

DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE BELÉM - PARÁ

Zilma FERREIRA (1); Paula PEREIRA (2); Rosilene REIS (3); Luisa CARNEIRO (4)

(1) Universidade Federal do Pará, Generalíssimo Deodoro, nº 01, Umarizal, Belém-Pará, Cep:66050-060, e-mail: zilmaap@yahoo.com.br

(2) Universidade Federal do Pará, Generalíssimo Deodoro, nº 01, Umarizal, Belém-Pará, Cep:66050-060, e-mail: paulacmoraes19@hotmail.com

(3) Universidade Federal do Pará, Generalíssimo Deodoro, nº 01, Umarizal, Belém-Pará, Cep:66050-060, e-mail: rosilenerreis@ufpa.br

(4) Universidade Federal do Pará, Generalíssimo Deodoro, nº 01, Umarizal, Belém-Pará, Cep:66050-060, e-mail: luisamargareth@yahoo.com.br

RESUMO

A prática do aleitamento materno é de fundamental importância por influenciar na morbimortalidade, principalmente quando se trata de populações subdesenvolvidas, onde a mortalidade infantil é alta e se faz sentir a custa de desnutrição e moléstias infecciosas, com grande destaque para diarreia, no caso do Brasil. O objetivo deste trabalho foi analisar os determinantes do aleitamento materno exclusivo na capital do estado do Pará. Este estudo de delineamento transversal foi elaborado a partir da II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno, em 2008 durante a segunda etapa da campanha de vacinação. A identificação dos determinantes do aleitamento materno exclusivo foi feita utilizando o teste do qui-quadrado adotando uma significância de $p \leq 0,05$. A pesquisa foi realizada em 1.810 crianças menores de 12 meses de idade, quais 67,7% foram amamentadas na primeira hora de vida; entre os menores de 6 meses o aleitamento foi exclusivo para 56,0% e predominante para 17,7%; a maioria das crianças maiores de 6 meses consumia alimentos ricos em ferro, frutas, verduras e legumes e assim como a maioria não consumia suco industrializado, refrigerantes, café e biscoitos/salgadinhos; o aleitamento materno exclusivo entre as crianças menores de 6 meses foi mais prevalente entre as que realizavam a puericultura em estabelecimentos de saúde públicos, e mães que não trabalhavam fora de casa ou que encontravam-se de licença maternidade. Apesar dos avanços os resultados ainda estão aquém ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Palavras-chave: Aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno, criança.

1 INTRODUÇÃO

Na atual conjuntura, o incentivo à amamentação tem tomado um novo impulso. O reconhecimento de componentes do leite materno com propriedades anti-infecciosas, anti-inflamatórias e imunomoduladoras indica que, além da proteção contra patógenos gastrintestinais e respiratórios, que o leite materno tem efeito estimulador na maturação imunológica, propiciando benefícios em longo prazo na prevenção de doenças crônicas no adulto, inclui-se o risco reduzido de incidência de diabetes, neoplasias, doença de Crohn e retocolite ulcerativa em indivíduos amamentados, assim como menor risco para o câncer de mama (SOUZA, 2005).

Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em associação com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), vem realizando campanhas específicas para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. O ato aparece como vetor essencial dentro do primeiro dos oito objetivos do milênio, estabelecido pela ONU em 2000, num pacto assinado por 191 países, com o Brasil incluído, que tinha por objetivo “acabar com a fome e a miséria” tendo como meta reduzir em 50% o número de pessoas que sofrem com a desnutrição. Porém, para alcançar essa meta só seria possível se governos, sociedade e setor privado se empenhassem em criar ambientes favoráveis para que toda mãe pudesse amamentar seu bebê de maneira exclusiva durante os seis primeiros meses de vida. Essa prática, segundo o Unicef, pode salvar todos os anos a vida de 1,3 milhões de crianças em todo mundo. O Unicef calcula que um milhão e meio de crianças morrem por ano por falta de aleitamento materno. Mesmo nos países industrializados muitas mortes poderiam ser evitadas com o aleitamento materno (O LIBERAL, 2007).

Devido à sua capacidade protetora contra doenças, o leite materno é capaz de reduzir a morbidade e a mortalidade no grupo de crianças amamentadas, o que é de fundamental importância quando se trata de populações subdesenvolvidas, onde a mortalidade infantil é alta e se faz sentir principalmente à custa de desnutrição e moléstias infecciosas, com grande destaque para diarreia, como é o caso do Brasil (CIAMPO et al, 2004).

Considerando todos os aspectos a respeito da amamentação e que o aleitamento materno exclusivo é de fundamental importância para que o lactente cresça e se desenvolva, esta pesquisa tem como objetivo analisar os determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Belém.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No Estado do Pará (capital) no final da década de 70 e início da década de 80, através do Banco de Leite da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSMPA), iniciavam os primeiros combates à era da alimentação artificial. A Santa Casa, através do Banco de Leite Humano (BLH), acompanhou e entrou na luta em prol do aleitamento através da coordenação de Nutrição e Dietética do Hospital, sofrendo uma grande reestruturação tanto na área física como na questão de recursos humanos. Em 1994 o Banco de Leite passou a ter o controle de qualidade de seu produto: o leite humano ordenhado. Em 1997, foi implantado o Programa de Aleitamento Materno Exclusivo (PROAME). Hoje, o BLH além de ser referência para o Estado e ter representatividade na Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano, conseguiu gerar o NEAM - Núcleo Especial de Aleitamento Materno da Santa Casa, coordenando todas as ações e programas de incentivo ao aleitamento materno na instituição (GONÇALVES, et al, 2004).

Dentre as vantagens, para o bebê em AME, destacam-se a garantia do melhor desenvolvimento psicomotor e social; obtenção dos nutrientes que a criança precisa nos primeiros seis meses de vida; menores riscos de obesidade na vida adulta; menores quadros infecciosos; maior absorção dos nutrientes, pois o leite materno é de fácil digestibilidade; desenvolvimento das mandíbulas pelo ato de sugar o seio; beneficiação de bebês prematuros com amamentação, pelas propriedades imunológicas do colostro, que se prolonga no parto prematuro. Já as mães têm as seguintes vantagens: maior segurança e menor ansiedade; rapidez na diminuição do tamanho do útero e evitará hemorragia no pós-parto; menor risco de contrair câncer de mama e ovário; planejamento familiar, desde que o bebê seja menor de seis meses, esteja em aleitamento materno exclusivo e em regime de livre demanda e a mãe não tenha menstruado (amenorréia da lactação); volta ao peso normal mais rapidamente. Também se observa vantagens para a família, cidade e nação: economia para a família; menores custos adicionais com remédios e consultas; menores índices de mortalidade infantil; redução do índice de repetência escolar; maior espaçamento entre os filhos (BRASIL, 2004).

Algumas pesquisas demonstram que a introdução de água ou chá associada à prática de aleitamento predominante é um ato freqüente, principalmente nos países em desenvolvimento, e essa associação diminui a proteção do leite materno contra processos infecciosos, assim como a duração do aleitamento materno, constituindo uma prática desnecessária quando o bebê está em AME, mesmo em países de clima tropical (MASCARENHAS et al, 2006).

Dados que comprovam baixo índice do aleitamento materno exclusivo em todo o país são preocupantes, principalmente, em regiões mais pobres, onde a mudança de hábitos teria uma repercussão positiva na morbimortalidade infantil. Além disso, as famílias nesses bolsões de pobreza, certamente já não têm condições de obter alimentos adequados e, portanto, a introdução desnecessária e precoce de alimentos complementares só aumenta as despesas familiares (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2004).

3 DESCRIÇÃO DA PROPOSTA

Este artigo teve por objetivos analisar os determinantes do aleitamento materno exclusivo na capital do Estado do Pará, assim como, descrever a situação geral do aleitamento materno, o perfil do aleitamento complementar e identificar os fatores que contribuem para a prática do aleitamento materno exclusivo.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo de delineamento transversal foi elaborado a partir da II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno, onde foram utilizados os resultados disponibilizados em tabelas pela Secretaria Estadual de Saúde Pública, conforme o Ofício Circular nº 025/2009 – Saúde da Criança/DASE/DT - SESP.

A referida Pesquisa foi proposta em 2007 durante o II Seminário Nacional de Aleitamento Materno realizado em Brasília-DF com os representantes das Secretarias Estaduais de Saúde, definindo a sua realização para a segunda etapa da campanha de vacinação no ano de 2008 com o objetivo de verificar a situação atual da amamentação e alimentação complementar de crianças brasileiras menores de um ano de idade.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A população deste estudo ficou restrita ao município de Belém, capital do Estado do Pará, que é considerada a maior cidade na linha do Equador, a segunda cidade mais populosa da Região Norte e a maior região metropolitana do Norte. A cidade possui o maior índice de desenvolvimento habitacional entre as capitais nortistas e concentra maior população metropolitana da região. A grande Belém tem população estimada em 2,1 milhões de habitantes. Constitui a principal via de entrada da Região Norte do Brasil, devido a sua privilegiada posição geográfica, situada às margens do rio Guamá, próximo a foz do Rio Amazonas. A capital paraense possui oficialmente 71 bairros, distribuídos em 8 distritos administrativos, onde foram realizados os estudos.

4.3 AMOSTRA

A amostragem foi realizada por conglomerados em dois estágios, primeiramente a partir do número de postos de vacinação existentes na capital distribuídos entre os distritos administrativos e posterior sorteio das crianças em cada posto a partir do cálculo do número de crianças com menos de um ano de idade que seriam vacinadas, de acordo com as planilhas de campanhas de vacinação de 2007.

Para a estimativa do tamanho das amostras foi considerado a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de 6 meses no ano de 1999, acrescentando o percentual de 2% a 10%, presumindo um aumento da prevalência entre 1999 e 2008. Em relação às perdas por conglomerado acrescentou-se ao tamanho da amostra o efeito desenho, multiplicando-se por 1,5 a estimativa inicial e, mais uma taxa de não resposta o percentual entre 5% e 10%. No dia da vacinação as crianças foram selecionadas por sorteio sistemático.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA

O instrumento utilizado foi um questionário com questões fechadas que incluíram questões sobre a alimentação nas últimas 24 horas de aleitamento materno (AM), outros tipos de leite e ou outros alimentos, inclusive água, chás, e outros líquidos, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para levantamento sobre amamentação. Questões a respeito das características das crianças e suas mães, que possibilitaram a identificação dos grupos mais vulneráveis à interrupção precoce da amamentação exclusiva, ao desmame precoce e à introdução precoce ou tardia de alimentos complementares.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise do aleitamento materno obedeceu às recomendações da OMS (2008), no que diz respeito à alimentação da criança nas 24 horas que anteciparam a pesquisa: Aleitamento Materno Exclusivo (AME): a criança recebeu somente leite materno sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, exceto medicamentos; Aleitamento Materno (AM): a criança recebeu leite materno e quaisquer outros líquidos ou alimentos; Aleitamento materno na primeira hora de vida: a criança foi amamentada logo após o nascimento, na primeira hora de vida.

Em relação à alimentação complementar, foram consideradas as seguintes categorias: comida de sal, fruta, verduras/legumes, café, refrigerante e bolacha/salgadinho.

A análise dos determinantes do aleitamento materno foi realizada utilizando o teste do qui-quadrado adotando uma significância de $p \leq 0,05$.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo utiliza dados secundários da II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno, onde foram utilizados os resultados disponibilizados em tabelas pela Secretaria Estadual de Saúde Pública, conforme o Ofício Circular nº 025/2009 – Saúde da Criança/DASE/DT - SESPA.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO

No total de crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida. Verificou-se que entre as regiões brasileiras, a Região Norte foi a que apresentou o melhor resultado, 72,8% (Figura 1).

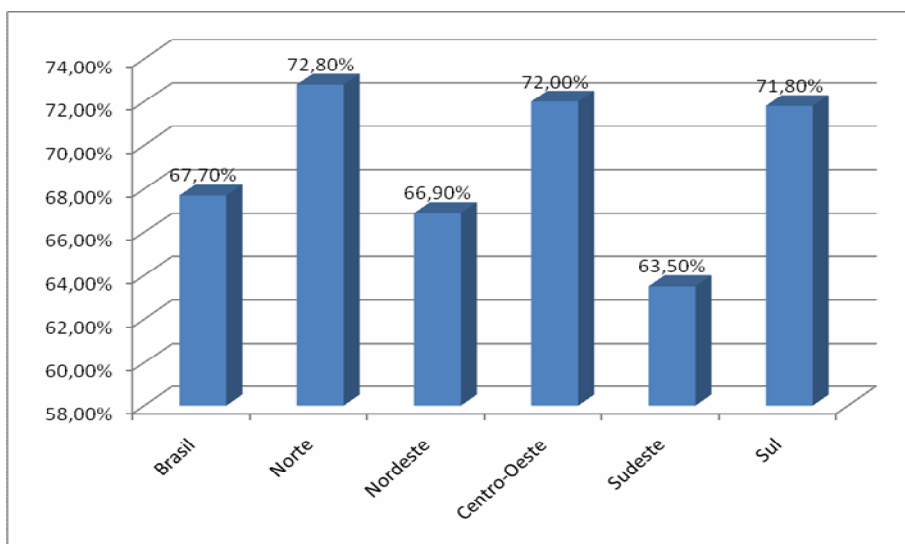


Figura 1. Prevalência de crianças menores de 12 meses que mamaram na Primeira hora de vida no Brasil, Regiões Brasileiras e na Capital do Pará, 2008. Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

O aleitamento materno entre as crianças menores de 6 meses teve prevalência de 56,98% (nº total: 1.004). Entre as crianças menores de seis meses analisadas em Belém, verificou-se que 17,65% (nº total: 816), estavam em aleitamento materno predominante (AMP).

Verificou-se, também, que entre as crianças de 9 a 12 meses, 80,68% (nº total: 295) estavam em continuidade do aleitamento materno.

Para um total de crianças de 0 a 12 meses analisadas em Belém, 47,1% (nº total: 1.707) faziam uso de mamadeira, apontando Belém como o segundo menor percentual entre as capitais brasileiras da Região Norte.

Em relação ao uso de chupeta, verificou-se que, para o total de crianças de 0 a 12 meses (nº total: 1.705), analisadas em Belém, 22,76% faziam uso de chupeta.

5.2 PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO COMPLEMENTAR

No conjunto de crianças analisadas na faixa etária de 6 a 12 meses, verificou-se que 91,14% (nº total: 271) consumiam alimentos ricos em ferro, 72,17% (nº total: 690) frutas, 92,41% (nº total: 527) legumes / verduras, 4,34% (nº total: 698) suco industrializado, 8,09% (nº total: 692) refrigerante, 8,53% (nº total: 690) café, 48,19% (nº total: 691) bolacha / salgadinho (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de crianças no consumo de alimentos ricos em ferro, de frutas, legumes, verduras, sucos industrializados café, alimentos adoçados, bolachas, salgadinho no Município de Belém – PA, 2008. Fonte: SESPA / Ministério da Saúde, 2009

VARIÁVEIS	AME				TOTAL
	SIM	%	NÃO	%	
Consumo de Alimentos Ricos em Ferro em Crianças de 6 a 9 meses	247	91,14	24	8,86	271
Consumo de Frutas em Crianças de 6 a 12 Meses	498	72,17	192	27,83	690
Consumo de Legumes / Verduras em Crianças de 6 a 12 Meses	487	92,41	40	7,59	527
Consumo de Sucos Industrializados em Crianças de 6 a 12 Meses	30	4,34	662	95,65	698
Consumo de Refrigerantes em Crianças de 6 a 12 Meses	56	8,09	636	91,91	692
Consumo de Café em Crianças de 6 a 12 Meses	59	8,53	633	91,47	690
Consumo de Bolacha / Salgadinho em Crianças de 6 a 12 Meses	333	48,19	358	51,81	691

5.3 PERFIL DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME)

Na Tabela 2 verificou-se que a maior frequência do AME ocorreu no sexo feminino, 58% (nº total: 491). Observando-se, ainda, que os tipos de parto apresentaram o mesmo percentual, normal e cesárea, 56% e 44%, respectivamente. E a maioria das crianças, 57% (nº total: 870) nasceu de peso normal e se valem de serviço puericultura público, 34,2% (nº total: 498).

Verificou-se que a maior frequência do AME, foi entre as mães na faixa etária > de 35 anos e completaram o Ensino Médio, 60,13%. Em relação à paridade, 56,15% apresentavam o primeiro filho e estavam sob Licença Maternidade (61,53%).

Tabela 2 – Distribuição das Características Sócio-demográficas de Crianças em Aleitamento Materno Exclusivo e sem Aleitamento Materno Exclusivo. Fonte: SESPA / Ministério da Saúde, 2009

VARIÁVEIS	TOTAL Nº 1.810	AME		P
		SIM	NÃO	
Sexo	1.004			0,196
Masculino	513	277 (54%)	236 (46%)	
Feminino	491	285 (58%)	206 (42%)	
Tipo de Parto	995			0,916
Normal	408	228 (56%)	180 (44%)	
Cesárea	587	330 (56%)	257 (44%)	
Peso da Criança	955			0,07
Baixo Peso	85	40 (47%)	45 (53%)	
Peso Normal	870	498 (57%)	372 (43%)	
Puericultura	763			0,03
Particular	285	133 (17,4%)	152 (19,9%)	
Público	498	261 (34,2%)	217 (28,4%)	
Idade Materna	936			0,458
< 35 anos	851	496 (53%)	355 (38%)	
> 35 anos	85	46 (54,12%)	39 (46%)	
Paridade	932			0,229
Sim	504	283 (56,15%)	221 (43,85%)	
Não	428	257 (60,05%)	171 (39,95%)	
Escolaridade Materna	797			0,352
Ensino Fundamental	343	195 (56,85%)	148 (43,14%)	
Ensino Médio	454	273 (60,13)	181 (39,86%)	
Trabalho da Mãe	932			0,001
Está trabalhando fora	90	36 (40%)	54 (60%)	
Não está trabalhando fora	696	407 (59,33%)	279 (40,67%)	
Está sob Licença Maternidade	156	96 (61,53%)	60 (38,46%)	

6 DISCUSSÃO

O aleitamento materno exclusivo é de crucial importância para que se obtenham bons resultados, já que o leite humano proporciona uma combinação única de proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, assim como benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos, dentários e econômicos reconhecidos e inquestionáveis (BRASIL, 2002). Porém, no Brasil a prática da amamentação está muito aquém da recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), visto que o modo como as mulheres amamentam sofre influências sociais, culturais, e dos serviços de saúde, resultando no desmame precoce (MORAES; ANDRÉA, YAGI, 2004).

Constatou-se neste estudo que, no total das crianças analisadas, 72,8% mamaram na primeira hora de vida, crianças menores de 6 meses em AME, obtiveram percentual de 56,98%, crianças menores de 6 meses em AMP, percentual de 17,65% e crianças de 9 a 12 meses em continuidade ao atendimento materno, o percentual de 80,68%. Analisando-se estes dados, constatou-se que houve aumento da prevalência de AME em menores de 6 meses, passando de 19% em 1999, para 56% em 2008.

Também se verificou, nesta pesquisa, que para o conjunto de crianças menores de 12 meses de vida, é freqüente o uso de mamadeiras (47%) e de chupeta (23%). A comparação da evolução do indicador “uso de chupeta” em menores de 12 meses, no período de 1999 a 2008 mostrou que houve declínio em Belém, de 35,7% para 23%. Mesmo as mães conhecendo os benefícios do leite materno fazem uso de bicos artificiais que contribuem para sua interrupção antes do que é preconizada pela OMS, bem como a incidência da doença diarreica, mortalidade infantil e a influência no desenvolvimento anatômico e funcional das estruturas bucais.

O uso de mamadeira desde as primeiras semanas de vida, principalmente em conjunto com a chupeta tem sido associado a condições patológicas como mordida aberta anterior, protrusão acentuada dos dentes posteriores, ântero-superiores e falta de vedamento labial (LOPES e cols., apud VITOLLO, 2008).

A avaliação do comportamento alimentar de crianças pré-escolares mostra que a mamadeira continua a ser veículo de alta frequência de ingestão de sucos, chás, refrigerantes e achocolatados, particularmente com o propósito de acalmar ou fazer a criança adormecer (FELDENS apud VITOLLO, 2008). Nessas circunstâncias soma-se ao efeito da alta frequência de ingestão alimentar o prejuízo da diminuição do fluxo salivar que ocorre durante o sono.

Verificou-se que o consumo de alimentos ricos em ferro estava em torno de 91,14% para o conjunto das crianças entre 6 a 9 meses. O consumo de frutas com percentual de 72,17% entre as crianças na faixa etária de 6 a 12 meses. O percentual de crianças entre 6 a 12 meses que consumiram verduras e legumes foi de 92,41%. Com relação ao suco natural ou industrializado apresentou o percentual de 4,34%, entre as crianças de 6 a 12 meses. O consumo de refrigerantes nas últimas 24 horas que antecederam a pesquisa foi de 8,09% entre as crianças na faixa etária de 6 a 12 meses. Os dados mostraram que o consumo de café torna-se mais expressivo na faixa etária de 6 a 12 meses, apresentando percentual de 8,53,% e o consumo de alimentos adoçados foi de 56,21% na mesma faixa etária. No conjunto das crianças entre 6 a 12 meses, o consumo de bolachas/salgadinho foi de 48,19%.

O Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) estabeleceram dez passos para a alimentação saudável de crianças com menos de 2 anos de idade: Passo 1 – Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos; Passo 2 – A partir dos 6 meses introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais; Passo 3 – Após os 6 meses dar alimentos complementares, (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada; Passo 4 – A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horário, respeitando sempre a vontade da criança; Passo 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com colher, começando com consistência pastosa (papas / purês), e gradativamente aumentando a consistência até chegar à alimentação da família; Passo 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada e uma alimentação colorida; Passo 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições; Passo 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação; Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e no manuseio dos alimentos, garantir armazenamento e conservação adequados; Passo 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação.

No tocante a escolaridade materna houve uma tendência crescente da prevalência do AME com o aumento da escolaridade da mãe. É importante salientar que não significa dizer que o grau de instrução da mãe é fator determinante no AME, mas, que foram mães que receberam acompanhamento dos profissionais da área de saúde, através do Programa de Apoio e Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (PROAME) no Município de Belém. Quanto à associação do AME as atividades fora do lar, estavam relacionadas à prevalência do AME: não estar trabalhando fora e estar sob licença maternidade.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é símbolo da democracia e constrição de um novo Brasil. No Capítulo II – Dos Direitos Sociais, artigo 7º, parágrafo XVIII está previsto a Licença à Gestante, e no parágrafo XIX, a Licença Paternidade. Licença à gestante sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias. Licença Paternidade é concedida ao pai para que possa dar assistência ao filho e a mãe do bebê após o nascimento sem prejuízo do salário. No dia 5 de março de 2009 foi aprovada a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 3/2008, do Governo do Estado do Pará, pela Assembléia Legislativa, que garantiu a ampliação da Licença Maternidade de 120 dias para 180 dias as 50 mil servidoras estaduais, mães biológicas ou adotivas. Elas agora podem se dedicar mais aos seus filhos nos seis primeiros meses de vida, oferecendo leite materno e afeto, condições essenciais ao seu desenvolvimento físico e emocional. Em 2010, a lei passa também a valer para o setor privado (NOTÍCIAS DO GOVERNO POPULAR, 2009).

Para amamentar o próprio filho até que este complete 6 meses de idade, a mulher terá direito durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais de meia hora cada um (art. 396). Quando exigir a saúde do filho o período de seis meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente. Os locais destinados a guarda dos filhos da operária, durante o período da amamentação, deverão possuir no mínimo um berçário, uma saleta de amamentação, uma cozinha dietética, uma instalação sanitária (art. 400).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência do aleitamento materno vem aumentando ao longo dos anos, e a capital do Pará juntamente com a região Norte do Brasil foram as que mais se destacaram. Porém os resultados ainda estão aquém ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Em relação aos determinantes é necessário rever as práticas de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em ambientes de puericultura particulares e propagar a importância do contato permanente entre mãe e filho durante esse período. O aleitamento materno exclusivo foi mais prevalente entre as mães que não estavam trabalhando fora de casa e entre as que se encontravam de licença maternidade.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos**. Brasília, 2002.
- BRASIL, **Constituição Federativa do Brasil**. Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da II Pesquisa Nacional de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**, 2009.
- CARRION, V. **Comentários à Consolidação das Leis do Trabalho**. 33.ed. atual. Por Eduardo Carrion. São Paulo: Saraiva, 2008.
- CIAMPO, L. D. A et al. **Aleitamento Materno: passagens e transferências mãe – filho**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- GONÇALVES, C M S et al. **Manual de Aleitamento Materno**, FSMPA, 2004.
- KZAN, R. M. **Amamentar para salvar vidas**. O Liberal, Belém, 20 dez, 2007. Atualidades, p. 16.
- MARQUES et al. **Crescimento de Crianças Alimentadas com Aleitamento Materno Exclusivo nos Primeiros 6 Meses de Vida**. In: PARIZOTO et al. Tendência e Determinantes do Aleitamento Materno Exclusivo em Crianças Menores de 6 Meses. *Jornal de Pediatria*, v. 85, n. 3, p. 201-208, 2009.
- MASCARENHAS et al. **Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil**. *Jornal de Pediatria*, v. 82, n. 4, p. 289 – 294, 2006.
- MORAES et al. **A expectativa de amamentar: da intenção a prática**. *Arquivo de Ciências da Saúde*, v. 11, n. 3, p. 149 – 153, 2004.
- MORAES, M.S. et al. **Expectativa de Amamentar: da intenção à prática**. *Arquivo de Ciências da Saúde*, v. 11, n. 3, 2004.
- NOTÍCIAS DO GOVERNO POPULAR. **Conquista Histórica dos Servidores: Aprovação da Emenda à Constituição, Proposta pelo Governo do Estado, amplia para 6 meses a Licença Maternidade**. *Jornal Popular*. Ano 2, n. 12. Pará, Brasil, 2009.
- PARIZOTO et al. **Tendência e Determinante do Aleitamento Materno exclusivo em Crianças Menores de 6 Meses**. *Jornal de Pediatria*, v. 85, n. 3, p. 201-208, 2009.
- PEDROSO et al. **Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do Sudeste do Brasil**, Embu, S.P. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 4, n. 1, p. 45-48, 2004.
- SILVEIRA, F.J. F, LAMOUNIER, J.A. **Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais**. *Revista de Nutrição de Campinas*, v. 17, n. 4, p. 437- 447, out/dez. 2004.
- SOUZA, Luciana M.B.M: ALMEIDA, João A.G. de. **História da Alimentação do Lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
- UCHIMURA, N.S. et al. **Estudo dos Fatores de Risco para Desmame Precoce**. *Revista Unimar*. V. 23, n. 3. Maringá-PR, 2001.
- VENÂNCIO, S.I; MONTEIRO, C.A. **A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 1, n. 3, p 40-49, 1998.
- VITOLLO. M.R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2008.
- X ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO**. Belém – Pará, maio 2008.