. O uso de chupeta e mamadeira como fator para o desmame precoce cinco vezes maior</p>
<p>OTENIO <i>et al.</i> Aspectos associados à amamentação e desmame em crianças atendidas no programa Bebê-Clínica em Bandeirantes – PR. <i>Revista Salusvita, Bauru</i>, v. 26, n. 2, p. 45-53, 2007.</p>	<p>74 mães Artigo original</p>	<p>Fatores associados à mãe: Leite secou; leite era insuficiente; leite era fraco; retorno ao trabalho. Fatores associados à criança: O bebê não quis mamar.</p>
<p>VOLPINI C. C. A., MOURA E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. <i>Rev. Nutr., Campinas</i>, v. 18, n. 3, p. 311-319, maio/junho, 2005.</p>	<p>225 crianças Artigo original</p>	<p>Fatores associados à mãe: Leite ter secado; leite fraco; falta de orientação; dores ao amamentar; problemas na mama; nervosismo materno; trabalho materno; conveniência; orientação profissional da saúde; conselho de terceiros; doença materna; cirurgia na mama; abandono materno; mães com menor tempo de estudo menos de 8 anos. Fatores associados à criança: Rejeição do bebê; choro do bebê; doença da criança. A introdução de leite não materno foi o desencadeador do desmame antes de seis meses de idade</p>
<p>ARAÚJO <i>et al.</i> Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, Brasília, v. 61, n. 4, p. 488-92, jul-ago, 2008.</p>	<p>11 mães Artigo original</p>	<p>Fatores associados à mãe: Falta de leite; leite fraco; problemas mamários; idade materna; solteiras. Fatores associados à criança: Recusa do bebê em pegar o peito.</p>
<p>BUCHALA L. M., MORAES M. S. Amamentação vivenciada com sucesso por um grupo de mulheres. <i>Arq.</i></p>	<p>08 mulheres Artigo original</p>	<p>Fatores associados à mãe: Dolorido e difícil; nervoso, a dor do bico rachado; ao leite que não sustenta; falta de informação durante a gravidez; retorno ao trabalho; trabalho doméstico.</p>



<p><b>Ciênc. Saúde</b> , v. 12, n. 4, p. 177-82, outubro, 2005.</p>		<p>Fatores associados à criança: Choro do bebê.</p>
<p>MARQUES E. S., COTTA R. M. M., ARAUJO R. M. A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. <b>Revista Brasileira de Enfermagem</b>, Brasília, v. 62, n. 4, p. 562-9, jul-ago, 2009.</p>	<p>19 mulheres  Artigo original</p>	<p>Fatores associados à mãe: leite insuficiente; leite fraco; “o leite materno não mata a sede do bebê”, uso da chupeta; insegurança da mulher; introdução precoce de outros alimentos; baixa escolaridade, primíparas.  Fatores associados à criança: “o bebê só chora quando está com fome”.</p>
<p>SILVEIRA <i>et al.</i> Percepção da mãe sobre aleitamento materno na puericultura. <b>Ciênc. Cuid. Saude</b>, v. 7, n. 4, p. 523-529, Out/Dez 2008.</p>	<p>22 mães  Artigo original</p>	<p>Fatores associados à mãe: O leite materno não sustenta; introdução precoce de alimentos como suco, água; introdução de alimentos para o retorno ao trabalho.</p>
<p>SILVA <i>et al.</i> Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. <b>RFO</b>, v. 13, n. 2, p. 7-11, maio/agosto, 2008.</p>	<p>11 mães  Artigo original</p>	<p>Fatores associados à mãe: mitos e crenças; influencia da família e amigos; ansiedade e o medo; leite secar, de lesões na mama; retorno ao trabalho; leite era fraco e insuficiente para alimentar o bebê; a falta de experiência materna.  Fatores associados à criança: choro do filho.</p>
<p>OSÓRIO C. M., QUEIROZ A. B. A. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: tese de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. <b>Esc Anna Nery R Enferm</b>, v.</p>	<p>30 mulheres  Artigo original</p>	<p>Fatores associados à mãe: Não gosta; obrigação, paciência e dependência; prende muito tempo; difícil dar toda hora; cansativo; retorno ao trabalho; provoca dor; não satisfaz; não sustenta; leite fraco.  Fatores associados à criança: bebê chora muito.</p>

11, n. 2, p. 261 – 7, jun, 2007.		
SILVA <i>et al.</i> Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas – resultados e discussão. <b>Rev. Inst. Ciênc. Saúde</b> , v. 27, n. 3, p. 220-5, 2009.	08 puérperas Artigo original	Fatores associados à mãe: retorno ao trabalho, desinteresse, mitos, dor nas mamas e falta de orientação no pré-natal.
FRANÇA <i>et al.</i> Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, <b>Rev. Saúde Pública</b> , Mato Grosso, v. 41, n. 5, p. 711-18, 2007.	920 crianças Artigo original	Fatores associados à mãe: Uso de chupeta; acesso ao serviço de saúde privado; primiparidade; consumo de chá; idade materna; baixa escolaridade materna.
FALEIROS F. T. V., TREZZA E. M. C., CARANDINA L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. <b>Rev. Nutr.</b> , Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, set./out., 2006.	Revisão bibliográfica	Fatores associados à mãe: Idade materna; insegurança; falta de apoio familiar; problemas com autoimagem; baixa renda; retorno ao trabalho; trabalho doméstico; influências culturais; falta de leite; leite fraco; problemas mamários.  Fatores associados à criança: recusa do bebê em pegar o peito.
BAPTISTA G. H., ANDRADE A. H. H. K. G., GIOLO S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. <b>Cad. Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 596-604, mar, 2009.	118 mães Artigo original	Fatores associados à mãe: Desconhecimento; não receberam leite exclusivamente materno na maternidade; que não tiveram alojamento conjunto na maternidade; retorno ao trabalho; mulheres que apresentaram dificuldades para amamentar nos primeiros dias pós-parto.

<p>SIQUEIRA <i>et al.</i> Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. <b>Jornal de Pediatria</b>, Rio de Janeiro – v. 70, n.1, p. 16-20, 1994.</p>	<p>498 entrevistas com grupos de mães  Artigo original</p>	<p>Fatores associados à mãe: leite secou; leite fraco; pouco leite,  Fatores associados à criança: choro do bebê; não dorme bem.</p>
<p>MOURA. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. <b>Jornal de Pediatria</b>, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 106-110, 1997.</p>	<p>259 mães  Artigo original</p>	<p>Fatores associados à mãe: leite secou; doença materna; falta de bico.  Fatores associados à criança: não quis mais; dificuldade da criança em sugar.</p>
<p>TABAI K. C., CARVALHO J. F., SALAY E. Aleitamento materno e a prática de desmame em duas comunidades rurais de Piracicaba – SP. <b>Rev. Nutr.</b>, Campinas, v. 11, n.2, p. 173-183, jul./dez., 1998</p>	<p>76 crianças  Artigo original</p>	<p>Fatores associados à mãe: leite insuficiente; nova gravidez; saúde da mãe; trabalho materno; término do leite materno; falta de tempo para amamentar.  Fatores associados à criança: rejeição da criança ao peito; saúde da criança.</p>

Realizou-se ainda uma busca direta ao site do Ministério da saúde <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm> para localizar documentos relacionados ao tema de estudo, totalizando 11 manuais.

Durante a leitura dos artigos realizou-se também a busca as suas referências para compor esse estudo devido a sua relevância e foram selecionados 01 livro e 01 dissertação.

O período de publicação dos artigos variaram de 1984 até 2011, sendo 01 manual de 1984, 01 livro de 1985, 01 dissertação de 1990, 01 artigo de 1994, 01 artigo de 1996, 02 artigos de 1997, 02 artigos de 1998, 02 artigos de 2000, 01 manual de 2001, 02 artigos de 2002, 02 artigos de 2003, 01 artigo de 2004, 05 artigos de 2005, 01 artigo de 2006, 03 artigos de 2007, 1 manual de 2007, 04 artigos de 2008, 3 manuais de 2008, 05 artigos de 2009, 4 manuais de 2009, 01 artigo de 2010, 01 manual de 2011. Totalizando 32 artigos, 11 manuais, 01 livro de 1985 e 01 dissertação de 1990.

A leitura do material obtido na pesquisa possibilitou a divisão em três categorias: O Aleitamento materno no Brasil; A prevalência do aleitamento materno no Brasil; e Principais causas do desmame precoce no Brasil.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 O Aleitamento materno no Brasil**

A importância do aleitamento materno no Brasil é um consenso social, onde as mulheres vivem conflitos entre amamentar e não amamentar. Observa-se ao longo da história a existência de diferentes teorias, tabus e discursos, ditados pelos interesses sociopolíticos presentes em cada época (BACCO; PROGIANTI, 2008). Para compreender de forma mais ampla os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde em iniciar e manter a amamentação se faz necessário uma revisão de literatura que contenha uma análise histórica sobre a amamentação no Brasil.

A prática da amamentação no Brasil é o produto resultante da miscigenação cultural entre os índios nativos, colonizadores e imigrantes europeus e os escravos africanos que aqui residiam a partir da segunda metade do século XVI (BACCO; PROGIANTI, 2008). As tribos Tupinambás, que habitavam no litoral brasileiro, o aleitamento materno era uma prática muito valorizada, onde a mulher indígena cumpria o duplo papel da mulher nutriz e trabalhadora, trazendo suas crianças presas ao seu corpo, em tipóias, por 24 horas praticando a amamentação sob livre demanda. O aleitamento materno só era suspenso em casos extremos de doença grave, morte ou nos casos interditados pela cultura (SILVA, 1990). Já os portugueses traziam o costume de não praticar o aleitamento materno, cultivado na cultura europeia, onde amamentar era visto como fonte de prazer para a mulher e para a criança sendo então repreendido por teóricos e filósofos da época (SILVA, 1990; ICHISATO; SHIMO, 2002).

Os teólogos e filósofos da época alegavam que a criança alimentada ao peito era corrompida moralmente e que trazia malefícios para a saúde e a beleza da mulher. Além disso, a mulher que amamenta deveria ser abstraída da prática sexual, pois acreditavam que o esperma azedava o leite e podia fazer mal à criança, sendo a prática sexual considerada uma das obrigações da esposa, distanciando o marido da família (SILVA, 1990; BADINTER, 1985; ICHISATO; SHIMO, 2002).

No Brasil, a mulher e a criança não tinham representação na sociedade, sendo as mulheres de classes sociais mais favorecidas reduzidas à condição de esposa procriadora e sucessora do patriarca no núcleo familiar. (BACCO; PROGIANTI, 2008; SILVA, 1990).

Neste contexto a comercialização do leite humano, produzido por mulheres de baixa renda, era uma alternativa viável e aceita para a época (BACCO; PROGIANTI, 2008).

Inicialmente os europeus tentaram impor à comunidade indígena este encargo, mas, com a sua recusa, as escravas negras eram obrigadas a desmamar seus filhos para alimentar e cuidar dos filhos dos senhores de engenho, e eram comercializadas como produtoras de leite (BACCO; PROGIANTI, 2008). Os negros não tinham representações sociais na época, eram vistos apenas como mercadoria, abdicado de sua identidade cultural e étnica (BACCO; PROGIANTI, 2008; ICHISATO; SHIMO, 2002, SILVA, 1990).

Ao final do século XIX e início do século XX, o país era marcado por revoluções como a abolição da escravidão, final do império, o declínio da produção de café, a crescente indústria e a chegada de imigrantes para compor a mão-de-obra operária (BACCO; PROGIANTI, 2008). Tem-se então o início da industrialização do leite no Brasil, vendendo a ilusão de saúde e modernidade. Surgiram para atender a uma necessidade social e interesses econômicos que influenciaram a criação de novas necessidades e hábitos. (ICHISATO; SHIMO, 2002; BACCO; PROGIANTI, 2008; ALMEIDA; NOVAK, 2004). A substituição do leite materno pelo artificial transformou a lactação em doença, onde as mulheres agora apresentavam síndrome do leite fraco e posteriormente a hipogalactia (BACCO; PROGIANTI, 2008; ALMEIDA; NOVAK, 2004; RÉA, 1997).

Substituir o leite natural pelo artificial acarretou altos índices de mortalidade infantil, ocasionando prejuízo ao crescimento populacional. Com o descontrole populacional e consequente redução da força de trabalho responsável pelo crescimento e sustentabilidade do Estado e a preocupação da Igreja em manter a mulher submissa à figura masculina, controlando sua sexualidade, inicia-se a valorização do leite materno como alimento mais completo para o recém-nascido (ICHISATO; SHIMO, 2002; SILVA, 1990; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Neste período foram criadas políticas públicas e utilização de várias estratégias e discursos realizados por profissionais, como médicos, moralistas e administradores para conscientizar a mulher da importância do aleitamento materno, culpabilizando-a sobre as possíveis complicações de saúde que seu filho teria se não o amamentasse (ALMEIDA;

NOVAK, 2004). Nesse contexto, várias regras foram instituídas para a prática da amamentação, tais como as restrições alimentares, a padronização de horários, o estabelecimento de intervalos entre as mamadas. (BACCO; PROGIANTI, 2008; RÉA, 1997). No entanto, surtiu pouco efeito na promoção do aleitamento materno.

Como estratégia para mobilização global a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) organizaram um fórum sobre Alimentação Infantil, em 1979 na cidade de Genebra (RÉA, 1997). Através desse encontro o Brasil criou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) integrado ao Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e ao Ministério da Saúde, com apoio da OMS e da UNICEF (ALMEIDA; NOVAK, 2004; RÉA, 1997). Foi nesse fórum que se originou o Código Internacional de Marketing dos Substitutos do Leite (criado em 1981), responsabilizando o Estado no combate à mortalidade infantil através do incentivo ao aleitamento materno (ALMEIDA; NOVAK, 2004; RÉA, 1997).

Através do PNIAM em conjunto com a igreja católica, a Sociedade Brasileira de Pediatria e da Federação de Ginecologia e Obstetrícia surgiram as primeiras pesquisas da iniciativa pública, a divulgação de informações e o incentivo do aleitamento materno (RÉA, 1997). A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) também ajudaram delinear condutas e na elaboração do manual técnico e treinamentos para o manejo da amamentação, impulsionados pelas mudanças de paradigmas nas ações de saúde, reconhecendo a mulher como sujeito participativo e multifacetado (ALMEIDA; NOVAK, 2004; BRASIL, 1984). Na mesma época, incitado pelas mudanças no perfil da mulher, que agora são vistas como membros importantes na economia brasileira, são formuladas leis de incentivo as mães que amamentam (ALMEIDA; NOVAK, 2004; RÉA, 1997).

Desde então, diversas intervenções visando à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno vêm sendo implantadas e normatizadas nas três esferas de gestão do SUS: federal, estadual e municipal. Esta linha de cuidado está sob a responsabilidade da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e conta com coordenadores no nível estadual, para implantação das ações nos estados, e coordenadores no nível municipal, responsáveis pela implantação local das estratégias propostas.

Apesar da mobilização social, ainda existe no Brasil dificuldade para mobilizar profissionais quanto à importância da promoção do aleitamento materno causados pela inadequação dos currículos nos ensinos de graduação e pós-graduação. E também encontramos dificuldades em mobilizar a comunidade, devido à “cultura da mamadeira e da chupeta”, resultado do processo histórico de evolução, industrialização, desqualificação dos profissionais de saúde que atendem as comunidades e desmame precoce.

Para ajudar a enfrentar tais desafios novas estratégias são criadas e implantadas, sendo o marco estratégico em aleitamento materno iniciado em 1990, em Florença, na Itália, em um encontro internacional organizado pelo UNICEF e OMS, com representação de autoridades governamentais e não governamentais mundiais, em busca de mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio a amamentação. (LAMOUNIER, 1996; LAMOUNIER, 1998). 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 (LAMOUNIER, 1996; LAMOUNIER, 1998; RÉA, 1997). Essa declaração atribui ao Estado o compromisso de implantar nas maternidades os dez passos de sucesso para o aleitamento:

- 1 - Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde;
- 2- Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política;
- 3 - Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;
- 4 - Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
- 5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos;
- 6 - Não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica;
- 7 - Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia;
- 8 - Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;
- 9 - Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas;
- 10 - Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade (BRASIL, 2008a p. 11).

Essa estratégia é denominada de Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e aplicar o Código Internacional para a Comercialização de Alimentos para Crianças da Primeira Infância, para atingir a meta global onde toda mulher é instruída a amamentar exclusivamente até os primeiros



seis meses de vida da criança, e em combinação com outros alimentos até dois anos (LAMOUNIER 1996; LAMOUNIER, 1998; RÉA, 1997; BRASIL, 2008a).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (implantada no Brasil em 1992) é uma campanha de caráter mundial que enfatiza a importância dos hospitais/maternidades na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno (LAMOUNIER, 1996; ALMEIDA; NOVAK, 2004; OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005; OLIVEIRA; CAMACHO, 2002; RÉA, 1997). Caracteriza-se por reconhecer estabelecimentos de saúde que ofereçam informações completas e corretas sobre o manejo da amamentação natural, visando prevenir o desmame precoce. (LAMOUNIER, 1996; LAMOUNIER, 1998; OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005)

Experiências mostram que existem dificuldades na implantação e cumprimento das normas, porém os resultados obtidos demonstram melhora no atendimento a saúde materno-infantil ocasionando assim um aumento significativo nas taxas de aleitamento materno exclusivo (LAMOUNIER, 1998).

Outras iniciativas importantes precisam ser descritas como o Método Canguru, criado em 2000, que é voltado para o cuidado humanizado do recém-nascido de baixo peso, que além de promover maior apego entre binômios mãe e filho, influencia na promoção do aleitamento materno (BRASIL, 2009c). Na atenção primária, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), criada em 1998, é considerada uma política pública eficaz para promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno. A IUBAAM tem como pressuposto que a atenção no pré-natal e de puericultura/pediatria constituem em uma oportunidade valiosa para promover a saúde, prevenir e solucionar problemas que podem levar ao desmame precoce (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005; OLIVEIRA; CAMACHO, 2002).

Conforme mencionado pela Secretária de Estado de Saúde (SES) a Resolução nº 2673, março de 2005, resolve preconizar os seguintes Dez Passos para o Sucesso da Amamentação para a realidade das Unidades Básicas de Saúde.

- 1-Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde;
- 2- Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implantar esta norma;
- 3- Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais;
- 4- Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e

fortalecendo sua autoconfiança; 5- Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto; 6- Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; 7- Orientar as nutrizes sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação; 8- Encorajar a amamentação sob livre demanda; 9- Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde; 10- Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares. (Rio de Janeiro, 2005).

Com o discurso pautado na defesa da vida e saúde da criança, o UNICEF e a OMS criaram uma rede de promoção, proteção e defesa ao aleitamento materno, representada em vários países, inclusive no Brasil, e utiliza como estratégia o poder político, religioso e os profissionais para sensibilizar a opinião pública, esclarecer e apoiar a mulher na decisão de amamentar (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005; OLIVEIRA; CAMACHO, 2002).

Ainda na atenção básica a estratégia Rede Amamenta Brasil, lançada em 1º de agosto de 2008, durante a abertura da Semana Mundial da Amamentação, pelo Ministro da Saúde e em 18 de novembro de 2008, foi assinada a Portaria MS/GM nº 2.799, que estabelece como a Rede se estrutura, sua coordenação nas esferas de gestão e monitoramento, instituindo a estratégia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A rede amamenta Brasil propõe aumentar os índices de amamentação no País e contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde através de uma proposta de educação permanente. A participação das unidades básicas de saúde se dá com a realização de uma oficina de trabalho, onde a equipe expõe suas dificuldades e acertos e busca as soluções a partir da sua realidade. Oferecem tutores, profissionais com experiência em aleitamento materno, responsáveis por coordenar oficinas junto às equipes da atenção básica de saúde, acompanhar e auxiliar as equipes na implantação de ações que auxiliam a amamentação e no monitoramento dos índices de aleitamento materno da população atendida (BRASIL, 2011).

Contamos também com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, um dos mais importantes elementos estratégicos da política pública em favor da amamentação, que além de coletar, processar e distribuir leite humano presta assistência às lactantes cujos filhos estão

hospitalizados ou que tenham dificuldades com a amamentação em qualquer momento (BRASIL, 2008b).

No que diz respeito à legislação, o Brasil foi um dos primeiros países a adotar o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno na sua totalidade. A partir do Código, criou-se a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, em 1988. Em 2006, a partir da norma foi criada a Lei 11.625, que regulamenta a promoção comercial e dá orientações do uso apropriado de alimentos para crianças de até três anos (BRASIL, 2009d).

Apesar dos esforços e estratégias esta prática é abandonada precocemente, estando ainda distante da recomendação da OMS. Apesar disto, são evidentes os avanços gradativos dos indicadores de aleitamento materno no Brasil desde a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (BRASIL, 2009b).

### **3.2 A prevalência do aleitamento materno no Brasil**

A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno é uma importante estratégia para a redução da mortalidade infantil, compromisso assumido pelo Brasil por meio dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, do Pacto pela Vida, e do Programa Mais Saúde (BRASIL, 2009b; UNICEF, 2008).

Evidências científicas demonstram que o leite materno apresenta todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento infantil (OTENIO *et al.*, 2007; PASSOS *et al.*, 2000; RAMOS; ALMEIDA, 2003; KUMMER *et al.*, 2000). Ele oferece anticorpos, íons, sais minerais, água, gordura, proteínas, estimula o desenvolvimento do intestino imaturo do bebê, prepara o intestino para digerir e absorver o leite maduro, e impede a absorção de proteínas não digeridas, auxilia na formação da dentição e formação óssea alveolar, sendo um alimento completo e insubstituível (KING, 2001). Amamentar oferece ao lactente proteção contra infecções como diarreias, infecções neonatais, infecções respiratórias, otites, infecções bacterianas, reduz o índice de obesidade e consequentemente de diabetes e doenças coronarianas na fase adulta e promove o vínculo entre mãe e filho (PASSOS *et al.*, 2000; RAMOS; ALMEIDA, 2003; KUMMER *et al.*, 2000). Amamentar também traz benefícios para a mãe, ajudando na involução uterina, redução do sangramento pós-parto, redução da probabilidade do desenvolvimento de câncer de mama,

além de ser um contraceptivo natural (se a amamentação é exclusiva), auxilia na perda de peso, e promove a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta (KING, 2001).

Privar bebês e crianças dos nutrientes necessários para que cresçam e se desenvolvam adequadamente significa condená-las a uma vida de fracassos. Apesar dos avanços nas políticas de saúde e do significativo declínio da mortalidade infantil observado no Brasil, redução da taxa de 47,1/1000 nascidos vivos em 1990 para 19,3/1000 em 2007, ou seja, cerca de 59,0%, os níveis atuais ainda são considerados elevados (UNICEF, 2008).

A mortalidade infantil é um dos indicadores de desenvolvimento de um país, uma evidência de suas prioridades e valores. Investir na saúde das crianças e de suas mães não é apenas uma exigência e direito, mas também uma decisão econômica que um país pode tomar em direção a um futuro melhor (UNICEF, 2008).

Diversos fatores contribuíram para a redução dos níveis atuais, como a melhoria do saneamento básico e condições de vida (água tratada e esgoto), melhoria nutricional e do nível educacional materna, acesso aos serviços de saúde, atenção à saúde da mulher no pré-natal, diagnóstico e tratamento de doenças evitáveis, antibioticoterapia, implantação da Estratégia de Saúde da Família, redução de doenças imunizáveis, aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros (LANSKY *et al.*, 2009).

Apesar de sua significativa redução, a mortalidade pós-neonatal persiste como um problema, mesmo nas regiões mais desenvolvidas do país, já que a maioria das mortes é potencialmente evitável, pois decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais e culturais, são associadas às doenças como a desnutrição e doenças infecciosas, principalmente a diarreia e a pneumonia (BRASIL 2009a; LANSKY *et al.*, 2009).

Esses fatores evidenciam a necessidade de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, estratégia isolada que mais previne mortes infantis. Também se torna necessário avaliar a implantação de novas estratégias de saúde, responsabilidade dos serviços de saúde, através da identificação dos problemas, de modo que o País reduza as desigualdades nas taxas de mortalidade e alcance melhores níveis de sobrevivência infantil (BRASIL, 2009a).

Apesar dos avanços nas políticas públicas, os índices de aleitamento materno no País ainda se encontram aquém do considerado satisfatório (BRASIL, 2009b).

O Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde com o objetivo de verificar a situação atual da amamentação e da alimentação complementar no Brasil

coordenou um estudo denominado de II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (DF), que abrange as taxas de amamentação dos períodos de 1999 a 2008, onde foram avaliadas 34.366 crianças menores de 1 ano que compareceram a segunda fase da campanha de multivacinação de 2008 (BRASIL, 2009b).

Verificou-se durante a pesquisa que no total das crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida, (criança foi amamentada logo após o nascimento). Comparando este percentual com o encontrado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006 (PNDS), que foi de 43%, em uma amostra de crianças menores de 60 meses, verifica-se um aumento de 24,7% (BRASIL, 2009b). Segundo a classificação da OMS as taxas de amamentação na primeira hora de vida são consideradas como “boas” (BRASIL, 2009b).

Este aumento pode ser relacionado ao aumento da implantação da IHAC nas maternidades brasileiras. A IHAC tem como um dos seus princípios o aleitamento materno na primeira hora de vida e a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos no manejo da amamentação.

A prevalência do Aleitamento materno exclusivo (AME)<sup>1</sup>, em menores de 6 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF. Verificou-se um comportamento bastante heterogêneo variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA e em Belo Horizonte (37,9%) (BRASIL, 2009b).

Segundo a OMS, todas as regiões estudadas apresentam um índice de AME considerado “ruim”. As taxas de AME na região norte é de apenas 32,3%, na região nordeste de 35,1%, centro-oeste 37,6%, sudeste de 34,2% e na região sul de apenas 36,2%. Este índice demonstra uma falha importante na educação em saúde em aleitamento materno, pois demonstra que as práticas realizadas não estão oferecendo subsídios suficientes para a manutenção do aleitamento materno. Faz-se necessário refletir sobre a prática do cuidar em saúde (BRASIL, 2009b).

Na PNDS/2006 o percentual de crianças em AME de 0 a 6 meses no Brasil foi de 39,8%. Comparando com o encontrado em 2008 (41%), não houve um crescimento significativo dos índices (BRASIL, 2009b) as quais se encontram muito aquém do esperado.

O aleitamento materno (AM)<sup>2</sup> tem duração mediana de 11,2 meses considerado “muito ruim” de acordo com a classificação da OMS (BRASIL, 2009b).

---

<sup>1</sup> Criança que recebeu somente leite materno sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, exceto medicamentos.

<sup>2</sup> Criança que recebeu leite humano ou ordenhado.

O estudo ainda mostra que entre as crianças menores de 12 meses analisadas foi frequente o uso de mamadeira (58,4%) e de chupeta (42,6%), introdução precoce de água, chás e outros leites – com 13,8%, 15,3% e 17,8%, já no primeiro mês de vida. Cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%), constatou-se também um consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças de 9 e 12 meses (BRASIL, 2009b).

Apesar da melhora significativa da situação do aleitamento materno no Brasil, ainda estamos distantes do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS, sendo necessário avaliar a necessidade de implantação de novas intervenções para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no Brasil.

### **3.3 Principais causas do desmame precoce no Brasil**

Conhecer as principais causas do desmame precoce é indispensável para o desenvolvimento de estratégias de ação que auxiliem na manutenção da amamentação até os dois anos de vida, seguindo as recomendações da OMS. Entendê-las permite que os profissionais de saúde, principalmente os da atenção básica, através das equipes de saúde da família intervenham nos problemas e busquem soluções para cada família em sua área de abrangência, permitindo assim uma assistência integral, humanizada e individualizada que atendam as suas reais necessidades de saúde.

Durante a revisão bibliográfica observou-se que as causas do desmame precoce são amplamente discutidas como demonstrado na Tabela 5, mas, apesar disso, ainda não conseguimos incitar os sujeitos a modificarem suas ações. Tem-se disponível um amplo arsenal de artigos científicos que através de entrevistas e questionários identificaram as causas do desmame precoce em suas regiões, mas observa-se uma ausência significativa de intervenção aos problemas encontrados. Os profissionais de saúde são capazes de reconhecer os problemas, mas pouco eficazes na solução dos mesmos, como se pode observar no capítulo anterior as baixas taxas de amamentação exclusiva e amamentação até os dois anos de vida.

A tabela 2 é composta por 16 artigos científicos, publicados entre os anos de 1994 e 2009, que descreve os fatores relacionados ao desmame precoce de cada artigo. Analisando todos os artigos destacam-se como principais causas em ordem de importância: o retorno da mãe ao trabalho, alegação de pouco leite, alegação de leite fraco, leite secou, choro do bebê, recusa do bebê ao seio, problemas relacionados às mamas, dor ao amamentar, falta de orientação, dificuldade de sucção, entre outros. Estas causas evidenciam a insegurança da mulher frente ao aleitamento materno.

Analisando a história da amamentação no Brasil esses fatores são resultantes da cultura em massa do desmame precoce reproduzido durante décadas e imposto às mulheres brasileiras, onde amamentar era visto como um ato de despeito, onde a comercialização do leite artificial era indicada pelos profissionais de saúde, principalmente os pediatras (permanecendo em seus discursos até os dias de hoje), chupetas e mamadeiras são itens essenciais e amplamente disponíveis em farmácias e lojas de departamento, a cultura da hipogalactia e leite fraco permanecem incrustados no pensamento das mães, resultantes da complementação inadequada de alimentos e sucos na nutrição infantil.

Entender as causas não é apenas relacioná-las ou descrevê-las, se faz necessário compreender as mudanças dos paradigmas regentes na sociedade moderna. A mulher moderna possui uma dupla jornada, assumindo um papel de responsabilidades domésticas e familiares e uma peça importante para o sustento de sua família. Suas necessidades e aspirações profissionais conflitam com as determinações do papel de mãe que a sociedade lhe impõe, resultam na difícil situação da mulher em conciliar suas atividades profissionais com as maternas (SILVA; UTIYAMA, 2003).

Observa-se que a interrupção precoce da amamentação não está ligada apenas a determinantes fisiológicos maternos, mas por uma difícil relação com os determinantes contextuais, em que a mulher está inserida (SILVA, 2005).

O trabalho aparece como uma das causas mais expressivas de desmame. Apesar das mudanças na constituição do Brasil, de 1988, que ampliam os direitos da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) da mãe trabalhadora formal, como a licença-maternidade de 120 dias (CLT artigo 392, seção V), a licença-paternidade de 5 dias (CLT capítulo II artigo 7<sup>a</sup>, XIX), o direito à creche ou reembolso (CLT artigo 389 seção IV / Portaria 3296, de 03/09/86, artigo 1<sup>o</sup>), pausas para amamentar o filho durante a jornada de trabalho (CLT artigo 396, seção V), recebimento do

salário mensal durante o período de licença maternidade (CLT capítulo II, Artigo 7º, XVII), seguridade de emprego (CLT artigo 391 seção V), que se implementadas, facilitariam a nutriz trabalhadora dar continuidade ao aleitamento de seu filho, ainda não trouxeram resultados significativos para sua manutenção (SILVA, 2005). Muitas desconhecem seus direitos como trabalhadoras e as possibilidades de exigências legais que têm, ou não se sente à vontade para usufruir seus direitos (SILVA, 2005; UTIYAMA, 2003).

As mulheres nutrizes e trabalhadoras se deparam com a ausência de locais adequados para ordenhar ou conservar o leite materno, com a dificuldade de se desvencilhar das atividades do trabalho para amamentar, ausência de creches e berçários no local de trabalho, a falta de estrutura familiar adequada e a ampla divulgação do uso da mamadeira e da introdução de fórmula infantil para substituir o leite materno quando retornam ao trabalho.

Todos esses fatores, relacionados com sentimento de culpa e de separação da mãe, podem afetar esse processo. Frequentemente estes sentimentos podem inibir os reflexos de descida do leite: se a mãe está preocupada ou com medo por alguma razão, se a amamentação for dolorosa, quando a criança suga de forma incorreta (KING, 2001). Desse modo a extração inadequada do leite pela criança devido à má pega pode também provocar irritabilidade, choro, frustração e a recusa do bebê em amamentar, mamilos rachados e dolorosos, produção inadequada de leite (oferta/procura: quanto mais a criança suga, maior a quantidade de leite produzido), criança apresentando má curva ponderal (pensamento da mãe que o leite é fraco), fissuras, mamas ingurgitadas e a mastite se não cuidadas adequadamente.

O esforço materno em manter a amamentação mostra-se delicada diante dos desafios encontrados, numa relação desigual, diante do poder das regras de uma sociedade instituída (SILVA, 2005). Cabe a nós profissionais de saúde promover estratégias que auxiliem a mãe na decisão de manter a amamentação.

Inúmeras estratégias de ação vêm sendo implantadas para promover, estimular e apoiar o aleitamento materno. Estratégias como a IHAC, Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), Rede Amamenta Brasil, produção de manuais como Promovendo o aleitamento materno, Ministério da Saúde (2007) que aborda as vantagens do aleitamento materno para a mãe e para o bebê; técnicas corretas de amamentação, mitos e tabus e a legislação vigente. King (2001) orienta como ajudar as mães a amamentar, aborda a produção do leite materno, sua composição, a técnica correta de amamentação, as desvantagens do leite artificial,



porque as mães precisam de ajuda, problemas precoces das mamas e problemas tardios e sua manutenção, aconselhamentos no pré-natal, dentre outros. Todas essas ações possuem como base para o sucesso de suas ações a educação em saúde.

Entretanto o que observamos na prática é o desenvolvimento de atividades educacionais baseadas na pedagogia diretiva, culpabilizadoras, curativista, flexneriano e verticalizadas, resistindo em atender as novas demandas sociais, cognitivas e a as necessidades deste novo sujeito em construção. Condutas como insistir em demonstrar os erros cometidos com o propósito de educar e/ou advertir baseado no medo (CRUZ, 2008; KENSKI, 2008).

Em vista das estratégias desenvolvidas para a promoção da AME, os baixos índices, aquém das metas preconizadas pela OMS, podem denunciar uma prática inadequada dos profissionais na promoção do AME levando à interrupção precoce da amamentação de maneira significativa.

Os profissionais de saúde oferecem informações sobre esses problemas, mas, de forma difusa, que dificulta a compreensão das mães sobre suas necessidades e ansiedades. Observa-se na prática que os profissionais de saúde ainda mantêm seus discursos associando o aleitamento materno pelo lado biológico, necessidade e vantagens para o bebê sem levar em consideração o contexto que a mulher está envolvida, baseando sua proposta educacional na transmissão de informações (CRUZ, 2008; KENSKI, 2008).

A informação, por si, não implica conhecimento, sendo necessário que o indivíduo tenha capacidade reflexiva perante o conteúdo que ela traz. Para isso certas capacidades e atitudes gerais precisarão ser estimuladas, de modo que novas formas de pensar em saúde precisam ser desenvolvidas. Isto implica a emergência de educadores capazes de auxiliar nas decisões. Os profissionais de saúde são educadores capazes de orientar o processo em construção do conhecimento. Compete a eles proverem de elementos que busquem fortalecer a atuação de indivíduos e grupos, “empoderamento”, possibilitando-os compreender, analisar, refletir, criticar e avaliar as informações fornecidas. Permitindo que o sujeito aprenda não apenas conteúdos, mas valores e sensibilidades, permitindo transformações pessoais, promovendo a cidadania e o envolvimento na formulação de políticas sociais.

Novas formas educativas precisam ser desenvolvidas, incluindo o indivíduo na construção do conhecimento. A participação popular estimula o desenvolvimento da autonomia, a arte do criar suas próprias inovações, incita aprendizagens e descobertas, provocando uma reflexão no

sentido de aprender. O educador deve estar aberto a transformar seus pontos de vista, suas opiniões, suas idéias, modificando sua relação com a comunidade. A educação com a participação popular possibilita o indivíduo um acesso diferenciado às áreas do saber, possibilitando a realização de um processo educacional muito mais condizente com as exigências da contemporaneidade. A ampliação do acesso a novas formas de educação geram outros valores e aprendizagens coletivas.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar da melhora significativa da situação do aleitamento materno no Brasil, ainda estamos distantes do cumprimento das metas propostas pela OMS e do MS, sendo necessário avaliar a necessidade de implantação de novas intervenções para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no Brasil.

As mães iniciam a amamentação, mas interrompem o aleitamento materno exclusivo precocemente, sendo consideradas como principais causas de desmame precoce: o retorno da mãe ao trabalho, a alegação de leite é fraco, problemas relacionados às mamas, a redução da produção do leite, o choro da criança, a recusa do bebê ao seio materno, problemas como a não produção de leite, entre outros. Estas causas evidenciam a insegurança da mulher frente ao aleitamento materno.

Entender as causas não é apenas relacioná-las ou descrevê-las, faz-se necessário compreender as mudanças dos paradigmas regentes na sociedade moderna. A mulher moderna possui uma dupla jornada, assumindo um papel de responsabilidades domésticas e familiares e uma peça importante para o sustento de sua família.

Diante da inadequação dos índices da AME no Brasil e a existência ampla de estratégias para sua promoção, novas formas educativas precisam ser desenvolvidas pelos profissionais.

Entretanto, o que observa-se na prática é o desenvolvimento de atividades educacionais baseadas na pedagogia diretiva, culpabilizadoras, curativista, flexneriano e verticalizadas, resistindo em atender as novas demandas sociais, cognitivas e as necessidades deste novo sujeito em construção. Como consequência desse comportamento reproduzido em massa, as estratégias de apoio ao aleitamento materno ainda não conseguiram compreender as reais necessidades desses atores sociais.

## 5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA de J. A. G, NOVAK F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal Pediátrico**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5 supl., p. 119-125, 2004.

ARAÚJO *et al.* Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 488-92, jul-ago, 2008.

BACCO F. A. M., PROGIANTI J. M. Discursos dominantes e estratégias utilizadas na prática do aleitamento materno. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, p. 206-11, abril/junho 2008.

BADINTER E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1985. 367 p. CDD 194 649.1 173.

BAPTISTA G. H., ANDRADE A. H. H. K. G., GIOLO S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 596-604, mar, 2009.

BARROS *et al.* Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. **Revista Soc. Bras. Alim.**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 101-114, agosto 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009a. 77p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009b. 108 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. ISBN 978-85-334-1607-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009c. 238 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-0489-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009d. 114 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança ações básicas. **Assistência Integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 1984. 19 p. (Série Manuais).

BRASIL. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: histórico e implementação**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, módulo 1, 2008a. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Ed. ANVISA, 2008b. 160 p. (Série Tecnologia em Serviços de Saúde). ISBN 978-85-88233-28-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Promovendo o Aleitamento Materno**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 238 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2011. 58 p. (Série I História da Saúde).

BRASILEIRO *et al.* Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p.1705-1713, set., 2010.

BUCHALA L. M., MORAES M. S. Amamentação vivenciada com sucesso por um grupo de mulheres. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 12, n. 4, p. 177-82, out-dez, 2005.

CRUZ. O processo de ensino-aprendizagem na sociedade da informação. **Revista Educação Sociedade**, Campinas, v. 29, n. 105, p. 1023-1042, 2008.

FALEIROS F. T. V., TREZZA E. M. C., CARANDINA L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, set./out., 2006.

FRANÇA et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, **Rev. Saúde Pública**, Mato Grosso, v. 41, n. 5, p. 711-18, 2007.

ICHISATO S. M. T., SHIMO A. K. K. Revisando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 10, n.4, p. 578-85, julho-agosto, 2002.

JOCA *et al.* Fatores que contribuem para o desmame precoce. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 356 - 64. dez., 2005.

KENSKI. Educação e comunicação: interconexões e convergências. **Revista Educação Sociedade**, Campinas, v. 29, n. 104, p. 647-665, 2008.

KING F. S. Como **ajudar as mães a amamentar**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 4ed, 2001. 189 p. CDU 616-053.2: 613.287.1

KUMMER *et al.* Evolução do padrão de aleitamento materno. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 143-8, abril, 2000.

LAMOUNIER. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 6, 363-368, 1996.

LAMOUNIER. Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 4, p. 319-24. 1998.

LANSKY S. **Evolução da mortalidade infantil no Brasil - 1980 a 2005**. In: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009. p. 240-266. ISBN 978-85-334-1600-0.

MARQUES E. S., COTTA R. M. M., ARAUJO R. M. A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 562-9, jul-ago, 2009.

MOURA. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 106-110, 1997.

OLIVEIRA de M. I. C., CAMACHO L. A. B, SOUZA I. E. O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1901-1910, nov-dez, 2005.

OLIVEIRA E. S., CAMACHO R. M. M. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 5, n. 1, 2002.

OSÓRIO C. M., QUEIROZ A. B. A. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: tese de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 2, p. 261 – 7, jun, 2007.

OTENIO *et al.* Aspectos associados à amamentação e desmame em crianças atendidas no programa Bebê-Clínica em Bandeirantes – PR. **Revista Salusvita**, Bauru, v. 26, n. 2, p. 45-53, 2007.

PASSOS *et al.*, 2000. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 617-22, 2000.

RAMOS C. V., ALMEIDA J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-90, 2003.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. **Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais**. In. Beuren, Ilse Maria (Org.). Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004

REA M. F. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde pública**, v. 31, N. 2, p. 149-56, 1997.

RIO DE JANEIRO. Secretária de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2673, 2005. Autoriza a Implantação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. **Coleção de Leis da República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, março. 2005.

SILVA *et al.* Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. **RFO**, v. 13, n. 2, p. 7-11, maio/agosto, 2008.

SILVA I. A. S., UTIYAMA S. K. Situação de amamentação entre mulheres trabalhadoras e alunas de graduação e pós-graduação de uma universidade pública. **Revista Maringá**, v. 25, n. 2, p. 215-225, 2003.

SILVA I. A. A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 641-6, nov-dez., 2005.

SILVA *et al.* Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas – resultados e discussão. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 27, n. 3, p. 220-5, 2009.

SILVA A. M. S. **Amamentação fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira.** 1990. 218 f. Dissertação (mestrado em medicina preventiva) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SILVEIRA *et al.* Percepção da mãe sobre aleitamento materno na puericultura. **Ciênc. Cuid. Saude**, v. 7, n. 4, p. 523-529, Out/Dez 2008.

SIQUEIRA *et al.* Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro – v. 70, n.1, p. 16-20, 1994.

TABAI K. C., CARVALHO J. F., SALAY E. Aleitamento materno e a prática de desmame em duas comunidades rurais de Piracicaba – SP. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 11, n.2, p. 173-183, jul./dez., 1998.

UNICEF. **Situação mundial da infância.** São Paulo: Ed. B&C. 2008. 164 p. ISBN: 978-92-806-4191-2.

VOLPINI C. C. A., MOURA E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 311-319, maio/junho, 2005.