

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO EM NEGÓCIOS – FANESE  
NUCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATU SENSU”  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA

**MANUELLA DOS SANTOS ALVES**

**A RELEVÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E  
SUAS CONSEQUÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO  
NEUROPSICOMOTOR DA CRIANÇA**

Aracaju – SE  
2006

MANUELLA DOS SANTOS ALVES

**A RELEVÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E SUAS  
CONSEQUÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO  
NEUROPSICOMOTOR DA CRIANÇA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
núcleo de Extensão da Faculdade de Administração e  
Negócio de Sergipe como exigência para obtenção do  
título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e  
da Família

Orientadora: Elenilde Gomes Santos

Aracaju – SE  
2006

MANUELLA DOS SANTOS ALVES

**A RELEVÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E SUAS  
CONSEQUÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DA  
CRIANÇA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao núcleo de pós-graduação e Extensão da Faculdade de Administração e Negócio de Sergipe, como exigência para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e da Família.

Entregue em 31 de Outubro de 2006.

**BANCA EXAMINADORA**

---

1° Examinador

---

2° Examinador

---

3° Examinador

Aracaju  
2006

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2 REVISÃO DE LITURATURA.....</b>	<b>11</b>
2.1 HISTÓRICO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	11
2.2 ALEITAMENTO MATERNO.....	14
<b>3 PROCESSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>32</b>
3.1 MÉTODO DA PESQUISA.....	32
3.2 PARTICIPANTES.....	33
3.3 DELINEAMENTO E PROCEDIMENTOS.....	33
3.4 INSTRUMENTO E MATERIAL.....	34
3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	35
3.6 AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	37
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>5 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>51</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Este projeto tem como finalidade estudar a relevância do aleitamento materno e suas conseqüências no desenvolvimento neuropsicomotor da criança. O aleitamento materno é um modo de fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudáveis de lactentes, tendo também uma influência biológica e emocional sem parelha sobre a saúde tanto de mães quanto de crianças.

A amamentação é a melhor maneira de alimentar o lactente, constituindo base para efeitos biológicos e emocionais no desenvolvimento da criança. Os recém-nascidos devem receber colostro natural da mãe e serem amamentados pelo maior espaço de tempo possível. A mãe sadia e bem nutrida deve amamentar o seu filho integralmente, sem alimentos complementares até os seis meses, quando toma necessário complementar a sua alimentação com outros alimentos ricos em vitamina C, ferro, etc., sem diminuir, preferencialmente o leite materno. As mães, mesmo desnutridas, podem e devem amamentar os seus filhos. Nestes casos, recomendam-se cuidados especiais com a alimentação da mãe, mantendo o leite materno para o bebê. (COUTINHO, 2005).

Outro fator é ser considerado econômico. Registros na literatura revelam que o Brasil atinge perdas anuais superiores a duas centenas de milhões de litros de leite humano, passíveis de serem produzidos, em decorrência do desmame precoce. Tal fato, além de representar uma perda significativa para os núcleos familiares, representa um importante acréscimo no orçamento dos organismos governamentais, particularmente no setor da saúde.

A composição química do leite humano corresponde perfeitamente às necessidades nutricionais e atende as peculiaridades fisiológicas do metabolismo do recém-nascido. A composição varia

significativamente ao longo das duas primeiras semanas de lactação. O colostro é o primeiro produto da secreção lática da nutriz e permanece, em média, até o sétimo dia pós-parto. Trata-se de um líquido espesso, de coloração amarelada, com densidade correspondente a  $1.050 \text{ g/cm}^3$ , coagulável a  $72^\circ\text{C}$ , dispondo de glóbulos de gordura irregularmente distribuídos. O colostro é gradativamente substituído pelo leite, que é um líquido branco e opaco, dotado de pouco odor e sabor levemente adocicado, que apresenta reação neutra ou levemente alcalina e densidade de  $1.030 \text{ g/cm}^3$ . Observa-se ainda a ocorrência do leite de transição, produzindo no período em que o colostro começa a ser substituído pelo leite propriamente dito.

Muitas rotinas de parto e cuidados perinatais, frequentemente caracterizadas pelo seu enfoque “cirúrgico” e “asséptico”, foram originalmente estabelecidas para controlar infecções perinatais ou para facilitar o trabalho médico e da equipe hospitalar. (OMS, 1989).

Imediatamente após o parto, os reflexos de busca e de sucção do recém-nascido são particularmente vigorosos, e a mãe geralmente está ansiosa por ver e tocar seu filho. Encorajar o contato cutâneo entre mãe e filho e permitir que este sugue o seio será benéfico, e ajudará a reforçar a ligação afetiva entre mãe-filho e estimular a secreção láctea. Os movimentos da sucção do recém-nascido também estimulam a liberação de ocitocina, que facilita a expulsão da placenta e a contração uterina durante o terceiro estágio do parto.

A necessidade de repouso materno após o parto pode ser satisfeita mais tarde. Na realidade, este descanso será facilitado por um contacto inicial íntimo com seu filho durante a primeira meia hora de vida. Portanto, o recém-nascido deve ser limpo e seco - um banho não é necessário - e colocado sobre o ventre materno, para que ela o segure e o leve ao seio. A aplicação rotineira de nitrato de

prata ou antibióticos, para a prevenção de conjuntivites, pode ser retardada por uns 15 minutos, de modo a não interferir com o contacto ocular entre mãe e filho. O recém-nascido deve permanecer junto a sua mãe, enquanto estiver na sala de parto.

O aleitamento materno proporciona ao bebê, além da mais adequada nutrição e defesa contra infecções, um relacionamento no plano emocional que provavelmente não pode ser igualado na ausência de amamentação. A colocação ao seio nos primeiros dias de vida, promove um contato íntimo e prolongado entre a mãe e o bebê. Este contato deverá ser pele-a-pele tanto quanto possível, ressaltando uma maior ligação mãe-filho durante os meses subseqüentes. (MARCONDES, 1982).

É de suma importância que o aleitamento materno seja promovido a partir do nascimento, desde que o estado físico do bebê e de sua mãe permitam, pois esta é uma valiosa e gratificante experiência compartilhada. Estudos mostram que tanto a mãe como a criança, passam por um período chamado “sensível” durante o primeiros 40 a 60 minutos, logo após o parto. (CAMPESTRINI, 1991).

Contudo, se nesse período de tempo for conhecido e aproveitado, a mãe conseguirá uma melhor relação com seu filho, pois durante este período o interesse da mãe pelo bebê será muito intenso, terá vontade de tocá-lo, olhá-lo frente a frente, tê-lo junto ao seu corpo em contato com sua pele. O seu bebê responderá este momento com máximo de atividade, pois estará em “estado de alerta”, o seu rosto lhe chamará atenção especialmente, a ponto de segui-lo com os olhos.

Nos primeiros dias após o parto, quando a mãe olha o seu bebê ao dar-lhe o peito, intensifica-se seu instinto maternal e o apego com seu filho. Afirma-se que o contato “olho a olho” inicia ou libera as respostas de cuidado maternal.



É através do ato de amamentar que a mãe estabelece seu primeiro contato com a criança, construindo mais rapidamente uma relação de afeto e carinho. Essa intensa proximidade com a mãe irá tornar-se a base do desenvolvimento de sua afetividade e de sua inteligência, no primeiro ano de sua vida, em como promoverá à mãe um aleitamento eficaz para exercer sua função materna de modo satisfatório. (CHRISTENSSON, 1995).

Para a iniciação e o estabelecimento do aleitamento tenham êxito, as mães necessitam do apoio ativo, durante a gravidez e após o parto, não apenas de suas famílias e comunidades, mas também de todo o sistema de saúde. Idealmente, todos os agentes de saúde, com quem gestantes e puerperas entram em contato, deveriam estar comprometidas com a promoção do aleitamento materno, e ser capazes de fornecer informações apropriadas, assim como de demonstrar completo conhecimento prático do manejo do aleitamento. (OMS, 1989).

O OMS e o UNICEF acreditam que, entre os muitos fatores que afetam a iniciação e o estabelecimento normais do aleitamento, as práticas de cuidados de saúde, particularmente aquelas dirigidas às mães e recém-nascidos, destacam-se como uma das maneiras mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação. Os motivos para isto incluem a predisposição de agentes de saúde para promoverem comportamentos que favoreçam a saúde, a própria natureza e função dos estabelecimentos de saúde, e o fato de que são necessários poucos recursos adicionais, além da boa vontade, para manter ou introduzir rotinas e procedimentos adequados.

A amamentação, além de biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida.

No século XVII as crianças eram amamentadas por amas de leite, aumentando os índices de mortalidade, pela falta do contato com a puérpera, sendo vistas como abandonadas, rejeitadas. As mães questionavam que não amamentavam por causa da profissão, defendiam-se dizendo que não amamentavam por aborrecimento, pois tinham a privação de um suco precioso que seria dão à criança e lhe era necessário para a sua conservação. Preocupavam-se com a sua imagem corporal, viam como prática de desclassificação social (não nobre), um ato animalesco, era um atentado a sua sexualidade, que restringia o seu prazer corporal. (REA, 1994).

A prevalência e a duração do aleitamento materno diminuíram em muitas partes do mundo, por diversas razões sociais, econômicas e culturais. Com a introdução de tecnologias modernas e adoção de novos estilos de vida, houve, em muitas sociedades uma redução notável na importância atribuída a esta prática tradicional. Mesmo involuntariamente, os serviços de saúde frequentemente contribuíram para este declínio, seja por não apoiarem e estimularem mães a amamentar, seja por introduzirem rotinas e procedimentos que interferem com a iniciação e o estabelecimento normal do aleitamento. Exemplos comuns deste último caso são a separação de mães e seus filhos ao nascimento, administração de água glicosada em mamadeiras às crianças, antes da iniciação da lactação, e o estímulo rotineiro do uso de substitutos do leite materno. (Ibidem).

A amamentação é uma escolha individual que desenvolve dentro de um contexto sócio-cultural, portanto influenciada pela sociedade e pelas condições de vida da mulher, pela família e pelo meio social em que as pessoas vivem (estímulos culturais, costumes, crenças e tabu). (ICHISATO, 2002).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 HISTÓRICO DO ALETAMENTO MATERNO

Em resgate realizado, verificou-se, desde tempos remotos, a civilização humana tem interferido na amamentação. No início, substituindo o seio materno, devido a capricho/fragilidade da nutriz, e posteriormente, pela comodidade das mulheres. (ORNELLAS, 1979).

Os diferentes tipos de mamadeiras já eram conhecidos na Grécia e na Itália, no ano 4.000 a.c., e, no ano de 888 a.c., já havia nas ruínas de Ninevah, no Egito. A mitologia Grega conta que a história de Rômulo e Remo que foram amamentados por uma loba, e Zeus, por uma cabra. Já os egípcios, babilônicos e hebreus tinham como tradição amamentarem seus filhos por três anos, enquanto eram alugadas por gregos e romanos ricos, como amas de leite. (SHORT, 1998).

Plutarco e Tácito eram romanos filósofos e moralistas que condenavam o aleitamento exercido pelas amas de leite, pois acreditavam que o vínculo entre a criança e a ama de leite prejudicava a relação entre a criança e a mãe natural, fato descrito historicamente, pois as amas de leite apegavam-se ao bebê, já que a ele era dado o seu leite e o seu carinho. Atualmente, essa prática é condenada, devido à passagem do vírus do HIV da mãe para o bebê por meio do aleitamento materno, doença altamente contagiosa cuja cura não se encontrou. (SUCCI, 1994).



Conta-se que, nas sociedades caçadoras tradicionais, o bebê começou a chorar quando tinha fome, acordando os pais. Com isso, o bebê foi banido também do quarto dos pais, passando a ter seu próprio quarto, necessitando de babás e outros suportes, como chupetas e carrinhos.

Notou-se que, nos séculos XVI e XVII, o hábito do aleitamento materno entre os índios Tupinambás, que habitavam diferentes pontos do litoral brasileiro, não havia sofrido influência européia.

A sociedade Tupinambá administrava de forma harmoniosa o duplo papel da mulher como nutriz e trabalhadora. Essa mulher carregava seu bebê 24 horas por dia atado ao seu corpo, praticando a amamentação sobre livre demanda. Com a vinda dos europeus à terra brasileira, muitos dos hábitos indígenas sofreram mudanças, inclusive o aleitamento materno. (SILVA, 1993).

Na Europa, a França foi considerada o primeiro país a confiar os filhos a amas de leite. Por isso foi realizado um resgate histórico com o intuito de compreender a atitude das mulheres frente ao desmame. Após esse levantamento, salientou-se a importância de se ver a mulher como uma figura tridimensional, além de mãe e esposa, visualizar a sua individualidade como mulher, com todas as aspirações que são seus direitos, para daí se perceber a sua atitude frente aos comportamentos maternos.

Desde o surgimento da civilização ocidental, a mulher e a criança eram consideradas seres inferiores, e os homens, a imagem de Deus. Tinham como suporte a teologia cristã que reafirmava a posição de um ser perfeito com pátrio poder, com direito à vida ou à morte sobre os seus familiares. Cabia à mulher a modéstia e manter-se calada. (BADINERT, 1985).

“As crianças, antes de 1750 (início do século XVII), eram consideradas como “símbolo da força do mal”, um ser imperfeito, esmagado pelo peso do pecado original”. Não obstante, eram tidas como uma estorva. Dessa forma, explica-se o abandono, infanticídio, a indiferença, a contratação de amas de leite para substituir o seio materno, denotando-se rejeição ao filho.

A primeira agência de amas na França surgiu no século XII e que era utilizada por mulheres da aristocracia. O intervalo até o século XVIII foi pouco documentado, porém por meio de diários particulares, sabe-se que, no século XVI, as mulheres amamentaram os seus filhos.

No século XVII generalizou-se o envio das crianças para serem amamentadas por amas, levando aos altos índices de mortalidade infantil na França. Para entender a mortalidade infantil, foram resgatados dados estatísticos que verificam a origem social das crianças cuidadas pelas amas, tendo como variáveis: a profissão dos pais e categorias socioprofissionais. O instinto materno também foi questionado frente a esses índices de mortalidade, porém conclui-se que outros fatores estavam acima do instinto da vida, tais como valores sociais e econômicos. (REA, 1994).

As mulheres defendiam-se dizendo que não amamentavam por aborrecimento, pois tinham a privação de um suco precioso que seria dado à criança e lhe era necessário para a sua conservação. Ficavam nervosas, sentiam fraqueza na sua constituição física, preocupavam-se com a sua imagem corporal, viam como uma prática de desclassificação social (não nobre), um ato animalesco, era um atentado à sua sexualidade, que restringia o seu prazer sexual.

A mulher que amamentava era vista como uma mulher suja, o relacionamento sexual não era bem visto por aqueles que seguiam preceitos morais, pois esses acreditavam que o esperma azedava o

leite e podia fazer mal à criança, muitas vezes distanciando o marido da família, e ele ia à busca do sexo fora do casamento. (Ibidem).

Podemos concluir que a amamentação seja ela natural/artificial, com o uso de mamadeiras ou amas de leite, foi determinado e condicionado pelo valor social atribuído. A busca por amas de leite, e mesmo a expansão das inúmeras indústrias de leite artificiais, surgiram para atender a uma necessidade social e interesses econômicos dos países desenvolvidos, nos países subdesenvolvidos, influenciando a criação de novas necessidades e hábitos. (ICHISATO, 2002).

O ato de amamentar seja consciente ou inconsciente, é herdado culturalmente e influenciado pela família e pelo meio social em que as pessoas vivem (estímulos culturais, costumes, crenças e tabus). O ato de amamentar deve ser cultivado de mãe para filhos, ou seja, culturalmente, dentro de bases sólidas concebidas no seio familiar, social, por meio dos meios de comunicação e do sucesso atingido por outras mulheres que passam por tal experiência.

## 2.2 ALEITAMENTO MATERNO

Segundo o Ministério da Saúde (2002), o aleitamento materno é dividido nos seguintes tipos:

**Aleitamento Materno:** quando uma criança recebe leite materno, diretamente ao seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).



**Aleitamento Materno Exclusivo:** quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

**Aleitamento Materno Predominante:** a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. No entanto, a criança pode receber água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas, solução de sais de re-hidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos, e fluidos rituais (em quantidade limitada).

**Aleitamento Materno Complementar:** a criança recebe o leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos. As categorias aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno predominante juntam e formam a categoria na língua inglesa, ainda sem tradução consensual para o português. Embora não haja uma definição oficial para alimentos complementares, nesta revisão, o termo suplemento é utilizado para água, chás e/ou substitutos do leite materno oferecidos a crianças nos primeiros meses de vida; e complemento se refere aos alimentos indicados para complementar o leite materno a partir dos seis meses de vida.

Para Kenner (2000),

“A amamentação tem um potencial de saúde preventivo tanto nos países industrializados como nos países em desenvolvimento. Tem sido uma conduta apoiada oficialmente pela OMS, pela associação Internacional de pediatria, pela academia americana de Pediatria e pela Sociedade Canadense de Pediatria.”

Rezende (2002) ressalta que imediatamente após o nascimento, se colocado no tórax da mãe, o recém-nascido apresenta uma seqüência de movimentos ou atos bastante estereotipados, terminando por achar e sugar o mamilo depois de uma hora, comportamento facilmente perturbado pela menor das intervenções. Esse comportamento não pode se manifestar por completo quando o bebê é colocado no berço, restringido por mantas.

A autora também mostrou que praticamente não existe choro durante os primeiros 90 minutos após o parto quando os bebês são colocados em íntimo contato com o corpo da mãe, enquanto todos os bebês colocados no berço choram em salvas regularmente distribuídas durante os mesmos 90 minutos.

Alem da colocação ao seio na sala de parto, uma das principais condições para o êxito da amamentação é o contato precoce, freqüente íntimo e prolongado entre a mãe e a criança. Este contato deverá ser pele – a – pele tanto quanto possível. Dessas medidas parece ressaltar em maior ligação mãe-filho durante os meses subseqüentes para a criança, incluindo-se a amamentação. É preciso notar-se que a primeira hora de vida não parece ser tão crucial e muito menos único momento destinado a promover o mais perfeito relacionamento mãe-filho. (MARCONDES, 1982).

O aleitamento materno implica no fornecimento de nutrientes da mãe para o filho, de modo que se não houver reposição através de dieta, a mãe pode ter sua nutrição prejudicada. Na verdade isto, só merece preocupação em condições de extrema carência, porque habitualmente o aumento fisiológico do apetite, quando ocorre durante a amamentação faz com que ocorra o equilíbrio. (MELLO, 1992).

A amamentação prolongada protege a nutrição materna, pelo maior espaçamento entre as gestações. Além disso, a amamentação favorece a estética da mãe, na medida em faz com que a silhueta feminina volte mais rapidamente à normalidade.

A amamentação é dispensar o filho, além da mais adequada nutrição e defesa contra infecções, um relacionamento no plano emocional que provavelmente não pode ser igualado na ausência de amamentação. (PRI MO, 1999).

O leite é produzido por pequenos alvéolos que drenam para canalículos os quais seguem em direção ao mamilo, sendo que sob a aréola (área pigmentada ao redor do mamilo), os calículos são mais amplos, tornando-se verdadeiros reservatórios de leite. Ao redor da cada alvéolo existem células musculares quando se contraem empurrando o leite produzindo para o sistema de drenagem. (FREITAS, 1997).

A amamentação é decorrente de uma série de impulsos biológicos instintivos e comportamentais. O mais forte desses impulsos é o instinto que apresentam todos os recém-nascidos de mamíferos de colocar em funcionamento cerca de três dezenas de pares de músculos da boca, da língua e do orofaringe para prender o mamilo, proceder a sua expressão contra o palato, sugar, fechar a glote e deglutir o leite.

A produção do leite acontece a partir da retirada da água e nutrientes são retirado de circulação e conduzidos por vacúolos para a célula distal. A glândula mamária não contém depósito de leite. Este é produzido à medida que é sugado o mamilo.



A estimulação do mamilo durante o aleitamento induz, por via reflexa, uma descarga de prolactina por sua vez, desencadeia a produção de leite. Durante as mamadas a ocitocina liberada contrai as células possibilitando a descida do leite, que pode ser inibida por fadiga, dor ou ansiedade. Isso significa que muitas vezes o leite secretado não chega até a criança, que chora de fome e aumenta o estado de ansiedade materna, bloqueando ainda mais a liberação desse hormônio. (REZENDE, 1995).

O contato físico estabelece uma amamentação mais consciente e duradoura no binômio mãe/filho, esta intimidade física proporciona aos dois a oportunidade de desenvolverem reações sincronizadas, levando a um relacionamento bidirecional, ou seja, tanto a mãe como a criança, provocam reações que são mutuamente gratificantes e que, por sua vez, reforçam a simbiose entre eles.

Durante a gestação, as mamas aumentam de volume à custa de hipertrofiaglandular e por deposição de gordura. Os mamilos se tornam mais salientes e móveis e a aréola aumenta de diâmetro. O aumento do volume das mamas não guarda relação com a produção de leite.

Após o nascimento, o recém-nascido, ao sugar os mamilos, promove estímulo sensorial que é conduzido ao sistema nervoso central por nervos intercostais. A prolactina age produzindo leite e o estímulo no mamilo promove também a síntese e liberação de ocitocina que promove a ejeção do leite produzindo ao mesmo tempo em que promove contrações do útero. A composição do leite humano varia de mamada para mamada. É recomendável que a mulher amamente com os dois seios. Recomenda-se iniciar a mamada na mama que terminou.



A melhor posição para amamentar é aquela na qual a mulher se sinta mais confortável. Pode ser sentada numa poltrona, deitada na cama, variando a cada pessoa. O importante é que estimule um clima confortável, tranquilo e aconchegante, pois o cansaço muscular e a dor são estímulos para diminuição do aleitamento.

O aleitamento materno natural traz inúmeras vantagens para a mãe e para o bebê, sendo um método altamente nutritivo podendo suprir todas as necessidades alimentares do bebê durante os 4-6 primeiros meses de vida. De 6 a 12 meses fornece  $\frac{3}{4}$  das proteínas de que carece a criança e daí em diante permanece como valioso suplemento protéico à dieta infantil. Além desses elementos, o leite materno contém açúcar, gorduras, sais minerais e vitaminas. Por motivo dessa composição, o leite materno protege o recém-nascido contra infecções bacterianas do sistema gastrintestinal, poliomielite, alergias, obesidade e certas desordens metabólicas.

O aleitamento materno possui várias vantagens para o bebê, proporciona uma nutrição superior e um ótimo crescimento; fornece água adequada para hidratação; protege contra infecções e alergias; favorece o vínculo afetivo e o desenvolvimento.

Para Lana (2001), são várias as vantagens do aleitamento materno, dentre elas destacam-se:

- Redução da mortalidade infantil: quanto menor a idade da criança e maior o período de amamentação, mais importante é a contribuição do leite materno para sua sobrevivência.
- Redução da mortalidade por diarreia e por infecção respiratória: o leite materno contém anticorpos, leucócitos e outros fatores anti-infecciosos que protegem contra a diarreia, a pneumonia e resfriado.

- Redução de alergias: a alergia alimentar tem sido encontrada com menos frequência em crianças amamentadas exclusivamente.
- Melhor nutrição: o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o desenvolvimento e crescimento da criança. Possui quantidade ideal de água e vitaminas, além de proteínas e gorduras mais adequadas para o lactente. É rico em imunoglobulinas, em especial a IgA.
- Promove vínculo afetivo entre mãe e filho: o ato de amamentar gera sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher.

O aleitamento materno traz vantagens não só para o bebê e a mãe, mas também pra a família, pois proporciona melhor saúde e nutrição, mais bem-estar; vantagens econômicas; o aleitamento materno custa menos do que a alimentação artificial; o aleitamento materno resulta em menos gastos com cuidados médicos. Além de proporcionar menos infecções respiratórias e diarreias, desnutrição, falta de vitaminas, menos alergia, menor risco de doenças crônicas e intolerância a leite.

Uma boa técnica de amamentação é indispensável para o sucesso, uma vez que previne o trauma nos mamilos e garante a retirada efetiva do leite pela criança. O bebê deve ser amamentado numa posição que seja confortável para ele e para a mãe, que não interfira com a sua capacidade de abocanhar a mama, de retirar o leite efetivamente, assim como de deglutir e respirar livremente. A mãe deve estar relaxada e segurar o bebê completamente voltado para si. Estudos com cineradiografias e ultra-som mostram que é importante a criança abocanhar cerca de 2 cm do tecido mamário além do mamilo para que a amamentação seja eficiente. A criança que não abocanha uma porção adequada da auréola tende a causar trauma nos mamilos e pode não ganha

peso adequadamente, apesar de permanecer longo tempo no peito. As mamadas ineficazes dificultam a manutenção da produção adequada de leite, e uma má estimulação do mamilo pode diminuir o reflexo da saída do leite.

O bebê que pega incorretamente no peito é capaz de obter o chamado leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais nutritivo e rico em gorduras. Os lábios do bebê devem ficar levemente voltados pra fora, se os lábios estão apertados indicam que ele não conseguiu pegar em todo o tecido suficiente. É importante enfatizar que quando a criança é amamentada numa posição correta e tem uma pega boa, a mãe não sente dor.

Quando a mama está muito cheia ou ingurgitada, o bebê não consegue abocanhar adequadamente a auréola. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, a expressão manual da auréola ingurgitada.

Na sociedade urbanizada em que vivemos a motivação e o aprendizado do aleitamento materno raramente ocorre de forma ideal, ou seja, ainda na infância e devidamente valorizado. Pode-se supor que, no contexto atual, a ansiedade em relação à amamentação inicia-se quando a futura mãe pensa pela primeira vez na possibilidade de amamentar. A transmissão desta arte se faz de modo bastante restrito e as vivências que a mulher sofre, de um modo geral, são pouco estimulantes em relação ao aleitamento materno. Poucas recebem instruções pré-natal e praticamente nunca é feito o exame das mamas. Em quase todas as maternidades a criança é separada da mãe assim que nasce e levada ao quarto com a fome já saciada, em horários fixos, aparentemente apenas para cumprir uma formalidade. (SUCUPIRA, 1996).



Quando a mãe recebe alta da maternidade passa a sofrer toda a pressão familiar e de seu círculo de amizades para que verifique com todo rigor se tem leite ou não, sendo gerada uma sensação de insegurança sobre a continuidade da lactação, mesmo em plena farta apojadura, e sua ansiedade poderá determinar o desmame, na medida em que inibe o reflexo de ejeção. Este reflexo faz com que o leite contido nos alvéolos lactíferos passe ativamente ao sistema de drenagem.

O esclarecimento, apoio e motivação da família quanto ao aleitamento aliados às pesagens repetidas da criança, em intervalos de cerca de 10 dias, são medidas geralmente suficiente para transmitir segurança e confiança à mãe quanto à sua capacidade de amamentar, propiciando um reflexo de ejeção normal. A mãe deve ser orientada a ingerir um maior volume de líquidos e a aumentar a quantidade de alimentos consumidos habitualmente em função do aleitamento.

Alguns pediatras têm recomendado o uso de ocitocina, sintética em “spray” nasal para facilitar a ejeção e o uso de metoclopramida para aumentar o nível de prolactina sérica. Entretanto, havendo “stress”, estas medidas são pouco efetivas, tendo em vista que a ocitocina parece ser bloqueada ao nível periférico, e que a metoclopramida produz apenas um pequeno aumento no nível de prolactina, equivalente algumas poucas sucções.

Algumas crianças choram demasiadamente. Este comportamento pode se referir à hipogalactia ou não. Amamentação com horário fixo, sucção lenta, recém-nascidos de peso mais elevado, cólicas, crianças psiquicamente mais instáveis são algumas das causas de choro freqüente sem hipogalactia. O acompanhamento do peso é decisivo para esta avaliação. Quando há choro excessivo e ganho de peso insuficiente a etiologia da situação é quase sempre o “stress” materno. Deve-se, então, procurar qual é o aspecto que está trazendo ansiedade e discuti-lo. O ganho de peso insuficiente é

acompanhado de aumento do numero de mamadas, ingestão exagerada de chá e água, obstipação intestinal e menor número de micções. (Ibidem).

Quando a introdução de complemento de leite se impõe, deverá ser dado às colheradas e não com mamadeira. A sucção do bico de borracha tem características diferentes e exige menor esforço de sucção. Quando a criança é submetida simultaneamente à mamadeira e ao peito tem a tendência de confundir abandonar a amamentação natural rapidamente.

É freqüente a mãe relatar que tem bastante leite, mas que a criança apesar de ingeri-lo, mesmo se em grande quantidade, não satisfaz, chorando a intervalos curtos. Nesta situação, muitas mães são levadas à certeza de que seu leite é de pouco valor e como prova disso descrevem-no como excessivamente diluído, comparando-o à água.

O recém-nascido necessita ser amamentado a intervalos curtos de tempo. A queixa de leite fraco é referida por mães que não tiveram acesso a esta informação. Fazem a comparação com o leite de vaca, que é mais espesso e, habitualmente, provoca intervalos mais espaçados entre as mamadas. É preciso explicar às mães que este efeito do maior intervalo entre as mamadas, se deve exatamente à menor digestibilidade do leite da vaca, que ocasiona coágulos maiores e de maior consistência, impedindo assim o esvaziamento mais rápido do estômago da criança.

Pela importância dos mamilos para a amamentação é fundamental que no pré-natal eles sejam examinados. Os mamilos invertidos impedem a sucção. No caso de serem planos ou pseudo-invertidos, devem ser orientados, no ultimo trimestre de gestação, exercícios que facilitam a produção e possibilitam a sucção. Quando os mamilos não permitirem a sucção direta, pode-se

recomendar o uso do protetor de silicone. Este dispositivo tem possibilitado que diversas mães, cujos mamilos apresentam problema, consigam amamentar.

A higiene dos mamilos não deve ser motivo de preocupação para a mãe. A limpeza com água fervida e resfriada é suficiente. Não se deve usar sabonete para evitar ressecamento e rachaduras. Também não é recomendado o ácido bórico, pela toxicidade.

A dor à sucção é problema frequentemente relatado, quando as mamas estão ingurgitadas, o que acontece em três situações: no período lácteo; quando ainda não há leite, mas a criança é colocada para sugar por períodos prolongados; quando a mãe está tensa e ansiosa, havendo falha do reflexo de ejeção; e quando a criança tem dificuldades para abocanhar a aréola, havendo sucção apenas do mamilo.

A fissura mamária ocorre especialmente quando a criança fica sugando o seio por tempo prolongado. Isto acontece frequentemente nas seguintes situações: período pré-lácteo quando a criança usa o mamilo como chupeta ou na hipogalactia. Estas situações devem ser distinguidas e tratadas apropriadamente. As mamadas prolongadas deverão ser trocadas por mamadas curtas e repetidas. Apesar da dor, a mama com fissura deve continuar a ser esvaziada, ainda que por ordenha manual, e uma pomada cicatrizante pode ser utilizada, friccionada delicadamente nos locais acometidos, após a mamada, e retirado antes da mamada seguinte com algodão embebido em água filtrada.

A mastite pode ocorrer quando não há bom esvaziamento das mamas. A drenagem do leite é condição indispensável para a cura da mastite e a melhor forma de drenagem é a sucção pela



própria criança. Caso haja muita dor, podem ser recomendadas mamadas por tempo mais curto, a intervalos menores. Se a sucção não for suportável, recomenda-se a ordenha manual por massagem, ou durante o banho no chuveiro, sendo óbvio que a amamentação deve-se continuar normalmente na mama não afetada. A par disso, podem ser prescritos calor local e antibioticoterapia. Em raros casos, o leite deixa de ser adequado à criança, dependendo da localização do processo infeccioso da mama, conforme sua drenagem linfática.

O aleitamento materno não pode ser considerado apenas um mecanismo de fornecimento de nutrientes à criança, desde que representa o modo mais importante de comunicação e troca de afeto entre mãe e filho. (MARCONDES, 1982).

Alguns acreditam que não há diferença psicológica importante entre o aleitamento materno e a alimentação por mamadeira, desde que dada pela própria mãe. Porém, a atividade de sucção é bastante diferente quando se dá de um modo e de outro, sendo o contato durante o aleitamento materno muito mais íntimo e prolongado.

As crianças amamentadas apresentam-se mais ativas desde os primeiros dias, havendo estudos onde foi observada tendência a aprenderem a andar com menos idade, e à maior capacidade e habilidade em relação àquelas criadas com mamadeira. Além disso, as crianças amamentadas por tempo prolongado mostram-se com personalidade mais segura e com melhor adaptação social.

O aleitamento materno tem características práticas que significam os cuidados com a criança. Não existe, para a mãe, a preocupação de saber se o leite de peito poderá fazer mal à criança, tendo em vista que é o alimento biologicamente determinado. Não existe a possibilidade de ser preparado de



modo incorreto, ou ser, contaminado, sendo sempre fornecido na temperatura adequada, de modo carinhoso não sendo necessário busca-lo ou compra-lo.

Ainda que haja alguma dor durante as primeiras mamadas, a sucção é referida pelas mães como fonte de prazer, mas o quê parece ser mais valorizado é que o aleitamento materno proporciona as condições ideais para interação com o filho. Fato muito considerado é que a amamentação é importante na realização da mulher, na medida em que completa o processo de maternidade.

A natureza também ativa cada membro da família de forma singular para a chegada do bebê. Quando seguram seus bebês pela primeira vez, as mães quase invariavelmente exploram-nos em uma ordem particular. Após alguns minutos, e às vezes até alguns segundos, muitas mães continuam a massagear, tocar e acariciar o corpo de seus bebês. Os pais iniciam o processo de tentar conhecer seus bebês de forma semelhante. (KLAUS & KLAUS, 1989).

Neste momento muito precoce, os pais têm um interesse especial pelos olhos do bebê e inconscientemente tentam alinhar seus rostos ao mesmo plano de rotação paralelo ao de seu filho. Isto é chamado de posição *em face*, ou face a face. Isto é observado na apenas com os pais que tentam conhecer seus filhos a termo, mas também com mães e pais de bebês prematuros. No berçário para prematuros, as mães têm que iniciar bastante a cabeça para poderem permanecer nesta posição *em face*.

Durante a primeira hora de vida, há um período prolongado de inatividade alerta no bebê recém-nascido. O bebê olha para o rosto da mãe, acompanha e responde a sua voz. Mães e pais frequentemente expressam um estado incomum de excitação quando começarem a fazer contato

com os seus bebês. Muitos bebês relatam sentir-se apegadas calorosamente aos seus bebês após eles terem olhado para elas, reconhecendo a importância de relacionar-se com o bebê através do contato olho no olho. (Ibidem).

O bebê além de responder à mãe com o contato olho a olho, também responde de outras formas sutis. O bebê recompensa a mãe pelas carícias, beijos, afeto e olhar prolongado olhando dentro de seus olhos, sorrindo, virando-se ao ouvir sua voz, e acalmando-se ao seu toque. Mãe e filho, especialmente, respondem um ou outro em inúmeros de níveis sensoriais e sociais, que servem para manter o par unido. Muitos pais recordam-se deste primeiro momento de intimidade como profundamente agradável e significativo. (MELLO, 1992).

Quando a mãe e o bebê ficam juntos depois do nascimento, começam a ter lugar uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, muitos dos quais provavelmente contribuem para a ligação da mãe ao bebê, gradualmente unindo-os e garantindo o posterior desenvolvimento de seu relacionamento. (KLAUS, 2000).

Este estado o qual o bebê e a mãe estão envolvidos após o parto é o alerta tranquilo. Neste estado, os olhos do bebê estão abertos e ele é capaz de responder a seu ambiente. Os bebês permanecem neste estado de alerta tranquilo por media de quarenta e três minutos durante a primeira hora, após o nascimento. Nesse estado, a ampla gama de habilidade sensório-motora do bebê evoca resposta do pai e da mãe e abre diversos canais de comunicação com eles.

Um momento-chave da alimentação oferecida pelos pais tanto no seio quanto na mamadeira inicia logo depois do nascimento, com a primeira amamentação. Nesse momento tão significativo a mãe e

geralmente o pai observam, pela primeira vez, como o bebê lida por si só com as funções vitais de sugar, engolir e, ao mesmo tempo, ficar acordado.

Durante essa primeira fase de contato, a mãe e o bebê despertam comportamentos no outro que são naturalmente compensadores. Por exemplo, o choro do bebê, provavelmente, aproximará a mãe e fará pega-lo. Quando ela o segura, ele provavelmente se tranqüila, abre os olhos e acompanha seus momentos. Quando a mãe inicia a comunicação tocando nas bochechas do bebê, ele virará seu rosto, entretanto em contato com seu mamilo, ao qual se agarra. Seu sugar, por sua vez, é prazeroso para ambos.

Há uma extensão dos padrões de interação entre o bebê e seus pais, a partir da quarta semana de idade. À medida que seus pais unem-se a seus ritmos, imitando seus comportamentos, em seu modo e em seu próprio nível, proporcionam uma fonte externa de *feedback* que a faz avançar. Este ritmo sutil, entre pais e bebês, pode ser manipulado a qualquer momento por um deles. Se o bebê o muda, com o sorriso, as probabilidades são de que a mãe sorria, retribuindo, e assim, o bebê aprende sobre o efeito do sorriso, tanto sobre si mesmo quanto aqueles que estão ao seu redor. (BRAZELTON, 1998).

Entretanto, quando as mulheres não podem amamentar no seio ou optam por não fazê-lo, elas não devem se sentir culpadas dar leite a uma criança na mamadeira pode ser também uma experiência calorosa e amorosa para ambos os pais. O importante é que eles segurem o bebê em seus braços e olhem para ele, de forma que o ato de alimentação passe a ser um momento em que estão juntos, e não uma experiência impessoal. (KLAUS, 2000).



Bowlby (2000) afirma que o bebê precisa, e necessita de modo absoluto, não de algum tipo de perfeição de maternagem, mas uma adaptação suficientemente boa, aquela que faz parte de uma relação viva em que a mãe temporariamente se identifica com seu bebê. A fim de poder identificar-se com seu bebê no grau necessário, a mãe precisa ser protegida da realidade externa, de maneira que possa desfrutar de um período de preocupação, com o bebê sendo o objeto dessa preocupação.

À luz dos conhecimentos científicos atuais o leite humano é considerado, de forma consensual, como o único alimento capaz de atender de maneira adequada a todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes. Além disso, há de se destacar os benefícios que a prática da amamentação permite à mulher-mãe, bem como à economia para a família e a importante redução de custo para o Estado, que se vê, muitas vezes, obrigado a importar fórmulas lácteas e leite em pó para suprir as necessidades decorrentes de prática do desmame precoce. (RAMOS, 2003).

O desmame é a introdução de outros alimentos além do leite materno (O Ministério da Saúde conceitua desmame como a introdução de qualquer outro tipo de alimento além do leite materno incluindo chás e água). No desmame, segundo o Ministério da Saúde (MS), as dietas devem ser constituídos de um alimento básico: carboidratos. (REA, 2003).

Desmame é definido como um processo que se inicia com a introdução de alimentos diferentes do leite materno. Deve ser gradual, com início entre 04 e 06 meses de idade. Nas comunidades onde o saneamento é precário, recomenda-se atrasar o desmame, caso a criança se esteja desenvolvendo adequadamente. Alimentos complementares não são necessários nem recomendáveis antes dos 04 meses, idade em que a criança desenvolve o mecanismo de secreção salivar e a capacidade de mastigação, podendo deglutir alimentos semi-sólidos. A partir do 6º mês p aleitamento materno

exclusivo pode tornar-se inadequado, uma vez que após essa idade um número crescente de crianças necessita também de outros nutrientes para manter um crescimento adequado. A altura para ser retirado completamente o seio depende muito de fatores sociais, econômicos e culturais. (SALLET, 2003).

A organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 4-6 meses de vida e parcial até aos 02 anos, especialmente nas populações de baixo rendimento econômico, uma vez que o leite materno pode ser uma importante fonte de calorias e de proteínas de alto valor biológico no segundo ano de vida. As mais frequentes razões para a interrupção precoce do aleitamento materno são: leite insuficiente, rejeição do seio pela criança, trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”, hospitalização da criança e problemas com o seio. Acredita-se que, entre as razões alegadas pelas mães, estão ocultos fatores de ordem emocional e erros técnicos no aleitamento, principalmente a administração de biberões intercalados entre as mamadas no seio. (Ibidem).

A criança sofre “privação da mãe”, quando não encontra esse tipo de relação, onde a criança por qualquer motivo é afastada dos cuidados da sua mãe. Esta privação será relativamente suave se a criança passa a ser cuidada por alguém em quem ela já aprendeu a confiar e a quem já conhece. (BOWLBY, 2000).

O desapego é denominado como fase em que a criança pequena perde a figura materna. Caracteriza-se por uma ausência quase total de comportamento de apego quando volta a encontrar sua mãe. A criança que foi afastada da figura materna muito cedo até três anos de idade, ao encontra-se

novamente com a mãe, possui uma relação de pouco ou nenhum afeto em relação à mãe em que precedeu.

A base do desmame é uma boa experiência de amamentação. Num período correto de 9 meses puto, um bebê foi amamentado perto de mil vezes e isso proporciona uma abundância de boas recordações ou de material para bons sonhos.

As razões alegadas pelas mães para o desmame ou introdução de outros alimentos podem ser agrupados por áreas de responsabilidade: deficiência orgânica da mãe, problema com o bebê, atribuição de responsabilidade à mãe e influencia de terceiros, demonstrando que não existem causas isoladas para estabelecer o curso de amamentação, mas, sim relação criança contra as infecções, pela existência de fatores específicos e inespecíficos, é bastante conhecido, assim como a atuação do colostro sobre a mucosa intestinal, que auxilia na maturação dos enterócitos, melhora a absorção dos nutrientes e forma barreira de proteção contra infecções.

O desmame precoce é prejudicial à mãe e ao bebê, exercendo um papel de seleção natural. A mãe perde a proteção natural contra a contracepção e o câncer da mama e do ovário. A criança, por sua vez, a proteção contra as gastroenterites e infecções respiratórias. (ICHISATO, 2002).



### 3 PROCESSO METODOLÓGICO

#### 3.1 MÉTODO DA PESQUISA

Para realização desta pesquisa foi utilizado o método qualitativo que segundo Polit & Hungler (1995, p. 270) *baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores.*

Utilizamos uma abordagem exploratória qualitativa. Exploratória por permitir ao investigador aumentar suas experiências em determinado problema e aprofundar seus limites de realidade específica, buscando antecedentes e mais conhecimento para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou tipo experimental. (TRIVIÑOS, 1996).

Para Fazenda (1989), *a abordagem qualitativa é extramente completa, envolvendo procedimentos e decisões que não se limitam a um conjunto de regras a serem seguidos. (p. 44).*

Segundo Chizzotti (1998):

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo inassociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. (p. 79).



A pesquisa qualitativa permite ao investigador uma abordagem direta com o fenômeno estudado, onde o psicólogo possa ser observado no seu campo de atuação sendo mais fiel na observação das suas condutas.

### 3.2 PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 12 mães, solteiras e casadas, com idade entre 18 e 30 anos. Todas possuíam crianças com idade entre 02 meses e 36 meses de vida, onde nenhuma criança era adotiva. A maioria das mães não apresentou complicações físicas durante a gravidez, onde 05 mães tiveram parto Cesário e 07 partos normais. As mães do presente estudo foram contatadas por efeito “bola de neve”, ou seja, por indicação de colegas e/ou outras gestantes.

Para BARROS & LEHFELD (1990), os elementos da amostra são escolhidos através de uma estratégia adequada e são relacionados intencionalmente com as características estabelecidas, onde o pesquisador dirige-se, intencionalmente às pessoas das quais deseja sobre suas opiniões.

### 3.3 DELINEAMENTO E PROCEDIMENTOS

O estudo envolveu duas fases, primeiramente, foi realizado um contato com as mães através de telefonemas, onde as mães foram convidadas a participarem de uma entrevista inicial; e na segunda fase foi realizada uma entrevista (Apêndice A) com as mães, onde o pesquisador pôde também observar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança e a interação mãe-bebê. Todas as mães que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento e Esclarecimento Informado.

Após a coleta de dados, as mães foram contatadas e convidadas a participarem da segunda fase de observação realizada nas residências das participantes, localizadas no município de Lagarto-SE. Nesta ocasião foi realizada a observação da interação mãe-bebê no processo de amamentação, envolvendo a Teoria do Apego proposta por Bowlby (1990).

Segundo Bowlby (1990), a primeira relação humana de uma criança como pedra fundamental sobre a qual se identifica a sua personalidade, é a relação de “apego” e “figura de apego”. Dentro dos primeiros doze meses, quase todos os bebês desenvolveram um forte vínculo com a figura materna, podendo esta, ser ou não a mãe natural, desde que a pessoa referida dispense cuidados maternos à criança e a quem ela fica apegada.

Durante essa relação mãe-bebê, a criança obtém um bom desenvolvimento neuropsicomotor, na medida em que suas necessidades fisiológicas são satisfeitas, sobretudo o alimento e o conforto.

### 3.4 INSTRUMENTOS E MATERIAL

Entrevista Inicial: esta entrevista foi realizada com as mães, com questões abertas e fechadas, no intuito de selecionar os possíveis participantes de estudo. Para tanto, foram investigados alguns dados pessoais, tais como idade dos genitores, estados civil, existência de outros filhos e estado de saúde durante a gestação. Foi também anotado o telefone e/ou endereço para contato posterior.

Termo de Consentimento Informado: este documento visou informar aos participantes, de forma sucinta, os objetivos da pesquisa, bem como o nome do pesquisador. Foram assinadas pelas participantes duas vias, permanecendo uma com a pesquisadora e a outra com os participantes.

Observação da interação mãe-bebê: as crianças eram observadas interagindo-se com seus genitores e/ou sozinhas. As crianças eram analisadas através da relação mãe-bebê ao amamentar; mostrando-lhe um brinquedo; respondendo às brincadeiras da genitora; e ao final, eram observados por meio da participação ativa da entrevistadora.

### 3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Avaliação da interação mãe-bebê: o experimento foi analisado em apenas uma fase, realizado nas residências das participantes, onde se analisou as crianças interagindo-se com seus genitores e/ou sozinhas. Foi utilizada para este propósito a Teoria do Apego proposta por Bowlby (1990).

As crianças eram analisadas da seguinte maneira: ao interagir com a genitora durante a mamada, ao brincar com a genitora, ao chorar, ao interagir com brinquedos no chão da sala, ao correr, ao andar, ao engatinhar.

Eram mostrados brinquedos educativos, com diversas cores chamativas, de montagem, como quebra-cabeça, pirâmide, boliches, onde ao final da observação a entrevistadora interagia com a criança analisando seu grau de apego com a díade mãe-bebê.

Segundo Ainsworth (1969), um bebê seguramente apegado, é aquele bebê que com doze meses de idade consegue fazer suas explorações com razoável liberdade numa situação estranha - usando a mãe como base segura - que não se aflige com a chegada de uma estranha, que mostra estar ciente



do paradeiro da mãe durante sua ausência e que a acolhe efusivamente quando ela regressa, quer se mostre aflito com sua ausência sem se perturbar.

Num pólo oposto, os bebês inseguramente apegados são os bebês que não fazem explorações, mesmo quando a mãe está presente, que se mostram muito alarmados por um estranho, que desmoronam no desamparo e na desorientação com a ausência da mãe, e que, quando ela regressa, podem não acolhê-la como mostras de contentamento.

Para avaliar estabilidade da interação mãe-bebê, foram considerados os comportamentos individuais: vocalização materna, vocalização infantil (choro, grito, chamar pela mãe), vocalização responsiva materna através de brinquedos, exploração da criança, olhar infantil a mãe, atenção não dividida, afeto positivo, carinho, interação de passos. Levando-se em conta os comportamentos classificados em três padrões de apego, denominados por Ainsworth (1969) B, A, C, respectivamente, descritos como:

Padrão B: os bebês são classificados como *seguramente apegados à mãe*, são ativos nas brincadeiras, buscando contato quando afligidos por separação breve e são prontamente confortados e logo voltam a absorver-se nas brincadeiras.

Padrão A: os bebês são classificados como *ansiosamente apegados à mãe e esquivos*, evitam a mãe na reunião, especialmente após uma ausência breve da mãe. Muitos deles tratam um estranho de modo mais amistoso do que o fazem com a própria mãe.

Padrão C: os bebês são classificados como ansiosamente apegados à mãe e resistentes, oscilam entre a busca da proximidade e do contato com a mãe e a resistência ao contato e à interação com ela. Alguns são notavelmente mais coléricos que outros bebês; uns poucos, mais passivos. (NEWCOMBE, 1999).

### 3.6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Igualmente a esta classificação, Camprestini (1991) faz referência sobre a importância do aleitamento materno após o nascimento, pois permite uma valiosa e gratificante experiência compartilhada entre mãe e o bebê. Afirmando que se durante esse período de amamentação o interesse da mãe pelo bebê por intenso aproveitado, a mãe conseguirá uma melhor relação com seu filho, intensificando, assim o apego com seu filho.

Ao avaliarmos a interação mãe-bebê, ficou-se notório que as crianças amamentadas desenvolveram comportamentos do padrão de apego B, crianças seguramente apegadas à mãe, em que estabelecem uma relação intensa e gratificante com a mãe. As crianças desse tipo de apego exploravam e brincavam, tendo a mãe apenas como uma base segura. As crianças amamentadas apontavam comportamento de equilíbrio harmonioso entre a exploração e o apego, mesmo distantes das mães, apresentavam interação com os brinquedos, verbalização com a pessoa estranha, ausência de choro, de tempos em tempos apresentavam verbalização com a mãe.

Neuman (1984) *apud* Leone (2001) completa Camprestini (1991), quando diz que a base do desenvolvimento humano saudável encontra-se na relação mãe-filho, o ato de amamentar não influencia somente o relacionamento mútuo, durante este período, como também o

desenvolvimento da vida futura desta criança. Sendo possível observar nas falas das genitoras entrevistadas:

*... “amamentar é a melhor coisa do mundo eu pude observar o quanto me sinto realizada e completa, antes não tinha esse sentimento quando meu filho ainda estava na barriga. Hoje sinto que nossa relação é grandiosa, às vezes não dá nem pra explicar”... (violeta)*

*... “amamentar pra mim é sublime, um presente de Deus”...(girassol)*

*... “me sinto mais mãe ao amamentar, percebo que contribuo pra auto-confiança do meu bebê”...(vitória-régia)*

Nota-se que os comportamentos das crianças inseguramente apegadas, seja do padrão C ou A, estão relacionados com a ausência do aleitamento materno, bem como a estrita comunicação com a mãe, seja pela dificuldade de satisfazer as necessidades fisiológicas da criança, sobretudo o alimento e o conforto, seja pelas condições do contato físico intenso com a criança.

Destes focos de análise abordaremos, de acordo com a bibliografia aqui apresentada, a falta do aleitamento materno, consequentemente das condições do contato físico com a mãe, bem como a falta de comunicação efetiva como fatores que alteram o comportamento de apego da criança com a mãe.

Se tomarmos a pesquisa de Klaus (2000) sobre o contato físico intenso durante a amamentação, imediatamente identificamos no padrão de apego inseguro que não há satisfação das necessidades fisiológicas da criança responsáveis pela origem do vínculo infantil, onde a criança possui uma propensão inata para relacionar-se com o seio humano e a mãe e aprende a relacionar-se também



com ela. A afirmação de que este processo encaminha para uma série de perdas que interferem na vida da criança, trazendo também implicações ao seu vínculo com a figura materna.

Klaus (2000) complementa Bowlby (1990) quando diz que o vínculo entre a criança e sua mãe é produto de atividades de certo número de sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como resultado previsível. Os autores enfatizam a importância dos comportamentos da mãe com o bebê, resultando na interação do bebê com o meio ambiente de adaptabilidade evolutiva, em especial com a principal figura desse meio ambiente, ou seja, a mãe.

As variáveis responsáveis pelas condições de contato físico intenso variam de acordo com o tipo de cuidado que o bebê recebe da mãe durante a amamentação, tais como, o alimento e conforto. É o encontramos no comportamento das crianças inseguramente apegadas, onde não tiveram condições de estabelecer contato físico com a mãe, na medida em que não foram amamentadas não realizaram um intercâmbio de comunicação mútua.

Podemos observar que muitas são as causas pelas quais as crianças inseguramente apegadas não foram amamentadas; podemos citar a falta do apoio da família e do marido, falta de informação da genitora quanto à importância do aleitamento materno para o desenvolvimento do bebê; ansiedade, estresse pós-parto; dificuldades no ato de amamentar, tais como inchaço, rachadura nos seios, sangramento na mama. Sendo possível observar nas seguintes falas:

... *“tive inchaço, sangramento, muita febre e dor, ficou difícil amamentar”*... (margarida)

... “*não produzi muito leite, então meus seios secaram logo, pois ficava ansiosa pra alimentar meu filho e sua fome não saciava*”... (cravo)

Klaus & Klaus (1989) escreve que o aleitamento materno permeia uma relação de surpreendente mutualidade entre a mãe e o recém-nascido, onde há um mútuo contato olho a olho e, um elo de feedback permeia a relação entre a mãe e o bebê em diversos níveis.

Ainda no que se refere ao contato da mãe com a criança através da alimentação por mamadeira. Vemos que a alimentação no seio é o momento chave da interação mãe-bebê, em que durante esse contato se estabelecerá uma profunda intimidade agradável e significativa. O tipo de cuidado que um bebê recebe de sua mãe desempenha um importante papel na determinação do desenvolvimento do apego.

Klaus (2000) relata que durante a amamentação o bebê é capaz de se comunicar com a mãe claramente, observar suas expressões faciais e corporais, enfim, sentir-se tranquilizado e confortável durante o aleitamento materno. Assim sendo, apenas as crianças amamentadas puderam estabelecer esse tipo de comunicação com a mãe durante a amamentação. Ainda que mesmo através da amamentação por mamadeira a mãe possa estabelecer um contato próximo com o bebê.

Podemos reconhecer que a negatividade depositada no início da prática da amamentação: fase de muito estresse em que a mãe preocupa-se com a liberação do leite do seu seio em relação à saúde do bebê. Pode ser trabalhada com estímulos e apoio emocionais, oportunidade para expressar suas preocupações, reduzindo aos poucos o estresse diário da amamentação, para que não prejudique no estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

As pesquisas de Bowlby (2000) confirmam que o bebê precisa de uma adaptação suficientemente boa, aquela em que faz uma relação viva com a mãe e esta se identifica com seu filho. Assim sendo, as crianças classificadas como inseguramente apegadas, não puderam estabelecer essa adaptação com a mãe, posteriormente essa relação viva de identificação.

Uma das formas pelas qual a relação de identificação se faz é a modificação de comportamento da mãe para se adaptar ao do seu bebê. Neste contexto, a mãe entra em sintonia com o ritmo natural do bebê, de modo que ao agradar e satisfazer o bebê, ela também obtém a sua cooperação.

De fato, os assinalamentos do autor são observados nas explorações que as crianças inseguramente apegadas fazem, quando a mãe está presente. A maioria dessas crianças não demonstrava conforto e relaxamento com a presença da mãe e eram propensas a comportamentos de raiva dirigida à sua mãe. Neste contexto, as crianças inseguramente apegadas no período de contato físico com a mãe, não estabelecem trocas significativas e gratificantes para o conforto da criança e o estabelecimento de um vínculo seguro com a mãe.

Para discutir a ausência de comportamento efetivo como responsável pelo vínculo de apego, fazemos referência ao pensamento de Brazelton (1998). O autor refere que os pais devem aprender a estabelecer uma comunicação efetiva com a criança, seja pela atenção e envolvimento no comportamento da criança, no intuito de estabelecer ritmo de atenção às necessidades do bebê, ou pela capacidade de embutir sinais verbais e não- verbais – palavras, expressões e gestos - a fim de estabelecer uma comunicação significativa com o bebê.



Zahn- Waxler, Racke-Yarrow e King (1979) *apud* Bowlby (1989), relatam que a comunicação da criança no segundo ano de vida se dá pela prática de ajudar e confortar na aflição e pela maneira como a mãe trata seu filho.

De fato, os assinalamentos dos autores acima citados, são observados nos comportamentos das crianças inseguramente apegadas. Estas crianças, quando avaliadas quanto à ausência de sua mãe, evidenciam comportamento de aflição e desconforto, manifestados através de gritos, comportamentos de raiva, desamparo e desorientação.

As avaliações da interação mãe-bebê explicitam claramente que as crianças inseguramente apegadas tiveram uma comunicação muito restrita com as mães, onde estas não exploram suas necessidades fisiológicas, não respondem com sensibilidade a seus sinais e não fornecendo um contato corporal reconfortante. Sendo observação que as crianças quando pegas pela mãe no colo, não se comunicam harmoniosamente com a mãe.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressaltamos que os resultados deste estudo não poderão ser generalizados para todas as crianças que estejam vivenciando o período da amamentação, visto o número restrito de crianças que participam na qualidade das avaliações.

Os resultados evidenciam que existe uma relação direta entre a amamentação e o grau de interação mãe-bebê. As alterações na interação mãe-bebê estão relacionadas com outros fatores como: o desmame ou ausência da amamentação ao seio, estreita comunicação com a mãe, seja pela dificuldade de satisfazer as necessidades fisiológicas da criança, sobretudo o alimento e o conforto, seja pelas condições do contato físico intenso com a criança.

Observou-se que a experiência compartilhada entre a mãe e o bebê no período de amamentação, está intrinsecamente ligada à relação com seu filho, sendo, intensificado assim, o apego com seu filho. O ato de amamentar se inscreve como o responsável por esta relação, bem como a base do desenvolvimento saudável no desenvolvimento da criança.

Percebe-se, ainda, que as crianças inseguramente apegadas viveram e/ou vivem um estrito contato físico com a mãe, especificamente na satisfação das necessidades fisiológicas, sobretudo o alimento e o conforto. Sendo justificada pela falta de liberação do leite e/ou o estresse vivenciado pelas mães.

Neste sentido, as manifestações das crianças inseguramente apegadas, tais como: choro, grito, resistência à mãe, entre outras, podem ser justificadas como resultado da interação mãe-bebê, onde

a figura de apego não foi capaz de aplicar e satisfazer a criança, nem de proporcionar uma base de segurança para a criança.

Na medida em que a criança se torna ligada à figura materna, ela aprende que a mãe é fonte de satisfação. Esta é produto de atividade de certo número de sistemas comportamentais que tem a proximidade com a mãe como resultado previsível. Esses sistemas comportamentais são responsáveis pelo apego. São descritos padrões de comportamentos: agarrar, sugar, seguir, chorar e sorrir, organizados e ativados de tal modo que a criança mantém uma proximidade com a figura materna.

Percebe-se que o momento da amamentação contribui para a ligação da mãe ao bebê, gradualmente unindo-o e envolvendo-os. Neste momento, a mãe e o bebê estão tão envolvidos evocando diversos canais de comunicação entre eles, de forma que o ato da alimentação passa a ser um momento em que estão juntos, e não uma experiência impessoal, independente de o bebê ser alimentado no seio ou por mamadeira.

Durante toda essa interação intrincada envolvendo a mãe e o bebê, durante a amamentação, há um preenchimento e uma gratificação por parte do bebê, podendo ser um ponto inicial construindo em relação de afeto e carinho, sendo base de toda relação amorosa subsequente, estabelecendo um relacionamento íntimo e social na vida futura da criança.

As crianças seguramente apegadas têm a capacidade de encontrar e serem tranquilizadas por pessoas conhecidas que cuidam delas, bem como o desejo de explorar e dominar o ambiente, quando apoiadas pela presença de uma pessoa que cuida dela. Ressaltamos que nas experiências vividas



pelas crianças durante as filmagens, podemos perceber que as crianças seguramente apegadas exploravam e dominavam o ambiente de forma tranqüila, tanto na presença como na ausência da figura materna. Sendo identificadas como crianças que estabeleceram um relacionamento de apego seguro nos primeiros anos de vida.

Esse contato físico durante a amamentação, estabelece uma relação mais consciente e duradoura entre a mãe e o bebê, desenvolvendo reações sincronizadas, levando a um relacionamento bidirecional, ou seja, tanto a mãe como a criança provocam reações que são mutuamente gratificantes, reforçando a relação entre eles.

No processo de amamentação a mãe possui um papel primordial, ou seja, uma importante figura na apresentação do mundo para a criança, assumindo um papel que aos poucos vai sendo compartilhada com os outros personagens.

De acordo com o que já foi discutido, percebe-se que a amamentação ainda é um ponto primordial para estabelecer um vínculo afetivo entre a mãe e o seu filho, sendo responsável pelo desenvolvimento da criança na vida futura.

Faz-se necessária a construção de novas narrativas a cerca da amamentação e do vínculo mãe-bebê a fim de proporcionar um melhor entendimento sobre a temática. Esta pesquisa nos possibilitou concluir que a amamentação está diretamente ligada com a relação mãe-bebê, no período de desenvolvimento da criança, e que o estudo sobre amamentação não deve ser realizado apenas fazendo referência ao aspecto biológico, e sim, envolvendo aspectos psicológicos e culturais; bem como o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BADINERT, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARROS, A. de J. P. de & LEHFELD, N. A. de S. Projeto de Pesquisa: Propostas Metodológicas. Rio de Janeiro: vozes, 1990.

BOWLBY, J. Apego: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins fontes, 1990.

BOWLBY, J. Teoria do apego. São Paulo: Martins Fontes, 2000

BOWLBY, J. Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRAZELTON, T. B. O desenvolvimento do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

CAMPESTRINI, S. Tecnologia simplificada na amamentação. Curitiba: Universitária Champagnat, 1991.

CHIZZOTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 3° ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CHRISTENSSON, K. O “choro de angústia da separação” do recém-nascido humano na ausência de contato com o corpo materno. Ata Pediátrica, São Paulo, vol. 84, jan./dez. 1995.

COUTINHO et al. Impacto de treinamento baseado na iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. J Pediatría. Vol. 81. N. 6. Rio de Janeiro, novembro/dezembro, 2005.

FAZENDA, I. (Org.) Metodologia da pesquisa educacional. São Paulo: Cortez, 1989.

FREITAS, F. et.al. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ICHISATO, S. M. T. Nutrição Humana. São Paulo: Cortez, 2002.

KENNER, C. Enfermagem Neonatal. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLAUS, M. et. al. Vínculo. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLAUS & KLAUS, P. O surpreendente recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

LANA, A. P. B. O livro de estímulo à amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001.

MARCONDES, E. Higiene alimentar. São Paulo: Cidade Nova, 1982.

MELLO, F. Como e porque amamentar. São Paulo: Savier, 1992.

MINISTÉRIO, SAÚDE. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NEWCOMBE, N. Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

OMS. Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital amigo as Criança. Tradução: Luis Marcos Vasconcelos, 1989.

ORNELLAS, L.H. A alimentação na idade média. Rio de Janeiro: FENAME, 1979.

POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto alegre: artes Médicas, 1995.

PRIMO, C.C. A decisão de amamentação da nutriz: percepção de sua mãe. Jornal Pediátrico. Rio de Janeiro, vol. 75, n. 06, pp 449-452, jan / abr. de 1999.

RAMOS, C. A interação pai-bebê entre pais e adolescentes e adultos. Porto Alegre: artes Médicas, 2002.



REA, M.F. Avaliação das práticas diferenciais de amamentação: a questão da etnia. Revista Saúde Pública, São Paulo, vol. 28, n. 05, pp 365-372, mar/ago de 1994.

REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Revista Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 01, n. 18, pp S37-S45, mar/ago de 2003.

REZENDE, J. Obstetrícia fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1995.

REZENDE, M. A. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. Revista latino-am Enfermagem, São Paulo, vol. 10, n° 02, pp 234-238, mar./abr. de 2002.

SALLET, C. G. Grávida e bela: um guia prático de saúde e beleza para a gestante. São Paulo: Senac São Paulo, 2003.

SILVA, A. A. M. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos deveres e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1993.

SUCCI, R. C. M. Doenças infecciosas e leite materno. Blumenau: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1994, p 224-5.

SUCUPIRA et al. Pediatria em Consultório. 3° ed. São Paulo: Savier, 1996.

SHORT, R. Amamentação, fertilidade e crescimento populacional. Rio de Janeiro: IBFAN/UNICEF, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1985. 62p.

## APÊNDICE A

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO EM NEGÓCIOS – FANESE  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATU SENSU”  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA

**Orientadora: Elenilde Gomes Santos**

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### I. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ Estatura ao nascer: \_\_\_\_\_

Intercessão Neonatal (28 DV): \_\_\_\_\_

Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ Termo \_\_\_\_\_ Pré-termo

Peso atual: \_\_\_\_\_ Estatura Atual: \_\_\_\_\_

Intercessão até 1 ano de vida:

Infecção Respiratória Aguda(IRA): \_\_\_\_\_

Diarréia: \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

Intercessão até 2 anos de vida

Infecção Respiratória Aguda(IRA): \_\_\_\_\_

Diarréia: \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

Desenvolvimento Neuropsicomotor

Sustentou o pescoço: \_\_\_\_\_

Sentar: \_\_\_\_\_

Engatinhar: \_\_\_\_\_

Falar: \_\_\_\_\_

## II. DADOS MATERNOS

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

Nº de Filhos (Paridade): \_\_\_\_\_ Gestação: \_\_\_\_\_ Parto: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_

Nº de Filhos Vivos: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: \_\_\_\_\_

### Gestação

- 1- Teve alguma intercessão durante a gravidez?
- 2- Tomou algum medicamento durante a gestação?
- 3- A gravidez foi desejada e/ou planejada?
- 4- Qual o tipo de parto você teve? Qual o tempo de internação?
- 5- Teve alguma intercessão Pós-parto?
- 6- Qual maternidade teve a criança?
- 7- Por quanto tempo amamentou exclusivamente?
- 8- Qual tipo de alimentação mista você usou e com quanto tempo introduziu?

## III. PERFIL SOCIAL DA CRIANÇA

---

---



## APÊNDICE B

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO EM NEGÓCIOS – FANESE  
NUCLEO DE POS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATU SENSU”  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA

**Orientadora: Elenilde Gomes Santos**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ declaro estar  
ciente dos objetivos da pesquisa: “A relevância da interação mãe-bebê no processo de amamentação  
e suas conseqüências no desenvolvimento neuropsicomotor da criança” que visa destacar o nível de  
“apego” na díade mãe-bebê durante a amamentação e sua influência no desenvolvimento futuro da  
criança. Estou esclarecida quanto ao meu direito de retirar o consentimento a qualquer momento  
sem nenhum prejuízo de assistência; estou ciente de que será mantido o sigilo quanto à identidade  
sem nenhum prejuízo da minha imagem conforme a Resolução CONEP n° 196/1996.

Assim, autorizo Manuella dos Santos Alves a usar todos os dados para os fins a que se  
destina a pesquisa e declaro confirmada sua autenticidade.

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Manuella dos Santos Alves